

# Håndteringer af en tilværelse med social angst



Speciale i sociologi, december 2010

Af Stine Saaby Bach

Vejleder: Anders Petersen

Antal ord: 34872

## Summary

WHO issued the 2001 report "Mental health: new understanding and new hope", which showed that 24% of world population would be affected by a mental disorder during their lifetime, with anxiety disorders as the most widespread of them all. The subject of this master thesis is "social anxiety", which today is considered the most prevalent anxiety disorder, from which 7% of the Danish population is estimated to suffer from.

Due to the overwhelming spread of mental illness there have been talks about epidemic like circumstances, but there seems to be more at stake, than just people becoming sicker. Throughout the project, social anxiety will be linked with its social context where it develops into an overarching thesis; that social anxiety as a diagnosis is not simply the result of internal factors such as psychological and biological, but must be regarded as a product of various social trends. There are many scientific and social processes in play and there have been several sociological narratives of psychiatric disorders emerging in an escalating manner. In part, the arrival of changing diagnostic practices enables us to diagnose different than earlier, where it has been pointed out that there has been a growing pathologisation of more aspects of existence and it has been examined where we today draw the line for normality. Others have pointed out that pharmaceutical disease campaigns have a role to play. Another explanation is that cultural aspects have changed social inclusion requirements and that there exists a correlation between the fundamental aspects of the condition of culture and the rise of one of its most common forms of distress, where social anxiety can be seen as the antithesis of the flexible society. Through this master thesis, these different perspectives are included as means to identify the complex phenomenon of the interweaving of the scientific constitution and a certain zeitgeist.

This will be done by an examination of the consequences of the way suffering is now constituted and handled, in today's peculiar way: "to do suffering". In this project focus will be on the group of individuals who suffer from social anxiety. Through a series of biographical interviews, conducted using an existence perspective, how the social constitution of suffering creates the foundation for a certain "being" with social anxiety was investigated, which leads to certain procedures when handling the disorder.

During the investigation there proved to be great divergence in the respondents' handling of the disorder, which seems particularly rooted in generational differences. In the applied

Foucault perspective, it appeared that the young anxious people in their anxiety management is driven by an internal governmentality, where the desire to realize themselves, creates sustainable biographical goals that motivate them from inside to handle anxiety. To the contrary, older anxious persons seem to be predominantly motivated from the outside because they fear to get deprived of economic resources in case they do not utilize the systems handling options. Here it seems that the younger population differs between "themselves" and the anxiety residing inside their self-identity to give them a belief that it is possible to escape the fear, while the elderly have an acceptance that anxiety is a part of themselves that they do not expect to be freed from, but just have to live with as painlessly as possible. This might be the reason why older people choose medical preparations to relieve anxiety, while the younger population chooses therapeutic treatment to transform them self qua exercises in thought and behavior changing patterns.

These differences translate into the fact, that the older people's unsuccessful attempt to meet the system requirements while withdrawing from the normal society, where possible, and find non-demanding oases outside this. The younger people remain instead in a normal society where they in their own pace, practices in functioning within this society, which in all cases proved successful. Therefore, governmentality seems undoubtedly to be the most useful solution for society, because it requires the anxious to become useful citizens, where the system's external processes more so pacifies the anxious in a patient-like state of mind outside the normal society. At the micro level it seems, that the younger people's quality of life grows, while the older tends to experience standstill. Everyone still experience the suffering from anxiety, since the younger people have just made new goals for themselves, which are difficult to reach and keeps them in a constant feeling of inadequacy. There are therefore different standards for how social anxiety is experienced.

Key words: social anxiety, social phobia, shyness, pathologisation, governmentality.

## **Forord**

I forbindelse med herværende speciale vil jeg starte med at takke de mennesker, som har gjort dette muligt.

Først og fremmest skal lyde en tak til mine respondenter, som har muliggjort specialet ved at dele deres livshistorier med mig. Mange tak for jeres åbenhed og den tillid, i har vist mig, ved at dele jeres meget personlige oplevelser med mig. Det var en fornøjelse at møde jer alle, og i har lært mig utroligt meget.

Dernæst vil jeg takke min vejleder Anders Petersen for engageret og konstruktiv vejledning. Tak for din dygtige, positive og ligefremme måde at vejlede på og for alt, hvad du har lært mig om et fantastisk spændende område. Tak for din inspiration og opmuntring gennem hele processen.

En tak til Sebastian Cristoffanini for sparring og kritiske kommentarer undervejs. Tak fordi du gentagne gange har hjulpet mig ud af min osteklokke og givet mig nye perspektiver at betragte specialet ud fra.

Til sidst en tak til kæreste, familie og venner for støtte og opmuntring gennem specialeskrivningen. Tak, fordi I har lagt øre til meget og givet mig en god øvelse i italesættelse og argumentation, men også for at tvinge mig til at tænke på andet indimellem

## Indhold

Summary .....	1
Forord .....	4
Indledning.....	8
Disposition.....	11
Specialets sociologiske ramme .....	12
Social angst i en sociologisk betragtning .....	12
Tre sociologiske perspektiver på social angst .....	17
De videnskabelige forudsætninger for patologisering .....	18
De kapitalistiske incitamenter .....	21
Den sociale angsts normative funderinger.....	24
Den sociale disciplinering af socialt angste.....	27
Afrunding og opsummering .....	35
Metode.....	36
Den biografiske metode.....	36
Biografiforskningens relevans i forhold til undersøgelsen .....	36
Metodens kobling af det samfundsmæssiges og det individuelle.....	37
Undersøgelses udførelse .....	39
Adgangen til feltet .....	39
Udførelse af interviews.....	40
Etiske overvejelser.....	41
Biografiske profiler .....	44
Birthe .....	44
Malene .....	44
Jette.....	45
Irene.....	45
Søren.....	46
Sofie: .....	46

Kamilla: .....	47
Opsamling .....	47
Analyse .....	48
Analyse strategi.....	48
Den hermeneutiske fænomenologi.....	48
Det teoretiske udgangspunkt.....	48
Analyseprocessen – forholdet mellem teori og empiri .....	49
Teoribrug.....	50
Analysens tematiske strukturering .....	51
Den sociale angsts rolle og håndtering i den biografiske udformning.....	52
Pacifisering under angsten .....	53
Fornægtelse og bekæmpelse af angsten .....	55
Accept og integration af angsten.....	58
Analyse af distinktionerne .....	59
Motivationsfaktorer.....	60
Håndteringsdomæner .....	60
Et fælles tema - løsrivelse fra uhensigtsmæssig biografisk ballast.....	62
Håndteringen af social angst i den daglige interaktion .....	65
Ønsket om at ”passere” i det sociale .....	65
Den sociale usynlighed .....	67
Stigmafællesskaber .....	68
Strategierne for at gå frontstage .....	69
Tilbagetrækning og refleksion .....	70
Alkohol .....	71
Den sociale angsts håndtering i selvidentiteten .....	73
Angsten som en del af selvidentiteten - accept og integration.....	73
Forholdet til normalitetsidealet – følelsen af social underlegenhed?.....	74
Diskursive forsvar.....	75

Angsten som fremmed - ikke-accept og bekæmpelse .....	77
Identitetsforvirring.....	77
Behandlingssystemets rolle i håndteringen af social angst .....	78
Tilgangen til behandlingssystemet .....	79
Den passive modtager.....	79
Den aktive forbruger.....	80
Analyse af distinktionen .....	82
Valget af behandlingsmetoder .....	83
Medicin.....	83
Terapi.....	85
Diskussion af forskellene i præferencer .....	86
Opsummerende diskussion af niveauernes sammenhænge .....	87
Fordringen om (en grænseløs?) selvudvikling .....	88
Styringsmentalitet, det personlige ansvar og det transformerbare selv .....	89
Konklusion .....	92
Overvejelser omkring konklusionernes validitet og generaliserbarhed.....	94
Litteraturliste .....	96
Netadresser .....	100

## Indledning

*”It was precisely some real existent in the world which was the target of social regulation at a given moment. The question I raise is this one: How and why were very different things in the world gathered together, characterized, analyzed, and treaded as, for example ‘mental illness’ (Foucault citeret i Lemke 2002:55)”.*

WHO udsendte i 2001 rapporten *”Mental health: new understanding and new hope”*, hvoraf det fremgik, at 24 % af verdens befolkning ville blive ramt af en psykisk lidelse i løbet af deres liv. Andre store undersøgelser, som her en amerikansk sådan baseret på 9000 diagnostiske interviews, tegner et yderligere foruroligende billede og angiver livstidsforekomsten som værende på 46,4 %, mens 26,2 % indenfor en 12 måneders periode vil blive ramt af en psykisk lidelse. Heraf var angstlidelser - med en 12 måneders forekomst på 18,1 og en livstidsforekomst på 28,8 % - hyppigst forekommende (Rose 2010:35-36). Selvom disse tal ikke blot kan overføres til den danske kontekst, så indikerer det en problematisk udvikling, som da også synes at gøre sig gældende i Danmark, hvor Dansk Psykiatrisk Selskab anslår, at omkring 300.000 danskere i dag har en angstlidelse (Kristeligt dagblad 2009), mens 15 % af befolkningen på et givent tidspunkt vil udvikle angst i en sådan grad, at det medfører betydelig lidelse for personen (Hougaard 2006:13).

I herværende speciale sættes der fokus på *”social angst”*, som i den amerikanske undersøgelse - med en livstids forekomst på 12,1 % og en 12 måneders forekomst på 6,8 % - regnes for den mest udbredte angstlidelse (Rose 2010:36). Da 7 % af den danske befolkning skønnes at lide heraf, regnes social angst ligeledes som en af de hyppigst forekommende psykiske lidelser i Danmark (Psykiatrifonden 2009), Sind 2009). Heraf antages blot 1-4 % at være diagnosticerede (Angstforeningen.dk, Psykiatrifonden.dk), hvilket giver incitament til mange fremtidige diagnosticeringer, som kendskabet hertil udbredes. Der synes således behov for problematisering af en udvikling, der tilsyneladende er ved at løbe løbsk.

Inden for psykiatrien har man tilsyneladende fået øjnene op for den sociale angstsmertefulde personlige konsekvenser, der spænder fra afbrudte uddannelser/jobs og vanskeligheder ved at opnå basale sociale goder som venskaber og parforhold til yderligere alvorlige følger som social isolation, selvforagt, depression, misbrug og i yderste konsekvens selvmord (Kristeligt dagblad 2009, Kåver 2003:9-11). Trods den



sociale angsts omfang og det, at lidelsen synes at være en overset årsag til andre alvorlige sociale problemer, så har det samfundsmæssige fokus på lidelsen imidlertid været til at overse.

Der er ellers betydelige samfundsmæssige konsekvenser ved udviklingen af psykiske lidelser. EU kommissionen har i deres rapport *”Forbedring af befolkningens mentale sundhed. På vej mod en strategi for mental sundhed i den Europæiske union”* fra 2005 anslået, at dårlig mental sundhed koster EU 3-4 % af deres BNP (Rose 2010:39). I Danmark er antallet af mennesker på overførselsindkomster som følge af psykiske lidelser ifølge Socialministeriet steget med 33 % fra 2001-2006. Heraf udgør angstpatienter ifølge overlæge på ”Psykiatrisk Grundforskning”, Raben Rosenberg, en betydelig del (Psykoweb 2010). I 2009 var psykiske lidelser højst repræsenteret som hoveddiagnose blandt ansøgere til førtidspension og – med 51 % af de samlede udstedelser - ved selve tilkendelsen heraf. Dertil kommer, at det var i denne kategori, de nytilkommende pensionister var yngst (Ankestyrelsen 2010:25-26), hvorved den samfundsøkonomiske byrde øges yderligere. Fokuseres der på social angsts samfundsøkonomiske konsekvenser som sygedagpenge, førtidspensioner, tabt arbejdsfortjeneste og de dertilhørende sundhedsudgifter, ophøjes social angst herved til et problem på samfundsniveau.

Der er således omfattende menneskelige såvel som samfundsmæssige omkostninger ved social angst, som gør lidelsen yderst relevant for et sociologisk fokus.

Den overvældende udbredelse af psykisk lidelse har gjort, at der er blevet talt om epidemier, men der synes at være andet på spil, end at vi bare er blevet mere syge. I en sociologisk optik er fremkomsten af social angst ikke sket i et vakuum og vil gennem herværende speciale blive sat i forbindelse med sin sociale kontekst. Det bliver en overordnet tese, at social angst ikke blot er et udslag af indre forhold som psykologisk og biologiske faktorer, men ligeledes har en ydre side, hvor lidelsen til dels må betragtes som et produkt af givne samfundsmæssige udviklingstendenser. Disse er mere komplicerede end som så, og der kan ikke gives nogen ensidig forklaring herpå. Der er antageligt mange videnskabelige såvel som sociale processer i spil. Der forelægger flere sociologiske fortællinger om psykiske lidelsers eskalerende opkomst. Til dels er der kommet ændrede diagnosticerings-praksisser, der gør, at vi diagnosticerer anderledes end

tidligere. Andre har påpeget, at medicinalindustrien har en rolle at spille. Det er blevet spurgt, hvorvidt der er sket en stigende psykiatisering af stadig flere aspekter af eksistensen og således, hvor vi i dag sætter grænserne for normalitet. Her vægter andre forklaringer, at der er kommet nye krav til den sociale eksklusion, som har gjort netop social angst patologisk i nutidens samfund. Der antages således at eksistere en sammenhæng mellem grundlæggende aspekter af kulturens tilstand og opkomsten af en af dens mest udbredte lidelsesformer (Rose 2010:32-45). Gennem herværende speciale vil disse forskellige perspektiver blive inddraget i forsøget på at indkredse det komplekse fænomen i sammenvævningen af bestemte videnskabelige konstitueringer og en bestemt tidsånd.

Disse perspektiver vil munde ud i et fokus på konsekvenserne af, hvad kunne betegne som nutidens særegne måde ”to do suffering<sup>1</sup>”. Hvor de samfundsmæssige konsekvenser af den måde, som menneskelig lidelse i dag håndteres på, efterhånden har været genstand for en række kritiske røster, så synes de individuelle samme at være et mere overset aspekt. Derfor vil herværende speciale sætte fokus på den gruppe af individer, der rammes af social angst. Det undersøges gennem specialet, hvordan den samfundsmæssige konstituering af lidelsen skaber grobund for en bestemt ”væren til” med social angst, som medfører bestemte perceptioner og i sidste instans håndteringer af lidelsen<sup>2</sup>. Derfor opstilles følgende problemformulering for specialet:

**”Hvordan håndteres social angst i personens tilværelse?”**

Det valgte *tilværelsesperspektiv* bygger på grundtankerne fra eksistentialismen og hermeneutikken, hvor mennesket ikke blot *har* et liv i biologisk forstand, som det er tilfældet for andre levende organismer, men at det lever et liv, hvor det kontinuerligt

---

<sup>1</sup> Den sociale angst vil gennem specialet blive betegnet ”lidelsen” og ikke eksempelvis ”sygdommen”, da der sættes fokus på mennesker, der utvivlsomt lider, mens det samtidig problematiseres, hvorvidt al lidelse nødvendigvis skal betragtes som sygdom. I tråd med det engelske sprogs sondringer mellem flere begreber for sygdoms forskellige aspekter, så vil herværende speciale tage udgangspunkt i, hvad der her betegnes som ”Illness” – den oplevede sygdom - og *ikke* Disease – den lægelige definition heraf, der i en sjæl-legeme-dualisme betragter kroppen som syg og sygdommen som isoleret fra det individ, der er sygt. Det bliver således de betydninger, som individet selv tillægger sin lidelse, der bliver centrale gennem specialet (Nettleton 1995:3).

<sup>2</sup>Således vil det heller ikke være et traditionelt sociologisk sygdomsperspektiv, der bliver anlagt, men derimod en række mere overordnede sociologiske tendenser og deres udtryk i forbindelse med lidelseshåndtering.

forholder sig refleksivt og fortolkende til sin egen eksistens. I denne optik skaber mennesket sig selv og sin tilværelse ved kontinuerligt at træffe refleksive valg og handle derpå (Brinkman2008:33-35).

Udformningen af ens tilværelse sker ikke i et vakuum eller efter forgodtbefindende, men er taget ud fra de diskurser og det kulturelle gods, som den enkelte har til rådighed i sin kontekst. Der bliver således tale om ”det skabende individ” ud fra et givet socialt grundlag, der gør at ethvert individ ikke agerer uafhængigt (Callewaert 2007:21). Dette betyder, at mennesket i den hermeneutiske udformning af sin tilværelse ” *dykker (...) ned i et sæt disponible tydningsmønstre, forventnings-horisonter og værditilbud, der kontekstuelst altid-allerede er til stede, og som derefter kan forarbejdes i den individuelle kommunikative handling*” (Ziehe 2002:146). Således medierer specialets tilværelsesperspektiv mellem de sociale rammebetingelser og de subjektive perceptioner og håndteringer heraf.

*Tilværelsesperspektivet* er valgt, fordi sociale angst antageligt ikke kan afgrænses til enkelte situationer, men formodes at have omfattende konsekvenser for den hele ramtes ”væren-til” (heraf til-være(lse)). Det er derfor ønskeligt med et perspektiv, der gør det muligt at indfange angsten i sin helhed og se, hvordan lidelsen håndteres i netop de aspekter, hvor den influerer. Herværende speciale bliver således en undersøgelse af en social angst væren til i en bestemt kontekst, hvor det må håndtere de indskrænkede individuelle mulighedsbetingelser, som lidelsen skaber.

## **Disposition**

Hvad indebærer så en undersøgelse af denne problemstilling? I det følgende gives en disposition for specialet, hvor der kort redegøres for de medtagne afsnit og deres formål.

I første afsnit problematiseres social angst i en sociologisk optik, der fremdrager de sociologiske aspekter af lidelsens ekspanderende opkomst. Her præsenteres først specialets overordnede forståelse af social angst og en problematisering heraf, som danner afsæt for det følgende. Derefter følger 3 sociologiske perspektiver på social angst, som hver især åbner op for forskellige aspekter af lidelsen, og leverer forståelsesrammer for henholdsvis: 1) *De videnskabelige forudsætninger for patologisering*. Dette vil ske ved et socialkonstruktivistisk perspektiv, som giver en ramme for at forstå, hvordan det er muligt at skabe bestemte karakteristika som psykisk lidelse. Herunder behandles de

videnskabelige konstitueringer, der muliggør dette, samt de kapitalistiske interesser heri. 2) *Lidelsens normative fundering*. Dette sker ved et samtidsdiagnostisk perspektiv, som giver et teoretisk bud på, hvorfor netop social angst er blevet en patologisk tilstand i nutidens samfund. 3) *De sociale disciplineringspraktikker*. Her problematiseres de samfundsmæssige forskrifter, hvorunder individet fordres til at håndtere sin lidelse, samt rationalerne og mekanismerne bag nutidens sociale disciplineringspraktikker. Efterfølgende præsenteres den måde, hvorpå problemstillingen videnskabsteoretisk som metodisk vil blive betragtet og grebet an. I dette afsnit behandles logikkerne bag den valgte biografiske tilgang, dennes relevans i henhold til problemstillingen, samt udførelsen i praksis. I sidste del af undersøgelsen gives en analyse af specialets problemformulering, hvor de biografiske interviews qua en fænomenologisk/hermeneutisk tilgang sættes i relation til de opstillede sociologiske forståelsesrammer. Dette vil slutteligt munde ud i en række konklusioner på undersøgelsens problemformulering.

## **Specialets sociologiske ramme**

Gennem de følgende afsnit indskrives den sociale angst i en sociologisk optik. Først præsenteres social angst i den sociologiske ramme, der vil danne grundlag for den måde, feltet efterfølgende betragtes på. I forlængelse heraf diskuteres den sociale angst i grænselandet mellem normalitet og patologi, hvorved lidelsen søges tydeliggjort i sine grænser.

## **Social angst i en sociologisk betragtning**

*"We would like to propose that the recent increases in statistics of shyness prevalence may be diagnostic not only of the extent of personal social anxiety, as viewed within the framework of a traditional medical model, but as diagnostic of societal pathology within a public health model. As such, we may want to take note of increasing levels of shyness warning signal of a public health danger that appears to be heading toward epidemic proportions* (Henderson og Zimbardo 2005 citeret i Scott 2006:137).

Social angst har, som det er tilfældet for de fleste psykiske lidelser, fået udtryk af at være en individuel patologi, der udelukkende forstås indenfor rammerne af en traditionel medicinsk model (Scott 2004:133). Den sociale angsts sociale kontekst, som ellers i nogen tid har været inddraget i diskussionen af andre psykiatriske diagnoser som

depression og ADHD (se blandt andre Brinkmann 2010), synes i dette tilfælde at være særdeles sparsomt behandlet (se Scott 2004 og 2006).

Betragtes fremkomsten af social angst indenfor den medicinske model, så skal en stor del af forklaringen herpå findes i et større fokus på lidelsen, som eksempelvis professor i psykiatri og leder af Rigshospitalets Angstklinik, Tom Bolwig, beskriver det, hvor *”problemet er blevet mere synligt, fordi langt flere melder sig og bliver diagnosticeret. I kraft af nye behandlingsmetoder mod angst er markedet også øget”*<sup>3</sup> (Kristeligt dagblad 2009). Andre antager, at den tiltagende diagnosticering er influeret af en stigende accept i omgivelserne, hvor tidligere tiders stigmatisering af psykisk lidelse gjorde tærsklen højere for at opsøge hjælp, mens billedet nu er vendt, hvorved flere er blevet åbne for at søge hjælp for deres lidelse (Munk-Jørgensen 2010). I denne medicinske optik behandles diagnosticeringen af social angst således som toppen af et allerede eksisterende isbjerg, som qua videnskabelige fremskridt og en nedbrudt tabuisering kommer stadigt mere til syne.

I herværende speciale negligeres det ikke på nogen måde, at den videnskabelige dygtiggørelse såvel som den aftagende tabuisering af psykiske lidelser har skabt grundlag for diagnosticering og afhjælpning af virkelig smerte hos personer, som har levet uopdaget med social angst. Der må dog ligeledes rettes en opmærksomhed imod, at også andre faktorer end de psykologisk individuelle med al sandsynlighed er på spil i den stigende diagnosticering af social angst. Her har stemplingen af social angst som en individuel patologi bevirket, at man langt hen ad vejen har overset de sociale mekanismer i lidelsens opkomst og derved negligeret afgørende faktorer i, hvorfor den sociale angst er blevet så udbredt, som den er.

Der bliver ingenlunde tale om en enten/eller-tilgang til feltet, som søger at udkonkurrere den eksisterende opfattelse heraf, men derimod om at give et sociologisk supplement til de eksisterende perspektiver, som bidrager med særdeles relevante aspekter i forståelsen af social angst. For selvom det ingenlunde benægtes, at der eksisterer virkelig lidelse i den individuelle krop og psyke, så må det ligeledes erkendes, at denne krop og psyke

---

<sup>3</sup> Bolwig fremdrager således en parallel mellem lidelsens opkomst og dens ”marked for behandling”, hvorved han giver incitament til at forstå fremkomsten af psykisk lidelse i et markedsgørelsesperspektiv. Hertil knytter der sig en række problematikker, som senere vil blive behandlet i ”De kapitalistiske incitamenter”, side 17.

skabes, eksisterer og bedømmes i en given social kontekst, der er afgørende for den fysiske eksistens' subjektivering.

Det erkendes således gennem specialet, at den sociale angst har en både real og konstrueret dimension. Her tages der udgangspunkt i, at (social) angst er en universel følelse, som udspringer af menneskets psykobiologiske forsvarssystem, og derfor har en såkaldt almen eksistens på tværs af samfund. Derimod betragtes *angstens fremtrædelsesformer* som værende kulturelt bestemt. Dette gælder nutidens samfunds særlige kilder til angsten, den måde angstsymptomerne tolkes på og den sociale betydning de tillægges, samt hvordan vi forholder os til angsten og håndterer den (Hougaard 2005:219). Det er disse sociologiske dimensioner, der vil udgøre specialets fokus.

### ***Problematisering af et grænseland***

Hvis man ønsker at forstå patologiseringen af den sociale angst, så må det som udgangspunkt klargøres, hvilke kvalitative aspekter det almene begreb såvel som selve diagnosen dækker over, og således hvornår de umiddelbart alment genkendelige karakteristika, der ligger i lidelsen, betegnes som patologiske. I den forbindelse tages der udgangspunkt i - de stort set identiske - ICD-10 og DSM, som er de diagnosekriterier, der anvendes i den danske kontekst (Brinkmann 2010b:23).

Den sociale angst opstod for første gang som diagnose i publikationen DSM-III<sup>4</sup> i 1980, hvor den beskrives i sin karakter som "*a marked and persistent fear of one or more social or performance situations in which the person is exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny by others. The individual fears that he or she will act in a way (or show anxiety symptoms) that will be humiliating or embarrassing*" (Scott 2006:135). I dag har definitionen på social angst en spændehvidte fra angsten for at holde offentlige taler til angsten for næsten alle sociale situationer uden for familien (ICD-10). Der er således ikke defineret klare grænser for, i hvilke kontekster givne følelser anses som tegn på social angst, og hvornår de kan anses for en normal reaktion. Under diagnosekriterierne for social angst nævnes præstationsangst (*performance Anxiety*), scenskæk (*Stage Fright*) og generthed (*Shyness*) som normale tilstande, der læner sig op ad lidelsen (DSM-IV). De fleste antages fra tid til anden at opleve nervøsitet eller tanker om, hvad andre tænker om

---

<sup>4</sup> Denne er udarbejdet af USA's "Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association" og sigter mod en sammenlignelig international diagnosticering (sind 2009).

én, uden dette betyder, at personen har social angst. Samtidig står det forholdsvis klart, at hvis man ikke magter at gå udenfor sin dør af angst for at møde andre mennesker, så er man syg. Men hvad med alle mellemstadierne? Hvor i trækkes skillelinjen mellem psykologisk normalitet og den patologiske sociale angst (Munk-Jørgensen 2010)?

Gennem eksistensfilosofien, som behandler netop det essentielle ved at være menneske, gives diagnosen sit "normalitetens afsæt", hvorved grænselandet mellem en såkaldt normal forståelse af social angst og den patologiske pendant søges tydeliggjort (Horwitz og Wakefield 2007:27).

Mens angst som diagnosticeret psykisk lidelse er et relativt nyt fænomen, så er selve fænomenet angst tilbage i 1800tallet blevet udførligt udforsket og beskrevet i en eksistentielistisk optik<sup>5</sup> af især den danske filosof Søren Kierkegaard (1813-1855). Hos Kierkegaard opfattedes angsten ikke som hverken afvigende eller patologisk, men derimod som et grundlæggende eksistentielt vilkår, der knytter sig til ens frihed, overordnede livsprojekt og enkelte livsvalg<sup>6</sup>. Her indtager angsten rollen som "frihedens og/eller refleksionens skygge", som opstår i forlængelse af menneskets særegne forholden sig til sig selv, fremtiden og dens uendelige muligheder. Angsten er modsat frygten uden en konkret genstand og fremstår derfor mere diffus og u håndgribelig. Dette fordi dens genstand jo egentligt er "intet" – nemlig muligheden for det, som endnu ikke er (Jessen 1999:153). Angsten kan således ses som et grundvilkår, der uundgåeligt hører friheden til, mens den for nogle bliver så pinefuld og ødelæggende, at der bliver tale om en regulær angstlidelse (Hougaard 2006:13-20).

Ligeledes kan også den sociale angst betragtes som et grundvilkår ved den menneskelige eksistens. Den sociale angst som eksistentielt præmis er i sin måske kendteste form beskrevet af den franske filosof Jean Paul Sartre (1905-1980) i hans tanker om, at

---

<sup>5</sup> I dag står denne eksistentielistiske forståelse af begrebet "angst" langt fra alene, men har udviklet sig mere flertydigt. I en psykoanalytisk forståelse består angst eksempelvis i fortrængte konflikter fra barndommen, mens den kognitivistiske skole placerer dens kilde i uhensigtsmæssige tanker og holdninger, som er skabt gennem livshistorien (Hougaard 2006:13-20).

<sup>6</sup> Den ontologiske præmis er her, at mennesket – modsat tingene, som først defineres i deres essens og derefter får deres eksistens – først bliver sat i verden (eksisterer), hvorefter de selv må skabe deres essens gennem tilværelsen. Dette sker ved at engagere sig i sin frihed og træffe sine valg i de konkrete handlingssituationer. Således kan den enkelte altid gøres ansvarlig for sine handlinger og må derfor selv stå til regnskab over sit liv (Jessen 1999:261-62).

”*Helvede - det er de andre*”. I hans teaterstykke ”Lukkede døre(1944)” er tre mennesker kommet i helvede, hvor de for evigt er tvunget i hinandens selskab. I helvede har de ingen øjenlåg, og lyset er altid tændt. Derfor er de underkastet de andres blik, hvormed de gennem gensidige objektiveringer vedvarende torturerer hinanden (Lübecker 2006:201). Den andens blik fremprovokerer med Sartres ord et syndefald, hvor ”*jeg opdager, at jeg er et objekt (for ham), at jeg har en ydre side, som jeg ikke kan begribe på samme måde, som den anden kan begribe mig. Jeg er altså overladt til den andens bedømmelse (...) Jeg er ikke længere herre over situationen*” (Sartre 1980:311 citeret i Lübecker 2006:199). Oplevelse af at blive objektiveret under den andens blik er af så voldsom karakter, at Sartre karakteriserer det som en ”blodstyrning” (Lübecker 2006:201). Dette har sin baggrund i den ontologiske præmis, Sartre omtaler som det mellem menneskelige forholds uundgåelige ”væren-for-den-anden”. Her bliver hver enkelt i mødet med ”den anden(”den der ser mig”)s” blik konfronteret med ansvar, skam og skyld, når vi dømmes for de valg, vi har truffet gennem livet (Jessen 1999:265). Således bliver andres objektiverende anskuelser af en og ubehageligheden herved beskrevet som et eksistentielt grundvilkår. I sin patologiske form fører den sociale angst til en så overdreven stillingstagen til, hvad andre tænker om én, at det giver urimelige indskrænkninger i personens socialitet og tilværelse. Her lader personen sig i høj og uhensigtsmæssig grad styre og begrænse af omverdenens (formodede og ofte urealistiske) perspektiv på én (Hougaard 2006:23,71).

Den sociale angst balancerer, som det således fremgår, i et grænseland, hvor den på den ene side kan betragtes som et eksistentielt vilkår tilhørende normalitetens domæne, mens den hos andre bliver så altoverskyggende, at den betegnes som patologisk. Grænserne mellem normalitet og patologi er dog særdeles flydende, og psykiske lidelser er da også længe blevet beskrevet netop som overdrivelser af normale menneskelige træk (Shorter 2001:345).

Der er dog visse holdepunkter, som kan være med til at afgøre, hvornår en psykisk tilstand tilhører henholdsvis normalitetens og patologiens domæne, hvor givne kriterier giver mulighed for en sondring mellem den sociale angsts normalitet og patologi. Her er det vigtigt at bemærke, at disse *ikke* figurerer i diagnosekriterierne, men blot vil fungere som et fundament, hvor problematiseringen af diagnosen kan spilles op imod. For det første fremhæves kravet om en ”meningsfuld stimulus”, hvor det, som forårsager angsten, er anerkendt som angstprovokerende. Dernæst må angsten være proportionel med



udløseren og således svare i voldsomhed til den givne situation. Sluttelig kommer kravet om angstens varighed, som normalt vil aftage i takt med udløserens ophør. Perceptionen af angsten afhænger således af de normative rammer for, hvordan en situation tolkes. Hvis de sociale konventioner anerkender en situations vigtighed, så bliver angstfølelsen i forbindelse hermed også i højere grad anerkendt som normal. Er angstfølelsen derimod divergerende med den sociale normativitet, så vil den modsat have tendens til at blive kategoriseret som patologisk (Horwitz og Wakefield 2007:27).

Der antages således ikke at kunne findes nogen ”normalitetens kerne” i den sociale angst, som entydigt kan fastslå, hvornår givne følelser er normale, og hvornår de er patologiske symptomer. I distinktionen mellem det normale versus det patologiske synes retningslinjerne for, hvornår bestemte symptomer er acceptable, forventelige og normale reaktioner på givne vilkår, derfor i høj grad at være uofficielle og bero på den enkelte læges skøn. Diagnosekriterier fastslår blot, at der må være tale om “*A persistent irrational fear...*”, hvorved den sociale rationalitet synes at være rettesnor for diagnosen. Herved må grænserne mellem normalitet og patologi opfattes som dynamiske størrelser, der kontinuerligt skubber til hinanden i takt med sociale faktorer. Den problematiske tendens er, at grænserne mellem de to poler tilsyneladende flytter sig fra almen eksistens og stadig længere hen mod patologien (Shorter 2001:345).

Gennem blandt andet Sartres fremstilling fremstod det, at social angst - også før den blev betegnet som patologisk - var karakteriseret ved et voldsomt følelsesmæssigt ubehag. I det følgende gives en række perspektiver på, hvordan den nu er blevet konstitueret som psykisk lidelse.

### **Tre sociologiske perspektiver på social angst**

I de følgende afsnit præsenteres tre forståelsesrammer for den sociale angst sociologiske aspekter. Først behandles *de videnskabelige forudsætninger for patologisering*, hvad angår den videnskabelige konstituering af psykiske lidelser, der gør det muligt at indlemme et stigende antal mennesker i psykiatrisk regi. Herunder behandles også de *kapitalistiske incitament* i indlemmelsen af nye grupper i det psykiatriske system. Dernæst fremføres et teoretisk bud på *den sociale angst normative funderinger*, som bevirker, at netop social angst har vanskeliggjort inklusionen i normalsamfundet i en sådan grad, at den er blevet så udbredt en psykiatrisk diagnose. I sidste afsnit behandles

*de sociale disciplineringsprocesser*, der - qua den samfundsmæssige håndtering af psykisk lidelse - gør den socialt angste parat til igen at indgå i normalsamfundet. Herunder gives en række teoretiske bud på de sociale mekanismer, som kommer i spil, når det patologiske bringes tilbage til normaliteten.

Under disse rammer behandles socialt angste i sine potentielle individuelle og samfundsmæssige konsekvenser. Dette vil ske ud fra en kritisk betragtning, hvor det – selvom det ingenlunde negligeres, at der er positive hensigter såvel som konsekvenser herved - er de problematiske, der vil være i fokus. De følgende afsnit vil herved åbne op for en række problematikker, som senere vil blive undersøgt i sine konsekvenser for den enkeltes tilværelse med diagnosen.

Der vil i videnskabens konstituering og de sociale disciplineringspraktikker hovedsageligt blive abonneret på et Michel Foucault-perspektiv, hvor det hovedsageligt er hans forståelser og begrebsverden, der åbner op for feltet. De normative fordringer i nutidens samfund vil fortrinsvis bygge på Richard Sennetts samtidsdiagnose. Dertil inddrages supplerende og mere emnespecifik teori fra afgørende forskere på feltet, som i særdeleshed indbefatter Svend Brinkmann og Nikolas Rose. Der bliver på ingen måde tale om et forsøg på syntesebygning mellem teorier med på mange måder divergerende grundantagelser, men om en anvendelse af disse til forskellige formål.

### **De videnskabelige forudsætninger for patologisering**

Gennem historien har mennesket altid været kendetegnet ved en ”*vilje til viden*” (Foucault 1977:202), hvor de gennem videnskabelig sandhedsproduktion konsekvent søger at reformere og forbedre sig selv. Gennem humanvidenskaben er mennesket selv blevet objektiveret og gjort til genstand for den vidensproduktion, de hidtil har underkastet deres omverden, og man har i dag udviklet videnskabelig sandhed omkring stort set alle aspekter af mennesket. Derved er mennesket gradvist blevet “*en figuration, hvis hovedtræk er determineret af den nye position, han nyligst er blevet tildelt i den aktuelle videns felt* (Foucault 1994:xxiii)”. Disse videnskabelige sandheder manifesteres på konceptuelt niveau, hvor blandt andet kliniske diagnoser skaber den enkeltes subjektivitet, når ens tanker, følelser, ønsker og adfærd systematisk kategoriseres i det psykologiske sprog (Rose 2009:244-7).

I det følgende åbnes i denne optik op for en række perspektiver, der argumenterer for, at den socialt angste ikke blot er fundet derude, men i ligeså høj grad afhænger af konstitueringen af psykisk lidelse. Spørgsmålet er ikke her, hvorvidt angsten og den personlige lidelse er forekommende, men derimod at problematisere på hvilket grundlag, den er konstitueret som klinisk diagnose (Brinkmann 2010b:19).

### ***De nedbrudte grænser mellem normalitet og patologi***

En af de mest grundlæggende forudsætninger for den stigende diagnosticering af social angst kan findes i, at patologien i stigende grad har gjort sit indtog i normalbefolkningen, hvor grænserne mellem psykiatri og normalitet på mange måder er blevet ophævet. Kimen til psykiatrisk diagnosticering, som vi kender den i dag, hvor den såkaldte normalbefolkning i stigende grad indlemmes i psykiatrisk regi, skal givetvis søges tilbage til Sigmund Freuds begyndende opløsning af grænserne mellem galskab og normalitet. Eksempelvis behandlede han i ”The Psychopathology of Everyday Life”(1901), hvordan mental sygdom må ses som tegn på undertrykte seksuelle følelser, der lurar under overfladen på den såkaldt normale adfærd. Ved sammenkædningen af normalitet og mental sygdom løsrev Freud og hans tilhængere psykiatrien fra næsten udelukkende at tilhøre galeanstalterne, hvorved den i højere grad spredtes ud over normalsamfundet. Fra 1917 til 1970 steg antallet af psykiatriske praksis udenfor institutionerne fra 8 % til 66 % (Rosenthal 2009<sup>7</sup>).

Tidligere sondredes der endvidere mellem ”sindssygen” og de såkaldt ”nervøse forstyrrelser” - hvad der i dag kunne forstås som henholdsvis psykoser og neuroser. Dengang ansås kun de sindssyge som egentligt psykisk syge, mens neurotikerne var de i normalsamfundet, som var ude af stand til at leve overens med samfundets normer og forventninger. Denne distinktion blev udvisket i takt med psykiatriens udbredelse og løsrivelse fra asylet, hvorved grænserne mellem psykisk sygdom og social utilstrækkelighed blev finere (Rose 2010:45). Det er dette grænseland, der i høj grad kan problematiseres i forhold til social angst.

---

<sup>7</sup> Dr. Susan Rosenthal har 30 års erfaring som mediciner og har derudover skrevet flere bøger og adskillige artikler omhandlende forholdet mellem mentale lidelser og deres sociale kontekst - hovedsageligt de industrielle interesser heri ([www.counterpunch.org/rosenthal07142007.html](http://www.counterpunch.org/rosenthal07142007.html)) - deriblandt den her anvendte ”Mental Illness or Social Sickness?”.

### ***Symptomernes løsrivelse fra kontekst***

En anden stor del af forklaringen på udbredelsen af psykisk lidelse kan findes i symptomernes løsrivelse fra kontekst, hvor det er den sociale angsts symptomer i sig selv, der er patologiske. Diagnosekriterier er ikke bundet op på nogen faste kriterier for, hvornår de er patologiske, og hvornår de er normale følger af deres kontekst. DSM medtager - med undtagelse af Post-Traumatisk Stress syndrom (PTSD) - ikke den enkeltes livsforløb, men oplister og kategoriserer blot såkaldt objektive symptomer, hvilket sker uden hensyn til symptomernes sociale sammenhæng (Rosenthal 2009). I "Creating Mental Illness" advarer Alan Horwitz om denne tendens at: *"En stor del af de typer adfærd, der i øjeblikket betragtes som psykiske sygdomme, er normale følger af stressende sociale vilkår eller sociale afvigelser. I modstrid med dens egen generelle definition af mentale forstyrrelser, anser DSM og megen af forskningen i dens kølvand, alle symptomer, hvad enten de er indre eller ikke, forventelige eller ej, afvigende eller ikke, som tegn på en forstyrrelse"*(Horwitz citeret i Rosenthal 2009). Resultatet bliver derfor, at DSM's diagnosesystem - ved at medtage mennesker, som "blot" reagerer på deres livsvilkår - kunstigt forøger og opretholder antallet af psykiske lidelser, hvor objektiveringen af følelser væk fra deres naturlige kontekst gør, at alt ubehag i tilværelsen efterhånden kan opfattes som sygdom (Brinkmann 2010b:22-23).

### ***En psykiatiseringen af livsproblemer?***

De ændrede psykiatriske praksisser har tilsyneladende givet forudsætningerne for at patologisere følelsesmæssige domæner, som tidligere betragtedes som normale. Dette er blevet problematiseret af flere som, hvad Anna Kåver betegner en *"psykiatisering af livsproblemer"* (Kåver 2003:11)", Svend Brinkmann (2010) som en *"patologisering af tilværelsen"* eller Nikolas Rose (2010) som en *"psykiatrisk omformning af ubehaget"*. Fælles for betegnelserne er det, at såkaldt almindelige livsfaser, afvigelser og sociale problemer i stigende grad indskrives i psykiatrisk regi og anskues som noget, der kan diagnosticeres og behandles. Dette gælder fra uønsket *adfærd* i patologiseringen af urolige børn til ADHD-patienter, patologiseringen af travlhed i diagnosen stress og så videre. Samme tendens kunne således antages at gøre sig gældende i patologiseringen af ubehagelige *følelser* i diagnosticeringen af social angst. Mange psykiske lidelser kan i denne optik ses som normale menneskelige reaktioner på ydre vilkår eller samfundsmæssig uønsket adfærd, der skilles ud gennem diagnosticeringen (Brinkman 2010a:9). Således kunne man - i en kynisk betragtning - frygte en samfundsmæssig

utilitarisme, hvor der hverken er tid eller ressourcer til, at mennesket reagerer på de livsvilkår, de har haft, hvor indskrivningen i psykiatrisk regi bliver en effektiv måde at gøre personen parat til hurtigst muligt at indgå i normalsamfundet (Rose 2009:277-286).

Selvom der naturligvis kunne argumenteres for det hensigtsmæssige i at mindske menneskelig lidelse og gennem diagnosticeringen tilskynde, at den lidende så effektivt som muligt undslipper angsten, så har tendensen tendentielt en vrangside, der tværtimod kan højne menneskets lidelse. Svend Brinkmann fremhæver, hvordan psykiatiseringen af tilværelsen svækker den mentale udholdenhed, fordi mennesket optager den overdrevne fremstilling af deres egen sårbarhed og derved opgiver at håndtere den (Brinkmann 2010b:21). Problematikken bliver, at patologiseringen af de svære følelser i tilværelsen kan give mennesket falske forudsætninger om at kunne undgå eller kurere, hvad der antageligt er naturlige og uundgåelige følelser i den menneskelige eksistens (Scott 2006:140-4). Således frygtes det, at håndteringen af svære og ubehagelige følelser vanskeliggøres, idet de ikke anerkendes og accepteres som såkaldt naturlige virkninger af biografiske hændelser.

### **De kapitalistiske incitament**

Den sociale angsts konstituering kan ydermere betragtes som en konsekvens af, at der omkring psykiatiseringen af tilværelsen er opstået en omfangsrig kapitalistisk industri. Herved medtages et tilsyneladende essentielt element i konstitueringen af social angst, der spiller sammen med de videnskabelige processer.

### ***Psykofarmakologien – et ekspanderende marked***

I takt med det stigende antal diagnoser har den økonomiske udvikling i psykofarmakologien været stærkt stigende. Det psykiatriske markedes økonomiske del er fra 1990 til 2000 vokset med 126 % i Europa og hele 638 % i USA, mens væksten i de faktiske doser af medicin dog er mere moderat med en vækst på 26,9 % i Europa og 70,1 % i USA (Rose 2010:39).

Der synes ikke at forelægge statistisk materiale over, hvilken behandling specifikt de socialt angste modtager. Forklaringen ligger tilsyneladende i at kun en lille del af de formodede ramte angiveligt søger hjælp for deres lidelse (Psykiatrifonden 2009), og hvis det endelig sker, så bliver mange ifølge Angstforeningen ”kastebolde mellem læger, psykiatere og psykologer, som hverken kunne stille diagnosen eller give patienten den

*rette behandling*” (Angstforeningen i Kristeligt dagblad 2009). Samtidig opstår social angst ofte sideløbende med andre diagnoser, hvorved den kan være vanskelig at tydeliggøre i sine grænser og behandle isoleret. Slutteligt er der meget begrænsede muligheder for målrettet angstbehandling i det danske samfund (Hougaard 2006:13)<sup>8</sup>. Der synes således langt fra at være en specifik industri omkring den sociale angst her i Danmark, som det tilsyneladende er tilfældet i USA (se Susie Scott<sup>9</sup> 2006). Angstpatienterne glider i stedet ind i de øvrige statistikker over eksempelvis antidepressiver, betablokkere med videre og registreres tilsyneladende ikke selvstændigt<sup>10</sup>. Nikolas Rose understreger, at netop angst-markedet er et indtil videre overset felt for medicinalindustrien (Rose 2010:40).

### ***Kapitalistiske interesser i de videnskabelige sandheder***

Der gives her foranledning til et kritisk blik på de, som har behandlingen af psykiske lidelse som deres levebrød. Selvom det er selve bekæmpelsen af psykisk lidelse, der er medicinalindustriens mål, så er de samtidig i fare for at gøre sig selv arbejdsløse, hvis tingenes tilstand ændres. Således har den industri, som bekæmper psykisk lidelse, samtidig en interesse i at fastholde klienterne.

Det er eksempelvis yderst problematisk, at flere af de, som sidder i DSMs komite og således definerer nye lidelser, har stærke bånd til medicinalindustrien. Således er det samme industri, der langt hen ad vejen både definerer, hvad der betragtes som psykisk lidelse, og samtidig giver, hvad der opfattes som valide anbefalinger af (deres egen?) behandling (Rosenthal 2009). Et tydeligvis eksempel til illustration heraf omhandler den tidligere DSM-diagnose PMDD (Pre-Menstrual Dysphoric Disorder). Da det lykkedes at få denne indskrevet som psykisk (og således behandlingskrævende) lidelse, så

---

<sup>8</sup> På trods af den sociale angsts udbredelse og det, at man mener at have særdeles positiv virkning af bestemte behandlingsformer, så eksisterer der blot 2 offentlige behandlingstilbud i Danmark: Rigshospitalets angstklinik, som har kapacitet til 60 patienter årligt med enten social- eller panikangst, samt Psykiatrisk Hospital i Århus, der behandler 35 med social angst årligt (Kristeligt dagblad 2009).

<sup>9</sup> Susie Scott er sociolog ved University of Sussex og har blandt andet været forskningsleder i projekter om patologiseringen af generthed, hvorom hun har skrevet en del artikler.

<sup>10</sup> I en psykiatrisk faglig vurdering heraf - byggende på blandt andre angstekspert Esben Hougaard og Angstforeningen - vurderes behandlingen af social angst og dens virkninger positivt. Der er tilsyneladende enighed blandt psykiatere og psykologer om, at der med kognitiv adfærdsterapi kombineret med antidepressive midler som SSRI/SNRI er sket en revolution i behandlingen af social angst (Kristeligt dagblad 2009).

ompakkede medicinalfirmaet "Eli Lilly" deres bedst sælgende præparat "Prozac" i en pink variant, som de omdøbte til "Serafem" og markedsførte som behandling af PMDD. Ved at skabe Serafem kunne "Eli Lilly" forlænge sit patent på Prozac-formlen i yderligere 7 år. Herved kunne man i en kynisk betragtning sige, at jo flere mennesker man kan sygeliggøre, desto mere profit kan man indhente ved at sælge dem behandling (Rosenthal 2009). Således ses også et eksempel på, hvordan medicinalindustrien ikke blot laver nye kure til gamle sygdomme, men ligeledes markedsfører gamle produkter til nye anvendelser (Rose 2010:49). Dette kunne være tilfældet på angstmarkedet, hvor det er medikamenter fra andre sygdomme – som eksempelvis betablokkere og antidepressiver – der overføres hertil.

Den voksende kommercialisering af psykofarmaka er således et stort problem for den uafhængige videnskabelige forskning, men også for det samfundsmæssige fokus på psykisk lidelse, hvor der tendentielt skabes en finansiell skævvridning af psykiatrien, hvor de tunge lidelser nedprioriteres til fordel for de lettere og umiddelbart mere profitoptimerende grupper (Brinkman 2010b:19).

### ***Skabelsen af klienter som en selvopretholdende industri***

En faktor i den voksende psykiatriske industri kan til dels tilskrives dens nærmest uendelige muligheder for vækst, idet der tilsyneladende ingen kriterier er for, hvornår givne karakteristika kan medtages i DSM og derved indskrives i det patologiske regi. I 1980 erklærede den ekspertgruppe under American Psychiatric Association, der stod for at skabe DSM, at en hvilken som helst forstyrrelse kunne indgå: *"hvis der er generel enighed blandt klinikerne, som forventeligt kan møde en tilstand, og at et betydeligt antal patienter har denne specifikke lidelse, og at det er væsentligt at kunne identificere den i det kliniske arbejde* (Rosenthal 2009)". Således skabes nye grupper af klienter ved en etiketteringsproces, hvor den enkeltes tanker, følelser og adfærd sammenlignes med symptomerne fra DSM, hvorved allerede eksisterende patienter bibeholdes, mens der samtidig inkluderes nye. Psykiatrien synes derved at have taget form af en selvforsynende industri (Rosenthal 2009).

Der er således ingen stillingstagen til, *hvorfor* en større gruppe mennesker reagerer med det givne ubehag. Den sociale angst skabes i stedet fra bunden, hvor den betragtes som summen af en række individuelle tilstande, idet det er antallet af tilfælde, der afgør, om den enkelte betegnes som syg. I det kapitalistiske samfund er det tilsyneladende politisk

risikofyldt, såvel som samfundsøkonomisk uprofitabelt at forbedre de sociale forhold, der er årsag til lidelse. I stedet trækkes det enkelte individ ud af dets sociale sammenhæng, hvor man tilskriver den individuelle psyke problemet og gør personen klar til at indgå i psykiatriens økonomiske kredsløb (Rosenthal 2009).

### **Den sociale angst normative funderinger**

*Man kan ikke bare se på social angst som et nedslag i hjernen hos den enkelte. Man bliver nødt til at have et bredere samfundsperspektiv med. Sociale epidemier følger jo altid samfundets moralske op- og nedture. Når man udpeger noget som patologisk, definerer man samtidig det gode, sunde og normale”* (Rasmus Willig i Kristeligt dagblad 2009).

Begreber som ”normalitet”, ”psykisk lidelse” og det at være ”klinisk rask” afhænger ikke blot af videnskabens konstituering, men beror ligeledes på samfundets værdimæssige/diskursive funderinger (Møldrup 1999:20). Således gælder det, at: *”sygdommen kun har sin virkelighed og sin sygdomsværdi indenfor en kultur, der erkender den som sådan* (Foucault 1971:91)”.

I det følgende bliver det en hovedtese, at medicinske diagnoser indtræder og udgår i takt med samfundets normative forskrifter, hvorved social angst til dels kan betragtes som et sociopolitisk begreb, som bærer en værdidom over menneskelig ageren (Rose 2009:265). I den psykiatriske diagnose manifesteres samfundets normative funderinger ved, at det socialt angstes afvigelse og uønskede egenskaber konstitueres videnskabeligt i diagnosen. I DSM-IV defineres psykisk lidelse da også netop som en: *”indre oplevelse og adfærd, som afviger væsentligt fra forventningerne i individets kultur”* (Rose 2010:41). Den socialt angst betragtes herved som én, der ikke i stand til at overskride et samfunds normative inklusionsbetingelser og indgå i en given normalitet (Willig og Østergaard 2005:7-12).

I det følgende fremdrages, hvad der teoretisk set kan betragtes som afgørende normative træk ved nutidens danske samfund. Hvad kendetegner med andre ord det samfund, som hersker i dag, og hvad er det for krav og sociale forpligtelser, givne individer ikke lever op til?



### ***En ændret social organisering***

Det er tidligere blevet opridset, hvilke omfattende negative konsekvenser social isolation kan have for et menneske. Det synes således paradoksalt, at så mange er bange for noget, der er af så afgørende betydning for dem. De tilsyneladende paradoksale poler ”sociale behov” og ”social angst” er dog to særdeles sammenvævede størrelser, der synes at kulminere i nutidens normative kontekst. Betragtes den sociale angst evolutionsteoretisk, så har den baggrund i noget helt essentielt ved mennesket, som hænger nøje sammen med netop deres sociale behov. Dette skyldes ifølge læge og forsker ved Göteborg universitet, Tom Fahlen, at ens rolle i det sociale er afgørende for eksistensen, idet netværket gennem historien altid har beskyttet ens liv og ressourcer. Angsten for ikke-accept i det sociale bliver således fuldstændig grundlæggende for den menneskelige eksistens (Kåver 2003:9, 10,34).

I denne optik er der forskellige kontekstuelle omstændigheder ved nutidens samfund, som synes yderligere befordrerne for den sociale angst. Dette gælder de nye sociale strukturer, hvori vi søger vores plads i det sociale, som synes at blive stadigt mere flydende og udefinerbare. Den sociale organisering har bevæget sig fra stabile og overskuelige sociale sammenhænge i, hvor ens socialitet skete i samme gruppe fra fødsel til død, til nu, hvor vi vedvarende må finde vores plads i nye grupper og hver gang forsøge at deducere koderne for, hvornår vi udvælges versus udstødes (Kåver 2003:9, 10,34).

### ***Det fleksible menneske***

Dette netværkssamfund af skrøbelige relationer på kryds og tværs af tilhørsforhold er beskrevet af Richard Sennett i hans analyse af ”det fleksible menneske (1999)”. Heri beskriver han kapitalismes aktuelle strukturering i, hvad han betegner ”den fleksible kapitalisme”. Flexibiliteten betyder i sin rent sproglige form ”bøjelig”, hvilket dækker over, at eksempelvis et træ kan bøje sig for vinden og derefter rejse sig i sin oprindelige position. Hvor man under den gamle kapitalisme havde arbejdsmæssige idealer som disciplineret at udnytte sin tid under fast (ofte livslang) ansættelse med faste kollegaer og faste arbejdsopgaver, så er dette i dag en sjældenhed (Sennett 1999:11-17,47). Fastheden er i dag erstattet af flexibiliteten og omskifteligheden, hvor der fordres kontinuerlige skift i mindre projekter på forskellige arbejdspladser med forskellige kollegaer. I den nye kapitalisme må arbejdspladserne konstant forholde sig til det diffuse marked og lade skiftende udefrakommende krav bestemme deres indre struktur. Dette bevirker brugen af såkaldt fleksibel specialisering, hvor individer bevæger sig ind og ud af forskellige

arbejdspladser, når disse kontinuerligt efterspørger forskellig ekspertise (Sennett 1999:47). Således er der blevet tale om *"en fleksibel arbejdsplads, der kræver hurtig indlevelse i nye situationer og nye mennesker"* (Sennett 1999:123-24).

Selvom mennesket har fået en illusion om friheden til at forme deres eget liv, så er kontrollen over mennesket ingenlunde forsvundet, men har blot fået mere uigennemsigtig karakter (Sennett 1999:7-9,25), hvor: *"afskyen for den bureaukratiske rutine og ønsket om fleksibilitet har skabt nye magt- og kontrolstrukturer og ikke frigørende betingelser"* (Sennett 1999:49). Disse nye magtstrukturer udmønter sig i en række normative krav til individet, hvor det bliver den enkeltes største opgave at styre sin fremtoning og adfærd over for andre, samt at tilpasse sig og stimuleres under skiftende omstændigheder uden at lade sig nedbryde (Sennett 1999:47). Den fleksible kapitalisme beskrives som et *"præstations-menneskets kongerige"* grundet kravene om konstant at skulle starte forfra og vise sit værd. Mennesket oplever her sig selv som værende uden retning og mål for deres arbejde. De manglende kriterier og holdepunkter for succes og fiasko bevirker, at mennesket konstant må lede i andres respons efter små tegn på, hvad de synes om én. I det hele taget får andres daglige bedømmelse en vigtig rolle i den enkeltes positionering i samfundet. Samtidig må individet konstant eksaminere sit selv og sørge for at optime dette i tråd med skiftende krav. Denne kontinuerlige objektivering af sit eget selv kan medføre en ekstrem selvbevidsthed og dertilhørende angst for ikke at blive anerkendt af andre (Sennett 1999:25,85-86,91).

Således synes der at være sket en vanskeliggørelse af social kontakt, fordi individet gang på gang må overskride sig selv i det sociale og kæmpe på ny for sin sociale inklusion. Derfor må både ens sociale færdigheder og psykiske kapacitet til skiftende sociale interaktioner antages at være essentielle egenskaber i nutidens samfund. Disse er da også gennem de seneste år institutionaliseret allerede i den tidligste socialisering, og i dag indføres begrebet "social kompetence" allerede i børnehavens pædagogiske lærerplaner (Kristeligt dagblad).

### ***Det fleksible menneske som normativt afsæt for social angst som diagnose***

På baggrund af ovenstående kan patologiseringen af social angst betragtes med afsæt i den normalitet, der hersker i det fleksible samfund. Den differentieringsproces, der sker mellem normalitet og patologi, indkredses tilsyneladende ved at: *"man går med til at give*

navnet gennemsnitstype til det skematiske væsen, som man kunne danne ved i en og samme helhed og i en slags abstrakt universalitet at samle artens hyppigste kendetegn” og derved ”vil man kunne sige, at enhver afvigelse fra denne sundhedsnorm er et sygeligt fænomen” (Emilé Durkheim citeret i Foucault 1971:92). Den normalitet, som patologiseringen tager afsæt i, er således kontekstuel bestemt og afhænger af det specifikke samfunds kulturelle accept versus undertrykkelse af menneskelige følelser, adfærds- og udtryksformer. Herved konstrueres den psykiske lidelse diskursivt af, hvad man kunne kalde det antropologiske råmateriale, hvor: ”hver kultur gør sig (...) et billede af sygdommen, hvis omrids er tegnet af samtlige af de antropologiske muligheder, som den pågældende kultur forsømmer eller fortrænger”(Foucault 1971:92) og endvidere ser vi ”dem favoriseret, hvis naturlige reflekser er nærmest den adfærd, der karakteriserer deres samfund, således ser vi dem sat udenfor, hvis naturlige reflekser falder indenfor et adfærdsfelt, som ikke eksisterer i deres kultur” (Ruth Benedict citeret i Foucault 1971:93). Således bliver det patologiske defineret som den adfærd, de følelser og tanker, som ikke lader sig integrere i det fleksible samfund (Foucault 1971:94,112).

Netop social angst synes på denne baggrund at være blevet en patologi i det moderne vestlige samfund, hvor introverte personlighedstræk som eksempelvis generthed, beskedenhed og følsomhed er uforenelige med kravet til det fleksible menneske og derfor karakteriseres negativt (Scott 2006:133,148). De værdiladede dimensioner i konstitueringen af social angst, som står i modsætning til den ønskede individtype, kommer til udtryk i hverdagens konceptualiseringer, hvor ”de ord, som i midten af 1990’erne blev brugt til at beskrive nye angstkategorier, er i høj grad værdiladede. Ord som ”ineffektiv”, ”ikke stærk” eller ”kraftsløs” viser os idealforestillingen om det stærke og til enhver tid fleksible og omstillingsparate menneske” (Rasmus Willig i Kristeligt dagblad 2009). Herved kan den sociale angst betragtes som den mislykkede inkorporering af den normalitet, der er herskende i det fleksible samfunds værdimæssige fokus på ekstroverthed og networking, mens afvigelsen er blevet sandhed i dens videnskabelige manifestationer.

### **Den sociale disciplinering af socialt angste**

Hvor behandlingen af psykisk lidende tidligere havde til hensigt at pacificere og afsondre afvigende individer og socialt udelukke ”dem, der frembyder tegn på ’forstyrrelse’ i

*forhold til fornuftens, moralens og samfundets orden*”(Foucault 1971:100), så kan håndteringen af psykisk lidende i dag snarere ses som korrektion af anomalier eller en ”*reorganisering af det sociale felt*” (Foucault 1971:101). Håndteringen af psykiske lidelser har således ikke som tidlige til formål at afsondre det syge individ fra samfundet, men tværtimod at tilpasse personen til dette, ved at gøre ham/hende i stand til at opretholde en såkaldt normal tilværelse (Rose 2009:269).

Sundhedspolitik bygger diagnosticeringen og den efterfølgende behandling af social angst da også på et udviklings- og fremskridts perspektiv, hvor flest muligt mennesker inkluderes i normalsamfundet (Østergaard 2005:154-55). I et mere kritisk perspektiv kan mere latente virkninger af behandlingen dog fremdrages. Disse er ikke nødvendigvis bevidste strategier, men kan betragtes som virkninger af en samfundsmæssig afvigerhåndtering, der ikke nødvendigvis er en forudset eller bevidstliggjort i udformningen af strategien. I denne optik kan patologiseringen af social angst betragtes som en normalisering af mennesker, som har en adfærd og en psyke, der ikke er tilstrækkeligt effektive for den måde, som samfundet fungerer på. Velfærdsstaten synes her at have som latent målsætning - under dække af altruismen - at kontrollere forskellige afvigelsesformer, hvor mennesker, hvis karakteristika ikke har en nytteværdi i samfundets funktionsmåde, rettes ind (Østergaard 2005:155-58).

I det følgende sandsynliggøres og optrævles den samfundsmæssige håndtering af social angst i sine rationaler og mekanismer. Dette vil ske med et fokus på de kritiske aspekter, mens det stadig må holdes for øje, at der er positive hensigter såvel som konsekvenser herved.

I den forbindelses trækkes der teoretisk på Foucaults teori om governmentaliteten, hvorigennem der søges en fremdragelse af paradokserne mellem frihed og tvang i de nye disciplineringsstrategier, hvor man har givet individet magten til at skabe sit eget liv, men samtidig sørger for, at dette sker efter helt bestemte forskrifter. Dette efterfølges her af et selvrealiseringsperspektiv, der yderligere specificerer og tydeliggør denne frihedens tvang.

### **Governmentaliteten**

”Den foreskriver hver enkelt sin plads, hver enkelt sin krop, hver enkelt sin sygdom og død, hver enkelt sit velfærd i kraft af en allestedsværende og alvidende magt, som underinddeler sig selv på en regelmæssig og uafbrudt måde helt ned til individets endelige bestemmelse, til det, der karakteriserer det, til det, som tilhører det, og til det, som der sker med det (Foucault 2002:214)”.

Magtforståelsen<sup>11</sup> bag governmentaliteten beror på *en konfiguration mellem magt, viden og subjekt*. Det følgende vil derfor være bygget op omkring disse tre aspekter og deres indbyrdes relationer. Selve magtbegrebet kan siges at være en form for grundlæggende ontologisk forudsætning - et elementært og overindividuel styrende princip, der ikke er tilknyttet nogen specifik gruppe, men eksisterer som spil af kræfter i forskellige udformninger, hvor den er en uundgåelig del af alle sociale relationer (Lindgren 2005:338). Magten skal således *ikke* forstås negativt, men snarere betegne en grundlæggende kraft i tilværelsen, der fordrer en bestemt disciplinering af individet og således bestemte subjektiviteter – på godt og ondt (Lemke 2002:53).

Magten er kommet til udtryk i de koncepter og sproglige strukturer, vi bruger, når vi beskriver historie og nutid, os selv og hinanden (Heede 2002:23), hvorved den er lokaliseret i systemer af viden i specifikke kontekster, som har bestemte betydninger og forståelser af verden til følge (Foucault 1994:xvi). Dette giver udslag i en række omfattende *diskurser*, der definerer ”det sande” indenfor et givet samfundsdomæne, som er bestemmende for, hvordan man kan tale om og derved forstå os selv og verden (Foucault 1994:xxii). Her giver videnskaben ”*enhvers tildeling af sit sande navn, af sin sande plads, af sin sande krop* (Foucault 2002:215)”, hvorved der implicit i vidensproduktionen ligger en række sandheder, der tillader henholdsvis ikke tillader bestemte måder at leve på (Foucault 1977:204)<sup>12</sup>. Derved sker en kontrol af mennesket og

---

<sup>11</sup> Fokus i Foucaults fremstillinger af magt ligger hovedsageligt på dens *virkemåde* og *udøvelse* samt dens *sociale konsekvenser*, mens specifikke definitioner af selve magten og dens intentioner ikke behandles så intensivt (Lindgren 2005:338).

<sup>12</sup> Magten betragtes ikke som personificeret, men kommer til udtryk i de samfundsmæssige institutioner – som her psykiatrien - der er med til at reproducere og manifestere de dominerende diskurser. Magtens udøvere kanaliserer blot magten og er i ligeså høj grad underlagt denne. Subjektet bliver således et produkt af magten og samtidig magtens redskab (Foucault 2002:216).

en skabelse af det enkelte subjekt, hvor mennesket tillades at tænke og agere indenfor helt bestemte rammer (Foucault 2002:215)".

Hvad Foucault betegner *governmentaliteten* bliver det link, der forbinder den givne samfundsformation og dennes diskurser med den aktuelle konstituering af subjektet. De to aspekter af begrebet "governing" (styring) og "mentality" (mentalitet) betegner således en *styringsmentalitet*, som det vil blive betegnet gennem i det følgende, der virker ledende for en bestemt subjektivitet (Lemke 2002:50-1). I det følgende fremdrages der en række eksempler på de mekanismer i styringsmentalitetens virke, der i dag fordrer individet til at tilpasse sig samfundet.

Styringsmentaliteten bygger ikke på direkte tvang, men beror snarere på en blidere (eller mere sofistikeret?) styringsstrategi, som søger sin legitimitet i velfærdssystemet. Den sociale disciplinering af individet udøves i dag qua en række aktiverings- og resocialiseringspraktikker, som har såvel juridiske som moralske aspekter. Juridisk set udføres en såkaldt passiv socialisering, som er kendetegnet ved retten til hjælp til opbygning af fysisk, psykisk og social formåen, der giver den angste forudsætninger for igen at indgå i normalsamfundet. Moralsk set sker den aktive socialisering, hvor man søger at forandre og afrette den angste ved at appellere til dennes vilje og indstilling til at indgå i samfundet - altså et spørgsmål om etik og moral. Afviger man fra de samfundsmæssige vedtægter vil det således give en grundlæggende skamfølelse, som beror på, at man ikke ønsker dette (Østergaard 2005:160,63-64). Det er hovedsageligt uarbejdsdygtigheden, der i dag giver udslag i nutidens moralske kontrol over den angste (Foucault 1971:101), idet der appelleres til dennes vilje til at arbejde med sig selv, så han/hun bliver i stand til at bidrage til samfundet og ikke være en byrde herfor.

Det særegne ved styringsmentaliteten er, at man søger at disciplinere individet indefra - ud fra det individuelle frie valg - hvor individet ser det som deres egen pligt og opgave at rette sig ind efter samfundsmæssige idealer (Østergaard 2005:155-58). Det bliver således afgørende for styringsmentalitetens virke, at individet selv påtager sig de samfundsmæssige krav og udfører en selvdisciplinering. Således bliver *selvet* der, hvor styringsmentaliteten i mest udpræget grad rodfæster sig, og er derved i dag blevet "*kroppens fængsel*" (Heede 2002:24-5).

### **Kravet om selvrealisering**

Ovenstående kan yderligere konkretiseres i, hvad flere har betegnet som ”kravet om selvrealisering<sup>13</sup>”, hvilket kan betragtes som en grundlæggende forudsætning for nutidens disciplinering.

Tidligere blev der åbnet op for den sociale angst i et eksistentielistisk perspektiv, hvilket i sine tanker om udpræget individualisme og personlige frihed synes at være yderst aktuel. Dette betyder ikke, at friheden er så absolut, som den ofte fremstår, men at diskursen herom fremstiller mennesket som mere frit end nogensinde og de eksistentielle valgmuligheder som uendelige. Mennesket er derfor også i udpræget grad ansvarliggjort for sin egen tilværelse og spørgsmålet om, hvorvidt man har truffet de rette valg, realiseret sig selv og udnyttet sine muligheder er presserende: ”*Der findes i dag ingen faste opskrifter på, hvordan man skal leve sit liv, de unge skal selv finde ud af det hele, og det kan give et voldsomt indre pres. Frihed og angst går tydeligvis hånd i hånd*”, siger psykolog i studenterrådgivningen, Bo Fischer-Nielsen (Kristeligt dagblad 2009).

I forholdet mellem individuel frihed og angsten for ”de andre” bliver Axel Honneths anerkendelsesbegreb<sup>14</sup> relevant. Honneth beskriver, hvordan der fra det førmoderne til i dag er sket et skift i den sociale tilkendegivelse af individet fra ære til anerkendelse. Anerkendelsen gives i dag på baggrund af succesen i ens livsprojekt og ikke længere - som det var tilfældet med æren i det førmoderne - på baggrund af faste ydre kategorier som stand eller klasse<sup>15</sup>. Enheden for henholdsvis æren og anerkendelsen er således skiftet fra familiens biografi til individets egen. Hvor æren før var prægivet de få som følge af slægtskab, så det i dag hvert enkelt menneskes ansvar at tilkæmpe sig anerkendelse. Denne individuelle frisættelse må delvist betragtes som en drivkraft, der tillader individet at søge hen, hvor de ønsker det i livet, uden på samme måde som

---

<sup>13</sup> Selvrealiseringen er ikke, som det her kunne fremstå, noget nyt begreb, men kan idéhistorisk spores helt tilbage til Aristoteles, Augustin og Hegel, samt adskillige tidligere sociologer (Willig 2005:15).

<sup>14</sup> Anerkendelsen dækker bredt fra respekt og tolerance til prestige og status. Distinkteres der illustrativt mellem erkendelse og anerkendelse betegner erkendelsen den kognitive identifikation af et andet individ, mens anerkendelsen opstår, når den anden person gives anseelse (Rasmus Willigs forord i Honneth 2005:23).

<sup>15</sup> Her kan man sige at sociale klasser stadig består, men at der har været en generel velfærdsøgning, der har hævet det økonomiske niveau, mens der samtidig er kommet et øget antal muligheder indenfor hver klasse (Willig 2005:13).

tidligere at være underlagt samme form for determinisme. Problemet bliver i stedet administreringen og retfærdiggørelsen af de mange valg og implicite krav. Hvor der før herskede faste kriterier for den enkeltes biografi, hvor mennesket havde forholdsvis klare retningslinjer for, hvad det skulle udrette, så er disse i dag erstattet af utallige muligheder, som tvinger individet til at kigge ud en uendelighed af kontingente anerkendelsesgradueringer. Der er ingen kriterier for, hvornår vores mål er nået, og vi må vedvarende bevæge os videre og samtidig anerkendes i processen. Dette kan opleves som en evig følelse af at være til eksamen, hvor mennesket konstant står usikker overfor, om han/hun vil opleve anerkendelse i den givne situation (Willig 2003:29,34-35,37). Indfris målet ikke, så må personen nemlig selv stå til ansvar for sin fiasko – hvad enten personen er underlagt adskillige (skjulte) strukturer, der modarbejder projektet. I individualismens navn fremtræder projektet som individets eget (Honneth 2003:64).

For at forstå det særegne ved selvrealiseringen kan denne spilles op mod selvbestemmelsen, som ligeledes betegner en individuel frihedstilstand. Hvor Eric Fromm(1941) beskrev, hvordan det selvbestemmende menneske, når friheden bliver for stor, eksempelvis kan søge ind under totalitære styringsformer, så er der ingen flugt fra friheden, når det kommer til selvrealiseringen, som er umulig at overlade til andre (Hammershøj 2005:83). Friheden har således transformeret sig fra mulighed til tvang; du har friheden til at løsrive dig fra de sociale strukturer, og derfor er der ingen undskyldning for ikke at udnytte dine potentialer. Selvrealiseringen er ikke blot en mulighed, men et krav uden grænser og afslutning (Willig 2003:29,34-35,37).

Hvad ligger der så i forestillingen om selvrealisering? Her kan der siges at være tale om en ny form for socialisering, som går fra alment til selvstændigt i en form for selvsocialisering, hvor man individualiserer sig selv og adskiller sig fra mængden. Dette står i modsætning til tidligere, hvor forholdet gik fra selvstændigt til alment, idet man blev socialiseret som en del af noget større og fandt sin plads i det sociale (Hammershøj 2005:83). I dag handler det om ”*at blive, hvad vi er*” (Brinkmann og Eriksen 2005:10) og i en humanistisk psykologisk optik at ”aktivere ens iboende potentialer” (Brinkmann 2005:41). Opgaven heri ligger med Foucaults ord i den byrde, det er at være ”*kunster for sit eget livsværk*” (Hammershøj 2005:83). I den faglige såvel som personlige udvikling af ens potentialer er det ”*up to us to invent a use for ourselves*” (Ricard Rorty citeret i Brinkmann og Eriksen 2005:9). Da ingen udefrakommende faktorer kan give svaret på,



hvad der er autentisk for den enkelte, må selvrealiseringen bero på introspektive processer, hvor det må udledes i os selv, hvordan man må leve, så det passer til os. ”*Selvudviklingens dør går indad*”, som Cecilie Eriksen udtrykker det (Eriksen 2005:111).

### ***Behandlingssystemets rolle i disciplineringen***

Behandlingssystemet synes i dag at spille på ovenstående præmisser i sine grundlæggende mekanismer. Indskrivningen af social angst under det patologiske regi betyder, at man tilsyneladende ikke skal acceptere sin tilstand, men betragte den som noget, der både kan og bør behandles (Scott 2006:34,138-39). Behandlingen bliver legitimeret gennem frihedens, styringsmentalitetens og selvrealiseringens rationale, hvor den enkeltes har frihed til – og derfor bør - slippe begrænsningerne og udfolde sit sande selv. I dag er det sociale værdigrundlag således – i modsætning til den førmoderne religiøse henvisning til fortiden - rettet mod fremtiden og menneskets iboende udviklingspotentiale. Det bliver herved det kontinuerlige identitetsarbejde, der bliver kernen i disciplineringen (Østergaard 2005:155-58,160,63-64).

Dette sker med hjælp fra videnskabelige eksperter, der – under bestemte forskrifter - hjælper den ramte med at udfærdige dennes livsstrategier, hvilket sker ud fra et indtryk af, at vi kan skabe vores eget selv og gøre os selv til den, som vi ønsker at være (Rose 2009:269,277-286). Således må individet kontinuerligt overvåge sin psykiske sundhed og arbejde på at tilpasse denne de sociale krav. Gennem behandlingen pålægges den enkelte risikohåndtering og selvransagelse af sine følelser, kognition og sindsstemninger i en til stadighed mere finmasket håndteringsproces, der lærer individet at tage kontrollen over sit eget selv (Rose 2009:284).

### ***På vej mod individuel frihed eller en homogeniseret befolkning?***

Ovenstående udvikling kan problematiseres i det tilsyneladende paradoksale spændingsfelt mellem individualisering og homogenisering, der sætter fokus på de kritiske tendenser, som udviklingen tendentielt kunne pege hen imod.

Det kunne ud fra ét perspektiv hævdes, at individualiteten og friheden styrkes, idet den enkelte qua den psykiatriske afhjælpning får mulighed for at efterleve sine individuelle talenter og ønsker, uden at de begrænses af angsten. Der er dog også problematikker herved, som i stedet taler i retning af en homogenisering. Problemet er, at hvis man begynder at behandle alt, hvad det er muligt at bedre som sygdom, så rykkes normalitetsbegrebet for hver gang, vi behandler noget, som tidligere var normalt. Idet den

sociale inklusion indsnævres og flytter stadigt flere karakteristika fra normalitetens til patologiens regi, sker der en gradvis homogenisering af befolkningen, hvor stadigt mere enslydende krav skal opfyldes for at være et sundt og/eller normalt menneske (Møldrup 1999:98-99).

Selvom behandlingen utvivlsomt kan afhjælpe megen smerte og lidelse hos den enkelte, så bliver det imidlertid problematisk, hvis de normative forestillinger, som behandlingen bygger på, får udtryk af at være en objektiv altoverskyggende sandhed om mennesket, som fordrer homogenitet i det sociale rum og indskrænker mangfoldigheden til fordel for det totalitære (Østergaard 2005: 175-76). Således kan de socialt angste betragtes som bærere af en kulturel krise, hvor stadigt flere følelser og karaktertræk ikke længere rummes indenfor den danske kultur., mens patologiseringen af social angst bliver en normaliseringsstrategi, hvor de angste underkastes behandling, som gør personen i stand til at indgå i et stadig mere krævende normalsamfund (Scott 2006:143). Således sker der tendentielt en gradvis overtrædelse af individets frihedsrettigheder, hvor en ensidig ide om ”folkets bedste” presses ned over hovedet på alle, idet en altoverskyggende udefrakommende moral – i den psykiske sundheds navn - overtager det enkelte individs egen (Brinkmann 2010b:16-17). Spørgsmålet er nu, hvor langt man kan gå, før udviklingen kan betragtes som en bestræbelse på et rensset fællesskab, som udraderer givne følelser, sind og personligheder.

### ***Et normalitetsbegreb i skred - sygeliggørelse som præstationsfremme?***

Ovenstående kan betragtes som et skred i normalitetsbegrebet, som tendentielt skaber en stadig mere behandlingskrævende befolkning, som sættes udenfor i den snævre normalitet.

Professor i socialfarmakologi på KU, Claus Møldrup, har behandlet, hvordan medicinering<sup>16</sup> af såkaldt præstationsfremmende karakter, som ellers synes at have tilhørt den fysiologiske sfære, har indtaget den sociale, psykiske og intellektuelle verden (Henriksen 2007). Problemet er, at der tilsyneladende ikke er samme forbehold omkring disse sfærer, som det er tilfældet i den fysiologiske verden. Hvor vi fordømmer sportsfolk – eksempelvis indenfor skydesport, hvor udøvere doper sig med betablokkere for at øge

---

<sup>16</sup> Selvom medicineringen i Claus Møldrups optik udelukkende betegner farmakologien, så forstås det i dette afsnit bredt; fra en psykologs bearbejdning af selvet til en farmakologisk samme.

deres præcision - fordi det strider mod reglerne, så accepterer vi tilsyneladende, når den studerende gør det samme for at kontrollere sin krop før en fremlæggelse. Der er ingen, der anklager gymnasieeleven for snyd, når han/hun tager betablokkere og derved potentielt gør sig bedre til at formidle stoffet end sidemanden, der begrænses af såkaldt almindelig nervøsitet. Dette på trods af, at de bruger samme medikament til at hæve deres niveau indenfor et givent felt og lægge afstand til deres (ikke medicinerede) konkurrenter i hverdagslivets konkurrencer om de gode karakterer, eftertragtede studiepladser, drømmejobbet og så videre (Møldrup 1999:10,39).

Idet normaliteten sættes i skred, når den såkaldt naturlige sociale angst/nervøsitet medicineres og bekæmpes, så strammes kravene for den sociale præstation yderligere. Da bliver glidebanen på ren Tour De France-maner, at det bliver stadigt vanskeligere at følge med ens kolleger, medstuderende eller omgangskreds, når normaliteten gradvist forrykkes mod det elitære. Således bliver scenariet i yderste konsekvens, at hvis den ene er medicineret, så bliver den anden også nødt til at være det for at følge med. Derved presses individet mod en stadigt højere standard for den acceptable, som i yderste konsekvens vil tvinge hver enkelt til medicinering for at leve op til de urealistiske standarder, der er blevet dannet (Henriksen 2007).

### **Afrunding og opsummering**

Gennem overstående problematisering er der blotlagt en række problematikker, som så at sige har afnaturaliseret social angst som psykisk lidelse. Lidelsen betragtes nu delvist som resultatet af en række videnskabelige og sociale processer. I den forbindelse er der flere udviklingstendenser, som forekommer særdeles problematiske på makrosociologisk niveau, mens spørgsmålet nu bliver, hvordan disse tendenser kommer til udtryk på mikroniveau. På denne baggrund vil fokus nu blive vendt mod de individer, som problematikken implicerer, hvorved tilværelsen med social angst vil blive undersøgt i sine konsekvenser for den måde, som lidelsen håndteres på. Hvordan dette vil mere konkret forløbe behandles i følgende metodeafsnit.

## Metode

I det følgende afsnit præsenteres undersøgelsens metodiske fundament, hvor der blive redegjort for den valgte videnskabsteoretiske og metodiske tilgang, dennes relevans i henhold til såvel emneområde som perspektiv, samt hvilken type viden disse vil kunne generere. Der bliver ikke tale om nogen slavisk gennemgang, men snarere om en tydeliggørelse af undersøgelsens skabelon og de mest grundlæggende konturer i de anvendte videnskabsteoretiske og metodiske traditioner. Fokus vil hovedsagligt være på, hvilke konsekvenserne disse har for undersøgelsen. Slutteligt vil undersøgelsens faktiske udførelse blive belyst, hvilket vil ske med hovedvægt på de metodiske som etiske problematikker, der var dominerende undervejs.

## Den biografiske metode

I henhold til tilværelsesperspektivet er *den biografiske metode* valgt som undersøgelsens metodiske ramme, idet ens persons biografi kan betragtes som, hvad man kunne kalde ”produktet af den enkeltes tilværelse”.

En biografi defineres som en persons livsfortælling og psykosociale udvikling, hvor det levede livs hændelser forbindes, når individet erfarer og tolker dem som en del af en kæde af tidligere hændelser (Antoft og Thomsen 2005:158-9). Menneskets tilværelse er - modsat barnet eller dyrets væren i øjeblikket - udstrakt i tid, hvor det levede liv skabes i en sammenhæng, indenfor hvilken mennesket vedvarende søger at skabe sammenhæng og mestre brud (Brinkman 2008:33-35). Den biografiske metode giver en helhedsperspektiv, hvor fortid, nutid og fremtid spiller sammen i fortællingen, idet nutiden forstås gennem fortidens erfaringshorisont og fremtidige livsplaner, nye oplevelser medfører, at fortiden tillægges andre betydninger, mens både nutid og fortid påvirker strategierne for fremtiden. Gennem sin biografi skaber den enkelte kontingens i såvel forståelsen af sit levede liv som sin selvforståelse (Fischer-Rosenthal 2000:116).

Den biografiske metode vil blive anvendt i specialet både som dataindsamlingsform, men også som begrebslig ramme for analysen (Kupferberg 1998:243).

## Biografiforskningens relevans i forhold til undersøgelsen

Det biografisk metode anvendes som dataform ud fra en erkendelse af, at mennesker har meget forskellige reaktioner på og håndteringer af social angst, som ikke kan forklares udelukkende ved klasse, køn, alder, geografi eller andre kvantitative variable, men også må relateres til motiver, tanker, viljer og følelser hos den enkelte (Callewaert 2007:24-

26). I de biografiske fortællinger giver det levede liv en narrativ karakter, som bliver en slags selvfortolkning af de faktiske hændelser (Antoft og Thomsen 2005:159), hvorved den biografiske metode kan sætte fokus på de tolkninger af social angst, der danner baggrund for strategierne for social praksis og de faktiske håndteringer.

Social angst kan beskrives som en betydelig vanskeliggørelse af ens igangværende biografi, der kan medføre betydelige hindringer i konstitueringen af ens tilværelse. Det *biografiske arbejde* (Antoft og Thomsen 2005:159), som man gør brug af for at føre sin biografi i en bestemt retning, må sandsynligvis udfordres betydeligt af angsten, som – sideløbende med det *normalbiografiske arbejde* - må indarbejdes i tilværelsen. Alt afhængig af lidelsens indtog i den ramtes tilværelse, så antages den at markere det, man indenfor biografiforskningen betegner som *et vendepunkt* i den biografiske fortælling, idet den antageligt medfører forandringer i personens tilværelse, som kan underminere den tidligere livsplanlægning og påvirke både det biografiske forløb, men også de mere introspektive aspekter af tilværelsen som selvforståelse og identitetsdannelse (Antoft og Thomsen 2005:160). Således vurderes metoden at være ideel til at undersøge, hvordan de socialt angste oplever lidelsens indtog i deres tilværelse, samt hvilke strategier de anvender i forsøget på at håndtere og tilpasse sig de mulighedsbetingelser, som angsten skaber.

### **Metodens kobling af det samfundsmæssiges og det individuelle**

Det er ikke kun de subjekter, som er genstand for de biografiske interviews, det ønskes at sige noget om, men også den sociale kontekst, hvorunder den givne subjektivitet skabes. Derfor er det et metodisk nøglepunkt, hvordan de samfundsmæssige udviklingstendenser, der er beskrevet i de foregående afsnit, kan relateres til og undersøges qua den individuelle biografi. I det følgende sættes der fokus på, hvordan man gennem de biografiske interview kan få adgang til den sociale verden og undersøge denne i sine udtryk i den enkelte tilværelse.

Ontologisk betragtet kan man sige, at om end samfundet skabes i sine diskursive konstitueringer, så forelægger det nu som en realitet med faktiske rammebetingelser, som danner muligheder og begrænsninger for de enkelte individers tolknings- og handlerum. Således er mennesket ”*absorberet i præetablerede betydnings-strukturer, som vi ikke selv har skabt*” (Brinkman 2008:9-11). Det biografiske interview giver derfor indsigt i den

måde, som individet tolker sin tilværelse på, indenfor rammerne af de kulturelle fortællinger og tendenser, hvorved biografierne betragtes som en ”*tolkning og tilegnelse fra subjektets side af de objektive vilkår*” (Pedersen 2007:273). Der er således en erkendelse af den aktive agent, der reflektivt søger at føre sin biografi i en bestemt retning. Dette sker dog ikke på baggrund af intet, men indenfor rammerne af bredere sociologiske kræfter, der fordrer en bestemt livsbane, og gør det ud fra bestemte rationaliteter i en given tid. Den enkeltes biografi er således indvævet i det sociale (Kubferberg 1998:244-45).

Dette betyder, at social handling ikke blot kan beskrives ud fra respondenternes subjektive tolkninger af deres egen situation, men må kombineres med beskrivelser af den sociale kontekst, som er kropsliggjort i aktørens perceptioner og handlingsdispositioner, hvor de ofte er ubevidst for aktøren selv. Samtidig gælder det, at de sociale tendenser, der ønskes belyst, ikke kan betragtes isoleret, men må ses i relation til et levet liv, hvorpå det har influeret (Callewaert 2007:9,21,23-28). Her bliver den biografiske metode en nuanceret måde at indfange, hvordan samfundsmæssige tendenser er med til at forme individuelle livsbaner (Kubferberg 1998:245).

### ***Interviewguiden***

Ovenstående giver en række krav til den viden, der ønskes indfanget gennem de biografiske interviews, hvilket danner grundlag for operationaliseringen af problemstillingen til spørgsmål i interviewguiden. I udformningen af denne er følgende holdt for øje. Det tilstræbes at opnå en række sammenhængene fortællinger om et kronologisk forløb, hvor fortid, fremtid og nutid samles i et helhedsorienteret blik på lidelsen. Samtidig ønskes det at indfange både refleksionerne over og rationalerne bag de forskellige valg og de konkrete handlinger. Endvidere ønskes det at indfange dens angstes samspil med omverdenen, hvilket indebærer både den oplevede sociale bedømmelse af deres karakteristika og deres rolle i det sociale. Slutteligt fokuseres der i et fremtidsperspektiv mod den oplevede mulighed for selvtransformation i håndteringen af lidelsen. Spørgsmålene formuleres i deres mest åbne form, hvorved der åbnes op for sammenhængende fortællinger ved formuleringer som ”*hvordan opleverer du..?*” og lignende (Jensen 1991:80-83). Den fulde interviewguide forelægges som bilag (Bilag 8).

## **Undersøgelses udførelse**

I det følgende behandles undersøgelsens faktiske udførelse, hvad angår kontakten til feltet, udførelsen af interviews, samt de etiske problematikker heri. Dette vil ske uden nogen slavisk gennemgang af, hvordan et interview udføres, men med fokus på de specifikke udfordringer, der opstod i undersøgelsens udførelse, med netop den socialt angste som population.

## **Adgangen til feltet**

Med det biografiske interview som metode var den vigtigste forudsætning, at nogen havde lyst til at fortælle deres historie. Dette gav betydelige vanskeligheder, da socialt angste i sagens natur ikke var nogen let population hverken at finde frem til eller få til at deltage i interviewet.

Til det specialiseringsstudie, der var forløber til specialet, blev der uden held søgt respondenter gennem mange forskellige kanaler – heriblandt på ”Angstforeningens” hjemmeside, i forskellige psykologers venteværelse og gennem mails ud til de studerende ved universitetet. Derimod var der – stadig med mange vanskeligheder - større succes med at søge gennem netværks netværk. Derfor blev dette også fremgangsmåden i specialet, hvor der et halvt år i forvejen blev spurgt ind til adskillige mere eller mindre bekendtes kendskab til nogen, som led af social angst.

Denne fremgangsmåde syntes at medføre, at de potentielle respondenter følte større tryk ved situationen end ved en henvendelse fra en fremmed, da ”mellemliddet” kunne sige god for undersøgelsen såvel som interviewerens. Derudover var det antageligt lettere at blive direkte adspurgt end selv at reagere på et åbent opslag. Ud af de ti potentielle respondenter sagde syv – efter grundig forklaring af blandt andet anonymitet og hensigt – ja til at deltage i interviewet. Det syntes at være dem, som var længst i deres behandling af angsten og således mindst mærkede af denne, der ønskede at deltage. Beklageligvis endte næsten alle de adspurgte mænd – tre ud af fire – med at takke nej, hvorved kun én mand endte med at deltage i undersøgelsen, mens alle seks af de adspurgte kvinder gerne ville medvirke. Der indikeres således at være et større tabu omkring lidelsen hos mænd, hvilket det dog i deres fravær ikke vil være muligt at underbygge.

Det var ikke alle respondenter, der havde en officiel diagnose på social angst<sup>17</sup>. Disse varierer i stedet fra selvdiagnosticerede, opfattet så sådan af psykologer eller diagnosticerede af deres egen læge. Dette kan legitimeres i, at det er den *oplevede sygdom*, som er central (jf. side 3). De lider og oplever, at de har en sygdom, som sætter faktiske sociale begrænsninger og fordrer håndteringer heraf - dette uanset diagnosticeringsform. Diagnosen er blot ét aspekt af sygdomsoplevelsen, som kan undersøges i sine konsekvenser for lidelseshåndteringen.

Resultatet blev, at der blev rekrutteret syv respondenter, som var udvalgt på baggrund af tilgængelighed snarere end nogen anden parameter. Selvom der ikke på nogen måde er tale om et repræsentativt udsnit, så er respondenterne fundet i meget forskellige netværk, hvorved undersøgelsen – på nær de kønslige forskelle - har mulighed for at favne forskellige repræsentanter fra den forskelligartede skare, som populationen af socialt angste antageligt er. Qua disse er det hensigten at indfange de sociologiske fællestræk, der karakteriserer håndteringen af lidelsen på tværs af de mange individuelle faktorer, men også at behandle den individuelle biografis betydning for lidelsens udtryk.

### **Udførelse af interviews**

En interviewsituation fordrer at synliggøre selv sig for publikummets blik, hvilket jo netop er kernen i social angst. Derfor blev målsætningen - i Goffmans terminologi - at definere interviewet som en *backstage*, hvor aktørerne kunne reflektere over den rolle, som de normalt indtager *frontstage* i det offentlige rum, hvor de kunne *'set the record straight' by addressing some misperceptions of their behaviour*" (Scott 2004:92-6). Det blev i den forbindelse en klar førsteprioritet at skabe en kontekst, hvor informanten følte sig tryk. Eksempelvis havde to af respondenterne bedt om at tage den fælles bekendte, som formidlede kontakten, med til interviewet. Dette skete på bekostning af, at det kunne frygtes, at de skulle opretholde et bestemt selvbillede overfor personen, som kunne svække validiteten i respondentens svar. Dette synes dog ingenlunde at være tilfældet i praksis, hvor alle de interviewede i høj grad var åbne omkring selv de mest personlige tanker og følelser. Samtidig lettedes den indledende snak af en fælles reference og gav en god basis for tryk.

---

<sup>17</sup> Her må man huske, at meget få af de estimerede ramte har en officiel diagnose på sin lidelse (Angstforeningen.dk, Psykiatrifonden.dk).



I det hele taget var tryghed og naturlighed i interviewsituationen afgørende, hvorved strukturen i interviewet først og fremmest blev tilpasset denne. Eksempelvis blev interviewets opbygning tilpasset, hvorvidt den enkelte person havde brug for at ”komme i gang” ved at starte ud med de enkle baggrundsspørgsmål, eller om de derimod gik lige til kernen med det samme, hvorved deres oplæg blev udgangspunkt for interviewet. Interviewguidens praktiske anvendelse var i det hele taget, at den fulgtes for så vidt, at man i løbet af interviewet – i den rækkefølge, det fremstod mest naturligt - nåede igennem alle spørgsmål og fik belyst de udvalgte perspektiver. Samtidig var det vigtigt at følge informantens spor og ikke miste værdifuld information ved at afskære respondenterne fra at tale om uforudsete vigtige områder. Interviewguiden var således et redskab, der sikrede, at man nåede rundt i feltet og stillede sine spørgsmål på en måde, der gav den mest brugbare information (Kvale 2009:151).

Der blev inden interviewets start informeret om anonymitet, anvendelse med videre, som tydeligvis var af stor vigtighed for alle respondenter. For ikke at svække interviewets validitet blev der inden interviewets start givet meget få oplysninger om undersøgelsens perspektiv, teser og lignende, hvilket var valgt for ikke at påvirke respondenterne i et bestemt perspektiv, som denne ellers ikke ville have anlagt. I stedet fik respondenterne efter interviewets afslutning en mere detaljeret beskrivelse af undersøgelsen, som gav dem størst mulig tryghed i deres fortællingers anvendelse (Kvale 2009:79,90).

Resten af de problematikker, der opstod under interviewet, var hovedsageligt af etisk karakter, hvilket fremdrages selvstændigt i det følgende.

### **Etiske overvejelser**

*”Bare det vi sidder her og du gider høre på mig, det gør, at jeg tænker: ”Åh Stine er bare så sød og dejlig, og hun kan bare få mig rup og stup”. Jeg ville overhovedet ikke forholde mig kritisk til dig og overhovedet ikke tænke på, om jeg har lyst til at opfylde de ting, du har bedt mig om eller leve op til dine krav og forventninger. Så havde jeg tværtimod halset bagefter og tænkt; Stine vil nok gerne, jeg gør sådan og sådan. Jeg ville simpelthen hige efter din anerkendelse” (Bilag 4:7-8).*

Der opstod i mødet med respondenterne, som må betragtes som en på mange måder udsat gruppe, en række etiske problemstillinger, der relaterede sig til både deres sociale angst, men også andre mere uforudsete aspekter ved den enkeltes biografi. I det følgende gives

der en række eksempler på de problematikker, der i mest udpræget grad krævede en etisk håndtering under interviewene.

Den første og tilsyneladende mest generelle etiske problematik var, at interviewene for de socialt angste var lig en social præstation, hvor de var bange for ikke at kunne præstere det, som forventedes af dem. Dette præmis antages at være hyppigt forekommende i interviewsituationer, men synes alligevel at optage en særlig plads hos de socialt angste, som i flere tilfælde havde en meget negativ selvforståelse. Her virkede det som om, at deres forestilling om at være utilstrækkelige respondenter integreredes i deres eksisterende negative selvfortolkning, og flere gav efterfølgende udtryk for, at de var kede af, at de havde sagt så ubrugelige ting. Problematikken var naturligvis søgt afværget både fra start, hvor der blev lagt vægt på, at der ikke var rigtige eller forkerte svar, men at de bare skulle fortælle, hvad der faldt dem ind, samt under interviewet, hvor verbale og nonverbale tilkendegivelser søgte at give dem følelsen af at være tilfredsstillende respondenter. Dette var dog for denne gruppe i udpræget grad vanskeligt at overbevise om. En vedvarende efterfølgende tilkendegivelse om, at det var spændende og relevant, hvad de havde fortalt, syntes dog at afhjælpe situationen.

Endvidere fortalte to af respondenterne, at de op til interviewet havde måttet medicinere sig selv for at få mod til at gennemføre interviewet. Én fortalte, at hun havde taget stesolid for at gennemføre, mens en anden havde drukket øl. Dette gav i første omgang anledning til dårlig samvittighed og tanker om en negativ indvirkning på feltet, hvilket dog til en hvis grad blev dulmet af, at respondenterne fortalte, at denne selvmedicinering benyttedes ved stort set al social kontakt og indtoges flere gange om ugen.

Magtforholdet mellem interviewer og respondent kom tydeligt til udtryk i flere af interview-situationerne med især de mest ressourcetsvage respondenter. Der oplevedes hos disse respondenter en enorm pligtfølelse, der fordrede fuldkommen åbenhed og udlevering af oplevelser, som tydeligvis var meget smertefulde at tale om. Situationen var som udgangspunkt søgt afværget inden interviewets start ved at gøre det klart, at det var, hvordan de *levede* med angsten, der var interviewets fokus, og *ikke* hvilke potentielt smertefulde oplevelser, der lå til grund for angstens opståen. På trods af dette – og det, at der ikke blev stillet spørgsmål hertil – så begyndte stort set alle respondenter at fokusere på angstens opståen som konsekvens af en række meget ubehagelige oplevelser. Flere

fortalte her om følelser og oplevelser, som de aldrig havde fortalt til andre, og gav under deres fortællinger udtryk for, at de var meget påvirkede af situationen. Dette gav store etiske kvaler, hvor det meget hurtigt måtte overvejes, hvordan situationen kunne tackles mest forsvarligt. På den ene side blev det overvejet, hvorvidt det igen skulle påpeges, at de ikke behøvede tale om ting, der havde så voldsom en påvirkning. På den anden side virkede det tilsvarende uetisk at afvise deres åbenhed og den tillid, som de viste ved at fortælle så personlige ting. Valget faldt derfor på at lade respondenterne fortælle. Dette oplevedes i alle tilfælde at være det rigtige valg, da de bagefter gav udtryk for, at det havde været en stor lettelse for dem at få sat ord på nogle af de svære problematikker og følelser, som pinte dem i deres hverdag. Her blev det af etisk forsvarlighed vigtigt at blive hos respondenterne efter interviewet for at følge op på noget af de ting, der havde oprørt dem under interviewet. Her havde respondenterne stor interesse i at høre mere om emnet, og de gav udtryk for, at det gav dem rigtig meget, at deres følelser og tanker var noget, som andre også oplevede og kendte til. Derfor endte flere af interviewene ofte med at vare flere timer ekstra og få en dimension, der rakte ud over et sociologisk interview.

Der opstod endvidere et etisk dilemma om, hvilken rolle man som forsker havde (eller *burde* tage), når man hørte respondenternes fortællinger. Eksempelvis fortalte en af respondenterne pludselig, at hun fik bank af sin kæreste, som for øvrigt flere gange kom ind for at overvære (eller overvåge) interviewet. Imidlertid havde hun tilsyneladende ingen kobling mellem dette og hendes angst. Tværtimod var dette – på baggrund af en uhyggelig biografi med voldelige mænd som et gennemgående mønster - en naturlig og selvfølgelig ting, som hun tilskrev sin egen umulighed. Så selvom man som såkaldt almindeligt medmenneske ønskede at hjælpe respondenterne væk fra, hvad der fremstod som en oplagt kilde til angsten, så syntes dette mønster at være så integreret i personen, at det ikke ville nytte noget. Hun ytrede intet ønske om hjælp, men havde tværtimod en grundlæggende kobling mellem kærlighed og vold. Man kan dog stadig tænke på, om man burde have grebet ind, og hvor langt man både kan og bør gå i forhold til sine respondenter og sin påvirkning af feltet. Under alle omstændigheder gav oplevelsen stof til eftertanke i kollisionen mellem professionalisme og medmenneskelige forpligtelser.

## **Biografiske profiler**

Idet følgende præsenteres kort de syv respondenters biografiske profiler, hvilke har til formål at skabe et kendskab til disse, der gør, at analysen kobles til virkelige mennesker og virkelige liv. Således skabes der en sammenhæng, hvor man forstår de enkelte udsagn og belyste temaer ud fra den helhed, som hvert enkelt subjekt repræsenterer, når enkeltfortællinger gennem analysen tages ud af kontekst og rekonstrueres under bredere sociologiske tematikker.

### **Birthe**

Birthe er en kvinde 49 år. Hun har aldrig været gift og har ingen børn. Birthe bor i Brønderslev med sin hund og sin kat. Hun er uddannet kontorassistent, men fik aldrig arbejde som dette og kom i stedet til at gå langtidsledig. Gennem sin barndom og ungdom var Birthe en udadvendt pige, men betegner sig selv som en meget følsom natur. Birthe har haft social angst, siden hun var 28 år. Angsten startede, da Birthe besvime på et kursus, som hun gik på som langtidsledig. Da Birthe opsøgte lægen, mente han, at hun havde en virus på balancenerven eller en depression. Birthe insisterede selv på, at det var angst. For at behandle depressionen fik Birthe forskellige former for antidepressiver og modtog psykologbehandling. Hun blev ligeledes tilknyttet et værested for sindslidende, hvor hun siden er forsøgt rehabiliteret. Birthe har i dag søgt pension og har ikke længere noget ønske om at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Hun kæmper i stedet for at få hverdagen til at hænge sammen i det små, hvilket eksempelvis indbefatter det at komme ud at handle. Derudover er værtshusbesøg et centralt aspekt i Birthes liv. Hele Birthes fortælling foreligger som bilag (Bilag 1).

### **Malene**

Malene er 32 år og bor i Aalborg med sin kæreste og deres to børn på 2 og 4 år. Malene arbejder som pædagog i en vuggestue og er samtidig lige blevet uddannet som en form for småbørnsterapeut. Malene fortæller, at hun altid har været meget stille og genert. Decideret angst oplevede hun dog først, da hun var næsten færdig med sit pædagogstudie, hvor en blanding af ubearbejdede ting fra hendes barndom, et brud med en kæreste samt angst for fremtiden som uddannet pædagog pacificerede hende i stærk angst i månedsvis. I den periode startede hun hos en psykolog og begyndte efter nogen tid at arbejde som bestyrer af en kaffebar, hvor hun øvede sig i at være social igen. Derudover læste hun en masse om angst og arbejdede meget med sig selv. Malene nægtede at tage nogen form for

medicin. I dag mener Malene at hun langt hen ad vejen har lært at håndtere angsten og således ved, hvad hun skal gøre, når den dukker op, så den ikke eskalerer. Hele Malenes fortælling foreligger som bilag (Bilag 2)

### **Jette**

Jette er 49 år og bor i Brønderslev sammen med sin kæreste gennem 6 år. Hun har 4 børn fra tidligere forhold og ægteskaber og har gået hjemme med dem indtil for 10 år siden, hvor hun arbejdede 5 år på en fabrik. Efter en fyring fik hun i stedet arbejde som bartender på en pub. I dag er hun på andet år sygemeldt på grund af social angst og bliver gennem kommunen sendt ud i forskellige arbejdsprøvninger, da hendes sygemelding snart udløber. Hun kan ikke sætte noget starttidspunkt på sin angst, som hun oplever, har været der i mange år. Jette har gennem sin biografi været udsat for gentagne seksuelle og voldelige overgreb og oplever stadig disse fra sin nuværende kæreste. Angsten eskalerede – og blev genstand for behandling – for lidt over et år siden. Efterfølgende er hun kommet i behandling med antidepressiver og har ligeledes modtaget få psykologbehandlinger. I dag oplever hun, at angsten er aftaget i sin hyppighed, men at den stadig er meget voldsom, når den dukker op. Den påvirker hende ligeledes stadig så meget, at hun angiver den som årsag til, at hun er stoppet brat i sine tre sidste arbejdsprøvninger. I stedet har Jette meget af sin hverdag i en kolonihave, hvor hun ikke oplever angsten så voldsomt. Hele Jettes fortælling foreligger som bilag (Bilag 3)

### **Irene**

Irene er 55 år og bor alene i en lejlighed i Brønderslev. Irene har været gift 3 gange og har to børn, som er flyttet hjemmefra. Hun er uddannet pædagog og har arbejdet som sådan i en årrække. Efter en fyring uddannede hun sig som kontorassistent, hvilket hun efterfølgende brugte i forskellige jobs. Irenes angst har altid været der med varierende styrke, hvilket hun begrundede i en ustabil opvækst med en psykisk syg mor og senere med dysfunktionelle ægteskaber. Den eneste angstfri periode i sit liv oplevede Irene, da hun læste på seminariet. I den periode oplevede hun at være en udadvendt pige, hvilket står i kontrast til hendes resterende livsforløb, hvor hun har været meget introvert. Angsten tiltog med stor styrke for seks år siden. Her blev hun sygemeldt, kom på førtidspension og brugte et år alene i sin lejlighed, som hun kun forlod i nødstilfælde. Siden har hun arbejdet på at komme ud af angsten, hvilket er sket ved brug af antidepressiv medicin, tilknytning til en psykiater, samt en masse ”arbejde med sig selv”. Derudover fylder

tilknytningen til beboerhuset i hendes boligområde meget i Irenes fortælling. Hele Irenes fortælling foreligger som bilag (Bilag 4)

### **Søren**

Søren er 26 år og skriver speciale i sociologi. Han bor alene i Aalborg og har hverken kæreste eller børn. Søren fortæller, at han så langt tilbage, han kan huske, har været en meget genert og introvert dreng, der ikke brød sig om at gå i børnehave eller folkeskole eller i det hele taget være sammen med mennesker, der ikke var nær familie. Dette begrundes han i en voldelig opvækst og dårlige oplevelser i folkeskolen. Han oplevede en bedring op gennem gymnasiet og senere universitetet, hvor han oplevede at blive anerkendt for den, han var, men er dog stadig meget præget af sin sociale angst. Det var først, da han var først i 20'erne, hvor en kæreste tog ham med til lægen, at han fik diagnose på og kom i behandling for sin tilstand. Søren har siden da - og nu i 3 år - modtaget psykologhjælp for sin angst, men har afvist farmaceutisk behandling. Han mener stadig, at han har social angst – blot ikke så slemt som tidligere – og har fundet nogle måder at acceptere og håndtere denne. Hele Søren's fortælling foreligger som bilag (Bilag 5)

### **Sofie:**

Sofie er 27 år, bor alene i København og arbejder som sygeplejerske på et sygehus. Hun fører sin sociale angst tilbage til folkeskolens begyndelse, hvor var enormt stille og indadvendt. Sådan fortsatte det op gennem folkeskolen og gymnasiet samt de første uddannelser, hun påbegyndte. Især hendes eksamener var angstfremkaldende og hun stoppede på flere forskellige uddannelser. Angsten brød for alvor ud, da hun midt i sygeplejeuddannelsen var udsat for en række belastningsreaktioner, hvor hendes søster blev alvorligt syg og hun oplevede sig chikaneret af en patient på den lukkede afdeling, hvor hun var i praktik. Her stoppede hun på sin uddannelse og lod sig på eget initiativ indlægge to måneder på en psykiatrisk afdeling. For at vende tilbage til en normal hverdag arbejdede hun et år i et supermarked, mens hun arbejdede med sig selv, og kunne efter et år vende tilbage til sit virke som sygeplejerske. Derefter har hun modtaget psykologhjælp og er ligeledes kommet på antidepressiv medicin. Hun mener, at hun i dag er næsten helbredt for sin sociale angst, men arbejder stadig herpå. Hele Sofie's fortælling foreligger som bilag (Bilag 6).

### **Kamilla:**

Kamilla er 27 år og bor i Aalborg med sin mand og sine to børn på 4 og ½ år. Kamilla er for nogle måneder siden startet på VUC med henblik på senere at uddanne sig til sygeplejerske. Hun er tidligere uddannet frisør, hvilket hun har arbejdet som i et års tid. Da angsten forhindrede hende i at arbejde som frisør, fik Kamilla i den efterfølgende periode i stedet arbejde i en tøjbutik. Dette fungerede dog heller ikke for Kamilla, som følte sig chikaneret på sin arbejdsplads og derfor opsøgte lægen med en mistanke om stress. Kamilla fik aldrig nogen officiel diagnose på social angst, men har - efter at en psykolog og flere af hendes nærmeste har insinueret dette – erkendt, at det er dette, der er årsag til hendes store problemer med at være i næsten alle sociale situationer og i særdeleshed at være genstand for andres opmærksomhed. Hun har afvist at tage medicin for sin lidelse og har i stedet været til psykolog nogle få gange. I stedet har hun i høj grad accepteret sine begrænsninger, men er på det sidste begyndt at reflektere over, hvad hun kan gøre ved sin angst. Hele Kamillas fortælling foreligger som bilag (Bilag 7)

### **Opsamling**

Fælles for de syv respondenter er det, at de alle har oplevet afgørende svigt i deres opvækst, hvor vold, psykisk lidelse og misbrug hos forældrene har været gennemgående faktorer. I en socialpsykologisk optik synes misbilligelse fra de primære omsorgspersoner at have medført en *ontologisk usikkerhed* i sociale præstationer, hvor barndommens frygt for at blive forladt og/eller brudt tillid til at blive modtaget, som man ønsker det, er blevet til en grundlæggende frygt for, at ens selvpræsentation ikke vil vinde social accept (Giddens 1991:59,82).

Angstens opkomst synes således psykologisk, mens det sociologiske blik vil kunne bidrage med en forståelse af de perceptioner og håndteringer af lidelsen, der fordres i den givne sociale kontekst. Dette vil ske i analysen, som følger.

# Analyse

## Analyse strategi

I det følgende angives den analysestrategi, der ligger til grund for analysen af interviewene. Herunder præsenteres konjekturene i den epistemologiske tilgang til data, samt hvilken betydning denne har for den måde, som analysen betragtes og gribes an på, hvad angår forholdet mellem teori og empiri, brugen af teori, samt den genererede videnskaber. Slutteligt præsenteres den måde, som analysen vil blive struktureret på.

## Den hermeneutiske fænomenologi

De biografiske interviews kan betragtes som *meningsbærende konstruktioner* (Kvale 2009:69) på to niveauer. For det første er de individuelle biografier - med udgangspunkt i tilværelsesbegrebet - allerede tolket i en bestemt betydning af personen selv. Da personen ikke antages at være fuldt bevidst om de strukturer og mere makroorienterede diskurser influens herpå, som derved må tolkes i dens mere abstrakte betydning.

Idet analysen sigter mod en forståelse af samfundsmæssige tendensers udtryk i den enkeltes håndtering af sin sociale angst, så vil analysens epistemologiske tilgang bero på den *hermeneutisk fænomenologiske* tradition, da denne medtager såvel den mening, som den enkeltes biografi er tillagt af personen selv, men også relaterer den til sin bredere sociale kontekst (Kvale 2009:69). Således vil der blive lagt to epistemologiske lag ned over interviewene. Disse analyseres i første instans fænomenologisk med udgangspunkt i den mening, som aktøren selv har givet deres ytringer. Først derefter inddrages de opstillede sociologiske forståelsesrammer i en mere abstrakt hermeneutisk analyse, der sætter fortællinger i kontekst (Callewaert 2007:28).

Hvilke videnskabsteoretiske forudsætninger, der ligger til grund for denne tilgang, samt hvordan den mere konkret vil blive udført, vil blive præciseret i det følgende.

## Det teoretiske udgangspunkt

Den mest grundlæggende ontologiske forståelse, der ligger til grund for analysen er, at der er en virkelighed, som eksisterer uafhængig af vores antagelser om den, men at det ikke er muligt at få direkte adgang hertil. Med Niklas Luhmanns ord så fortæller virkeligheden os ikke, hvordan den vil iagttages (Hagen 2005:408). Derfor må den fortolkes for at give mening.



I Hans-Georg Gadamer's terminologi anses det som værende umuligt ikke at have en *forståelseshorizont*, som giver en bestemt perception af interviewene (Føllesdal, Walløe og Elster 1992:99). Disse vil altid blive perciperet under indflydelse af de *forforståelser*, der bringes med til feltet, hvorved det bliver vigtigt at "objektivere sin subjektivitet" og gøre det eksplicit hvilke forforståelser, der bringes med til feltet (Kvale 2009:236,268). Den forforståelse, der bringes med til analysen, er tidligere gjort eksplicit i tilværelsesperspektivet, samt det opstillede teoretiske forklaringsrammer.

Inden for tilværelsesperspektivet udledes der en række temaområder, som giver analysen sin overordnede struktur. Dette sker ud fra en forudsætning om, at "den sociale konteksts" indvirkninger på lidelseshåndteringen aldrig ville kunne studeres i hele sin kompleksitet. Det prioriteres således at komme i dybden med det givne perspektiv frem for (forgæves) at forsøge at komme hele vejen rundt. Derfor bliver det analysens opgave at simplificere kompleksiteten i fænomenet ud fra de valgte perspektiver (Ritzer 2003:319).

### **Analyseprocessen – forholdet mellem teori og empiri**

I kraft af ovenstående vil selektionen i data som udgangspunkt være teoretisk baseret, hvilket fordrer en række forholdsregler, der forhindrer teoritvang. Dette søges forhindret ved, at de teoretiske rammer defineres så åbne og brede som muligt, idet de blot opdeler tilværelsesbegrebet, skaber overblik og struktur og således klargør de spor, der følges i interviewene. Indenfor disse rammer søges der i data efter passager, som siger noget indenfor det givne område. For at sikre validiteten i denne selektion må de udvalgte passager i interviewene - med helheden in mente, som en af logikkerne bag det biografiske interview - altid lokaliseres indenfor rammerne af den enkeltes samlede fortælling. Derved tilstræbes det, at de udsagn, der analyseres på, er et udtryk for den betydning, der ligger i fortællingen som helhed. Samtidig inddrages modsigelser hos den enkelte respondent, så forståelsen bibeholdes i sine nuancer og eventuelle ambivalenser træder frem.

Derfra bliver data styrende for den videre analyseproces. Indenfor hver af de overordnede rammer udledes en række distinktioner og temaer i respondenternes forskellige perspektiver på det givne emne. Disse vil først blive behandlet i en fænomenologisk analyse, der bygger på den mening, respondenterne selv har tilskrevet deres fortælling. Denne empirinære analyse vil efterfølgende danne baggrund for den hermeneutiske

analyse og således bestemme teoriens inddragelse, der vil ske ud fra, hvor den har en forklaringskraft i forhold til de udledte tendenser. Herved forløber analysen i en proces, hvor de teoretiske rammer vedvarende tilpasses empirien (Rosenthal 1993:64). Dette betyder ikke, at teoriens partout skal kobles på alle empiriske fund. Teorien vil blive brugt, hvor den kan bidrage med en yderligere forståelse for empirien end det, der umiddelbart fremgår af den, mens den empiri, som ”taler for sig selv”, får lov at stå alene.

Der er således *ingen* hensigt om at verificere eller falsificere af teorien, men om at bruge den til at få greb om empirien og få rigdommen ud af den, så den ikke flyder sammen. Samtidig giver teorien en mere samfundsmæssig forklaringsramme at forstå interviewene ud fra, hvorved det gøres muligt at begrebsliggøre og forklare de empiriske fænomener, samt ophøje det partikulære og konkrete til mere generaliserede mønstre og derved løfte analysen fra mikro- til makroniveau. Dette suppleres – som det er en af styrkerne ved den biografiske metode - altid af det særegne, som forefindes hos den enkelte, hvilket vil udfordre, nuancere og forfine de teoretiske forståelser.

Herved bliver det målet at begrebsliggøre håndteringen af social angst og opnå nye forståelser heraf, når teorien kobles på. Således udlægges virkeligheden i et bestemt perspektiv, der fremdrager bestemte aspekter af social angst og lidelseshåndtering, som fra sit særegne perspektiv giver en viden, som kan supplere, problematisere og understøtte anden forskning på feltet (Kvale 2009:236,268). Dette gælder ligeledes teoretisk i forhold til lidelseshåndtering, hvor undersøgelsen af social angst kan ses som en case på, hvordan lidelse håndteres i nutidens samfund (Antoft og Salomonsen 2007:31)<sup>18</sup>.

## **Teoribrug**

Ud over de prædefinerede teoretiske perspektiver – tilværelsesperspektivet, de opstillede forklaringsmodeller, samt biografisk teori – vil også anden teori blive inddraget ad hoc i analysen.

Da det ønskes at koble de mere makroorienterede perspektiver med det empiriske fokus på mennesker ”af kød og blod”, så inddrages Erving Goffmans mere mikroorienterede teoretiske redskabskasse. Hvor den tidligere præsenterede Foucault-baserede teori anlagde et ’top-down’ perspektiv på den sociale konstruktion af afvigelse og de følgende

---

<sup>18</sup> En case betyder, at analysen kan ses som en del af et større fænomen, som rækker ud over det specifikke tilfælde (Antoft og Salomonsen 2007:31).

disciplineringspraktikker, så giver Goffman derimod et 'bottom-up' perspektiv, hvor disse betragtes situationelt fra de impliceredes eget perspektiv. Qua Goffmans afvigersociologi ønskes det således at belyse den sociale konstruktion af normalitet og afvigelse i hverdagslivets interaktioner, samt både oplevelsen af stigmatisering og de konkrete håndteringer heraf (Jacobsen og Kristiansen 2009:10-12, 17,20). Idet de opstillede teorier alle har haft fokus på kritiske tendenser i den måde angst håndteres på, så vil der endvidere blive inddraget teori fra Anthony Giddens, som er mere positivt indstillet overfor udviklingen. Dette vil ske for til dels at få greb om de mere positive sider ved udviklingen, men også for at få en mere diskuterende og nuanceret analyse, hvor de forskellige perspektiver kan spille op imod hinanden.

### **Analysens tematiske strukturering**

Når der tales om "en håndtering i tilværelsen" må der nødvendigvis laves en række sondringer, som splitter det brede tilværelsesbegreb op i mindre dele, der samtidig muliggør en struktur i analysen.

For det første laves der en analytisk distinktion mellem den indre og den ydre dimension af angsthåndteringen i en persons tilværelse. Her vil der blive sondret mellem håndteringen af social angst i henholdsvis personens *faktiske biografi* (det ydre og umiddelbart observerbare) – forstået som den vej, den angste lægger sin livsbane af faktiske handlinger, som følge af lidelsen - og *selvidentiteten* (det introspektive og uobserverbare), der betegner angstens håndtering i den måde, som personen opfatter sig selv på. I den faktiske biografi distinkteres der endvidere imellem håndteringen på, hvad man kunne kalde henholdsvis "den korte og den lange bane". Her sondres der imellem de kortsigtede håndteringsstrategier i *den daglige interaktion* og håndteringen i et længerevarende perspektiv, hvad angår strategierne for den overordnede *biografiske udformning* eller livsplanlægning. Slutteligt sondres mellem håndteringen i henholdsvis "privatlivet" og i brugen af *behandlingssystemet*, der angiver den mere institutionaliserede form for angsthåndtering, hvor fokus bliver på den ramtes brug heraf. Disse aspekter vil strukturere analysen, hvis brede teoretiske temaer vil være, som følger;

- 1) Den sociale angst rolle og håndtering i den biografiske udformning.
- 2) Håndteringen af social angst i den daglige interaktion.
- 3) Den sociale angst håndtering i selvidentiteten.
- 4) Behandlingssystemets rolle i håndteringen af social angst.

Derudover vil der være en opsplittelse af tilværelsesbegrebet i henholdsvis *livsførelsen* og *livsstilen*, som vil fungere på tværs af temarammerne som en gennemgående analytisk sondring. Her repræsenterer *livsførelsen* det bastante og autentiske som værende en persons værdier med videre - eller, som det ligger i ordet, det som ”fører” ens liv. Dette betegner således den angstes forholden sig til sig selv og de veje, han/hun af værdimæssige årsager ønsker at gå, og kan således betegnes som ”*ett centrum varifrån en vis aktivitet utgår*” (Heidegren 2007:22). Derudfra kommer *livsstilen*, som betegner den måde, personen udlever sit liv på i faktiske handlinger (Heidegren 2007:23). Denne sondring muliggør således en forståelse for såvel det liv, der leves, som de rationaler og fortolkninger, der ligger bag dette. I den forbindelse vil det både blive undersøgt, i hvilke aspekter biografien bremses af angsten, samt hvilke strategier den angste udformer for at overkomme disse. Hertil vil tegnes et billede på de rationaler og tolkninger af sig selv, sin lidelse og situationen, der gør, at lidelsen indvirker og håndteres på bestemte måder.

I tråd med den fænomenologisk hermeneutiske tilgang struktureres hvert tema i analysen, som følger: Under hvert tema udvikles der en række typologier, som indfanger de grupperinger, der eksisterer indenfor gruppen af socialt angste. Typologierne må her forstås idealtypisk, da alle de angste indeholder aspekter fra de forskellige kategorier. Disse typologier analyseres fænomenologisk på basis af udsagn fra interviewene. Efterfølgende analyseres distinktionerne mellem de udledte typologier i en mere hermeneutisk tilgang, hvor de tidligere præsenterede makroteorier inddrages. Slutteligt gives en opsummerende diskussion, der samler de fire temaområder og trækker tråde mellem de niveauer, der tilsammen udgør en tilværelse med social angst og håndteringen heraf.

## **Den sociale angsts rolle og håndtering i den biografiske udformning**

Første analyse omhandler den måde, hvorpå angsten influerer ”på den lange bane” og bliver en modspiller i udformningen af personens intentionelle *biografiske forløb* og *livsstil*. I den forbindelse indkredses det først, hvilken rolle angsten indtager i udformningen af den ramtes biografi. Derefter fremdrages de strategier, der anvendes for at håndtere denne.

Der kan på baggrund af herværende respondenter dannes tre typologier, der så at sige niveauinddeler den rolle, angsten spiller i den ramtes biografi - eller måske nærmere fremdrager forholdet mellem en intentionel og en angststyret biografisk livsbane og livsstil. Disse er henholdsvis: *Pacificering under angsten*, hvor angsten blokerer for den intentionelle biografiske planlægning og giver udslag i en patientlivsstil udenfor normalsamfundet. *Fornægtelse og bekæmpelse af angsten*, hvor angsten nægtes medbestemmelse i livsstilen og udformningen af den ramtes biografi. *Accept og integration af angsten*, hvor angsten spiller en betydelig rolle i udformningen af den ramtes biografi og livsstil, mens dette stadig foregår indenfor normalsamfundets rammer.

### **Pacificering under angsten**

Det er kendetegnende for undersøgelsens tre ældre kvinder, at deres overordnede livsstil og biografiske forløb langt hen ad vejen er blevet bestemt af deres angst. Følgelig fremdrages en række narrativer fra kvinderne, der giver indtryk af en tilværelse med social angst, som pacificerer det biografiske forløb og efterfølgende bliver den afgørende faktor i den reviderede udformning af dette.

Hvor én af de tre kvinder, Birthe, oplevede angstens indtrædelse i sin biografi som et *vendepunkt* (Antoft og Thomsen: 2005:160, Bilag 1:1), så har både Jette og Irene haft social angst, så længe de kan huske. De forsøgte gennem årtier at opretholde et normalbiografisk forløb og indgå i den normalitet, der forventedes. Irene levede eksempelvis 15 år med uopdaget angst, som kom til udtryk gennem, hvad hun selv ser som psykosomatiske symptomer som eksempelvis migræne og søvnproblemer. I denne periode uddannede hun sig som henholdsvis pædagog og kontorassistent, hvilket hun - under store vanskeligheder - også arbejdede som (Bilag 4:1-2). Jette fungerede ligeledes i en normalbiografisk tilværelse, hvor hun gik hjemme med sine fem børn og arbejdede ti år på fabrik: ”Jeg har altid kunnet passe mit arbejde. Selvom jeg har haft det angst...” (Bilag 3:2).

Efter længere årrækker tiltog angsten hos de to kvinder med så voldsom kraft, at de fuldstændig pacificeredes i deres tilværelse og drastisk ændrede livsstil. Irene fortæller om sin hverdag, da hun brød sammen og blev sygemeldt som følge af angsten: ”Jeg sad jo heroppe hele 2004, sad bare ude i køkkenet, fik ikke tøj på før kl. 4 om eftermiddagen og turde ikke engang gå til købmanden (Bilag 4:6).” Irenes livsstil var i denne periode fuldstændig struktureret omkring hendes angsthåndtering, hvor: ”Jeg ville for eksempel

ikke gå til købmanden, når det var lyst, for lige så snart folk kiggede på mig, så tænkte jeg, at det var fordi jeg var for tyk eller så sad mit hår ikke pænt eller så kiggede de på mine enorme fødder og så var jeg enormt høj. Sommetider så købte jeg et karton cigaretter, for så kunne jeg undgå at gå ud to dage i træk (Bilag 4:1). I den periode tilbragte Irene størstedelen af sin tid i vinduet over for købmanden, hvor hun: ”sad her og holdt øje med, hvornår der var færrest mennesker” (Bilag 4:6). Efter denne periode er Irenes biografi rekonstrueret i en klientlivsstil, hvor hun har fået førtidspension og erkendt, at angsten gør hende ude af stand til at arbejde og forfølge sine biografiske målsætninger i den retning.

Birthe fortæller ligeledes, hvordan hun efter sit sammenbrud blev organiseret i en klientlivsstil, hvor hun oplevede sig selv pacificeret i det, der skete med hendes tilværelse: ”Jeg kom så i stedet for i ”det blå hus”(værested for sindslidende) og startede som bruger der. Og jeg landede også på bistand der. Det gjorde det jo ikke bedre (...) Så kan du ikke gøre en skid. Du kan ikke engang nå at sygemelde dig. Jeg kom bare på kontanthjælp, og det var også noget af et dyk (Bilag 1:1)”. Heller ikke Birthe ytrer noget ønske om at komme på arbejdsmarkedet igen: ”Helt ærligt, så nej! Jeg vil gerne have pension, men det kan jeg ikke få” (Bilag 1:1). Dette begrundes hun i et ønske om ”at få ro” (Bilag 1:3).

Jette, som har en meget lignende historie, ønsker som den eneste af de tre kvinder – om end lidt tvetydigt - at komme tilbage på arbejdsmarkedet, men synes at have opgivet dette: ”Et eller andet sted, så vil jeg jo også gerne, for jeg har altid kunnet passe mit arbejde” (Bilag 3:2).

I stedet har kvinderne sat nye biografiske målsætninger, hvor de søger at få deres livsstil normaliseret på andre områder end det arbejdsmæssige. Birthe startede i det helt små, hvor: ”hende psykologen hun sagde så til mig, at jeg skulle rose mig selv for at komme ud af sengen om morgenen (Bilag 1:7)”. Birthes biografiske målsætninger er i dag stadig begrænset til så overordnede ting som at komme ud af døren og eksempelvis ud at handle: ”Der træner jeg meget med mig selv. Der kan jeg nøjes med at tage min hund med. Så kan jeg nemlig ikke være i butikken ret længe, for han er ikke ret god til at stå udenfor. Så bliver det jo bare en hurtig tur ind og ud. Men det er kun i kortere perioder – jeg kan ikke holde fast i det. Jeg kan ikke køre helt igennem og sige; nu går jeg alene ned og handler

*og tager den store tur i Føtex. Så kommer den hele tiden tilbage den der; så kan jeg ikke igen. Man får jo de der sejre ved at gå derind, men jeg kommer ikke videre med det (Bilag 1:3)”.*

Irene forsøger på nuværende tidspunkt en mere omfattende biografisk rekonstruktion i privatlivet, hvor hun qua forskellige håndteringsstrategier gradvist forsøger at gennærme sig en mere social livsstil. Hun oplever selv, at hun er nået langt, men erkender, at angsten stadig sætter begrænsninger herfor: *”Det er stort, at jeg bare kan være herovre til sommerfesten i mit boligområde. Men det kan jeg heller ikke uafbrudt. Der er jeg nødt til at gå hjem en gang imellem. Nu har jeg efterhånden lært mig selv, at jeg kan godt være sammen med mange mennesker, bare jeg tager det i bider (...) Jeg kan altså heller ikke alt for mange mennesker. Jeg ville så gerne til Skanderborg festival, men jeg ved bare, at der går panik i mig, når jeg er sådan nogle steder. Så reagerer mig krop, og jeg kan ikke trække vejret; lad mig være, lad mig få fred, lad mig få ro” (Bilag 4:4).*

### **Fornægtelse og bekæmpelse af angsten**

Ovenstående står i skarp kontrast til de yngre respondenters langsigtede angsthåndtering. To af de yngre piger, Sofie og Malene, har ligesom de tre ældre kvinder oplevet, at angsten fuldstændig pacificerede dem i deres tilværelse. En betydelig forskel er, at de to unge kvinder tilsyneladende ikke har betvivlet, at de skulle have deres intentionelle biografi tilbage på sporet. De to unge kvinder har ved hjælp af opfattende og længerevarende strategier håndteret den pacificering, som angsten skabte, hvor målsætningen var en gentilegnelse af muligheden for at udleve deres intentionelle biografiske forløb og få den livsstil, de ønsker sig.

Sofie fortæller om sin håndteringsstrategi for at komme tilbage i uddannelsessystemet, efter angsten havde bremset hendes biografi og medført et månedslangt sygdomsforløb, *”hvor jeg ikke var i stand til at gå ud af min lejlighed eller følge min uddannelse”* og det at *”have et socialt liv, det ikke (kunne) lade sig gøre”* (Bilag 6:2). Hendes håndtering heraf indbefattede omfattende øvelser i genindtrædelse i både det arbejdsmæssige og sociale liv: *”Inden jeg begyndte på uddannelsen, så tog jeg et job i Føtex, hvor jeg bare sad ved kassen, og det var en måde stille og roligt at komme tilbage i livet på, at finde mig selv igen og få en balance og øve mig i at være social og komme ud blandt folk og kunne fungere på en eller anden måde i en dagligdag og have et job og nogle faste*

rammer (...) Og så var jeg også bare klar til at gøre uddannelsen færdig. Og det gjorde jeg” (Bilag 6:7).

Malene fortæller en meget lignende historie: ”Jeg var uddannet pædagog, men det var totalt angstprovokerende at komme i gang med det arbejde. Det havde jeg slet ikke lyst til. Så sad vi så en dag på en kaffebar, hvor der så stod en seddel, at de søgte en til at arbejde der (...) Det hjalp mig faktisk rigtig meget at være dernede. Der er alligevel også rigtig meget socialt i det at være bestyrer i en kaffebar med mange kunder (...) Nu måtte jeg bare starte på en frisk. Der var jeg også begyndt i terapi, og det var jo også med til at gøre, at jeg kom videre” (Bilag 2:3).

Modsat de ældre kvinder, der alle har rekonstrueret deres biografiske planlægning som følge af angsten, så er de yngre respondenter alle meget skråsikre i, at deres sociale angst ikke skal blokere for deres især faglige biografiske målsætninger. Selvom angsten har ført til brud i de uddannelsesmæssige forløb, så har det for de yngre altid været ”op på hesten igen”, som det fremgår af følgende fortælling fra Sofie: ”På en eller anden måde så gennemførte jeg gymnasiet og startede derefter på flere forskellige uddannelser og stoppede igen. Først startede jeg på JKA (...) Så kom jeg ind på sygeplejeskolen, og det gik fint de første 4 måneder, men så efter 5, så skulle vi igen lave noget gruppearbejde, og så gik det galt for mig igen... Så stoppede jeg der og begyndte i stedet for at læse noget statistik. Men det blev så ødelagt af eksamensangst (...) Jeg kunne bare ikke presse mig selv mere på det tidspunkt, så jeg stoppede igen. Derefter startede jeg igen på sygeplejeskolen og på trods af både gruppeeksamener og individuelle eksamener, så gik det faktisk fint indtil på 5 semester” (Bilag 6:4).

Sofie giver samtidig et udpræget eksempel på den livsførelse, der præger de unges opfattelse af uddannelse versus angst, og gentager flere gange: ”Jeg pressede mig igennem! Jeg ville have min uddannelse, og min angst skulle ikke hæmme mig. Det var svært – men jeg gjorde det! (...) Jeg havde det sådan, at mine problemer skulle ikke hæmme mig. Jeg ville have den her uddannelse! (...) Selvfølgelig var jeg forpint af det. Men jeg pressede mig gennem det! Havde jeg ikke gjort det, så var jeg ikke kommet så langt, som jeg er. Alternativet var at melde mig fuldstændig ud af kampen” (Bilag 6:4).

Malene fortæller ligeledes, hvordan hendes valg af livsstil har været uhildet af hendes angst, selvom den har gjort det særdeles vanskeligt for hende: ”Nej det har jeg sjovt nok



*aldrig tænkt over. Jeg har bare tænkt, det var da spændende, og så har jeg bare kastet mig ud i det. Men så når jeg sidder i det, så bliver jeg bange og tænker, at jeg ikke har ikke lyst til at være der” (Bilag 2:10).*

Det bliver for alle de unge ensbetydende med et stort ubehag, når de presser sig igennem uddannelsesforløbet. Sofie, Kamilla og Malene fortæller meget lignende historier om en håndtering heraf, der balancerer mellem undvigelsesadfærd og selvdisciplinering: *”Hvis der var noget f.eks. på seminariet, jamen så pjækkede jeg. Jeg kom godt nok, hvis jeg virkelig skulle holde noget, så tvang jeg mig til det, men jeg hadede det helt vildt. Men hvis der var timer, jeg var det mindste usikker i det, vi skulle, eller jeg bare ikke kunne være på, så lod jeg være med at komme. Det var rigtig rigtig rigtig hårdt” (Bilag 2:10).*

Søren har udformet en række strategier for at håndtere de ekstra udfordringer, der opstår i uddannelsesforløbet, hvor han kompenserer for sin angst med faglig dygtiggørelse: *”Nu har jeg så fundet ud af, at i forhold til andre, så når man har angst, så kræver det enormt meget forberedelse, og så må man bare være dobbelt så godt inde i sit stof og kunne sine ting dobbelt så godt. Man må være forberedt på alting. Fordi når man er i en angstsituation, så kan man ikke improvisere, som man kan, hvis man er afslappet” (Bilag 5:5).* Derudover ”overlever” han angsten og tør sig sætte nye uddannelsesmæssige målsætninger, fordi han ved, at den aftager med tiden: *”Når først tingene er blevet rutine, så stopper der med at være angst forbundet med det. Så jeg tror, at hvis jeg var vant til at undervise hver eneste dag, så ville der ikke være angst forbundet med det” (Bilag 5:5).*

Lidelsen og de ekstra forhindringer, den medfører, har i det hele taget ikke forhindret de yngre respondenter i at opstille nye biografiske projekter, hvilket Malene ligeledes understreger: *”Jeg har jo en drøm om... Nu har jeg taget den her uddannelse (som sorgterapeut), og jeg vil rigtig gerne bruge den på en måde, hvor jeg kan arbejde som selvstændig. Jeg har også fået nogle tilbud om at komme ud og fortælle om det her. Og jeg vil helt vildt gerne, og det føles bare rigtig godt. Men samtidig har jeg den med at; det dur da ikke, det kan jeg ikke. Mig? Men lige her der er der bare noget i mig, der siger, at det her budskab, det skal jeg bare ud og have spredt. Angsten skal ikke stoppe mig. Det skal jeg bare. Det vil jeg bare. Så jeg har en ide om og noget jeg kan mærke et sted, at der kommer jeg også hen (...) Jeg ved det ikke, men jeg håber det” (Bilag 2:6).*

## Accept og integration af angsten

Mens det for tre ud af fire unge hovedsageligt gælder, at de ingenlunde accepterer angstens indvirkning på deres livsstil og biografiske valg, så er der hos Kamilla en mere overvejende angststyring heraf. Hun fortæller eksempelvis om, hvorfor hun ikke længere arbejder som frisør: *”Det var jo faktisk det, jeg ville. Men jeg kunne slet ikke... Det der med at stå, og man bare skulle finde på noget at snakke om med kunderne. Og være på hele tiden. Og så især det med at kollegaerne, de stod så tæt på og kunne høre, hvad jeg snakkede med kunderne om. Det sled så meget på mig... Så der måtte jeg simpelthen sige, at det kunne jeg ikke”* (Bilag 7:2). Hun valgte således, at hendes umiddelbart ønskede karriere ikke var den lidelse værd, som angsten medførte, og begyndte i stedet på et uddannelsesforløb som sygeplejerske. Det er dog stadig yderst problematisk for Kamilla at gå på VUC, som er en nødvendighed for hendes videre uddannelsesforløb. Hun fortæller blandt andet om sine vanskeligheder og sit ubehag ved at komme på VUC: *”Jeg vil bare have den her uddannelse. Men det er ikke let. Det er bare det der med at skulle være blandt så mange mennesker hele tiden. Og de vil snakke... og bare det der med, at man kan blive spurgt om noget i timerne... Jeg bliver også tit væk, hvis jeg ikke føler, jeg har helt styr på, hvad de kan spørge mig om. Eller hvis jeg ikke føler mig godt nok forberedt”* (Bilag 7:2). Således medierer hun mellem de, som har accepteret, at angsten har gjort dem ude af stand til at arbejde, og de, som nægter den indflydelse på deres livsstil og biografiske valg. Hun erkender, at frisørjobbet var for konfronterende i forhold til angsten, men *vil* have en uddannelse og et job, hvor hun kan fungere i normalsamfundet. Løsningen blev en uddannelse, som er mindre angstprovokerende, men hun ved, at det bliver hårdt for hende: *”Hvis jeg gennemfører de her 5 års uddannelse, så er det helt sikkert en milepæl for mig”* (Bilag 7:7).

Søren har ligeledes overvejet muligheden for at vælge livsstil på baggrund af undvigelse af angsten snarere end ønsker, evner og interesser og fortæller herom: *”Vi lever jo i en tid, der stiller store krav til præsentation og til at være ekstrovert. Især hvis du vil have en boglig eller akademisk uddannelse. (...) Det ville måske være nemmere at gå som tømrer for sig selv i et hus. Nærmest alle fag - med mindre det er praktisk arbejde - stiller det som krav”* og videre at *”jeg (har) i virkelig mange situationer tænkt på, om jeg ikke bare skulle lave noget andet, hvor angsten ikke ville være så fremtrædende. Åbne min egen lille dyrehandel eller noget... at man bare skulle lave noget andet”* (Bilag 5:6). Der er da også stadig faglige målsætninger, som han tilskriver angsten, at han ikke kan nå: *”Der kan*

være ting, hvor jeg ved – eller det tror jeg at jeg ved – at det går galt. Det var f.eks. da min chef spurgte, om jeg ville præsentere noget til en intern konference, som de havde indenfor regionen overfor 200 fremmede mennesker, læger og psykologer, og der måtte jeg sige nej!” (Bilag 5:5).

Det er ikke kun i henhold til karriere, at angsten må integreres i den ramtes livsstil og biografiske projekter. Kamilla fortæller eksempelvis, hvordan hendes bryllup delvis var tilrettelagt efter angsten: ”Jeg ville jo gerne giftes og på den anden side, så ville jeg ikke, for jeg kan jo slet ikke klare al den her opmærksomhed (...) Så vi ville giftes, og det skulle bare være på rådhuset og med kun vores forældre – færdig bum. Men jeg har jo altid haft den her drøm om at blive gift i vores gamle familiekirke, hvor vi er døbt og konfirmeret. Og min far kunne følge mig op og al muligt. Men åh, så skulle alle kigge på mig. Og jeg havde mange diskussioner med mig selv. Og det endte faktisk med, at det blev et kirkebryllup. Stille og roligt og ikke ret mange mennesker. Kun vores allernærmeste familie, og så havde vi to vennepar med hver. Og det var det. Og så bare hjem til os til reception, og så kører vi på hotel. Ikke noget stort. Men alligevel, så havde jeg det sådan dagen før, at det klarer jeg aldrig, og jeg hylede. En hel dag i centrum (...) Da gæsterne skulle køre, der var jeg bare sådan; øv. Og når jeg sådan tænker tilbage, så bliver jeg sådan lidt: Øv hvorfor gav vi den ikke bare gas, og hvorfor festede vi ikke til langt ud på natten? Men det var igen bare det der, der tog over; det skal bare være lille og ikke ret mange mennesker” (Bilag 7:6). Dette gør sig ligeledes gældende for andre begivenheder i Kamillas liv, hvor hun eksempelvis fortæller at: ”Jeg holder aldrig fødselsdag. Jeg havde fødselsdag her sidste måned, og det var kun mine forældre, og jeg har sagt til min mand mange gange, at han skal aldrig arrangere sådan noget surprise. Jeg skal gerne vide alt, hvad der skal ske. Jeg skal have kontrol”. Hun har dog et håb om og en tro på, at dette ændrer sig: ”Jeg har sagt, at engang så holder jeg en stor fest” (Bilag 7:7).

### **Analyse af distinktionerne**

Ovenstående distinktioner kan på mange måder forklares gennem et selvrealiseringsperspektiv, hvor den angstes livsstil, forhold til sin lidelse og håndteringen heraf tilsyneladende hænger sammen med en *livsførelse*, som på flere måder indikeres at være generationsbestemt og have en sammenhæng med en stigende fordring på *selvrealisering* (Willig 2003:29,34-35,37).

## **Motivationsfaktorer**

For de tre ældre kvinder synes det at være frygten for at få frataget deres økonomiske livsgrundlag, der motiverer dem til at håndtere angsten og genindtræde i normalsamfundet. Dette er gennemgående for Birthe og Jette, der ser det som en afgørende faktor i at komme tilbage på arbejdsmarkedet, at: ”*det er også fordi, jeg har fået at vide, at jeg falder snart til kontanthjælp* (Bilag 1:2). Irene har ikke længere samme bekymring, da hun som den eneste har fået tilkendt førtidspension.

Modsat motiveres den yngre generation gennem selve genindtrædelsen på arbejdsmarkedet, hvor de ønsker at definere deres egen version af ”det gode liv” og virkeliggøre deres potentialer (Brinkmann 2005:41). Her indtager uddannelse og arbejde en meget central rolle i alle de unges fortællinger, og det er tydeligt, at karrieren for dem ikke blot er en måde at tjene penge på, men i høj grad også noget ekspressivt og identitetsskabende, som har en stor betydning for dem (Brinkmann 2005:41). Angsten opleves derfor ikke bare som en hindring for ens økonomiske livsgrundlag, men som noget, der hæmmer hele deres livsprojekt. De unge vurderer tilsyneladende deres angst indenfor rammerne af de standarder, de har i forhold til deres ønskede professioner. Selvom flere mener, at angsten ville være mindre fremtrædende i en anden profession, så griber kun én denne mulighed, mens de tre andre tager kampen op mod angsten, hvor den kulminerer med deres intentionelle biografi og selvrealisering.

Bevæggrundene bag den forskelligartede angsthåndtering synes således at have baggrund i en forskelligartet livsførelse, som giver udslag i, hvad der kan beskrives i termer som henholdsvis *vækst-* og *tvangsmotivation*. Her er vækstmotivation hos de unge, at de kan genindtræde eller blive på arbejdsmarkedet og derved realisere deres faglige potentialer, som det indikeres at være essentielt i deres livsførelse. De ældres tvangsmotivation, som hviler på truslen om fratagelse af økonomiske midler, gør derimod, at økonomien - som også kan opnås (og ønskes) gennem førtidspension – bliver afgørende motivation angsthåndteringen, mens selve arbejdsdygtigheden bliver sekundær.

## **Håndteringsdomæner**

Samtidig er det en stor forskel mellem de ældre og de yngre respondenter, hvorvidt denne overordnede håndtering af angsten sker indenfor rammerne af systemet eller normalsamfundet. Hvor de unges fortællinger alle er centreret omkring de håndteringsstrategier, de bruger indenfor normalsamfundet for at blive i dette, så er de

ældres håndtering af angsten i langt højere grad skrevet ind i systemet. Birthe fortæller om hendes (eller systemets) håndteringsstrategi for at få hende tilbage i normalsamfundet: ”Så kom jeg så op i det blå hus og startede som bruger. Og der gik jeg så hos en psykolog, som synes (...) at jeg skulle videre, og hun skrev faktisk en god udtalelse om, jeg ikke kunne arbejde deroppe i det blå hus<sup>19</sup> et par timer om ugen. I noget revalidering deroppe, hvor man kommer i noget prøvning af en slags. Så ansøgte vi om, jeg kunne komme derop i flex-job, og det kom jeg så og var også ansat deroppe i 5 år. Og i den periode tog jeg sådan en uddannelse, der hedder ”medarbejder med brugererfaring” (Bilag 1:3). Det, at håndteringsstrategierne hovedsageligt er udformet indenfor rammerne af systemet, medfører en række problemer, der tilsyneladende overskygger selve angsthåndteringen. Birthe fortæller her, at: ”Dem på jobcenteret, dem stoler jeg ikke en skid på (...) Kommunen har lovet at finde mig et flex-job. Men det er svært, også fordi jeg ikke tager busser og tog, så jeg skal i gå-afstand. Og stedet skal heller ikke være for stort. Det skal heller ikke være ene kvind-folk, for de fnidrer og fnadrer. Så jeg har jo rimelig mange krav. Og så vil jeg gerne have med mennesker at gøre. Men det mener nogen jo så, jeg ikke skal. Der er vi jo uenige” (Bilag 1:8). Således fylder uoverensstemmelser med systemet tilsyneladende mere end selve målet med indtrædelsen heri, mens afstandstagen fra deres ideer overskygger udformningen af hendes egne. I det hele taget virker motivationen for at bekæmpe angsten tilsyneladende mindre godt, når den påføres udefra, end hvis det opleves indefra i ønsket om at realisere sig selv – eller med andre ord virker *selvdisciplinering* bedre end en udefrakommende samme (Heede 2002:24-5).

Dette kan skyldes, at den udefrakommende disciplinering giver personen en følelse af at miste kontrollen over sin egen biografi, hvor fokus ledes hen mod, hvad systemet ønsker sig af en, snarere end hvad den angstramte selv ønsker sig af tilværelsen. Jette fortæller: ”Jeg føler faktisk, at de har rykket meget i mig, at jeg skal gøre det (...) Jeg føler jo også at jeg skal tilfredsstille systemet. Og så går det helt galt, så kan jeg ligesom ikke. Det er også fordi jeg kan meget bedre, hvis jeg kan få lov at gå i min egen trommerum” (Bilag 3:2). Selvom de er bukket under for presset og ”har meldt sig ud af” det fleksible og krævende normalsamfund, så oplever både Birthe og Jette sig under aktiveringsprocesserne hensat til samme dynamikker, hvorved presset på kvinderne synes at være intakt. Meget kunne end dog tyde på, at angsten forværres af at miste kontrol over

---

<sup>19</sup> Værested for sindslidende i Brønderslev.

sin biografi, idet det bliver det en stressfaktor, der medvirker til yderligere utilstrækkelighed, at man ikke kan opfylde de krav, der stilles til en. Jette fortæller, at: *”så tænker man også; hvor mange gange kan man nu blive væk? Det er jo heller ikke en tilfredsstillelse for en selv, at man ikke kan komme i gang”* (Bilag 3:3). Systemet synes her at udgøre et paradoks mellem umyndiggørelse og ansvar, hvor kvinderne fordres til at håndtere deres angst på helt bestemte måder, men samtidig må tage det fulde ansvar, hvis forsøget mislykkes (Honneth 2003:64).

Både Irene, Birthe og Jette synes at have fundet et *eksistentielt eksil* (Hammershøj 2005:99), hvor de i henholdsvis beboerhuset, kolonihaven og på værtshuset kan puste midt i deres anstrengelser og få ro i et samfund, hvor dette ellers ikke tillades. Her har de fundet rolige og ikke-krævende oaser, hvor der ikke findes nogen forventninger, midt i alle kravene. Birthe viser i fortællingerne om sine ugentlige værtshusbesøg tydeligt dette rationale: *”Det er det der med, at det er uforpligtende, tror jeg. Du kan sidde og drikke de øl, du vil, og snakke med dem, du vil. Hvis man tager hen og besøger nogen, så er det lidt mere forpligtende (...) Hvis man nu skal besøge en, der har børn, så kan man jo ikke lige komme og have drukket øl vel? Men på værtshuset, der kan man være sig selv (...)Og hvis man ikke vil snakke med nogen, så kan jeg også bare gå hen og læse en avis. Så det er det med, at det er mere frit... Hvis man ikke vil mere, så kan man sgu da bare gå hjem ikk”* (Bilag 1:6-7).

Hos de unge ses det ligeledes, hvordan en afskærmning for udefrakommende pres er essentielt i håndteringen af social angst. Sofie fortæller om sin angsthåndtering, hvor hun selv dikterede tempoet, at: *”det gjorde så at jeg som person stille og roligt kunne udvide mine kompetencer og blive bedre og bedre”* og senere at: *”Det gjorde også bare at jeg stille og roligt blev bedre til at finde mig selv og ikke altid følte mig presset. Så det hjalp i hvert fald en hel del”* (Bilag 6:8).

### **Et fælles tema - løsrivelse fra u hensigtsmæssig biografisk ballast**

Der eksisterer på tværs af ovenstående en gennemgående strategi for at håndtere angsten. Tidligere fremgik det, hvordan alle respondenternes sociale angst var tilskrevet ubehagelige oplevelser i barndommens primære relationer, samt u hensigtsmæssige samme senere i livet. En strategi, som anvendes af flere af respondenterne, har været at trække sig fra primære relationer, de ser som u hensigtsmæssige.

Irene fortæller om den periode i sit liv, hvor hun oplevede at være angstfri: ”Jeg tror det var, fordi jeg fjernede mig så fysisk lang fra min familie, da jeg begyndte at studere. Min mor har jeg ikke set i flere år og jeg har også kun meget sporadisk kontakt med mine søskende, undtaget en, som jeg har meget kontakt med. Og det gav mig virkelig sådan et løft, for jeg var vellidt og velset. Det var meget meget nyt” (Bilag 4:5). Angsten kunne således håndteres ved, at hun fjernede sig fra, hvad hun ser som dens udløser. Dette synes at være et gennemgående mønster, da endnu en uhensigtsmæssig relation ligeledes sættes som udløser for den periode, hvor det igen gik ned af bakke: ”Det smuldrede langsomt da Mogens kom ind i billedet. Han har mange mange psykopatiske træk. Og det lod jeg mig styre af” (Bilag 4:6). I dag er det en meget overordnet håndteringsstrategi for Irene at undgå de relationer, som fremprovokerer hendes angst. Dette er sket ved omfattende refleksionsprocesser, hvor hun har ”erkendt hvad Mogens og mit forhold har gjort ved mig. Der har min søster og psykiateren virkelig hjulpet mig. Og så mit eget bearbejde. Hvis du vidste, hvad jeg har læst om psykopati. Men jeg har også erkendt mit eget martyrium og min egen del i det. Havde du spurgt mig om det her i 2003, så var jeg en uskyldsel, og det var hans skyld jeg havde det så dårligt. Det var det også, men jeg har bestemt også en del af skylden” (Bilag 4:7).

Hos Jette ses der i modsætning hertil tydelige eksempler på, at uhensigtsmæssige relationer spiller en betydelig rolle i angstens beståen. I det følgende gives en række længere narrativer, der udgør en tydelig case på, hvordan den sociale angst opleves afsondret sin kontekst og således slører den umiddelbart nærliggende håndteringsstrategi; at løsrive sig fra angstens udløser (Horwitz i Rosenthal 2009).

Først giver Jette – uden at relatere dette til hendes angst – en fortælling om gentagende overgreb: ”Jeg har aldrig haft problemer med at komme i kontakt med mænd. Men jeg har aldrig gjort noget for, at de skulle være på den måde. Det er ikke sjovt... Jeg har faktisk prøvet at blive voldtaget. Af tre mænd. Det var i en frisørsalon. Da jeg boede på ungdomspensionen. Jeg var så til julefrokost og vi ville gerne ind til byen. Så var vi inde hos en frisør.(...) Der var lukket. (...) Så vi kom ind og de var derinde. Og det var da spændende og vi fik lov til at kigge tingene. Så skulle hun vise mig noget inde bagved. Så kom en af de der mænd derind. Og lige pludselig, der lå jeg på en seng. Og min veninde hun gik ud. Jeg vidste ikke, hvad der skete og kunne ikke komme fri. Og så kom de to andre også ind. Jeg har også de her ar rundt omkring, fra hvor de har brændt mig med

*krøllejernet. Da det så var sket – jeg lignede jo noget der var løgn – ringede jeg så til ungdomspensionen. Det busede bare ud af mig. De kom derned. Min kæreste kom også derned. Han skældte mig ud. Men det var jo bare hans reaktion. Og de spurgte så om jeg ville melde det, men det turde jeg simpelthen ikke. Jeg kom bare hjem” (Bilag 3:7). Hun giver direkte udtryk for, at dette ikke er noget, hun har relateret til angsten: ”Det er sjovt, det er ikke rigtigt noget jeg har tænkt over, men jeg har egentlig prøvet det mange gange. Ikke sådan fuldbyrdet. Men alligevel... selvom det ikke er noget, jeg har snakket om, så kan det da godt være det betyder noget” (Bilag 3:8).*

Relationen mellem de voldelige overfald på hende, som stadig finder sted, og angstens vedvarende karakter er heller ikke noget, Jette har reflekteret over: ”*Min nuværende kæreste han kan godt nogen gange være lidt voldelig. Men han er jo et godt menneske alligevel faktisk. Det er det der med, at han får for meget at drikke. Og så kommer man over i en hel anden fase. Han er jo et godt menneske. Han er jo ikke sådan. Han er jo virkelig et godt menneske. For der er squ ikke mange, der havde holdt ud til, at jeg har været, som jeg har været. Han skulle jo klare alting. De tre tøser har jeg med min første mand. Han var også sådan, når han fik alkohol. Også meget voldelig. Ham på 16 har jeg så med en anden mand. Han er totalt ved siden af de andre. Møg-kedelig i forhold til. Han er også et godt menneske. Men jo overhovedet ikke voldelig på nogen måde. Jo måske psykisk. Og det kan faktisk være meget værre. Et par på hovedet engang imellem, det er jo til at føle på” (Bilag 3:9).*

Selvom hun slutteligt bemærker en klar sammenhæng mellem vold og angst, så falder det hende tilsyneladende ikke ind at forlade manden. I stedet øver hun sig i at håndtere, at det er sådan, det er: ”*Hvis min kæreste har fået lidt for meget at drikke og er gået lidt over gevind, det kan også få mig ned i et meget sort hul, hvor jeg så har rigtig meget angst i nogle dage. Og det er svært at komme op igen. Og det betyder nok også noget, men ikke så meget, som det har gjort. Der er jeg også blevet lidt stærkere. Så jeg kan håndtere det... Det er nok bare, fordi min psyke bare er blevet stærkere på en eller anden måde. Fordi det er ikke noget, jeg tænker over- sådan er det bare” (Bilag 3:10).*

Hos Jette er angsten således i høj grad individualiseret og tilkoblet hende som individ, hvor den opleves som et problem i hendes egen krop og psyke, mens konteksten stort set ikke øjnes (Rosenthal 2009). Der åbnes således op for et helt centralt spørgsmål; er Jette



syg, eller er hendes angst ikke en helt normal reaktion på hendes livsvilkår? I Svend Brinkmanns optik kunne man her anslå – modsat de nuværende diagnosekriteriers kategorisering af angsten som patologisk – at Jette blot reagerer adaptivt på sine livsvilkår, mens det derimod er forholdet til kæresten, der er patologisk. Konsekvensen er dog den samme: Idet hun selv og hendes psyke tillægges det patologiske, vendes blikket i stedet indad, hvorved håndteringen af angsten ligeledes opleves som hendes problem og ansvar (Brinkmann 2010b:19, 21).

### **Håndteringen af social angst i den daglige interaktion**

Det er ikke kun på den lange bane, at angsten influerer på den ramtes tilværelse og kræver håndtering. Angsten optræder, som det jo netop er kendetegnende ved lidelsen, i stort set alle individets daglige interaktioner – som Søren udtrykker det: ”*Hvilke aspekter har den ikke indflydelse på? Det meste...*” (Bilag 5:9). I det følgende fremdrages det, hvilke problematikker den angste oplever i sin daglige interaktion, samt hvordan han/hun håndterer disse.

Dette søges forstået ved en inddragelse af Goffmans mikroteoretiske værktøjer, som giver redskaber til at forstå den angstes forsøg på at opretholde et bestemt selvbillede overfor omverdenen, kampen for anerkendelse i det sociale, samt frygten for social fiasko og forlegenhed. Der gives med andre ord et billede på, hvordan den angste håndterer sig selv og sit stigma i den sociale samhandling (Jacobsen og Kristiansen 2009:10-12,20).

I dette afsnit vil typologierne blive delt op ud fra overordnede kategorier for respondenternes håndteringsstrategier i den daglige interaktion.

### **Ønsket om at ”passere” i det sociale**

Den sociale angst kan betragtes som en *karaktermæssig fejl* i forhold til det fleksible samfunds påkrævede karaktertræk. Qua samfundets internaliserede normer antages den angste at være opmærksom på, hvad andre ser som ens mangler, hvorved de har en normativ rettesnor i interaktionen. Idet angsten ikke er umiddelbart synlig, så antages den

kun at være *potentielt miskrediterede* og derfor muligt at hemmeligholde<sup>20</sup> ved de rette håndteringer (Goffman 2009:46,48).

Respondenterne frygter alle, at deres stigma bliver afsløret overfor andre, og der opstår i den sociale interaktion en dobbeltproblematik omkring ”angsten for, at andre skal opdage angsten”. Det er derfor kendetegnende, at de kontinuerligt søger at hemmeligholde angsten parallelt med, at de forsøger at bekæmpe den. Malene fortæller at: ”*Det var rigtig barsk faktisk at have det sådan indeni og så stadig lade som om, jeg kunne klare det hele*” (Bilag 2:1). Birthe fortæller ligeledes, hvordan hun frygter, at hendes stigma kommer til syne i offentligheden: ”*Når jeg f.eks. er ude at handle og står i kø, jo så er jeg bange for at besvime, og hvad tænker folk ikke, hvis man så ligger der*” (Bilag 1:3).

Det, at den angste samtidig må hemmeligholde sin lidelse gør, at han/hun ikke kan påtage sig nogen sygdomsrolle, der kan godtage deres lidelse (Scott 2006:139-140) og forklare, hvorfor de har vanskeligt eller umuligt ved at udføre visse handlinger. Ingen af respondenterne påtænker således i en potentiel angstsituation at fortælle om deres angst og derved slippe for anstrengelserne ved at hemmeligholde den. Kamilla fortæller om rationalet bag at hemmeligholde lidelsen: ”*Jeg har det bare sådan, at hvis man først fortæller det, så bliver det endnu værre. Fordi så ved jeg bare, at de vil stå sådan; nå, hvornår bliver hun utilpas, nu bliver hun rød i hovedet. Og så får man jo endnu mere opmærksomhed, og det er jo det, man ikke vil*” (Bilag 7). Sofie fortæller ligeledes om et mislykket forsøg på åbenhed omkring hendes stigma, hvor: ”*lærerne tog det op i klassen, sådan: ”Hvad kan vi gøre for at gøre det lettere for Sofie at sige noget?” Og det gjorde det jo bare 10 gange værre!* (Bilag 6:3)”. Da det netop er skammen, der er det skamfulde, så udgør social angst således et særegent paradoksalt og selvforstærkende eksempel på stigmahåndtering.

Der ses hos flere respondenter en ambivalens, som kan beskrives i termer som følelsesmæssig versus rationel logik. Eksempelvis fortæller Kamilla, hvordan hun ikke kan finde noget rationelt i, hvorfor hendes generthed skulle være stigmatiserende:

---

<sup>20</sup> Begrebet ”hemmeligholde” anvendes fordi, at angsten ikke er umiddelbart synligt, og at man derfor ikke nødvendigvis aktivt behøver skjule den, som det ville være tilfældet ved et stigma, der var mere synligt. Hemmeligholde betyder således ”sørge for, at det ikke viser sig” (Goffman 2009:46,48).

*I: Hvorfor er det pinligt at være genert? Hvad er det for negative ting, man ville kunne sige om det?*

*R: Det er et godt spørgsmål. Jeg sidder og tænker på det med at være rød i hovedet, men det er, jo ikke at være forkert... så jeg ved det ikke.*

*I: Er det et svaghedstegn?*

*R: Ja det kan godt være. Eller nej. Når jeg ser nogen være generte i skolen, så tænker jeg jo ikke, at de er svage. Men man kan godt tænke, at det er, hvordan de tænker om en selv" (Bilag 7:).*

Respondenterne har således en følelsesmæssig logik, som står i kontrast til den mere rationelle samme, hvorom Søren ligeledes beretter: *"Der er jo ikke nogen logik i det. Men jeg tror, jeg er bare for at fremstå... forkert... i deres øjne. Og logisk set eller i virkeligheden, der er jeg jo ligeglad med, hvad de mennesker synes om mig. Jeg ved jo også godt selv, hvad det er for nogle kvaliteter, jeg besidder. Det er jo irrationelt!"* (Bilag 5:3). Det synes dog hos alle respondenter at være den følelsesmæssige logik og således angsten, der som oftest får overtaget i interaktionen.

De angste har i stedet udformet en række strategier, hvormed de forsøger at hemmeligholde deres angst og *passere* andres blik, uden deres stigma kommer til syne (Goffman 2009:83,84).

### **Den sociale usynlighed**

De fleste forsøger at lade angsten passere i den daglige interaktion ved ganske enkelt at holde sig i periferien af de sociale situationer, hvor de ikke blot hemmeligholder deres stigma (eventuelle angstsymptomer), men hele deres tilstedeværelse. Malene fortæller om hverdagens sociale interaktioner, da hun havde det værst, at hun bare havde *"lyst til at gå i et med væggen (...)* Det var mest noget med at trække mig tilbage (...) Så snart, der var venners venner med, så var det bare hårdt. Så sad jeg bare og håbede på, at der ikke var nogen, der spurgte mig om noget. Eller så holdt jeg mig til dem, jeg kendte godt" (Bilag 2:4). Denne strategi bliver dog et stigma i sig selv, hvor Malene oplever, det som: *"ubehageligt, fordi jeg hele tiden sad og tænkte; åh nej hvad tænker de nu om mig, når jeg ikke siger noget. Så synes de bare, at jeg er underlig. Så begynder man jo selv at slå sig selv i hovedet med, at det er sku da også for dårligt. Du burde også sige noget eller gøre noget. Men det gjorde jeg jo ikke"* (Bilag 2:4).

Søren giver som rationale for sine lignende forsøg på at passere, at han gennem sin opvækst har fået en *ontologisk usikkerhed* (Giddens 1991:59,82) generelt i sin sociale tilstedeværelse: ”*Man kunne overhovedet ikke forudse, hvilke reaktioner, man ville få. Så man måtte udvikle en stor forsigtighed overfor alting. Hvis du forholder dig fuldstændig passivt, så får du ikke de negative reaktioner*” (Bilag 5:4). Dette har dog ligeledes en paradoksal virkning, da også han bebrejder sig selv sin manglende sociale deltagelse og er bange for at blive misforstået: ”*Man tænker, at de synes at man bare er en doven idiot, der bare sidder derhjemme og feder den, selv man i virkeligheden måske arbejder dobbelt så hårdt*” (Bilag 5:6).

Irene udformer yderligt udførlige strategier for at passere, der sigter mod helt at undgå de sociale situationer. Hun fortæller om engang, hvor hun skulle deltage i et møde i sin boligforening: ”*Så der sørgede jeg for at komme lige til tiden, ikke for tidligt og ikke for sent. Ikke for sent, så nogen lagde mærke til, at jeg kom og ikke for tidligt, så jeg skulle stå og vente. Så jeg kunne sådan snige mig ind med de sidste. Og så satte jeg et sted, hvor der sad nogen, der så tilforladelige ud, så det ikke så ud til, at jeg sad helt alene. Samtidig satte jeg mig, så der var fri på den anden side, så jeg bare kunne rejse mig op og gå, hvis der blev behov for det. Sådan yderst ved et bord, så jeg hverken sad alene eller sammen med nogen. Så havde jeg også en flugtvej*” (Bilag 4:6-7).

### **Stigmafællesskaber**

Det er dog ikke alle steder, at respondenterne finder det nødvendigt at lade angsten passere. For at søge anerkendelse og accept søger de ældre kvinder ind i, hvad man kunne betegne en form for *stigmafællesskaber* – eller hvad Goffman betegner ”*de egne* (Goffman 2009:61)” - hvor de oplever sig mødt, som de er. Birthe fremhæver eksempelvis sine værtshusbesøg, som hun har: ”*fået trappet ned til en gang om ugen*” (Bilag 1:6). Selvom ordvalget indikerer, at hun ikke ser det som nogen anerkendt håndteringsstrategi, så synes den at være hendes foretrukne på grund af åbenheden heri: ”*Så fortæller de også mere om sig selv... Jeg tror, hvis der er en, der først siger noget, så er der flere, der også gør det. Men de steder, jeg har sagt det, der har det også været nogle meget sårbare mennesker (...)* Jeg tror ikke jeg ville have det godt med at sidde og sige det inde blandt en masse direktører. De skal ikke være for fine til mig, det dur ikke” (Bilag 1:12). Åbenheden på værtshuset bakkes op af Jettes meget lignende historie, hvor: ”*Så hvis man sidder på et værtshus og har fået et par øl (...)* De steder, jeg har været, har

*jeg altid fortalt det*” (Bilag 3:7). Hun søger dog hovedsageligt det åbne og fordomsfri fællesskab i kolonihaven (Bilag 3:1), hvor hun ligeledes har en åbenhed omkring sit stigma, som hun begrunder i: *”Det er jeg ikke bange for. Især dem, der også døjer selv. De er rare at snakke med. Så hjælper vi hinanden. Man siger bare herude, hvis man har det dårligt. Der er også en til, der kommer her. Han døjer også meget. Han er bare ikke så god til at snakke om det. men han vil gerne snakke med mig, fordi jeg har det ligesådan (...) F.eks. i går så sagde en ældre mand til mig; du har det ikke godt i dag... Og det kan de bare se”* (Bilag 3:11). Irene fortæller ligeledes, at det primære beboerhuset i hendes boligområde har givet hende er, at: *”Den har jo for det første anerkendt mig for den person, jeg er* (Bilag 4:11)”.

I modsætning til de, som vedvarende søger at holde sig indenfor normalsamfundet og derved udelukkende har ”de kompetente andre” at leve op til i de sociale mikrosettings, hvor den ekstroverte majoritet opleves at sætte normerne, så giver stigmafællesskabet et rum til at komme ud af busken i et forum, hvor sårbarheden i højere grad opleves at være accepteret. Derved oplever de ikke at skulle indtage samme ”sociale usynlighed”, som de yngre respondenter i normalsamfundet, idet de har opdaget, at der findes andre mennesker, som er sympatisk indstillede over for dem, som accepterer dem og giver dem en følelse af at være forstået. Dette gælder tilsyneladende både dem, som har samme stigma som de selv og derfor af egen erfaring ved, hvad det indebærer at have social angst, men også andre, der på anden vis kender følelsen af at stå udenfor. Disse steder har de fundet et trygt og afslappet miljø, hvor de er accepteret, som de er, og derfor ikke behøver anstrenge sig for at skjule angsten (Goffman 2009:61-63).

### **Strategierne for at gå frontstage**

I den sociale angst er det centrale aspekt angsten for andre bedømmelse - eller i Goffmans optik angsten for at gå *frontstage*<sup>21</sup> og gøre sig synlig for publikums blik (Goffman 1992:27). I den forbindelse anvender den angste en række strategier, der skal lette indtrædelsen på frontstage. Dette gælder for de fleste vedkommende en tilbagetrækning

---

<sup>21</sup> Frontstage betegner en social scene, hvor man er til syne for andre og indgår i en form for social interaktion, hvor man må spille den rolle, der fordres i den specifikke kontekst (Harste og Mortensen 2007:211).

og refleksion *backstage*<sup>22</sup>, hvor de forbereder sig til deres optræden, mens det for to af respondenterne er indtagelsen af alkohol, der letter denne.

### **Tilbagetrækning og refleksion**

Flere respondenterne har efterhånden erkendt og accepteret, at de har behov for at trække sig *backstage*, hvor de samler kræfter til at håndtere tilværelsen *frontstage*. Malene fortæller om, hvis hun mærke angsten komme snigende, at: ”*Det er så min måde at klare det på, lige at trække mig lidt ind i mig selv*” (Bilag 2:5).

Irene bruger den sociale tilbagetrækning og refleksion for ikke at lade sig påvirke u hensigtsmæssigt af publikums bedømmelse af sin *selvpræsentation*<sup>23</sup> (Goffman 1992:24): ”*Jeg har også behov for at trække mig (...) Det giver mig ro til refleksion og ro til at tænke, ”er det her godt nok for mig, er det her noget jeg har lyst til?” og sige til mig selv, at jeg er god nok. Så undgår jeg at ryge ud i noget, hvis der er en, der siger, at ”det der bryder mig ikke om”, så skal jeg lige øve mig i ikke at tage det som personlig kritik. Så har jeg fået lært at bekæmpe angsten*” (Bilag 4:4). Denne refleksion over sin sociale rolle har bevirket, at Irene nu tager udgangspunkt i sin egen kapacitet og ikke i, hvilken *selvpræsentation* hun udefra oplever, der forventes af hende: ”*Sådan noget som sommerfestivalen ovre i Mælkebøtten*<sup>24</sup>, *der var jeg også kun med ovre i teltet en gang. Jeg vidste, det var for overvældende for mig. Men i stedet for at trække mig fuldstændig, så tager jeg en dag. Så næste år kan det være, jeg kan klare to dage. Det har jo at gøre med ens eget ambitionsniveau, og jeg har stillet tårnhøje krav til mig selv. Og mit liv har været meget enten eller. Enten er du med både torsdag fredag og lørdag ellers er du slet ikke med. I dag kan jeg godt tænke både og. Det er bedre at være med lørdag aften og så være hjemme torsdag fredag end slet ingen aften at være med*” (Bilag 4:9). Hun har således, som det ses hos flere af respondenterne, erkendt, at hun ikke kan opholde sig så meget *frontstage*, som hun forestiller sig, at andre kan. Samtidig har hun slækket på sin

---

<sup>22</sup> *Backstage* defineres modsat som der, hvor man ikke optræder for et publikum, men hvor man kan forberede sig til den rolle, man skal optræde med *frontstage* (Harste og Mortensen 2007:211). Dette er ingenlunde fyldestgørende for, hvordan Goffman selv bruger begreberne, men vil danne grundlag for, hvordan de benyttes i det følgende.

<sup>23</sup> *Selvpræsentation* forstås her som den rolle, som personen ønsker at spille i det sociale, hvor han/hun ønsker at give andre et indtryk af at besidde bestemte egenskaber (Goffman 1992:24).

<sup>24</sup> Et aktivitetshus/værested i det sociale boligområde, hvor Irene bor.

*sociale perfektionisme* (Kåver 2003:10), hvor du enten er perfekt i det sociale og ellers en fiasko.

I modsætning hertil bruger Søren refleksionen backstage til netop at øve en social perfektionisme, hvor han ”øver sine replikker” inden han indtager frontstage, idet han oplever, at han: ”*skal være mere forberedt på det sociale i situationen, altså hvad jeg skal sige til at starte med f.eks. og forudse, hvilke spørgsmål de kan finde på at stille*” (Bilag 5:5). Søren øver sig således i at ændre sin selvrepræsentation, mens Irene hovedsageligt fokuserer på at acceptere sin, som den er.

### **Alkohol**

En anden håndteringsstrategi, der letter indtrædelsen på frontstage for to af respondenterne, er alkohol. Både Birthe og Jette erkender gennem hele interviewet, at det langt hen af vejen er alkohol, der er deres primære strategi, når den sociale angst skal håndteres i de daglige interaktioner. Jette fortæller: ”*Så er det jo tit, man har fået et par øl eller tre, og så tænker man ikke så meget over det. Men jeg kan sagtens have det meget dårligt, indtil jeg har fået de øl*” (Bilag 3:1).

Her bruges alkoholen som hjælp til at ”mande sig op”, så de kan gå frontstage og præsentere sig selv i det sociale, som eksempelvis Jette gør det inden familiesammenkomster: ”*Jeg er ikke så god til det. Men det er noget, jeg kan drikke mig fra*” (Bilag 3:13). Alkoholen synes i det hele taget at være blevet en nødvendig del af tilværelsen, som letter selv de mest basale gøremål. Birthe fortæller at: ”*Så er det jo også dejligt nemt for mig at komme ud at handle bagefter. Hver gang jeg er nede på trekantbaren, så skal jeg også ned og handle bagefter*” (Bilag 1:6-7).

Alkoholen erkendes at blive brugt som en slags selvmedicinering, som sættes i stedet for regulær medicin, hvorom Birthe fortæller at: ”*Så sidder jeg også hjemme og drikker et par øl inden, og så tager jeg ikke pillerne*” (Bilag 1:6). Dette synes at være en almen logik i fællesskabet på værtshuset, hvor: ”*Vi plejer at kalde stesoliderne for tørsprit... fordi det virker ligesådan, siger vi*” (Bilag 1:6).

Her kan det problematiseres, hvorvidt det er alkoholen, der er håndteringsstrategien, eller om det er et alkoholmisbrug, der har skabt angsten<sup>25</sup>. Mens dette ikke lader sig afgøres hos Jette, så synes der at være indicier i Birthes tilfælde, der peger på, at hendes misbrug er af *sekundær karakter* (netpsykiater.dk), da dette tilsyneladende kommer og går i takt med, at angsten kræver det:

*”Da jeg skulle i fleksjob, der blev det så en betingelse, at der havde jeg halvanden måned til at stoppe med det øl der. For du kan jo ikke drikke øl, når du skal på en arbejdsplads. Men det gav mig simpelthen så meget, for jeg var så glad for det arbejde og for at komme ud af det kontanthjælp. Der var intet!”*

*I: Så du har ikke problemer med at lade være at drikke øl, hvis du har det godt ellers?*

*R: Nej overhovedet ikke, fordi så følte jeg mig jo tryk der” (Bilag 1:11).*

Både Søren og Malene har ligeledes overvejet alkohol som en mulig vej ud af angsten, som de dog ikke har valgt at følge. Malene fortæller: *”Jeg har haft tanken (...) Når man lige drikker lidt, så er det jo ikke så farligt. Men jeg er bange for den tanke, fordi jeg gennem min barndom har haft erfaring med alkoholmisbrug. Så der har altid været en angst i mig, der sagde; nej det skal jeg passe på med. Hvis jeg først får smag for det, så tror jeg det kunne blive farligt. Nej jeg tror aldrig jeg ville kunne komme derud, men jeg kan godt mærke, at der sker noget, man slapper mere af, når man drikker. Man er jo mere afslappet. Men jeg ved også godt, at det skal jeg ikke... jeg trodser den tanke. Men når jeg har det allerværst, så kan jeg bestemt godt forstå, at folk de bliver misbrugere. At folk der har det endnu værre end mig, de bliver drevet helt derud. Fordi man har det jo også selv sådan; hvad fanden skal man snart stille op. Men nej, jeg har ikke gjort det” (Bilag 2:12).*

Søren har derudover tidligere eksperimenteret med stoffer, hvilket han i dag kobler til sociale angst og problemet med at præsentere sig selv på den måde, han oplevede, det var påkrævet, da han var yngre: *”Det eneste der helt har fjernet angsten, det er stoffer. Alkohol det er mere dæmpende, det fjerner det ikke (...) Da jeg var yngre, 15-16 år. Der tog jeg ecstasy og det fjernede angsten helt (...) Der var jeg overhovedet ikke genert eller bange for at danse eller noget” (Bilag 5:9).*

---

<sup>25</sup> Det fremhæves i ”lægehåndbogen” at angst, som et led i abstinenssymptomer, kan opstå som følge af alkoholmisbrug, som således må stilles ved mere alkohol, i en uhensigtsmæssig spiral (laegehaandbogen.dk)



## **Den sociale angsts håndtering i selvidentiteten**

Den virkning, som angsten har på ens livsstil såvel som ens rolle i den sociale interaktion, kommer ligeledes til udtryk på et mere socialpsykologisk niveau i den angstes selvidentitet. Det at have en selvidentitet vil i Giddens optik sige at have en bevidsthed om sit eget selv og er *"noget, der rutinemæssigt må skabes og opretholdes i individets refleksive aktiviteter"*, hvorved selvidentiteten bliver *"selvet som det refleksivt forstås af personen på baggrund af vedkommendes biografi"* (Giddens 1991:68) og afhænger af *"evnen til at holde en særlig fortælling i gang"* om sig selv (Giddens 1991:70). I den forbindelse undersøges nu, den måde angsten håndteres på i den ramtes selvidentitet og således, hvilken rolle den spiller i den måde, personen ser sig selv på.

Til trods for at alle respondenter undtaget Birthe gennem hele deres biografi har oplevet sig selv som generte, introverte, stille og lignende, så har de i dag delt sig i to segmenter. Den afgørende forskel, som vil danne grundlaget for typologierne i det følgende, er, hvorvidt den angste ser *angsten som en del af deres selvidentitet* eller som *udefrakommende hindring herfor* – som noget, der skal accepteres, eller noget, der skal bekæmpes. Her integrerer seks ud af syv på forskellig vis og i varierende grad angsten i deres selvforståelse, mens kun én (Sofie) repræsenterer den rene fornægtelse af angsten som en del af sig selv. Der er dog flere respondenter, der udtrykker en ambivalens i forhold til de to idealtyper, og således vil figurere i dem begge.

Herunder præsenteres de to idealtyper og en række af de strategier, der appliceres for at håndtere angsten i selvidentiteten.

### **Angsten som en del af selvidentiteten - accept og integration**

For især de ældre kvinder gælder det, at de ser angsten som en del af sig selv, som de tilsyneladende har accepteret. Jette, som efter sin egen opfattelse altid har haft angstens karakteristika, siger herom: *"Jeg altid har været lidt ængstelig. Det siger min læge også. Så jeg skal nok bare leve med, at jeg er sådan en lidt nervøs type"* (Bilag 3:4).

Andre, som har oplevet angstens indtog mere pludseligt, har efterfølgende rekonstrueret deres selvidentitet, hvori de har integreret denne. Dette er eksempelvis tilfældet for Irene: *"Da jeg arbejdede på en døgninstitution, der var jeg sådan en meget ekstrovert og udadvendt person, hvor jeg kunne have tusind aftaler på en dag og synes det var så fedt, og jeg kunne stille mig op på en talerstol og holde taler. Jeg har været i front med alt*

*muligt, og det har jeg syntes, var rigtig skægt. Men med årene kan jeg mærke, at sådan har jeg det ikke længere, der er jeg ikke længere (...) Jeg er tværtimod blevet meget indadvendt og stille. Jeg kan stadig fylde meget, når jeg har lyst til at være på, men jeg har også behov for at trække mig” (Bilag 4:4).*

De introverte sider er ligeledes accepteret af Maria, der har erkendt, at hun ikke nødvendigvis er så socialt anlagt, som det fordres i det fleksible samfund: *”Selvom jeg elsker det sociale, så har jeg også rigtig meget brug for at være indad mod mig selv” (Bilag 2:5). Søren er nået frem til samme erkendelse: ”Jeg ved egentlig ikke, om jeg har lyst til at være så social som alle andre mennesker. Fordi jeg synes egentlig, at det er meget sjovt at læse, jeg synes det er meget sjovt at skrive, og det er jo ikke noget, man kan gøre, mens man er sammen med andre” (Bilag 5:9).*

### **Forholdet til normalitetsidealet – følelsen af social underlegenhed?**

Selvom de angste har erkendt, at de har disse introverte karaktertræk og behov, så betyder det ikke, at de betragter det som hverken socialt accepteret eller end dog normalt. Der eksisterer hos flere respondenter en forestilling om, hvordan ”andre” mennesker er i givne situationer, hvilket de opstiller som reference for deres egen utilstrækkelighed (Foucault 1971:92-93). Søren fortæller: *”At man ikke siger noget. At man kan mærke hjertet banker. Man ryster i kroppen. Hvor nogle mennesker måske ville have det sådan, hvis de skulle tale for tusind mennesker første gang, så behøver det for mig bare at være meget få mennesker” (Bilag 5:2).*

Hos andre ses der yderligere eksempler på en underlegenhed i selvforståelsen, hvor den angste devaluerer sig selv i forhold til mere udadvendte og ekspressive mennesker. Malene fortæller eksempelvis at om sin uddannelse: *”Jeg beundrer helt vildt hende, der underviser. Jeg synes, hun er rigtig dygtig. Men jeg lukker bare ned i stedet for at sige noget og lære noget, hvis man kunne have en dialog. Ligesom de andre gør (...) Også bare kollegaer, som man beundrer, hvor man bare kan tænke; jeg er ingenting i forhold til hende. Men også andre... Nogen mennesketyper, som måske er meget ligefremme og charmerende, der kan jeg også godt trække mig fra. Jeg er ikke tryk ved dem” (Bilag 2:4).*

Kamilla fortæller ligeledes, hvordan hun føler sig underlegen i forhold til mennesker, som er mere udadvendte end hende selv: *”Min mand har en ekskone, og hende sammenligner jeg bare hele tiden mig selv med (...) Jeg er slet ikke som hende... Hun var meget*

*snakkesaglig og meget udadvendt. Og når jeg møder hende – hun snakker og snakker en god støvle. Hvor jeg så bare nikker og smiler. Hun er bare en hel anden type end mig. Åh.. så stille...*” (Bilag 7:5).

Irene fortæller om lignende oplevelser, hvor hun eksempelvis ikke bryder sig om at deltage i store fødselsdage, idet hun ikke oplever at mestre (eller ikke ved), hvad der forventes (Sennett 1999:25,85-86,91): *”Jeg er bare ikke god til at smalltalke. Jeg er ikke sådan en type, der bare kan gå hen, sådan som andre... så snakker man om vejret... Jeg har altid hadet sådan nogle selskaber, hvor man skulle have en bordherre, man ikke kendte. For jeg har altid følt mig som jordens mest kedelige menneske. For jeg ved ikke, hvad jeg skal sige til de mennesker, og jeg føler mig så fandens presset til det”. Den spændende borddame er derimod: ”Dem der, hvor man bare kan se, de sludrer og griner og man kan se bordherren er meget opmærksom, for hun er åbenbart spændende”* (Bilag 4:12-13).

Respondenterne snakker således alle om ”andre”, når de italesætter deres egen utilstrækkelighed (Foucault 1971:92). Denne spilles vedvarende op mod *den kompetente anden* (Scott 2004:121), som de oplever ubesværet klarer alt det, de selv har vanskeligheder ved. Derved sker en upåagtet form for selvundertrykkelse, hvor den angste forstår sig selv ud fra den dominerende diskurs (Foucault 1994:xxii) og herigennem bekræfter den selvsamme normativitet, som i første omgang udgrænser dem. Skammen over sine stigmatiserede egenskaber understøtter med andre ord en devalueret selvforståelse af sig selv som socialt underlegne (Jacobsen og Kristiansen 2009:24-25), hvor den socialt angste har placeret sig selv nederst i det sociale hierarki.

### **Diskursive forsvar**

Underlegenhedsfølelsen i forhold til de ekstroverte ”andre” er dog i flere tilfælde ambivalent, hvilket eksempelvis ses hos Kamilla, der – parallelt med, at hun vedvarende devaluerer sin egen introverthed – også fremkommer med et diskursivt forsvar for den: *”Jeg hader faktisk mennesker, der bare ævler løs. Det har jeg fundet ud af her på det sidste, især efter jeg er begyndt på min uddannelse. Og dem der bare snakker løs – jeg kan ikke holde det ud”* (Bilag 7:5). Dette indbefatter dog ikke hende selv, og hun ”køber” således ikke sit eget forsvar: *”Men at jeg er stille, det kan jeg jo ikke acceptere (...) Det er helt åndsvagt. Så i princippet er det jo tåbeligt at have det sådan, når man tænker over*

*det. Og jeg prøver også hver dag, at nu skal jeg prøve at ligge det der til side. Men jeg kan jo ikke. Det er så indgroet i en” (Bilag 7:5). Den samfundsmæssige diskurs, hun oplever, lader sig således langt fra overrumple af hendes egne holdninger hertil.*

Det diskursive forsvar for angsten, der håndterer denne i en mere positiv selvforståelse, ses gentagende gange hos Søren, idet han spejler sig i, hvad man kunne kalde positivt oplevede ”stigmafæller”. Eksempelvis kombinerer han flere gange sin sociale angst med det akademiske aspekt, som synes at betyde meget i hans selvidentitet, hvor han retfærdiggør sine sociale mangler gennem dette: *”Altså indenfor mit fag, der er mange af de store – f.eks. Goffman – meget sky som personer. Der har jo altid været mange særlinge indenfor den verden (...) Vi har da også selv haft eksempler på forelæsere, hvor man bare tænker; lad dem nu bare forske, for de dur jo ikke til at undervise. De virker som om, de er bange for det. Der bliver jeg også ked af det, fordi dem, som er nogen af de dygtigste, de bliver fremstillet som nogle af de dumme, fordi de ikke kan finde ud af at undervise, fordi de er angste i undervisningssituationen, selvom det måske er dem, som er allermest dygtige. Så læser man noget af dem, og så er de mega dygtige” (Bilag 5:6). Han fremhæver herigennem ligeledes frustrationen over ikke at have kontrol over sine udtryksmidler og evne at få publikum til at købe hans selvpræsentation (Goffman 1992:50).*

Søren har endvidere håndteret angsten i selvidentiteten ved hjælp en kompensation, hvor han vægter de positive sider ved genertheden: *”På mange måder har det også været positivt at være sky, det har givet mig mange ting (...) Det har givet mig en videbegærlighed. Så læser man meget. Og jeg har spillet meget musik. Blevet ekspert i mange ting, som sådan en slags kompensation for ikke at være social, så kan man fordybe sig på andre måder” (Bilag 5:4). Søren fremhæver ligeledes, hvad han anser som mere attraktive personlighedstræk, som kan tilkobles introvertheden: *”Attraktive mænd kan også være sådan en... Dylan fra Beverly hills f.eks., der er sådan en loner, der er asocial og umulig at komme ind på livet af. De bliver også tit ophøjet til, at de er attraktive. De er noget særligt. De er noget specielt. De er utilnærmelige” (Bilag 5:11). Dette forbliver dog en introspektiv håndteringsstrategi, som vanskeligt lader sig overføre til hans faktiske selvpræsentation, da hans angst ofte forhindrer han i overhovedet at komme ud i det sociale og give det ønskede indtryk: *”Jeg har vist ikke haft så meget held ved det... Hvis man ikke rigtigt møder nogen mennesker, så er det lidt vanskeligt at gøre opmærksom på,***

at man skulle være sådan speciel” (Bilag 5:11). Således bidrager de diskursive forsvar udelukkende til en mere positiv opfattelse af sig selv.

### **Angsten som fremmed - ikke-accept og bekæmpelse**

For andre - med Sofie som et meget udpræget eksempel - bliver diagnosticeringen af social angst et vendepunkt i selvidentiteten, hvor hun går fra en selvopfattelse, hvor hun ”troede (hun) bare var mere nervøs end alle andre. Meget stille, meget lukket og meget nervøs (Bilag 6:9)” til en fornægtelse af disse karaktertræk. Hvor hun før tolkede sig selv indenfor normalitetens ramme, så betragtes disse træk nu som noget udefrakommende eller fremmed, der har fortrængt hendes sande identitet (Østergaard 2005:155-58,160,63-64). Diagnosen betød, at sociale utilstrækkeligheder fik deres årsag i angsten (Scott 2006:139-140): ”Der gik det op for mig, hvor meget min angst egentlig havde præget mig. Og der sprang jeg jo fra den ene uddannelse efter den anden og kom med alle mulige dårlige undskyldninger (Bilag 6:9)”. Bevidstheden om lidelsen gjorde således, at forklaringen på problemer i hendes hidtidige tilværelse gik fra hende selv til lidelsen. Dette gav ligeledes incitament for, at hun ikke længere identificerede sig med angsten som en del af sig selv: ”Da jeg så fik noget hjælp gik det op for mig, hvor langt man egentlig kan komme, og hvis man vil og hvis man kæmper for det, så kan man komme ud af det!” (Bilag 6:9). I stedet er ønskeselvet blevet hendes selv, mens angsten opleves som en hindring herfor, som kan og skal bekæmpes. Hendes håndtering af angsten defineres i denne optik som: ”At jeg finder mig selv. At jeg stille og rolig finder ud af, hvem jeg er (Bilag 6:7)”. I forbindelse er hverken introvertheden eller genertheden tilsyneladende indbefattet i dette ”selv”, selvom hun har været sådan hele sit liv. Når hun siger at: ”Jeg har fundet mig selv (Bilag 6:7)”, så er der derimod tale om én, som er: ”blevet meget mere åben og udadvendt (...) Der, hvor jeg er nu, i forhold til, hvor jeg har været, der er jeg vendt 180 grader, fuldstændig! (Bilag 6:7-8)”. Sofie har således ikke, som det i varierende udstrækning er tilfældet for de andre respondenter, accepteret angsten eller introvertheden som en del af sig selv, men synes snarere at være af den opfattelse, at ”vi er (...) hvad vi gør os selv til” (Giddens 1991:94).

### **Identitetsforvirring**

Hos især Søren og Kamilla synes der mere implicit end hos Sofie at være en sondring mellem dem selv og angsten. Herved opleves der en vis identitetsforvirring, når angsten

skal håndteres i selvidentiteten, hvor de har vanskeligt ved at sondre mellem præferencer og adfærd, der udspringer af henholdsvis ”dem selv” eller af angsten.

Katrine fortæller om sin ambivalens at: *”Jeg kan både blive frustreret (over at måtte sige nej til sociale sammenkomster), men kan også tænke; åh jeg gider ikke det her sociale noget. Jeg gider ikke skulle sidde og snakke med nogen. Så vil jeg hellere hjem”* (Bilag 7:).

Søren gør dette yderligere eksplicit: *”Nogle gange kan jeg godt føle mig ensom, det kan jeg helt sikkert. Men på andre måder, så ved jeg ikke, om det er angsten, eller om der bare ikke er særligt mange mennesker, der siger mig noget. Jeg bliver ikke tilfreds med at snakke om hvem, der har været sammen med hvem eller hvem, der har lavet hvad. Der er nok ikke mange, der synes, det er spændende at snakke om filosofi og videnskabsteori eller sådan noget (Bilag 5:13)”* og ligeledes at: *”Altså jeg ved da godt, at der er mange kvinder, der finder mig attraktiv... Men altså jeg har aldrig været typen, der har syntes, det var fedt bare at tage ind til byen og pløje igennem så mange damer som muligt. Men om det er angsten, der er årsag til det, eller fordi det bare ikke siger mig noget – det er et godt spørgsmål, om det er noget, jeg bilder mig ind, ikke siger mig noget, på grund af angsten (Bilag 5:14)”*.

Søren og Kamilla opererer således – parallelt med at de andre steder erkender angsten som en del af sig selv - tilsyneladende med en todelt selvforståelse. De synes derfor at have vanskeligt ved at definere sig selv, da de ikke ved, hvornår det er angsten, og hvornår det er dem selv, der så at sige dikterer deres livsførelse.

### **Behandlingssystemets rolle i håndteringen af social angst**

I de håndteringer, som den angste har af sin lidelse i såvel den overordnede biografi, de daglige interaktioner som i deres selvidentitet, er behandlingssystemet en betydelig medspiller. Derfor vil dettes rolle i det følgende blive fremdraget i et selvstændigt afsnit. Dette vil ske under en strukturering, der behandler henholdsvis ”tilgangen til behandlingssystemet” mere overordnet og ”valget af behandlingsform”. Først gives en fænomenologisk analyse af idealtyperne indenfor hver af disse kategorier, hvorefter variansen heri diskuteres i en hermeneutisk analyse.

## **Tilgangen til behandlingssystemet**

Der synes ud fra herværende respondenter at være en betydelig divergens i den måde, hvorpå angstpatienten interagerer med behandlingssystemet i sin håndtering af lidelsen. Disse kan idealtypisk adskilles i henholdsvis *den passive modtager*, hvor lægens anvisninger optages relativt ukritisk, og *den aktive forbruger* af behandling, hvor forskellige behandlingstilbud reflekteres og tilpasses den enkeltes ofte selvdefinerede behov.

Giddens fremhæver de forskellige udfald af den måde, som psykiatrisk behandling i dag fungerer på, som en balance: ”*mellem mulighed og risiko: den kan fremme engagement og gentilegnelse eller modsat skabe afhængighed og passivitet*” (Giddens 1991:211). Begge disse udfald var til stede hos respondenterne. Hvad, der kendetegner de to grupper, vil blive fremdraget i det følgende.

### **Den passive modtager**

Kendetegnende for det mere passive og føjelige segment, som især indbefatter de ældre kvinder, er det, at de relativt ukritisk optager lægens anvisninger, mens de stadig har forskellige mindre oppositioner hertil.

Irene, som gennem årene har udviklet en mere skeptisk holdning til lægens anvisninger, fortæller om sit tidligere fuldstændigt ukritiske forhold hertil: ”*Jeg åd jo fandme sovepiller som om, det var bolsjer (...) Jeg havde fået nogle sovepiller og noget beroligende, og på de der beroligende – altså stesolid - der stod der 1-2 gange dagligt. Så det åd jeg jo. Det var lige meget, om jeg var nervøs eller bange. Det stod der jo på kassen; 1-2 gange dagligt. Så jeg har i mange år... 3-4 år... taget stesolid to gange dagligt. Det var simpelthen bare en, når jeg gik i seng, og en, når jeg stod op. Det var nærmest som om det bare var vitaminpiller. Ved min gamle læge, der kunne jeg bare ringe og bestille nye, når jeg var løbet tør, og så fik jeg nye*” (Bilag 4:2). Dette relaterer hun i dag til forkert eller manglende oplysning fra lægens side og det, at hun heller ikke selv forholdt sin til denne. Ændringen opstod, da Irene fik en ny læge, som gjorde hende opmærksom på potentielle kritiske konsekvenser: ”*Han var fuldstændig rystet. Han kunne se i journalen, hvor meget jeg havde fået, og sagde, at det var totalt ufarsvarligt og de var kun til nødstilfælde* (Bilag 4:2)”.

Jette giver et eksempel på, hvordan lægens anvisninger angiver behandlingens overordnede vej, mens hun samtidig foretager individuelle justeringer heraf. Dette sker ved en "selvdosering" af den medicin, som lægen har ordineret: *"Jeg tager så de 20mg. Og så to af dem, for hvis jeg skulle have dem, der var stærkere, som lægen foreslog, så skulle jeg give en jetjager mere. Det er helt åndsvagt. Jeg får to gange tyve, men hvis det var rigtigt, så skulle jeg faktisk have tres. Men jeg synes også, jeg fik det dårligt ved at gøre det, ved at tage tres"* (Bilag 3:1).

Birthe udførte i starten af sit angstforløb en selvdiagnosticering, hvor hun stolede mere på sin egen viden end på lægens: *"I starten mente lægen så, at det var en virus på min balancenerve. Og jeg ved ikke, hvorfor jeg var så dum, men så gik jeg til en kiropraktor (...) Han hev og sled, og der sket ingenting (...) Lægen mente så, jeg havde en depression, men jeg blev ved med at sige det, det er angst det her"* (Bilag 1:1). Hun forklarer sin overbevisning således: *"Jeg var bare overbevist om det. Selvom der da sikkert også var noget depression ind over med det der med at have det dårligt. Det hang bare ikke sammen i mit hoved. Jeg tror også, jeg havde haft lidt psykologi dengang. Mens angst det tog de slet ikke så alvorligt dengang"* (Bilag 1:1-2). Hun følger sig dog ikke mødt eller hørt i sin selvdiagnosticering og accepterede i stedet lægens anvisninger, som hun har fulgt siden: *"Jeg var virkelig indstillet på at komme væk og gøre noget ved den angst, men det kunne der ikke være tale om. Det var jo en depression. Så jeg endte med at få piller"* (Bilag 1:1). Hun modtager således - på trods af sine oppositioner hertil - stadig den behandling, som lægen har angivet.

### **Den aktive forbruger**

De yngre respondenter er i langt højere grad kritiske overfor lægens anvisninger og har i de fleste tilfælde allerede bestemt, hvordan de vil have hjælp til deres angsthåndtering, inden de opsøger hjælp. Søren, der gik til lægen med det formål at få tilskud til psykolog, fortæller eksempelvis at: *"Da jeg kom til lægen, der vidste jeg udmærket allerede, hvad der var galt. Jeg havde også allerede en masse teorier om, hvad det skyldtes"* (Bilag 5:9).

Sofie udgør den mest udprægede case på, hvordan man som individ navigerer i en mangfoldighed af behandlingstilbud, hvor man selv vælger til og fra. Følgende passage illustrerer med stor tydelighed denne tendens: *"Der var en psykiater tilknyttet, som havde en ledig tid og godt ville se mig, og hende bad jeg så om at bestille en tid til mig på Stolpegården. Der var der så en måneds ventetid på en samtale, tror jeg, og da jeg så*



*endelig kom til samtalen, der fik jeg at vide, at der var et års ventetid på ambulant behandling (samtale terapi). Og så fik jeg at vide, at der var 2-3 måneders ventetid på indlæggelse, så det valgte jeg at tage imod, selvom jeg egentlig ikke synes, indlæggelse var det, jeg havde brug for lige der. Men jeg kunne ikke overskue at vente et år, for jeg havde behov for behandling her og nu. Så jeg blev altså indlagt (...) Jeg følte dog, at jeg havde brug for noget mere behandling, og de havde ikke mere at kunne tilbyde, så jeg henvendte mig selv til Bispebjerg Hospital – jeg kunne ikke få min egen læge til at lave en henvisning – hvor jeg vidste de havde en masse ambulant behandling (...) Efter det så havde jeg det sådan, at jeg egentlig følte, jeg havde behov for noget individuel støtte. Så tænkte jeg: Hvad skal jeg nu? Skal jeg ind over Rigshospitalet? Nej det skal jeg ikke, for jeg kendte godt deres behandling, for jeg havde efterhånden lært så meget om behandling, at jeg tænkte: Ej det passer ikke til mine behov lige nu, jeg har mere behov for psykolog” (Bilag 6:6-7). Således agerer Sofie forbruger blandt forskellige udbud af behandling, hvor det først og fremmest er hendes selvdefinerede behov (og den faktiske mulighed for opfyldelsen heraf), der bliver den afgørende faktor.*

”Behandlingsshoppingen” finder ikke blot sted i det etablerede behandlingssystem, men indbefatter ligeledes alternative behandlingstilbud. Malene fortæller eksempelvis om, da hun: *”begyndte til healeren. Jeg kunne ikke blive ved med at snakke om det. Det hjalp mig ikke længere. Jeg havde brug for noget andet. Og det hjalp faktisk rigtig meget at komme ned i kroppen i stedet for”* (Bilag 2:7).

Samtidig bliver også privatpersoner, der af den angste antages at have den fornødne viden, inddraget som ekspertise: *”Jeg har talt rigtig meget med min søster, for hun har virkelig meget psykologisk indsigt. Og meget forståelse”* (Bilag 4:8). Dette gælder både netværkets og andre privatpersoners individuelle erfaringer: *”Min overlevelse var at læse så meget som muligt om det og læse om andre, der havde prøvet det. Ok hende der den kendte, hun har også prøvet det...”* (Bilag 2:12)”.

Der er således adskillige kilder til viden og behandling, mens ingen overordnet autoritet tillægges det endelige svar. Derfor synes tendensen for især de unges vedkommende at være et fragmenteret brug af behandling, hvor behandlingssystemet anvendes i den udstrækning, det giver mening for den enkelte.

## Analyse af distinktionen

I forholdet mellem individ og samfund – forstået som de institutionaliserede opfattelser af behandling i lægens anvisninger – synes der på baggrund af herværende respondenter at være sket en udvikling. Hvor den ældre generation relativt ukritisk optager lægens anvisninger i en passiv integration fra samfund til individ, der giver individet én diskurs at tænke angsthåndtering ud fra (Foucault 1994:xxii), så har den yngre generation karakter af en aktiv forholden sig til forskellige behandlingsmuligheder, hvor forskellige udbud heraf tilpasses den enkeltes præferencer.

Således synes der at være opstået en mistillid til *ekspertsystemet* (Giddens 1991:30)<sup>26</sup>, hvor den enkelte i selvrealiserings tidsalder søger sandheden i ”sig selv” og ikke lader noget udefra diktere, hvad der er bedst for netop dem. Svaret søges i stedet introspektivt gennem følelser og refleksion (Eriksen 2005:111). Dette kan tendentielt være med til at forklare det mere fragmenterede og kollageprægede ekspertbrug, hvor det i sidste ende er den enkeltes ”mavefornemmelse” (hvor så end den kommer fra), der bliver tungen på vægtskålen.

Det, at den enkelte selv indikeres at være blevet primusmotor i valget af behandling, giver incitament for at antage en begyndende markedsgørelse af angsthåndtering, hvor det så at sige er kundens efterspørgsel, der bestemmer markedet for behandling (Rosenthal 2009). Da det ikke i samme grad synes at være lægen som fagperson og således det offentlige sundhedsvæsen som institution, der bestemmer, hvilke behandlingsformer der anvendes mod angsten, så synes potentielle faresignaler at være, at det bliver markedsføringen af de enkelte behandlingsmetoder, der kommer til at definere behandlingen af angst og ikke nødvendigvis den mest kvalificerede eller videnskabeligt underbyggede.

Dertil synes også et økonomisk aspekt at spille meget en afgørende rolle i distinktionen, idet en bestemt diagnose er adgangsbilletten til tilskud til en bestemt type medicin og/eller psykolog (Møldrup 1999:110), mens andre behandlingstilbud er langt dyrere og derved henvendt til de mere ressourcestærke grupper. Irene giver her en fortælling, der indikerer, at dette er en plausibel forklaring: ”*Jeg var meget skeptisk, da lægen henviste mig. Men det var min eneste mulighed, fordi jeg ikke havde råd til at gå hos en psykolog,*

---

<sup>26</sup> Ekspertsystemet forstås i Giddens optik som det system af abstrakt viden, som vi alle kender, men ikke har erfaret direkte, men som vi må stole på i mange aspekter af den måde, vi lever på (Giddens 1991:30).

*og det var det, jeg gerne ville. Jeg havde ikke ret store forhåbninger til en psykiater for under de utallige selvmordsforsøg, der har jeg talt med en psykiater ude på hospitalet og har gået kort hos en psykiater i starten af 90erne i forbindelse med de der depressioner, og det kunne jeg heller ikke bruge til noget. Så jeg tog derind af hensyn til systemet for at vise at jeg ikke afslog nogen behandlingstilbud. Og så var hun bare kanon. Alle negative forventninger blev gjort til skamme (Bilag 4:10)”. Selvom det vanskeligt lader sig afgøre på baggrund af så få respondenter, så synes det at være de økonomisk velbemidlede – de som er i job og har ægtefæller, der er - der i højere grad søger (de dyrere) alternativer til lægens anvisninger.*

### **Valget af behandlingsmetoder**

Respondenterne har ligeledes meget forskellige præferencer, hvad angår valget af behandlingsmetoder. I det følgende fremdrages henholdsvis medicinens og terapiens rolle i angsthåndteringen og de forskelligartede holdninger hertil.

### **Medicin**

I holdningen til medicin er der store forskelle blandt respondenterne. Samtlige respondenter er blevet tilbudt medicinsk behandling, hvoraf to tilsyneladende ukritisk har accepteret dette, to er efter kritisk overvejelse påbegyndt medicin, mens tre - som alle er blandt de unge angstramte - kategorisk har afvist medicinske interventioner. I de følgende fremdrages først de positive og accepterende holdninger til medicin, hvorefter de afstandstagende samme behandles.

Brugen af medicin indbefatter hovedsageligt antidepressiver, som fire respondenter har indtaget i en årrække. Birthe og Jette synes ikke aktivt at forholde sig hertil, hvilken indikeres at have sin årsag i en uigennemskuelighed heri. Birthe fortæller, at hun får: *”Sådan nogle depressionspiller... Jeg kan ikke engang huske, hvad de hed, fordi jeg fik så mange forskellige”* (Bilag 1:1). Irene, som tilsyneladende modtager antidepressiver på et andet grundlag end angsten, har derimod et klart rationale bag: *”Hun sagde så, at jeg havde en endogen depression, så det ville være vanvittigt af mig at forsøge at trappe ned fra de der lykkepiller, de skulle tværtimod sættes op. Det er jo kronisk på den måde, at der er en hjernefejl, som gør, at jeg ikke producerer nogle kemiske stoffer”* (Bilag 4:3). Konstitueringen af Irenes lidelse i en biokemisk forklaringsramme har således skabt et rationale, der gør hendes lidelse konstant og (for altid?) nødvendiggør medicin i håndteringen heraf (Rose 2009: 244-51).

Udover antidepressiverne anvendes stesolid i varierende grad af mindst to af de ældre kvinder som supplement hertil. Birthe beskriver sin brug af stesolid, som hun bruger både akut og forebyggende, således: *"Det er lidt op og ned. Næsten hver dag. Inden du kom, der har jeg f.eks. taget to (...) De beroliger"* (Bilag 1:5). Irene har ligeledes brugt stesolid jævnlige, men har - efter at have erhvervet sig større viden herom - næsten stoppet brugen heraf. Nu bruges de kun i nødsituationer: *"Så hjælper det bare jeg ved, at de ligger derude. Så er det nemmere at sige til sig selv – ej nu prøver du lige at se om en time, hvordan du så har det. Og hvis jeg går i gang med noget og så glemmer jeg det. Så nu tager jeg dem kun, hvis lokummet virkelig brænder"* (Bilag 4:2).

I det hele taget har Irene udviklet en større skepsis overfor ny medicin, hvor hun har afvist nye medicinske forslag fra lægen: *"Der tilbød han mig det der epilepsimedicin. Jeg tænkte, at der er jo meget strenge regler i lægemiddelstyrelsen. Men så sagde jeg; nah det ved jeg nu ikke. For jeg har kendt et par stykker, der har epilepsi, og jeg ved det ikke er bare sjov det medicin, de får... og jeg tænkte; nej, jeg vil fandme ikke havde det (...) Så det valgte jeg altså at sige nej til"* (Bilag 4:2-3).

Hos den yngre generation ses der hos tre ud af fire en stærk afstandstagen til medicin, som de har vanskeligt ved at sætte et rationale bag. Malene fortæller: *"Med medicin, der har jeg altid haft det sådan, at det vil jeg bare ikke. Jeg ved ikke hvorfor, men det vil jeg bare ikke"* (Bilag 2:8). Kamilla udtrykker samme kategoriske holdning: *"Nej! Nej det kunne jeg slet slet ikke forestille mig at gøre"* og har heller ingen begrundelse herfor: *"Det ved jeg ikke. Det kunne jeg bare ikke..."* (Bilag 7:8). Søren har som den eneste af de tre et rationale bag sin afvisning og siger herom at: *"Altså, det er jo bare symptombehandling. Det fjerner jo ikke mine problemer"* (Bilag 5:11).

Hos to respondenter er der sket et skift fra den afstandstagede holdning til medicin til en langt mere positivt orienteret samme. Jette, som umiddelbart var kritisk overfor medicinen, men senere er påbegyndt dette, fortæller: *"Min læge har foreslået det i både 2002 og 2004. Men jeg har aldrig været god til det der med piller. Ikke engang hovedpinepiller. For jeg har det sådan; Hvad vil de gøre ved mig? Jeg har det jo dårligt nok i forvejen. Jeg troede jeg ville gå rundt i en rus"* (Bilag 3:2). Sofie, som er den eneste af de unge, der har accepteret lægens forslag om antidepressiv behandling, uddyber såvel modstanden mod medicin som det efterfølgende holdningsskifte: *"Så spurgte lægen (...)*

*Jamen skal du så ikke have noget? Det slog helt benene væk under mig... Men hun gav mig altså en recept på noget medicin, som hun ville have jeg skulle tage dagligt, og det prøvede jeg så i en periode, men det var slet ikke... Altså mentalt var jeg slet ikke indstillet på at skulle tage noget! Jeg har altid været stor modstander af medicin, så det at skulle til at tage medicin dagligt, det var totalt grænseoverskridende for mig” (Bilag 6:11). Efterfølgende skiftede Sofie radikalt mening herom, hvilket hun ikke begrundet i andet, end at hun tilsyneladende havde vænnet sig til tanken: ”Derfra har jeg stort set været i medicin lige siden - på nær en periode, hvor jeg trappede ud af medicinen... Jeg havde det sådan, at jeg kunne godt fungere uden medicinen, men jeg fungerede bedre på medicinen, hvilket var årsag til, at jeg for et halvt år valgte at komme på medicinen igen, selvom jeg godt kunne fungere uden” (Bilag 6:10).*

## **Terapi**

Hvor ”kun” fire af respondenterne bruger farmakologien i deres angsthåndtering, så har de alle i varierende udstrækning været i terapeutisk behandling. En væsentlig forskel er, at de unge tilsyneladende selv har taget valget om at starte i terapi, fordi de anser det for den mest effektive behandling, mens de ældre kvinder derimod taler om at være ”blevet sendt i terapi”. Netop fordi terapien for de unge har været et refleksivt og meget bevidst valg, så har disse også klare rationaler herfor, mens de ældre kvinder ikke har meget at sige om deres terapiforløb.

De unges synes at benytte terapien i forlængelse af selvidentitetsskabens principper, hvor den ”indebærer, at individet systematisk reflekterer over sit livs udviklingsforløb” (Giddens 1991:89) og således bliver en katalysator for arbejdet med selvet. Malene, som selv fandt en psykoterapeut udenom lægen, fortæller at: ”Jeg troede, jeg kunne snakke om det og så få afsluttet det” (Bilag 2:2). Sofie uddyber med større tydelighed, hvordan de yngre angstes valg af terapi som primær behandlingsform synes at have en sammenhæng med den øgede refleksivitet og selvrealisering. Hun illustrerer i det følgende, hvordan terapien bruges som redskab til at fremme sin selvrefleksivitet og finde ind til sit sande selv (Østergaard 2005:155-58,160,63-64): ”At tro på mig selv! At når der er noget jeg føler og noget jeg har lyst, så er det rigtigt, og jeg er ikke galt på den” (...) Hun hjælper mig på den måde, at jeg finder mig selv. At jeg stille og rolig finder ud af, hvem jeg er, og hvad jeg har behov for. Og al den tid, jeg har gået hos hende, har gjort, at jeg har fundet mig selv” (Bilag 6:7). Hun oplever således, at hun gennem terapien – i tråd med hendes

klare sondring mellem sig selv og angsten – har fundet sig selv bag angsten (Rose 2009:270).

Søren, som derimod har accepteret angsten som en del af sig selv, fortæller om sine langt mere moderate forventninger til terapien: ”*Jamen det er jo i hvert fald ikke sådan, at du tager en hovedpinepille og så får du det bedre med det samme. Det er jo en meget længere proces... Jeg troede da, at det kunne hjælpe (...) sådan at jeg fik bearbejdet nogle af de ting, og måske formindskede min angst eller i hvert fald blive bedre til at håndtere den*” (Bilag 5:11). Han havde således ingen forventninger om mirakler, men mener, at terapien var det rigtige valg, idet ”*alting er nok blevet meget bedre, efter jeg er begyndt til psykolog*” (Bilag 5:9).

### **Diskussion af forskellene i præferencer**

Der er således væsentlige forskelle i hvilke behandlingsformer, der benyttes, og hvilke rationaler, der ligger til grund herfor. Det kan der være flere forklaringer på.

Udviklingen kan til dels antages at have et selvrealiseringsaspekt, som bunder i de yngre respondenters fokus på muligheden for at ”aktivere deres potentialer” og få ”det gode liv” (Brinkmann 2005:41, Eriksen 2005:111), mens de ældre har mere moderate forventninger om at dæmpe angste i en sådan grad, at de er i stand til at komme igennem hverdagen. Hvis forskellen sættes på spidsen, så kunne der med andre ord indikeres at være forskellige forventninger om henholdsvis ”at bære” eller ”at forme” sin tilværelse. Således dæmper medicin lidelsen og gør tilværelsen lettere at bære, mens terapien giver redskaber til at komme videre heri.

Differentieringen i behandlingsformer kan antageligt samtidig forklares ved, hvad der synes at være grundlæggende forskelle i angstens karakter. Eksempelvis synes de umiddelbart beroligende præparater som stesolid at blive brugt hos et segment, der reagerer spontant med pludselig behavioristisk angst, når de er i andre menneskers nærvær. Dette gælder for Birthe, Irene og især for Jette, som gennem sin biografi har været udsat for gentagne overgreb: ”*Bare jeg hørte en lyd, så farede jeg sammen (...) Sådan noget med, at jeg ikke kan være nogen steder, så skal jeg bare ud. Det pumper indeni mig. Det er ret modbydeligt (...) Jeg har egentlig altid haft det, jeg har bare aldrig sådan tænkt over det (...) pludselig så får jeg det dårligt og så kan jeg bare ikke*” (Bilag 3:2).

De umiddelbart beroligende præparater, som anvendes til at håndtere denne akutte angst, synes derimod at komme til kort ved den mere reflekterede angst, som starter allerede i tankearbejdet længe inden selve situationen. Dette ses ved eksempelvis Sofie, som ikke oplevede at kunne håndtere sin angst ved betablokkere, fordi: *”Problemet var at jeg begyndte at være meget urolig allerede flere måneder før eksamen, hvor jeg kun bekymrede mig om eksamen og ikke kunne koncentrere mig om at læse eller noget som helst. Så ja det hjalp mig i situationen, men jeg havde bare brug for hjælp flere måneder op til”* (Bilag 6:4). Derfor må der ved denne type angst arbejdes med refleksiviteten/tankerne, så de ikke fremprovokerer angsten.

Hos andre synes angsten at blive udløst af et endnu mere udpræget eksistentielt aspekt, hvor den opstår i en mere diffus frygt for fremtiden og konsekvenserne af ens livsvalg (Kierkegaard i Jessen 1999:153). Dette er i udpræget grad tilfældet i Malenes historie: *”Jeg havde, da jeg boede i København i 2004 sådan en – hvad skal man kalde det – livskrise, hvor der kom en masse angst – især social angst – og der havde jeg bare rigtig rigtig svært ved at være sammen med andre mennesker. Der var flere ting i det, både noget familiemæssigt og i forhold til min ekskæreste, hvor vi var ved at bryde op. Det gik ikke særlig godt, og vi skulle til at enten det ene eller den anden vej. Der var nogle rigtig store beslutninger og nogle ting, som begyndte at dukke fra min barndom. Det begyndte at gøre rigtig ondt, nogle problemer med min far og noget... Det var ligesom det, der udløste det hele, og så det, at jeg var næsten færdig med min uddannelse og bare manglede mine sidste eksamener for at blive pædagog”* (Bilag 2:1). Således virker det som om, at hun oplever angsten knyttet til hendes eksistens generelt, hvorved den får en både længerevarende og mere diffus karakter. Derved synes terapien at blive det oplagte valg til at administrere eksistensens angstprovokerende valgsituationer (Willig 2005:14,15,21-22,37).

### **Opsummerende diskussion af niveauernes sammenhænge**

De fire aspekter af tilværelsen, som i ovenstående blev behandlet analytisk adskilte, betragtes naturligvis som gensidigt afhængige og interagerende aspekter i den angstes tilværelse. Disse sammenhænge vil i det følgende blive behandlet ved en samlet diskussion, som samtidig har til formål at løfte håndteringerne på mikroniveau op på et mere makroorienteret samme. Dette vil ske med baggrund i de distinktioner, som er

fremkommet mellem de yngre og ældre angste, i forsøget på at fremdrage en udvikling i angsthåndteringen og de positive såvel som problematiske konsekvenser heraf.

### **Fordringen om (en grænseløs?) selvudvikling**

Differentieringen i håndteringen af social angst kan i første instans ses i relation til de forskellige forventninger hertil. Mens de ældre kvinder ikke har ambitioner om at genindtræde på arbejdsmarkedet og i stedet fokuserer på at håndtere angsten i hverdagens gøremål, så har de unge alle haft som mål at opretholde eller genetablere en tilværelse, hvor de fungerer i normalsamfundet. Selvom dette for alles vedkommende er lykkedes, så ophører oplevelsen af at være utilstrækkelig tilsyneladende ikke her. De oplever - ligesom de ældre kvinder, som kæmper for overhovedet at komme ud af deres dør - stadig at lide af social angst, fordi de i processen har opsat nye forventninger til sig selv, der indbefatter såvel faglige målsætninger som en anden personlig fremtoning i det sociale, med hvilken de forventer, at de i højere grad vil blive anerkendt (Willig 2003:29,34-35,37). De opfatter på mange måder stadig sig selv som underlegne den kompetente anden (Scott 2004:121), som har en mere ekstrovert fremtoning, og føler sig stadig som afvigende (Foucault 1971:92). Så selvom de fungerer i en såkaldt normal hverdag med venner, familie og job/uddannelse, så oplever de stadig at lide af social angst, idet der stadig er sociale inklusionskriterier, de ikke oplever at leve op til. Definitionen af lidelse sker således ud fra meget forskellige standarder, hvor grænserne mellem psykisk sygdom og social utilstrækkelig hos herværende respondenter er særdeles udviskede (Rose 2010:45).

Problematikken synes at bestå i et normativt klima, som antageligt har skærpet sine inklusionskrav, hvilket eksempelvis indikeres ved, at to af de yngre respondenter angiver deres sociale angst som årsag til vanskeligheder ved at præsentere fagligt stof for store offentlige forsamlinger, som det kræves på deres ønskede uddannelse. De unge, som forsøger at håndtere deres angst indenfor normalsamfundet, oplever tilsyneladende aldrig at komme i mål og presser næsten dagligt sig selv ud over deres psykiske kapacitet og sociale formåen, hvorved "det fleksible samfund" synes at være lig kontinuerlige overgreb på deres følelsesliv. Dette perspektiv styrkes af, at flere psykiatriske eksperter mener, at socialt angste ikke får pludselige personlighedsændringer, men derimod er mennesker, som altid har været sky og generte (Psykoweb).



Spørgsmålet bliver således, hvor man skal sætte grænsen for det socialt angste individ. En ting er, hvis man som de tre ældre kvinder knap er i stand til at komme udenfor sin dør, men er man stadig socialt angst, hvis man ikke magter at holde tale i en større forsamling? Og er dette af så stor nødvendighed, at en manglende kapacitet hertil skal patologiseres? Hos herværende respondenter begrundes de ubehagelige følelser, de får, når de presser sig selv ud over deres formåen, i deres sociale angst, hvorved den bliver noget, man ikke skal finde sig i (Brinkmann 2010a:8, Scott 2006:34,138-39). Idet de sociale krav er individualiseret og gjort det til et problem for den enkelte, så ser hver enkelt det i alle tilfælde det som sin egen opgave at optimere sig selv efter de gældende konventioner (Sennett 1999:25,85-86,91, Rose 2009:284).

### **Styringsmentalitet, det personlige ansvar og det transformerbare selv**

Der kan i alles fire sfærer i tilværelsen spores mekanismer, som understøtter en bestemt håndtering af social angst. Hos de ældre gælder dette hovedsageligt systemets udefrakommende tiltag i form af aktiverings- og resocialiseringspraktikker (Østergaard 2005:160,63-64), som truer med at fratage dem deres økonomiske grundlag, mens der hos de unge i højere grad er tale om en *styringsmentalitet* (Lemke 2002:50-51), hvor fordringen om forandring er rodfæstet i dem selv i deres forventninger og mål med tilværelsen (Heede 2002:24-5). De er alle indforståede med, at den sociale angstsbegrænsninger må overkommes og nye tanke- og adfærdsformer indøves for at få ”den gode (eller acceptable) tilværelse” (Foucault 1977:204). De er i høj grad bevidste om, hvilken karakteristika der kræves for at indgå i det fleksible samfund, og de disciplinerer i vid udstrækning sig selv for at nå dertil. De ældre forsøger i langt mindre grad at opfylde samme krav, men har i stedet trukket sig fra normalsamfundet og fundet ikke-krævende oaser, hvor de puster ud blandt andre udsatte mennesker. Deres søgen efter anerkendelse synes således for de ældre at kunne findes i en mindre gruppe, der respekterer og tolererer dem, som de er, mens de yngre synes at søge en langt bredere samfundsmæssig anerkendelse af sit livsprojekt (Willig 2005:23). Således er styringsmentaliteten utvivlsomt samfundsmæssigt fordelagtig, hvad angår det, at de yngre angste har haft en stærk indre motivation for at blive i normalsamfundet og realisere sig selv (som nyttig samfundsborger) mens de ældre ikke føler samme indre drivkraft, men synes at håndtere angsten ved at flygte fra presset, hvor det er muligt.

Styringsmentalitetens disciplineringsstrategier synes således i højere grad at indlemme den angst i normalsamfundet. Spørgsmålet er nu, hvordan dens mekanismer virker og hvorfor? Der antages på baggrund af herværende respondenter at ligge en bestemt livsførelse bag, der både muliggør og effektiviserer dens virke. Først og fremmest synes det at være et væsentligt aspekt i den angstes livsførelse, at han/hun selv føler ansvaret for sin tilværelse og ser sig selv som den primære drivkraft i sin angsthåndtering – tendentielt fordi målet er selvrealisering og derfor ikke kan overlades til andre (Hammershøj 2005:83). Dette ses i udtryk som: *"Jeg havde meldt mig ud af angsten"* (Bilag 6:1), hvor opfattelsen er, at: *"Hvis man vil og hvis man kæmper for det, så kan man komme ud af det!"* (Bilag 6:6). Hvor angsthåndteringen synes at fungere i de unges tilfælde, så ligger der også en moralsk dom heri over dem, der stadig befinder sig i den sociale angst, som mere eller mindre eksplicit hævder, at de måske ikke har kæmpet nok for det eller villet det nok (Østergaard 2005:160,63-64, Foucault 1971:101). Derved negligeres de sociale strukturer, der bevirker, at visse grupper har langt færre ressourcer at trække på i deres "personlige" kamp (Honneth 2003:63). Den *empowerment*, hvor man er i stand til at erobre viden og kunnen (Giddens 1991:15-16), som gør én i stand til at håndtere angsten, kan ud fra herværende respondenter ingenlunde opfattes som lige fordelt, men synes udelukkende at omhandle de ressourcestærke individer. Der synes hos de ældre kvinder at eksistere vanskeligheder ved at gennemskue deres situation, men også, hvis dette er tilfældet, at overføre dette til sin livsstil. Eksempelvis spiller en samfundsmæssig viden ind på adgangen til empowerment, hvilket ses i Sofies fortælling: *"Vores sundhedssystem er skruet sådan sammen, at man selv skal være ekstremt opsøgende, hvilket for mange jo netop er problemet. Og havde jeg ikke kendt systemet gennem min uddannelse, så var jeg slet slet ikke nået det sted, jeg er i dag. For jeg vidste, hvor der var hvilke tilbud, og jeg vidste, hvilke knapper jeg skulle trykke på for at få den behandling. Det har f.eks. gjort, at jeg kunne blive ved med at presse min egen læge og sige: der er behandlingssteder der og der og der. Men hun kendte ikke så meget til det, som hun burde"* (Bilag 6:10).

Et betydeligt element i distinktionerne er det ligeledes, at de yngre respondenter i højere grad har indtryk af, at man selv kan styre sin tilværelse og finde sit sande eller ønskede selv, hvor man fremkalder eller eliminerer givne følelser og karaktertræk. Denne synes blandt andet at have rod i den todelte selvopfattelse, hvor man sonderer mellem selvet og

angsten, hvorved man kan øve selvet i at komme frem bag angsten (Rose 2009:269,277-286), hvilket ikke synes at eksistere hos det ældre segment, der i langt højere grad har accepteret deres problematiske karaktertræk og følelser. Sofie fortæller i udpræget grad, hvordan hun - som de andre unge - har indøvet nye tanker, følelser og adfærdsformer: ”Der, hvor jeg er nu, i forhold til, hvor jeg har været, der er jeg vendt 180 grader, fuldstændig! (Bilag 6:8)”. Hun fortæller, at behandlingen ikke blot har elimineret angsten men ligeledes de generte karaktertræk, som altid har været en del af hende. Der synes at være tale om en omfattende transformation af selvet, mens opfattelsen er at: ”Jeg har fundet mig selv (Bilag 6:7)”. Da hun – som det er tilfældet hos alle de unge - udtrykker, at hun er blevet ”meget mere glad” (Bilag 6:7), så er selvdisciplineringen en positiv oplevelse, hvor de på mange måder har fået en tilværelse, hvor de har det bedre.

Spørgsmålet er dog om tilfredsheden nogensinde opnås i jagten på det perfekte selv. En vis anomi i selvtransformationen indikeres i, at de alle stadig disciplinerer sig selv på trods af de allerede radikale ændringer, hvor de nu har fået nye mål, som de oplever angsten blokerer for. Der bliver med andre ord tale om en konstant optimering og forbedring (Østergaard 2005:155-58), og selvom det er meget varierende, hvilke ubehagelige følelser og begrænsninger respondenterne finder sig i, så har grænserne tydeligvis flyttet sig mod en ikke-accept.

## Konklusion

### *”Hvordan håndteres social angst i personens tilværelse?”*

Der er ingen tvivl om, at respondenterne oplever eller har oplevet angsten som en betydelig forhindring for at indgå i normalsamfundet i så basale aspekter af tilværelsen som det at købe ind, passe et arbejde eller en uddannelse og interagere i selv små grupper af mennesker. De angste har meget forskelligartede håndteringer heraf, som især divergerer de yngre og de ældre respondenter imellem.

Der synes ud fra differentieringen hos herværende respondenter at være sket en udvikling i håndteringen af social angst, hvor de ældre kvinder har rekonstrueret deres biografi til en klienttilværelse og har meldt sig ud af arbejdsmarkedet, mens de yngre angste alle har haft som utvetydig forudsætning, at de skulle blive i eller genindtræde på dette. Selvom de i enkelte tilfælde har tilpasset deres karrierer efter angsten og erkendt, at der er visse arbejdsmæssige udfordringer, de ikke magter, så kæmper ved hjælp af forskellige håndteringsstrategier kontinuerligt for at ændre dette og opstiller vedvarende nye biografiske målsætninger. De ældre kvinder bruger i stedet kræfterne på at håndtere angsten i andre aspekter af tilværelsen, hvilket tæller fra øvelser i at komme ud at handle til opbygningen af et socialt netværk. Distinktionen kan delvis forklares i forskelligartet motivationen for angsthåndteringen, hvor de ældre kvinder synes at være motiveret af truslen om at komme på kontanthjælp, mens de yngre er motiveret indefra af ønsket om at realisere deres egen version af det gode liv. Her er det en afgørende forskel, at de unge holder sig indenfor normalsamfundet i deres angsthåndtering, mens de ældre kvinder trækker sig fra dette og forsøger at håndtere deres angst qua systemet tiltag. Dette bevirker, at de yngre respondenter oplever sig selv som havende kontrol med deres tilværelse, hvor de selv kan diktere tempoet i deres angsthåndtering, hvilket står i modsætning til de ældre, der synes pacificeret under systemet og ikke magter kravene herfra.

I den daglige interaktion kræver angsten ligeledes håndtering. Da lidelsen opleves som særdeles skamfund, så er det vigtigt for alle at hemmeligholde deres angst. Dette sker for de unges vedkommende ved en social usynlighed, hvor de forholder sig anonymt i næsten alle former for interaktion, idet de ikke oplever at kunne leve op til den forventede fremtoning. De ældre kvinder har i stedet opsøgt forskellige stigmafællesskaber udenfor

normalsamfundet, hvor der er fred til at være, hvem man er. De angste har samtidig udviklet en række håndteringsstrategier, som gør det lettere for dem at træde ind i de sociale aktioner. Dette gælder især en social tilbagetrækning og refleksion, hvor de trækker sig tilbage for at samle kræfter til at indtage det sociale rum. For to af de ældre kvinder er alkohol den klart mest anvendte strategi, som bruges dagligt for at magte stort set enhver social kontakt i hverdagen.

Introspektivt optager angsten ligeledes en betydelig plads, hvor den må håndteres i den enkeltes selvidentitet. Her har især de ældre kvinder accepteret, at angsten er en del af, hvordan de er, mens de yngre i langt mindre grad identificerer sig med angsten, idet de opererer med en todelt forståelse af selv og angst, som kan være svær at adskille. Selvom flere fremkommer med diskursive forsvar, hvor de fremhæver de positive sider ved deres angst og/eller introverthed, så oplever de stadig sig selv som socialt underlegne de mere ekstroverte andre, som de vedvarende spiller deres egen utilstrækkelighedsfølelse op imod. Det virker således uoverkommeligt for den enkelte at overdøve den gennemgående diskurs.

Alle respondenter bruger på forskellig vis behandlingssystemet i deres angsthåndtering. Hvor de ældre relativt passivt modtager lægen anvisninger, så har de yngre et langt mere fragmenteret ekspertbrug, hvor de tilpasser forskellige behandlingstilbud deres egne ønsker og behov. Her kunne de mindst bemidlede respondenter antages at være nødsagede til at følge de henvisninger, der giver tilskud. De ældre modtager alle den antidepressive behandling, som lægen har anbefalet, mens de yngre - på nær en - er kategorisk afstandstagende heroverfor og foretrækker i stedet terapi i form af psykolog og psykoterapi, samt alternativ behandling i deres angsthåndtering. Denne distinktion synes at have baggrund i de yngres fordringer om at realisere sig selv, hvor terapien anvendes til at finde sig selv og som støtte i angstprovokerende livsvalg, mens antidepressiverne tilsyneladende bruges af de ældre til at bære tilværelsen og beroligende præparater til at håndtere deres tilsyneladende mere akutte og ureflekterede angst.

De yngre indikeres i deres angsthåndtering at være drevet af en indre styringsmentalitet, hvor vedvarende målsætninger om at realisere sig selv motiverer dem til at kæmpe videre. De tilskriver sig selv ansvaret herfor, mens sondringen mellem dem selv og angsten giver dem tro på, at det er muligt at slippe angsten. Modsat synes de ældre angste at have

mindre målsætninger og en accept af, at angsten er en del af dem selv, hvor de af især økonomiske årsager forsøger at opfylde systemet udefrakommende krav og trækker sig fra normalsamfundet, hvor det er muligt. Derfor synes styringsmentaliteten utvivlsomt at være mest samfundsnyttig, mens de yngre ligeledes oplever deres livskvalitet bliver bedre, hvor de ældre i højere grad oplever at stå stille. Alle lider dog stadig under angsten, da de yngre blot har stillet nye mål for sig selv, som er vanskelige at nå.

### **Overvejelser omkring konklusionernes validitet og generaliserbarhed**

I herværende undersøgelse er der taget et bredt udgangspunkt i, at *"videnskaben skal producere viden, og at denne viden skal være ny, systematisk og opnået metodisk. En bred definition af videnskab, som jeg vil bruge her, er derfor: metodologisk produktion af ny, systematisk viden"* (Kvale 1997:69). Dette fremstår dog stadig som en meget flydende størrelse

Den genererede viden er udtryk for en *epistemologisk konstruktivisme* (Luhmann i Hagen 2005:408). Undersøgelsens resultater kan ses som en fortælling om social angst, der gennem det valgte perspektiv kan bidrage med en forståelse for såvel emnet "social angst" som "lidelseshåndtering" mere generelt. Dermed giver undersøgelsens resultater *ikke* en fuldstændig forståelse for håndteringen af social angst, men en forståelse af, hvad der ses som centrale aspekter heri.

Spørgsmålet er nu, hvordan validiteten sikret i en sådan fortælling, og hvor langt konklusionerne rækker, hvad angår generalisering ud over denne enkelte case. Den genererede viden betragtes som en repræsentation (repræsentation netop fordi, der *er* noget at repræsentere) af virkeligheden, som ikke kan fortolkes efter forgodtbefindende (Cristoffanini 2009:2). Validiteten i herværende tolkninger er opnået gennem argumentation for, hvorfor givne oplevelser og håndteringer i de angstes fortællinger kan ses som udtryk for netop det, der tolkes heraf. Ved at starte analysen empirinært og gradvist ophøje den til et mere abstrakt niveau, så er bevægelsen fra empirisk til teoretisk niveau tydeliggjort i sin argumentation for, hvorfor respondenternes egne tolkninger kan ses som udtryk for de mere makroorienterende tendenser, de tolkes som. Samtidig har definitioner af de anvendte begreber og lignende forskningsprocedurer gjort det gennemsigtigt, hvad der har ledt frem til resultaterne (Kvale 2007:228-29).

Denne interne validitet er selve forudsætningen for overhovedet at tale om en generalisering af undersøgelsens resultater (Kvale 2007:228-29). Selvom den opnåede viden ikke antages at være pålidelig i den forstand, at det ville være muligt at opnå samme resultater igen, hvis samme metode gentages, og at den heller ikke i sine få og specifikke tilfælde betragtes som repræsentativ og dermed statistisk generaliserbar (Kvale 1997:68-69), så er der stadig validitetskriterier, som taler for en generalisering af undersøgelsens resultater. Dette gælder en *analytisk generalisering* (Antoft & Houlberg 2007:49), hvor undersøgelsens resultater gøres sammenlignelige med andre analyser af lignende fænomener, der ville kunne generalisere konklusionerne ud til et bredere område.

Af plads og tidsmæssige årsager har dette ikke været muligt at gøre her, men det følgende illustrer, hvordan dette kunne forløbe. Dette kunne ske ved, at man benyttede den anvendte teori som skabelon, hvorunder man sammenlignede de empiriske fund i herværende interviews med andre empiriske analyser af lignende cases, som var foretaget indenfor samme teoretiske rammer. Her ville konklusionerne kunne generaliseres ved, at man sammenkædede de enkelte cases med de teoretiske forestillinger, hvilket ville ske i en fortsat vekselvirkning mellem fortolkning af enkeltfænomener og den overordnede tolkningsramme. Herved ville der tendentielt kunne drages slutninger, som påpeges generelle tendenser på tværs af de forskellige cases (Antoft & Houlberg 2007:49-50). Dette kunne eksempelvis gælde andre analyser af sygdomshåndteringer indenfor samme teoretiske ramme som eksempelvis Goffman. Pointen er, at den systematiske beskrivelse og fortolkning af data og gennemsigtigheden i forskningsprocedurerne ville gøre det muligt for andre forskere at drage paralleller til undersøgelsens resultater i sammenlignelige aspekter (Kvale 2007:228-29). Dog bliver de ”tomme” teorier et problem, og dette vil således kun gøre sig gældende for de, som ”siger noget om noget”.

## Litteraturliste

Antoft, Rasmus og Salomonsen, Heidi Houlberg (2007): "Det kvalitative casestudie – introduktion til en forskningsstrategi" i Rasmus Antoft, Michael Hviid Jacobsen, Anja Jørgensen, Søren Kristiansen (Red) "Håndværk og horisonter. Tradition og nytænkning i kvalitativ metode". Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Antoft, Rasmus og Thomsen, Lund (2005): "Når livsfortællingen bliver en sociologisk metode. Introduktion til det narrative interview" i "Liv, fortælling og tekst. Et strejftog i kvalitativ sociologi". Aalborg: Aalborg universitetsforlag.

Brinkmann, Svend (2005): "Selvrealiseringens etik". I Cecilie Eriksen og Svend Brinkmann (red.): "Selvrealisering. Kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur". Århus: KLIM.

Brinkmann, Svend (2008): "Identitet. Udfordringer i forbrugersamfundet". Århus: KLIM.

Brinkman, Svend (2010a): Forord i "Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser". Århus: KLIM.

Brinkman, Svend (2010b): "Patologiseringsstenen. Diagnoser og patologier før og nu" i Svend Brinkman (red): "Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser". Århus: KLIM.

Callewaert, Staf (2007): "Kritiske refleksioner over den livshistoriske trend" Karin Anna Petersen, Stinne Glasdam og Vibeke Lorentzen (red.): "Livshistorieforskning og kvalitative interviews". Viborg: Forlaget PUC.

Eriksen, Cecilie (2005): "Selvet i centrum. En filosofisk kritik af essensialismen". I Cecilie Eriksen og Svend Brinkmann (red.): "Selvrealisering. Kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur". Århus: KLIM.

Fisher-Rosenthal, Wolfram (2000): "Biographical work and biographical structuring in present-day societies" i "The turn to biographical methods in social science". London: Routledge.

Foucault, Michel (1971): "Sindssygdom og psykologi". København: Rhodos

Foucault, Michel (1994): "The Order of Things". London: Routledge.



- Foucault, Michel (2002): "Overvågning og straf". Frederiksberg: Det lille forlag.
- Føllesdal, Dagfinn, Walløe, Lars og Elster, Jon (1992): "Politikens introduktion til moderne filosofi og videnskabsteori". København: Politikens Forlag A/S.
- Giddens, Anthony (1991): "Modernitet og selvidentitet". København: Hans Reitzels forlag.
- Goffman, Erving (1992): "Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik". Oslo: Pax forlag.
- Goffman, Erving (2009): "Stigma. Om afvigerens sociale identitet". Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hagen, Roar (2005): "Niklas Luhmann" i "Klassisk og moderne samfundsteori". 3.udgave. København: Hans Reitzels forlag.
- Hammershøj, Lars Geer (2005): "Anoreksi som afsindigt selvdannelsesprojekt: Diagnose af en social epidemi" i "Sociale patologier". København: Hans Reitzels forlag.
- Harste, Gorm og Mortensen, Nils (2007): "Sociale samhandlingsteorier" i Heine Andersen og Lars Bo Kaspersen (red) "Klassisk og moderne samfundsteori" København: Hans Reitzels forlag.
- Heede, Dag (2002): "Det tomme menneske" 2. reviderede udgave. København: Museum Tusulanums forlag.
- Heidegren, Carl-Göran (2007): "Livsstil och livsföring hos Simmel och Weber" i Heidegren, Carl-Göran, Mikael, Carleheden, Isenberg, Bo: "Livsföring. Ett sociologiskt grundbegrepp". Stockholm: Liber.
- Honneth, Axel (2003): "Behovet for anerkendelse". København: Hans Reitzels forlag.
- Horwitz, Allan W. og Wakefield, Jerome C. (2007): "The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder". Oxford: Oxford University Press.
- Hougaard, Esben (2005): i Sørensen, Dræby Anders & Hans Jørgen Thomsen (2005): "*Det svære liv. Om lidelsen i den moderne kultur*". Aarhus: Aarhus Universitetsforlag

- Hougaard, Esben (2006): "Kognitiv behandling af panikangst og socialfobi. En vejledning for klienter og behandlere". Virum: Dansk psykologisk forlag.
- Jacobsen; Michael Hviid og Kristiansen, Søren (2009) forord i: Goffman, Erving (2009): "Stigma. Om afvigerens sociale identitet". Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Jensen, Mogens Kjær (1991): "Kvalitative metoder I anvendt samfundsforskning". København: Social forskningsinstituttet.
- Jessen, Keld B. (red) (1999): "Filosofi. Fra antikken til hvor tid". Århus: Systime.
- Kubferberg, Feiwel (1998): "Transformation as a biographical experience. Personal destinies of East Berlin graduates before and after unification". London: Sage publications.
- Kvale, Steiner (2007) "Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview". Hans København: Reitzel forlag.
- Kvale, Steiner (2009): "Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview". København: Hans Reitzel forlag.
- Kåver, Anna (2003): "Socialfobi. Frygt for andres kritiske iagttagelse". Socialpædagogisk bibliotek. København: Hans Reitzels forlag.
- Lemke, Thomas (2002): "Foucault, Governmentality and Critique" i "Rethinking Marxism" volume 14 nr. 3.
- Lindgren, Sven-Åke (2005): "Michel Foucault" i "Klassisk og moderne samfundsteori". København: Hans Reitzels forlag.
- Lübecker, Nikolaj (2006): "Kan man læse sig ud af helvede? Anerkendelseskampe hos Jean-Paul Sartre og Nathalie Sarraute" i Lund, Henrik Stampe: "Fordringen på anerkendelse". Aarhus: KLIM.
- Møldrup, Claus (2000): "Den medicinerede normalitet". København: Gyldendal.
- Pedersen, Peter Møller (2007): "Fra udsagn til begreb. En udfordring for livshistorieforskningen" i Karin Anna Petersen, Stinne Glasdam og Vibeke Lorentzen (red.): "Livshistorieforskning og kvalitative interviews". Viborg: Forlaget PUC.

- Nettleton, Sarah (1995): "The sociology of health and illness". Cambridge: Polity Press. Blackwell Publishers Inc.
- Ritzer, George (2003): "Sociological Theory". New York: Mc Graw Hill.
- Rose, Nikolas (2009): "Livets politik – biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. Århundrede". Virum: Dansk psykologisk forlag.
- Rose, Nikolas (2010): "Psykiatri uden grænser?" i Svend Brinkmann (red.): "Det diagnosticerede liv". Aarhus: KLIM.
- Rosenthal, Gabriele (1993): "Reconstruction of Life Stories. Principles of Selection in Generating Stories for Narrative Biographical Interviews". London: Sage publications.
- Scott, Susie (2004a): "The Shell, the Stranger and the Competent Other". London: Sage publications.
- Scott, Susie (2004b): "Researching shyness – a Contraction in terms?". London: Sage publications.
- Scott, Susie (2006): "The Medicalisation of Shyness: from social misfits to social fitness". Sociology of Health and Illness Vol. 28 no. 2
- Sennett, Ricard (1999): "Det fleksible menneske". Højbjerg: Hovedland.
- Shorter, Edward (2001): "Psykiatriens historie. Fra asyl til prozac". København: Munksgaard.
- Willig, Rasmus og Østergaard, Marie (2005): forord i "Sociale patologier". København: Hans Reitzels forlag.
- Willig, Rasmus (2005): "Selvrealiseringens optioner: Vor tids fordring om anerkendelse". i Willig, Rasmus og Østergaard, Marie: "Sociale patologier". København: Hans Reitzels forlag.
- Ziehe, Thomas (2002): "Ambivalens og mangfoldighed". 3. oplag. København: Forlaget politisk revy.

Østergaard, Marie (2005): "Den patologiske normalitet" i Willig, Rasmus og Østergaard, Marie: "Sociale patologier". København: Hans Reitzels forlag.

## **Netadresser**

Angstforeningen (2009). Lokaliseret d. 20/10-09 på

<http://www.angstintern.dk/angstforeningen.dk/index.php?page=socialfobi>

Ankestyrelsen (2010): "Førtidspensioner: Årsstatistik 2009". Lokaliseret d. 10/12-10 på

[http://www.ast.dk/Page\\_pic/pdf/Fob-aarsstatistik\\_2009\\_ny\\_19\\_10\\_2010\\_08\\_28.pdf](http://www.ast.dk/Page_pic/pdf/Fob-aarsstatistik_2009_ny_19_10_2010_08_28.pdf)

Cristoffanini, Pablo R. (2009): "Kulturens dialektik – eller hvorfor jeg ikke er postmoderne eller socialkonstruktivist". Lokaliseret d. 2/10-09 på

<http://www.kulturkapellet.dk/filosofi,%20kultur%20og%20samfund.php?id=14>

DSM (2010). Lokaliseret d. 29/7-10 på

[http://www.psychnet-uk.com/dsm\\_iv/misc/complete\\_tables.htm](http://www.psychnet-uk.com/dsm_iv/misc/complete_tables.htm)

Henriksen, Hanne Mølby (2010): "Recepten på det perfekte liv". Lokaliseret d. 30/8-10 på

<http://www.kristeligt-dagblad.dk/artikel/257080:Liv---Sjael--Recepten-paa-det-perfekte-menneske?all=1>

ICD (2010). Lokaliseret d. 29/7-10 på

[http://translate.google.dk/translate?hl=da&sl=en&u=http://www.mentalhealth.com/icd/p22-an03.html&ei=ySJITJT\\_MI-QOM3d-YUN&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CB4Q7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Ddicd-10%2Bsocial%2BBangst%26hl%3Dda%26rlz%3D1T4ACEW\\_daDK354DK372](http://translate.google.dk/translate?hl=da&sl=en&u=http://www.mentalhealth.com/icd/p22-an03.html&ei=ySJITJT_MI-QOM3d-YUN&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CB4Q7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Ddicd-10%2Bsocial%2BBangst%26hl%3Dda%26rlz%3D1T4ACEW_daDK354DK372)

Kristeligt dagblad (2009): "Du må ikke se mig". Lokaliseret d. 6/6-2010 på

<http://www.kristeligt-dagblad.dk/artikel/83864:Liv---Sjael--Du-maa-ikke-se-mig?all=1>

Lægehåndbogen (2010). Lokaliseret d. 10/12-2010 på

[www.laegehaandbogen.dk/default.aspx?menu=3026&submenu=3057&document=9590](http://www.laegehaandbogen.dk/default.aspx?menu=3026&submenu=3057&document=9590)

Netpsykiater (2010). Lokaliseret d. 10/12-2010 på

[www.netpsykiater.dk/htmsgd/alkoholmisbrug.htm](http://www.netpsykiater.dk/htmsgd/alkoholmisbrug.htm)

Munk-Jørgensen, Povl (2010). Lokaliseret d. 9/10-2010 på

<http://www.auhrisskov.dk/afdelinger/psykiatrisk+videncenter/psykinfo/om+psykiske+lidelser/emner+relateret+til+psykiske+lidelser/statistik+og+epidemiologi>

Petersen, Jacob (2008): ”Flere på antidepressiv medicin”. Lokaliseret d. 9/8-09

[http://fjn.dk/liv/krop\\_valvare/article1367232.ece](http://fjn.dk/liv/krop_valvare/article1367232.ece)

Psykiatrifonden (2009). Lokaliseret d. 20/10-2009 på

<http://www.psykiatrifonden.dk/Forside/Psykiske+sygdomme>

Psykoweb (2009). Lokaliseret d. 20/10-2009 på

<http://www.psykoweb.dk/angst/Socialangst.htm>

Rosenthal, Susan (2009): “Mental illness or social sickness?”. Lokaliseret d. 26/4-2010 på

<http://susanrosenthal.com/articles/mental-sygdom-eller-et-sygt-samfund>

Sind (2009). Lokaliseret d. 20/10-2009 på

[www.sind.dk/psykiske\\_sygdomme.6](http://www.sind.dk/psykiske_sygdomme.6)