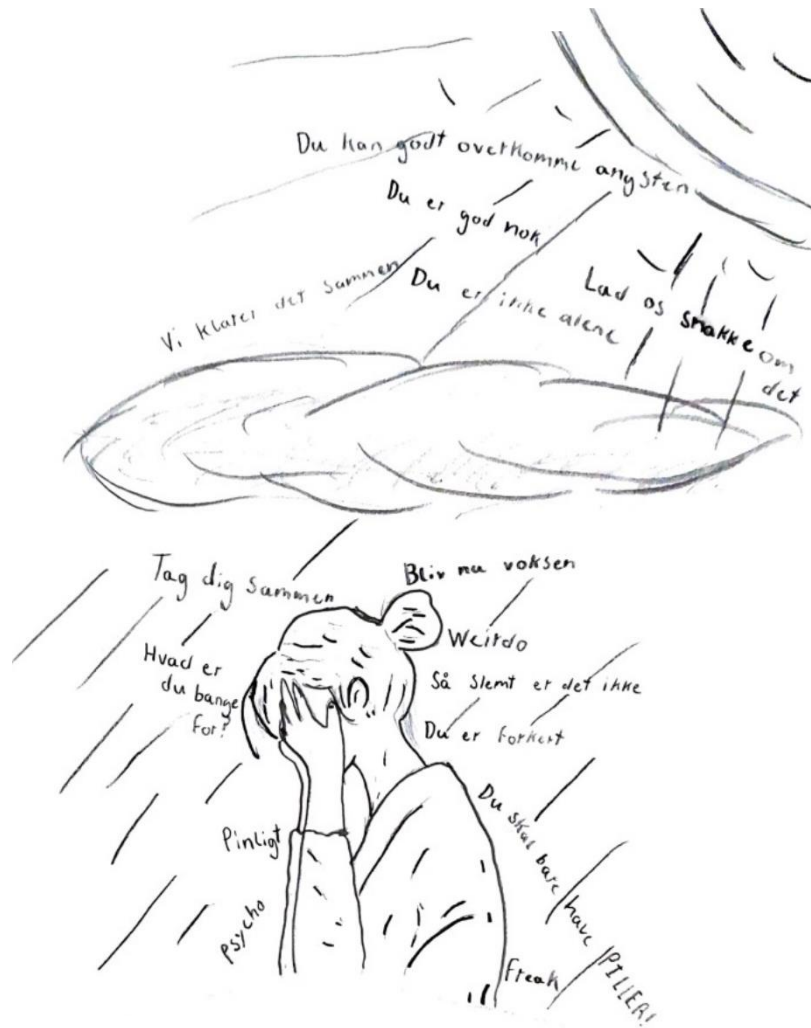


LÆGMANDSFORSTÅELSER AF ANGST

Et kvalitativt studie



René Omar Dhahir

Studienummer: 20182895

Vejleder: Thomas Borchmann

Opgavens samlede antal tegn
(med mellemrum): 167.985

Svarende til antal normalsider
å 2400 tegn: 69,99

4. semester KA Psykologi, speciale

Aalborg Universitet

1. juni 2023

Abstract

In this master's thesis, I explore the lay understanding of anxiety. The research question of this master's thesis is as follows:

“How do laypeople understand anxiety?”

As a solid foundation for conducting a study in laypeople's understanding, anxiety and anxiety disorders are firstly described through a historic review focusing on the Western understanding, dating from the Ancient Greeks and Romans till the modern diagnostic manuals DSM-5 and ICD-11. Secondly, the diagnostic description, prevalence and comorbidity of anxiety disorders are presented. Lastly, anxiety is presented from five theoretical perspectives: an evolutionary psychological, a biological psychological, a cognitive psychological, a personality psychological and a social psychological. To establish an understanding of the study of laypeople, a description of lay studies is presented followed by a short literature review of various studies focusing on lay understanding of mental disorders. Thereafter the method of this master's thesis is presented. The thesis submits a pragmatic scientific approach to generating and managing knowledge. Following, the methodology of group interviews is presented, considering both preparations of an interview, conducting the interview and reflecting upon ethical aspects. As part of the method, the analytical approach, thematic analysis of content, is presented. This is followed by the analysis of the two conducted group interviews consisting of nine laypeople, where citations are commented upon from an analytical standpoint focusing on answering the research question. The analytic coding of the interviews results in five major themes: general associations to anxiety, the manifestation of anxiety, the consequences of anxiety, the causes of anxiety, and the prevention and treatment of anxiety. The findings of the analysis are then discussed in three parts. Firstly, how the findings of the master's thesis supports, or contradicts or complements the studies in the conducted literature review. Secondly, the quality of the current study is evaluated and discussed using qualitative criteria such as credibility, transferability, dependability, and confirmability. Thirdly, it is discussed whether the findings of the current study suggest any further studies into the subject of laypeople's understanding of anxiety, or other mental disorders, as well as whether the findings suggest a call to action on spreading awareness of mental disorders and enhancing current interventions. Finally, it is concluded that laypeople have a limited and arbitrary knowledge of

anxiety as a mental disorder and that more action should be taken to improve laypeople's mental health literacy, as well as that future studies should strive to explore different methods and factors of the lay understanding of mental disorders.

Tak

Jeg vil bruge dette afsnit på at takke de personer, der har støttet, hjulpet og vejledt mig igennem dette speciale og min uddannelse.

Tak til deltagerne i dette speciale - uden deres deltagelse var denne undersøgelse ikke mulig. Tak til alle mine vejledere og undervisere på psykologiuddannelsen på Aalborg universitet for at have givet mig indsigt i og forståelse for de mange spændende felter indenfor psykologien, og for at have styrket mine faglige kompetencer. Tak til mine medstuderende og venner på studiet for at gøre læring og dannelse til en leg.

Jeg vil gerne takke min specialevejleder, Thomas Borchmann, for et konstruktivt forløb med spændende samtaler, gode grin og omfattende feedback. Jeg vil også takke Thomas for at have givet løbende sparring og ledt min vej til at kunne aflevere dette speciale som konklusion på min uddannelse i psykologi på Aalborg universitet.

Jeg vil også takke mine forældre, Omar og Faten, for under min uddannelse altid at have støttet mig i mine akademiske ambitioner, ligesom de generelt altid har støttet mig i livet. Uden deres hjælp, forståelse og støtte, var jeg med sikkerhed ikke flyttet til Aalborg for at læse psykologi - så derfor en evig tak for at støtte mig i at opnå min drøm om at blive psykolog.

Jeg vil ligeledes takke mine søskende, Wisam og Rina, for altid at udvise nysgerrighed i mit liv, og altid være støttende og hjælpsomme.

Slutteligt vil jeg takke min forlovede, Emma, som gennem de sidste ti år har været ved min side, altid vist interesse for min faglighed, altid støttet mig i mine valg og drømme, og altid stået ved min side.

Indhold

Kapitel 1. Om specialet	1
1.1 Specialets anliggende og problemformulering.....	1
1.2 Bevæggrunde	1
1.3 Specialets opbygning	2
Kapitel 2. Angst - definition og teorihistorie	4
2.1 Angst igennem historien.....	4
2.1.1 Antikkens Grækenland og Romerriget	4
2.1.2 Middelalderen.....	5
2.1.3 Den tidligere Modernitet og Oplysningstiden	6
2.1.4 Den moderne æra.....	6
2.1.5 De moderne diagnosemanualer	7
2.2 Diagnosebeskrivelser	8
2.2.1 DSM-5	8
2.2.2 ICD-11	9
2.2.3 Forskellige angstlidelser.....	9
2.2.4 Symptomer	10
2.3 Prævalens	11
2.4 Komorbiditet og differentialdiagnostik.....	11
2.5 Forskellen mellem frygt, angst og angstlidelse.....	13
Kapitel 3. Angst - ætiologi og intervention	15
3.1 Forklaringsmodeller	15
3.1.1 Den biopsykosociale model.....	15
3.1.2 Diatese-personlighed-stress model.....	16
3.2 Angst i den biopsykosociale model.....	17
3.2.1 Prædisponerende faktorer	17
3.2.2 Opretholdende/Vedligeholdende faktorer.....	17

3.2.3 Beskyttende faktorer.....	18
3.2.4 Valg af perspektiver	18
3.3 Evolutionærpsykologiske forklaringer på angst.....	19
3.4 Biologisk psykologiske forklaringer på angst.....	21
3.4.1 Arvelighed	21
3.4.2 Det limbiske system og neurotransmittere	21
3.5 Kognitionspsykologiske forklaringer.....	23
3.6 Personlighedspsykologiske forklaringer på angst.....	24
3.7 Socialpsykologiske forklaringer.....	25
3.8 Interventioner og behandling af angstlidelser	28
Kapitel 4. Studier af lægmandsforståelser	30
4.1 Hvad er lægmandsteorier og lægmandsrepræsentationer?.....	30
4.1.1 Hvorfor lave lægmandsstudier?.....	31
4.2 Forskning i lægmandsforståelser.....	31
4.3 Lægmandsstudier af angst.....	32
4.3.1 Begrænsninger ved studierne	34
Kapitel 5. Metode	35
5.1. Videnskabsteori	35
5.2. Dataindsamlingsmetode: Gruppeinterview	36
5.2.1 Fem faser	37
5.2.2 Styrker og begrænsninger ved brug af gruppeinterview	38
5.3 Interviewguide og design	39
5.4 Deltagere	40
5.4.1 Rekruttering og frafald	40
5.4.2 Information om deltagere	40
5.5. Analysemetode	40
5.5.1 Tematisk analyse.....	40

5.5.2 De seks faser i tematisk analyse	42
5.6 Ethiske overvejelser	43
5.6.1 Fire felter af etisk usikkerhed	44
5.6.1.1 Informeret samtykke	44
5.6.1.2 Fortrolighed.....	44
5.6.1.3 Konsekvenser	44
5.6.1.4 Forskerens rolle.....	45
5.6.2 Ethiske spørgsmål i syv forskningsfaser - implementering i specialet.....	45
5.6.2.1 Tematisering	45
5.6.2.2 Design	46
5.6.2.3 Interviewsituation.....	46
5.6.2.4 Transskription.....	46
5.6.2.5 Analyse	47
5.6.2.6 Verifikation.....	47
5.6.2.7 Rapportering.....	47
Kapitel 6. Analyse.....	48
6.1 Generelle associationer til betegnelserne angst og angstlidelse.....	49
6.2 Angstens manifestation	50
6.2.1 Symptomer	51
6.2.2 Adfærd hos angstramte individer	51
6.2.3 Tanker hos angstramte individer.....	52
6.3 Angstens konsekvenser	52
6.3.1 Sociale begrænsninger.....	52
6.3.2 Karrieremæssige begrænsninger	53
6.3.3 Identitet.....	53
6.3.4 Muligheder	54
6.4 Angstens årsager.....	55

6.4.1 Socioøkonomiske vilkår	55
6.4.2 Barndomstraumer og opvækst.....	56
6.4.3 Genetiske dispositioner	58
6.4.4 Samfundsstrukturer, normativitet og verden omkring.....	59
6.5 Forebyggelse og behandling af angst.....	60
6.5.1 Behandling - Coping, terapi og medicin	60
6.5.2 Forebyggelse - Samfund og kultur	62
6.5.3 Afholdelse fra at søge hjælp - Stigmatisering og tabuisering.....	63
6.5.4 Social støtte	64
Kapitel 7. Diskussion.....	67
7.1 Specialets fund i henhold til andre lægmandsstudier.....	67
7.1.1 Differentiering af mentale lidelser og mentale tilstande	67
7.1.2 Angstlidelsers demografi	68
7.1.3 Deltagernes demografi	68
7.1.4 Behandling og forebyggelse	69
7.1.5 Stigma.....	69
7.2 Kvaliteten af specialets empiri og analyse	70
7.2.1 Troværdighed.....	70
7.2.2 Overførbarhed	71
7.2.3 Pålidelighed og bekræftelighed	71
7.3 Implikationer for videre forskning og praksis.....	72
7.3.1 Videre forskning i lægmandsforståelser	72
7.3.1.1 Køn og alder.....	73
7.3.1.2 Udvidet rekruttering	73
7.3.1.3 Kvantitative studier	74
7.3.2 Giver specialets fund anledning til praktiske handlinger?	74
Kapitel 8. Konklusion	76

8.1 Konklusion på specialet	76
Litteraturliste	78

BILAG 1: Samtykkeerklæring

BILAG 2: Rekrutteringsopslag

BILAG 3: G1: Transskription af interview 1

BILAG 4: G2: Transskription af interview 2

BILAG 5: Interviewguide

Alle bilag kan findes i det vedhæftede dokumentet: Bilag 1-5

Kapitel 1. Om specialet

1.1 Specialets anliggende og problemformulering

Specialets anliggende er at undersøge, hvordan et udsnit af lægmænd i Danmark forstår psykiske angstlidelser, herunder hvordan angstlidelser manifesterer sig, hvad lidelsens årsager og konsekvenser er, samt hvilke muligheder, der findes for behandling og forebyggelse. Specialets problemformulering lyder derfor:

”Hvordan forstår lægmænd angst?”

1.2 Bevæggrunde

Under overvejelserne omkring mit specialeemne, har jeg haft en stigende interesse for at beskæftige mig med psykologiske fænomener, som har en samfundsmæssig relevans og en praktisk implikation. I Danmark diagnosticeres flere og flere med psykiske lidelser, bl.a. *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), *obsessiv-kompulsiv tilstand* (OCD), *autismespektrumforstyrrelser*, *depression* og *angst* (Prytz, 2022). Brugen af disse betegnelser i danskernes daglige sprog er ligeledes blevet mere frekvent. Lægmænd, der ikke har ekspertviden indenfor psykologi og psykiatri, har adopteret navnene på disse lidelser i deres hverdagsprog. Mange er også bærere af en forståelse af, hvad disse lidelser kommer af, hvordan de manifesterer sig og hvordan man kan forebygge og behandle dem. En større forståelse af vores verden, vores menneskelige udvikling, identitet, samt de forhindringer og udfordringer, vi hver især oplever, må anses som positivt, og som en stærk ressource i at kunne støtte sine medmennesker og bidrage til en bedre tilværelse. Det må dog derimod også kunne have en bagside, hvis den forståelse den almene dansker besidder er bygget på forkerte antagelser og misinformation - en forståelse, som har en stor diskrepans sammenlignet med evidensbaseret forskning og praksis. Det er derfor interessant at undersøge, hvordan den forståelse, som borgere i Danmark har af psykiske lidelser, tager sig ud.

Jeg er selv overbevist om, at det er en ressource for samfundet og for det enkelte menneske, at vi som borgere i det danske samfund er oplyste om mental trivsel og sundhed, da vi i fællesskab vil være bedre klædt på til at tage os af vores medmennesker og på at støtte dem i at søge den rigtige hjælp, når behovet opstår.

Da jeg i min specialeproces har haft tanker om at koble empiri på mit emne, har det været oplagt at undersøge, hvordan lægmandsforståelser af psykiske lidelser er. Jeg har her valgt specifikt at fokusere på angst.

1.3 Specialets opbygning

Specialet består af otte kapitler.

Kapitel 1 ”Om specialet”, som dette afsnit indgår i, giver en introduktion til specialets anliggende og problemformulering, samt bevæggrunde, og redegør for specialets opbygning.

I kapitel 2 ”Angst - definition og teorihistorie” foretages først en historisk gennemgang af, hvorledes angst er blevet forstået og teoretiseret fra antikkens Grækenland og Romerriget, over middelalderen og oplysningstiden, frem til den nuværende tidsperiode. Herefter beskrives angstlidelser ud fra en diagnostisk forståelse ud fra DSM-5 og ICD-11. Her præsenteres forskellige angstlidelser, samt symptomer, prævalens, komorbiditet og differentialdiagnostik.

I kapitel 3 ”Angst - ætiologi og intervention” præsenteres to forklaringsmodeller for angst, hhv. den biopsykosociale model og diatase-personlighed-stress-modellen. Derudover præsenteres fem forskellige teoretiske perspektiver med tilhørende årsagsforklaringer på angst. De fem perspektiver er hhv. et evolutionærpsykologisk, et biologisk-psykologisk, et kognitionspsykologisk, et personlighedspsykologisk og et socialpsykologisk perspektiv. Til sidst i kapitlet beskrives forskellige former for behandling af angstlidelser.

I kapitel 4 ”Studier af lægmandsforståelser” beskrives rationaler bag studier af lægmandsteorier og lægmandsforståelser med afsæt i Adrian Furnhams arbejde. Desuden foretages et mindre litteraturreview af forskellige undersøgelser, der har haft til formål at undersøge lægmandsforståelser af angstlidelser og relaterede lidelser.

I kapitel 5 ”Metode”, beskrives specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt, pragmatisme. I kapitlet redegøres også for undersøgelsesmetoden, gruppeinterview, samt rekruttering af interviewpersoner. Herudover fremlægges analysemetoden, tematisk analyse, jf. Braun og Clarke (2006). Slutteligt fremlægges de etiske overvejelser, der er foretaget ifm. udarbejdelsen af rekruttering, interview, analyse og rapportering.

I kapitel 6 "Analyse" fremlægges specialets fund gennem analyse af de to afholdte interviews. Der præsenteres fem hovedtemaer, som viser lægmandsforståelser af angst gennem eksemplariske citater. De fem hovedtemaer er hhv. umiddelbare associationer til betegnelsen angstlidelse, angstens manifestationer, angstens konsekvenser, angstens årsager, samt forebyggelse og behandling af angst.

I kapitel 7 "Diskussion" fremlægges en tredelt diskussion af specialet. Den første del omhandler specialets fund i relation til det udarbejdede litteraturreview med henblik på at diskutere hvilke fund der understøtter, komplementerer eller modsiger studierne i reviewet. Anden del diskuterer på baggrund af kvalitative kriterier, hvordan kvaliteten af specialet kan vurderes. Den sidste del af diskussionen er en perspektivering til videre forskning, handling i praksis og opkvalificering af interventioner.

I kapitel 8 "Konklusion" bindes trådene i specialet sammen og der konkluderes på specialets fund.

Kapitel 2. Angst - definition og teo- rihistorie

Dette kapitel har til formål at give et overblik over hvad angst er. Først foretages en gennemgang af hvorledes angst er blevet forstået og teoretiseret gennem historien, og derefter vil aktuelle diagnosekriterier fra DSM-5 og ICD-11 præsenteres. Efterfølgende gives et overblik over prævalens og komorbiditet af angstlidelser, samt hvilke differential-diagnostiske overvejelser, der foretages ved diagnosticering af en angstlidelse.

2.1 Angst igennem historien

Der findes en bred række perspektiver på angst, som vil blive gennemgået i kapitel 3. Disse perspektiver er dem, som er almen anerkendt af fagfolk i nutidens samfund, og mere specifikt de vestlige samfund. I denne historiske gennemgang af angst præsenteres nogle eksemplariske udsnit af, hvordan angst er blevet opfattet og håndteret i vestlige samfund, navnlig antikkens Grækenland og Romerriget, den tidlige modernitets England og den moderne æras USA.

2.1.1 *Antikkens Grækenland og Romerriget*

Forståelsen af angst har gennem historien varieret i høj grad (Ghinassi, 2010). Kigger man på angst fra et nosologisk perspektiv, stammer de første tilgængelige benævnelser fra antikkens Grækenland (Crocq, 2015). The Hippocratic Corpus, som er en samling af græske medicinske tekster af Hippokrates (460 til 370 f.Kr.) og hans disciple, nævner en mand ved navn Nicanor, som til en fest frygtede lyden af en fløjte. Hvis solen var oppe, påvirkede det ham ikke, men om natten ville lyden af denne fløjte få ham til at føle en dyb rædsel - og denne rædsel kunne vare i en længere periode (Crocq, 2015). I vores tid ville man kunne overveje, om Nicanor havde en fobi eller ængstelig frygt for denne fløjte, og denne fobi ville pga. tidsdimensionen måske kategoriseres som en lidelse. Hippokrates' fortælling om Nicanor indikerer, at denne frygt og rædsel kunne gøres til et objekt, som kunne perciperes.

Romeren Cicero (106 til 43 f.Kr.) skrev, at sorg, bekymring og angst var lidelser, da han beskrev sammenhængen mellem et uroligt sind og en syg krop (Crocq, 2015).

Cicero skelnede mellem det han kaldte *anxietas*, der omhandler ængstelige træk, og *angor*, der er tilstanden af angst, hvilket i vores tid har været en inspiration til at skelne mellem *state* og *trait anxiety*, dvs. hvorvidt angsten reflekterer en aversiv oplevelse i et specifikt moment, eller om et individs personlighedstræk tenderer til ængstelighed (Crocq, 2015).

Både antikkens græske og romerske filosoffer har med deres litteratur indikeret, hvordan de kunne identificere det, der i vores tid kaldes patologisk angst, samt hvordan de mente, at man kunne gøre sig fri af angsten, bl.a. ved at gøre sig fri for tanker om fortid og fremtid, og i stedet fokusere på nutiden. En anden stoisk filosof, Seneca, beskrev at *tranquilitas*, sindsro, var en tilstand fri for forstyrrelser. Seneca beskrev, at dem der frygtede døden aldrig ville kunne udfolde sig og handle som en levende mand (Crocq, 2015).

Litteraturen fra antikken viser, at der allerede dengang var begreber, der omhandlede det vi i dag beskriver som angstlidelser, og dertil havde antikkens filosoffer også overvejelser om hvilke årsager, sammenhænge og interventioner, der kunne benyttes.

2.1.2 Middelalderen

I den tidlige middelalder i Vesteuropa var det Romerske Imperium i de sidste stadier af sit kollaps, og den katolske kirke blev omdrejningspunkt for mange menneskers eksistens (Dennis-Tiwary, 2022). Kirken formede alt fra hvordan borgerne dyrkede afgrøder, hvad de spiste og hvornår de arbejdede, til hvordan de tænkte på livet, døden og livet efter døden. De middelalderlige termer for angst var næsten aldrig en del af almindelige samtaler mellem almene borgere. Kirken dominerede forståelsen af mentale og fysiske tilstande, og gjorde forståelsen af angst til en nøglekomponent i det åndelige liv (Dennis-Tiwary, 2022). Angst blev det foretrukne ord til at beskrive sjælens smertefulde lidelse, at være fanget af synd, at være lidenskabeligt længselsfuld efter frelse og skræmt af de evige pinsler i helvede. Denne opfattelse af angst som en åndelig tilstand, der krævede guddommelig lettelse, blev almindelig i hele det Hellige Romerske Rige. Den udbredte kirkelige forståelse af menneskers psykiske og mentale tilstande som værende åndelige af natur betød, at medicinsk viden primært var koncentreret i klostre og katedralskoler gennem den sene Middelalder (Glas, 2003). Da betydningen af angst blev mere åndelig, ændrede dens behandling sig også. Nu

foreskrev og administrerede helbrederne af sjælen, katolske præster, interventionerne af skriftemål, bod og bøn, og havde derfor et større fokus på syndsforladelse.

2.1.3 Den tidligere Modernitet og Oplysningstiden

I 1621 udgav Robert Burton *The Anatomy of Melancholy*, som beskrev al litteraturen fra antikken op til det 17. århundrede (Crocq, 2015). Diagnosen *melancholia* havde et kriterie om, at den syge skulle være stille (Crocq, 2015). Diagnosen blev givet til folk med negativ affekt. Han beskrev, at *melancholia* bestod af sorg og frygt, som var tæt forbundet. Burton diskuterede dog, hvorvidt sorgen og frygten kunne opstå uafhængigt af hinanden, da han læste om, hvordan Cicero skælvede ved starten af en tale, som var han bange for publikum, uden at han havde sorg. Burton diskuterede med udgangspunkt heri, hvorvidt Cicero udviste symptomer og kunne lide af, hvad der i vores tid kan beskrives som *agorafobi*, hvilket kan være en frygt for store folkemængder.

I gennem det 17. århundrede beskrev datidens medicinske forfattere, hvad der ligner angstanfald, som symptom på *melancholia* og ikke en lidelse for sig selv. Franskmanden Boissier de Sauvages (1706-1767) udgav en bog om medicinsk nosologi, hvori han kategoriserede klasser af forskellige sygdomme, både i orden, familie og individuelle sygdomme. De mentale lidelser tilhørte den ottende ud af de ti klasser, og inddeltes i fire ordener, hvoraf én af disse var *morositates* der indeholdt sygdommen *panophobia* (panisk angst) (Crocq, 2015). Denne lidelse blev defineret som en frygt der opstod om natten uden en evident årsag. Lignende typer af *panophobia* var bl.a. beskrevet som hjertebanken eller bleghed ved forskrækkelse forårsaget af harmløs lyd eller syn. de Sauvages mente, at der var en forbundethed til forværret følsomhed, altså at man var født med en overfølsomhed for f.eks. lyde. Nogle af disse beskrivelser kunne tyde på *generaliseret angst* (GAD) (Crocq, 2015).

2.1.4 Den moderne æra

I slutningen af det 19. århundrede og starten af det 20. århundrede blev angst et mere centralt element i forståelsen af diagnostiske kategorier. Angst blev sammenkædet med *neurasthenia* og neuroser. George Miller Beard beskrev *neurasthenia* med symptomer såsom *hysteri*, *hypokondri*, kronisk depression og angstsymptomer. Sigmund Freud differentierede dog mellem angstneuroser og *neurasthenia*, hvilket stadig er en gældende opfattelse (Crocq, 2015).

2.1.5 De moderne diagnosemanualer

Angst var i DSM-1 fra 1952 synonymt med en psykoneurotisk lidelse (Crocq, 2015). Det blev beskrevet, at disse lidelser havde angsten til fælles, og denne kunne enten mærkes direkte eller ubevidst og automatisk gennem forsvarsmekanismer. Angst kunne ses som et faresignal, der blev udløst af særligt fjendtlige, fortrængte impulser. Var angsten diffus og ikke begrænset, kunne der være tale om en *angstreaktion*. Kunne angsten knyttes direkte til en situation eller et objekt, kunne der være tale om en *fobisk reaktion*. Havde angsten associationer til vedvarende og uønskede ideer og repetitive impulser, var der tale om en *obsessiv-kompulsiv reaktion*. Dertil var der også beskrivelser af *dissociativ reaktion*, *omvendelsesreaktion* (engelsk, conversion reaction) og *depressiv reaktion* (Crocq, 2015).

DSM-II kategoriserede ængstelig symptomatologi som *neuroser* (Crocq, 2015). Angst og neuroser blev derfor nærmest synonyme for hinanden. I denne version blev det beskrevet, at angst kan føles og udvises direkte eller ubevidst og automatisk gennem diverse psykologiske mekanismer. Neurose-kategorien inkluderede forskellige typer af neuroser, herunder angstneuroser, obsessiv-kompulsive neuroser og depressive neuroser.

DSM-III eliminerede det hierarki, der havde forhindret diagnoser omhandlende panik eller angst i at kunne blive diagnosticeret, hvis der var komorbide depressive symptomer. Her blev angstlidelser et selvstændigt kapitel, som kategoriserede lidelserne i forskellige grupper. Her kunne man finde fobiske lidelser, som blev inddelt i agorafobi med og uden panik anfald, social fobi og simpel fobi. Angsttilstande blev inddelt i panik angst, generaliseret angst og obsessiv-kompulsiv tilstand. *Post traumatisk stress lidelse* (PTSD) blev ligeledes tilføjet under angstlidelserne. Dertil blev *separationsangst* og *overængstelighed* (engelsk, overanxious disorder) også tilføjet (Crocq, 2015).

DSM-5 inddelte angstlidelser i tre spektre baseret på neurobiologi, genetik og psykologiske træk. Disse tre spektre er angst, OCD, samt traume og stressor-relaterede lidelser.

Klassifikationen af mentale lidelser i DSM-5 blev påvirket af den voksende forståelse for de forskellige hjernebaner, der ligger til grund for stress, panik, tvangstanker og tvangshandlinger (Crocq, 2015). Lidelser, der har udviklingsmæssige forbindelser, uanset alder ved debut, blev samlet i grupper. Tvangsrelaterede lidelser blev adskilt fra

angstlidelser og placeret i en kategori med andre tilstande, der er karakteriseret ved gentagne tanker eller adfærdsmønstre, såsom *kropsdysmorfi lidelse*, *samlermani* (engelsk, hoarding disorder), *trikotillomani* og *dermatillomani* (Crocq, 2015). Traume- og stressrelaterede lidelser, som inkluderer *reaktiv tilknytningsforstyrrelse*, *uhæmmet social engagement forstyrrelse* og tilpasningsforstyrrelser, udover PTSD og *akut stressforstyrrelse*, blev også kategoriseret sammen. Separationsangst og *selektiv mutisme*, som tidligere var kategoriseret med lidelser diagnosticeret i spædbarnsalderen, barndommen og ungdommen, blev genklassificeret som angstlidelser (Crocq, 2015). Endelig blev *blandet angst-depressiv lidelse* udelukket fra DSM-5 pga. dens ustabilitet over tid, blandt andre årsager.

2.2 Diagnosebeskrivelser

Formålet med dette speciale er som beskrevet, ikke at fokusere og afgrænse sig til én specifik angstlidelse, men derimod angstlidelser på et generelt plan. De følgende beskrivelser tager udgangspunkt i en bred forståelse af angst ud fra diagnosemanualer og giver et indblik i, hvad der karakteriserer angstlidelser. Her sondres ikke mellem alle de specifikke diagnostiske kriterier for specifikke angstlidelser, men der præsenteres en kort beskrivelse af udvalgte angstlidelser.

2.2.1 DSM-5

Ifølge DSM-5 beskrives angstlidelser som lidelser, der har træk af overdreven frygt og relaterede adfærdsmæssige forstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013). Frygt anses som den følelsesmæssige reaktion på en reel eller opfattet nært forestående trussel, mens angst anses som en forventning om en fremtidig trussel. Det beskrives, at disse to tilstande overlapper, men også adskiller sig fra hinanden. Frygt er ofte forbundet med pludselige stigninger i den autonome ophidselse, der er nødvendig for at aktivere sin *fight or flight* reaktion, og tanker om øjeblikkelig fare og undvigelsesadfærd. Angst er mere forbundet med muskelspændinger og årvågenhed i forberedelse på fremtidig fare og undgåelsesadfærd.

Panikanfald er fremtrædende inden for angstlidelser som en særlig type frygtreaktion. Angstlidelserne i DSM-5 adskiller sig fra hinanden i de typer af objekter eller situationer, der fremkalder frygt, angst eller undgåelsesadfærd og den tilknyttede kognitive idedannelse. Mens angstlidelserne har tendens til at være meget komorbide med hinanden, kan de differentieres ved nøje undersøgelse af de typer af situationer og tanker,

der frygtes eller undgås, og indholdet af de tilknyttede tanker eller overbevisninger. Det beskrives ligeledes, at angstlidelser adskiller sig fra udviklingsmæssig normativ frygt eller angst ved at være overdreven eller vedvarende ud over udviklingsmæssigt passende perioder. Lidelserne adskiller sig fra forbigående frygt eller angst, der ofte er stressinduceret, ved at være vedvarende, typisk seks måneder, selvom kriteriet for varighed er tænkt som en generel vejledning med en vis fleksibilitet og er undertiden af kortere varighed hos børn (American Psychiatric Association, 2013). Angstlidelser anses dog som kroniske, og gennem behandling vil de eksistere latent, og kunne komme i udbrud under de rigtige omstændigheder.

2.2.2 ICD-11

Ifølge ICD-11 beskrives den overordnede betegnelse for angst (ICD-11 kode: MB24.3) som en bekymring eller forventning om fremtidig fare eller ulykke, ledsaget af en følelse af bekymring, ubehag eller somatiske symptomer på spænding. Der skrives ligeledes, at fokus for den forventede fare kan være intern eller ekstern (World Health Organization, 2019).

I ICD-11 karakteriseres angst- og frygtrelaterede lidelser ved overdreven frygt eller angst, samt tilhørende adfærdsmæssige forstyrrelser, hvor symptomerne er alvorlige nok til at resultere i betydelig bekymring eller betydelig nedsat funktionsevne på personligt, familiært, socialt, uddannelsesmæssigt eller erhvervmæssigt plan, samt andre områder af daglig funktion (World Health Organization, 2019). Ligeledes beskrives det, at frygt og angst er tæt beslægtede fænomener; frygt repræsenterer en reaktion på en opfattet trussel i nuet, mens angst er mere fremadskuende og henviser til en opfattet trussel i fremtiden. En nøgleforskel blandt angst- og frygtrelaterede lidelser if. ICD-11 er lidelsesspecifikke fokusområder for bekymring, dvs. den stimulus eller situation, der udløser frygt eller angst. Det står slutteligt beskrevet, at den kliniske præsentation af angst- og frygtrelaterede lidelser typisk omfatter specifikke tilknyttede kognitioner, der kan hjælpe med at differentiere blandt lidelserne ved at afklare fokus for bekymringen.

2.2.3 Forskellige angstlidelser

Som lidelse kan angst klassificeres i forskellige typer, afhængigt af forskellige kriterier. Jeg vil her nævne de angstlidelser, som både indgår i DSM-5 og ICD-11, og give en meget kort beskrivelse af hvad der differentierer lidelserne. Følgende beskrivelser

af lidelserne er parafraseret fra ICD-11 og DSM-5 (World Health Organization, 2019; American Psychiatric Association, 2013). GAD er den vedvarende og overdrevne frygt, som forstyrrer dagligdagen, og som ofte er karakteriseret ved, at personens fokus er på frygten for dagligdagssituationer, såsom arbejde, familie, ærinder og aftaler - der er således ikke tale om én specifik situation eller trigger. Panikangst er gentagende angstanfald med fysiske symptomer, enten som respons på en perciperet, farlig stimulus eller øjensynligt uden nogen specifik årsag. Specifikke fobier, er angsten for specifikke objekter eller situationer, f.eks. en enorm og overdreven frygt for edderkopper eller for at flyve. Agorafobi, er frygten for ikke at kunne undslippe en situation, f.eks. med offentlig transport eller i en stor folkemængde. Socialangst er frygten, der opstår i sociale interaktioner, særligt tanken om at skulle virke forkert, sige noget forkert eller virke ængstelig. Separationsangst er frygten for at miste personer, som man føler sig forbundet til, hvilket ofte for børn er ens forældre. Selektiv mutisme, ses ofte hos børn, som har et alderssvarende sprog, men selektivt vælger at forholde sig tiende, typisk i situationer udenfor hjemmet. Udover de nævnte lidelser, er følgende lidelser blandt nogle af dem, der også er relateret til angst eller indeholder elementer af angst; PTSD, OCD og hypokondri (World Health Organization, 2019).

For både ICD-11 og DSM-5 kræver selve diagnosticering, at angsten har stået på i en typisk tidshorisont på flere måneder, hvor størstedelen af dagene har været præget af angst (World Health Organization, 2019; American Psychiatric Association, 2013).

2.2.4 Symptomer

Angst kan have mange forskellige symptomer, som kan variere mellem de specifikke angstlidelser. Nogle af de mest almindelige symptomer på angst er en følelse af nervøsitet, rastløshed eller spændthed, og en fornemmelse af, at noget farligt eller panisk er ved at ske (Carr, 2016). Disse følelser kan ledsages af en hurtigere hjerterefrekvens og hyperventilation, hvilket kan få en til at svede og ryste. Derudover kan man føle sig svag og træt, have svært ved at koncentrere sig eller tænke på noget andet end bekymringen i øjeblikket, og have svært ved at sove om natten (Carr, 2016).

Symptomerne på angst kan også manifestere sig fysisk, såsom maveproblemer og fordøjelsesproblemer, og man kan opleve en stærk trang til at undgå situationer eller ting, der kan udløse angst. Andre symptomer på angst kan omfatte rødmen, brystsmerter og tryk, kuldegysninger, hoste, depersonalisering, talebesvær, svimmelhed,

sygdomsfølelse, overvældelse, muskelspændinger og -smerter, kvalme, tør mund, ringen i ørerne og gaben (Carr, 2016). Dertil kan angst også manifestere sig som frygt for døden eller for at miste forstanden (Carr, 2016). Der er også nogle, der lider af hypokondri. Angst kan påvirke ens bevægelsesevne og nedsætte ens immunsystem. Man kan opleve bl.a. lyd- og synsforstyrrelser, smerter i øjnene eller ændringer i pupillerne. Nogle kan også have svært ved at kommunikere eller bliver impulsive og irritable. Angst kan også føre til isolering, humørsvingninger og følelsesløshed. Alvorlig angst kan forårsage psykotiske symptomer, såsom delirium, hysteri eller selvmordstanker (Carr, 2016).

2.3 Prævalens

Ifølge WHO lever hver ottende person på jorden med en mental lidelse (World Health Organization, 2022), og i 2019 blev det estimeret, at 301 millioner mennesker lever med en angstdiagnose, heraf ca. 58 millioner børn og teenagere. Livstidsprævalensen for GAD angives til at være 5% og er en af de hyppigste angstlidelser (sundhed.dk, 2023).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der i Danmark årligt 11.247 nye tilfælde af angst, og samtidig estimeres det, at der i perioden fra 2017 til 2018 var 189.717 personer, der levede med angst i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2023). Prævalensen af angst i Danmark i perioden 2017 til 2018 var for mænd i alle aldre 2.820,1 (per 100.000) og for kvinder i alle aldre 5.163,2 (per 100.000), hvilket svarer til 2,82% for mænd og 5,16% for kvinder, og samlet 4% for hele befolkningen (Sundhedsstyrelsen, 2023). I 2012 var prævalensen af angst i Danmark 1,85% for mænd og 2,94% for kvinder, hvilket vidner om en stigning.

2.4 Komorbiditet og differentialdiagnostik

På grund af angstens mangefacetterede dimensioner og dens mulige årsagssammenhænge med en række fysiologiske og psykologiske symptomer, har angstlidelser en af de længste lister over differentialdiagnoser af alle psykiatriske lidelser. Det vil for dette speciale ikke være relevant at gennemgå den samlede mængde af komorbide og differentialdiagnostiske lidelser, men i stedet vil her præsenteres et overblik over nogle af de mest hyppige komorbiditeter.

Komorbidity er særligt høj mellem andre affektive lidelser og alkoholmisbrug (Alberdi & Møhl, 2017). Ifølge Alberdi og Møhl (2017) er det svært at afgøre, hvorvidt komorbidityten er udtryk for tilfældige sammenfald, eller om der er tale om risikofaktorer ved lidelserne, dvs. at der f.eks. er højere risiko for at have et misbrug af alkohol, hvis man i forvejen har en affektiv diagnose. Mellem angst og depression, er det svært at afgøre den direkte komorbidityten, da deres diatese er fælles.

Alberdi og Møhl (2017) beskriver komorbidityten i odds-ratioer, der angiver forholdet mellem hyppigheden af en specifik lidelse og forekomsten af en anden lidelse. En odds-ratio på 1 indikerer, at der ikke er nogen øget komorbidityten mellem de to lidelser ud over tilfældigheder. En odds-ratio større end 1 indikerer, at der er komorbidityten, og størrelsen af tallet angiver, hvor høj denne komorbidityten er. Nogle af disse komorbidityteter kan ses ved odds-ratioer på 33,7 mellem GAD og depression, 29,4 mellem panikangst og depression, samt på 2,5 mellem alkoholmisbrug og GAD. Den øgede forekomst af både angst og depression sammen har ført til spørgsmålet om, hvorvidt en ny konceptualisering af disse lidelser er nødvendig. Dette spørgsmål har især været centreret omkring forholdet mellem GAD og depression, da symptomerne på disse to lidelser synes at være mere relateret til hinanden end til andre angstlidelser if. faktoranalyser. Denne hypotese understøttes af nogle undersøgelser af genetiske faktorer og andre risikofaktorer, men prospektive longitudinale undersøgelser indikerer, at angst og depressive lidelser adskiller sig fra hinanden i både deres tidsmønster og forløb. I denne sammenhæng skulle GAD ligge tættere på de andre angstlidelser end på depression (Alberdi & Møhl, 2017).

Komorbidityten mellem angst og personlighedsforstyrrelse er også høj. I 50-90% af tilfælde med affektive lidelser, ses der også en personlighedsforstyrrelse med en proportionel sværhedsgrad (Alberdi & Møhl, 2017). Denne høje forekomst af komorbidityten vanskeliggør behandlingen, da personlighedsforstyrrelser ofte er mere udfordrende at arbejde med i terapi. Der er ligeledes en høj grad af komorbidityten mellem angstlidelser og personer med emotionelt ustabile, ængsteligt undvigende og ængsteligt afhængige personlighedsforstyrrelser (Friborg et al., 2013 if. Alberdi & Møhl, 2017). Både ængsteligt evasive og skizoide personlighedsforstyrrelser har givet ild til diskussionen om, hvorvidt der kan være strukturelle sammenhænge mellem angstlidelser og nogle personlighedsforstyrrelser. Rettew (2000) argumenterer for, at både evasive

personlighedsforstyrrelser og nogle angstlidelser såsom socialfobi kan repræsenteres på et kontinuum af social overfølsomhed (if. Alberdi & Møhl, 2017).

2.5 Forskellen mellem frygt, angst og angstlidelse

Det fremgår af de foregående afsnit, at angst og frygt er tæt relaterede og har mange ligheder, men der er alligevel vigtige distinktioner mellem de to. Barlow (2002) beskriver, at frygt er en primitiv alarm, som kan anses som en respons på en tilstedeværende fare, mens han beskriver angst som følgende:

”... a future oriented emotion, characterized by perceptions of uncontrollability and unpredictability over potentially aversive events and a rapid shift in attention to the focus of potentially dangerous events or one’s own affective response to these events” (Barlow jf. Clark & Beck, 2010)

Beck, Emery og Greenberg (1985) beskriver frygt som værende en vurdering af, at der er en aktuel og potentiel fare, og angst som en emotionel respons udløst af frygt (jf. Clark & Beck, 2011).

For at klargøre, hvorledes specialet forholder sig til denne distinktion, præsenteres her fire kerneforskelle på angst og frygt; udløsende årsag, varighed, objekt og intensitet. Frygt anses som en grundfølelse, der opstår som reaktion på en umiddelbar trussel eller fare i øjeblikket, som f.eks. at blive angrebet af et farligt dyr, mens angst kan opstå som en reaktion på en opfattet trussel, der kan være abstrakt eller fremtidig (Clark & Beck, 2010). Ved frygt er varigheden kortvarig og forsvinder, når truslen er ovre, hvorimod angsten kan være vedvarende, i lange perioder og ofte uden, at den umiddelbare trussel er til stede. Frygt er ofte knyttet til en bestemt og identificerbar trussel, stimulus eller objekt (Steimer, 2002). Angsten kan være mere generaliseret og ikke nødvendigvis være knyttet til en bestemt trigger, men derimod være mere diffus og opstå uden en klart defineret kilde. Når det omhandler intensitet, kan frygt være intens og akut, hvorimod angst kan være mere kronisk, mindre intens, men til gengæld mere konstant til stede.

Jævnfør kriterierne fra DSM-5 og ICD-11 er der først tale om en angstlidelse, når de konkrete kriterier er mødt og diagnosticeret af en ekspert, som regel en læge eller psykiater.

Specialet forholder sig på baggrund heraf til angst og frygt som to distinkte begreber, og angstlidelse som betegnelse for, at en person har fået diagnosticeret sin angst til at være i sådan en grad, at den lever op til konkrete angstlidelseskriterier.

Kapitel 3. Angst - ætiologi og intervention

Dette kapitel har til formål at give et overblik over angstens ætiologi og interventioner. Først præsenteres to modeller, der bruges til konceptualisering af mentale lidelsers årsager. Dernæst følger en præsentation af faktorelle aspekter af angst på baggrund af de præsenterede modeller. Herefter redegøres der for fem teoretiske perspektiver på angst og årsager til angst, hhv. et evolutionær-psykologisk, et biologisk-psykologisk, et kognitionspsykologisk, et personlighedspsykologisk og et socialpsykologisk perspektiv. Slutteligt præsenteres forskellige interventioner for behandling af angst.

3.1 Forklaringsmodeller

I litteraturen og forskningen anses angst for at være en multifaktoriel lidelse, der kan ses som en kombination af arvelige og sociale faktorer (Alberdi & Møhl, 2017). Angstpræget personlighed, øget stress, familiehistorie med angstlidelser samt fysisk og psykisk belastende traumer fra barndommen, er nogle af de disponerende faktorer for udviklingen af en angstlidelse. Som følge heraf, er det ofte tilfældet, at man vil forsøge at forstå angst ud fra en diatase-stress-model. Herigennem forstås det, at angst har nogle prædispositioner, f.eks. arvelighed, og at stressorer såsom traumatiske oplevelser eller øget stressniveau kan være triggere for udviklingen af en angstlidelse (Alberdi & Møhl, 2017).

For at få et indblik i angst, og opnå en forståelse, finder jeg det derfor relevant at betragte angst fra et bredt perspektiv. Dette vil jeg gøre ved at tage afsæt i to modeller, der kan rumme essentielle perspektiver at udforske, i forsøget på at opnå en helhedsforståelse. Derfor vil jeg først beskrive den biopsykosociale model jf. Møhl og Simonsen (2017) for at rammesætte hvilke perspektiver, der kan tages i betragtning, og derefter diatase-personlighed-stress model, også jf. Møhl og Simonsen (2017) for at give et indblik i, hvordan man kan forstå mekanismer bag psykiske lidelser.

3.1.1 Den biopsykosociale model

Psykologiens domæner er diverse og brede, men også i høj grad integrative. Den integrerede vidensopfattelse mellem bevidsthedens og kroppens sammenspil, samt de

psykologiske domæners forståelse af menneskets gestalt, kan forstås ud fra Engels bi-psykosociale model (jf. Møhl & Simonsen, 2017). Ifølge Engel kan mennesket ses som en del af et hierarki af funktions- og systemniveauer, som strækker sig fra de fundamentale grundsten af vores biologi, i form af atomer og molekyler i det menneskelige væv, til vævets organisering i organer og nervesystemer, som muliggør for mennesket at have bevidsthed og adfærd (Møhl & Simonsen, 2017). Denne bevidsthed og adfærd kan deraf ses i samspillet mellem andre mennesker, grupper og hele samfundssystemer (Møhl & Simonsen, 2017). Modellen, som fundamentalt understreger væsentligheden i det holistiske perspektiv, kan fungere som et værktøj til at betragte en konkret problemstillings flerfacetterede og nuancerede egenskaber. Der opdeles i tre væsentlige og brede områder, der kan kategoriseres som 1) de genetiske og prædisponerende faktorer, dvs. vores biologi, 2) de mere individuelle og personlighedsfokuserede faktorer, som kan ses som vores psykologi, og sidst 3) de større fundamentale bevægelser og faktorer, der repræsenteres af de sociale mekanismer mennesket er indlejret i (Møhl & Simonsen, 2017).

3.1.2 Diatese-personlighed-stress model

I forsøget på at forstå udviklingen af psykiske lidelser mødes man ofte af komplekse sammenhænge mellem adskillige faktorer, hvorfor det er sjældent, at enkelte faktorer kan redegøre for helheden af en psykisk lidelse. Diatese-personlighed-stressmodellen beskriver, hvordan udviklingen af de fleste psykiske lidelser kan betragtes i tre led (Møhl & Simonsen, 2017). Diatesen, eller den prædisponerede sårbarhed beskrives gennem menneskets genetiske struktur - at nogle mennesker er født med en genetisk sårbarhed, der gør at de vil kunne udvikle en psykisk lidelse. Stress dimensionen omhandler, hvordan denne sårbarhed vil kunne udvikle sig til en psykisk lidelse, hvis mennesket oplever en særlig stressor, hvad end det er en psykisk overbelastning, en traumatiserende oplevelse eller noget tredje. Modellen påpeger på baggrund af disse to elementer, at forskellige mennesker kan gennemgå samme ydre omstændigheder, men pga. deres forskellige prædisponerende sårbarheder, vil et menneske kunne udvikle en psykisk lidelse, hvorimod et andet ikke vil (Møhl & Simonsen, 2017). Den centrale komponent af modellen, personlighed, omfatter følelsesliv, sansning, selvopfattelse, kognitiv stil og interpersonel adfærd (Møhl & Simonsen, 2017). På den måde, adresserer personlighedskomponenten nogle af de faktorer, der kan skabe enten resiliens eller ekstra sårbarhed ift. hvorvidt man vil udvikle en psykisk lidelse.

3.2 Angst i den biopsykosociale model

Med udgangspunkt i den biopsykosociale model, skelner Carr (2016) mellem disponerende faktorer og opretholdende faktorer for angst, samt for faktorer, der kan beskytte en mod angst. Disse tre faktorer kan yderligere inddeles i personlige og kontekstuelle faktorer. De følgende underafsnit vil opridse nogle af de faktorer, der har betydning for udvikling af angst, og tager primært udgangspunkt i Carr (2016).

3.2.1 Prædisponerende faktorer

De personlige prædisponerende faktorer omfatter biologiske og psykologiske faktorer. Af biologiske faktorer er genetisk sårbarhed et af de mest centrale elementer i forståelsen af, hvad der kan prædisponere angst. Nogle af de psykologiske faktorer, der kan øge risikoen for angst, inkluderer et inhiberet temperament, høj neuroticisme, angstfølsomhed, intolerance over for usikkerhed, frygt for negativ evaluering, lavt selvværd og en ekstern kontrollokalitet (Carr, 2016). De kontekstuelle prædisponerende faktorer omfatter forældre-barn forholdet, eksponering af familiære problemer og stressorer tidligt i livet. Forældre-barn-faktorer kan spille en afgørende rolle i udviklingen af angst senere i livet. En ængstelig tilknytning mellem forældre og barn, samt kritisk eller afvisende, overbeskyttende eller kontrollerende opdragelse kan også føre til angst, da det kan føre til en følelse af begrænsning og mangel på autonomi, samt større usikkerhed og lavere selvværd. Eksponering for forældres egen angst, og den kultur det kan skabe i familien, kan ligeledes have indflydelse på om man som barn er mere sårbar for angst. Slutteligt er der også risikoen ved at være udsat for stressorer i form af mishandling, overgreb eller traumer (Carr, 2016).

3.2.2 Opretholdende/Vedligeholdende faktorer

De personlige opretholdende faktorer består både af biologiske og personlige faktorer. Det biologiske kan omfatte en manglende hæmning af det *limbiske system* af den *præfrontale cortex*, en dysregulering af neurotransmissioner i form af *gamma-aminobutansyre* (GABA) og *serotonin*, samt overaktivitet i *Hypotalamus-hypofyse-binyre-aksen* (HPA-aksen) (Carr, 2016). Psykologiske faktorer omfatter undgåelse af interne og eksterne frygtede stimuli, tilgang til frygtede stimuli og tilbagetrækning, før angsten falder. Dertil er der fareorienterede kognitive bias, kognitive forvrængninger og dysfunktionelle overbevisninger. Andre faktorer er hyperårvågenhed og misfortolkning af

neutrale interne fornemmelser og eksterne begivenheder som truende, samt coping ved undgåelse eller undertrykkelse (Carr, 2016).

De kontekstuelle omfatter både familiesystemer og socialt netværk. Forældres angst kan have en stor indflydelse på deres børn. Hvis en forælder lider af en angstlidelse, kan dette påvirke deres opfattelse af trusler og farer, og denne kognitive tilgang kan overføres til deres børn. Desuden kan forældre med angst have en unøjagtig viden om angst, som kan påvirke deres børns opfattelse af angst og deres evne til at håndtere den. Derudover kan kognitive bias, distorsioner og dysfunktionelle overbevisninger bidrage til vedligeholdelsen af angstsymptomer. Disse inkluderer bl.a. fejlagtige eller negative antagelser om situationer og ens evne til at håndtere dem, hvilket kan føre til undgåelse af situationer eller negative tankegang, der forværrer angstsymptomerne. Dertil kan umodne forsvarsmekanismer, såsom fortrængning og projektion, også bidrage til vedligeholdelsen af angstsymptomer. Disse forsvarsmekanismer kan forstærke en persons negative opfattelse af sig selv og sine omgivelser og gøre det sværere at håndtere angst. Slutteligt kan en person, der mangler en stærk social støttegruppe, føle sig mere isoleret og ensom, hvilket kan forværre vedkommendes angstsymptomer (Carr, 2016).

3.2.3 Beskyttende faktorer

De personlige beskyttende faktorer består af biologiske og psykologiske faktorer. God fysisk sundhed kan have en positiv indflydelse og reducere angst. Psykologiske faktorer, såsom høj IQ, let temperament og positive personlighedstræk som følelsesmæssig stabilitet, ekstroversion, samvittighedsfuldhed og venlighed kan også bidrage til at beskytte mod angstsymptomer. Også mere adaptive coping strategier og modne forsvarsmekanismer kan være beskyttende overfor udviklingen af angst (Carr, 2016).

Af de kontekstuelle faktorer er der både sikker tilknytningsstil, en forstærkning af adaptiv adfærd fra forældre og omgangskreds, samt familiær fleksibilitet og kommunikation. Derudover er sociale støttegrupper, lav familiebelastning, uddannelse og høj socioøkonomisk status væsentlige faktorer for at beskytte mod udviklingen af angst og håndteringen af angstsymptomer (Carr, 2016).

3.2.4 Valg af perspektiver

Gennem den biopsykosociale model og denne præsentation af faktorer fra Carrs (2016) model, synes det væsentligt at dykke længere ned i nogle af disse faktorer ved at

betragte angst fra flere teoretiske vinkler. Ud fra de nævnte faktorer virker det væsentligt at afdække angst fra et evolutionært-, biologisk-, kognitions-, personligheds- og socialpsykologisk perspektiv. Det evolutionære perspektiv synes væsentligt for at kontekstualisere angst og yderligere differentiere angstlidelser fra almen angst eller frygt. Biologisk-, personligheds-, og socialpsykologi er væsentlige ift. deres attribution til den biopsykosociale model. Dertil er vi som mennesker biologiske og sociale væsner, hvorfor disse to komponenter er meget centrale. Det kognitionspsykologiske fremstår væsentligt, da der i de foregående afsnit er blevet behandlet litteratur, der forholder sig til de kognitive aspekter af angst, og har påpeget de mange fremtrædende kognitive mekanismer i angst.

3.3 Evolutionærpsykologiske forklaringer på angst

Nesse og Williams (1995) beskriver angst således:

”In the face of threat, anxiety alters our thinking, behaviour, and physiology in advantageous ways.” (if. Workman & Reader, 2008, p. 367).

Ud fra et evolutionært perspektiv, kan angst ses som en overlevelsesmekanisme. Når vi føler os truede, får angsten os til at fokusere vores opmærksomhed og forberede os på at handle ud fra mere fordelagtige måder, som det har gavnet vores forfædre (Workman & Reader, 2008). Nesse og Williams beskriver rationalet for angst gennem deres *røgalarms princip*. Angsten kan forstås som en alarm, der indikerer, at der er en risiko for, at noget brænder. Med henblik på at overleve vil det altid være fordelagtigt at reagere på denne alarm, da det vil være dyrere for os at ignorere alarmen én gang, når der faktisk er brand, end at reagere på den 100 gange uden at der er brand (Workman & Reader, 2008). De fysiologiske og psykologiske elementer af angsten får os til at reagere hurtigt med et fokus på at overleve, men angsten bliver hæmmende, når den er der konstant, da vi bruger meget energi på at være i fight or flight mode (Workman & Reader, 2008).

Hvis man anskuer mennesker i tiden som samlere og jægere, kan man antage at dyr, der udgjorde en stor trussel for vores forfædre, kan have skabt en arvelig disposition for fobier. Dette er også kendt som *preparedness theory* (Workman & Reader, 2008). Hvis denne disposition ikke udfordres i barndommen, kan den udvikle sig til en mere kronisk fobi. Responsen på frygt, såsom en fobi, anses for at være et eksempel på, hvordan negative følelser hos mennesker gennem tiden har udviklet sig til at fungere

som forsvarsreaktioner mod ubehagelige situationer (Workman & Reader, 2008). Responsen forbereder kroppen fysiologisk og psykologisk på at reagere på et angreb eller en ubehagelig situation ved at intensivere vores fokus på det farlige objekt eller situation.

Nesse og Williams (1999) beskriver, at nogle manifestationer af sygdom, såsom angst, i virkeligheden ikke kan anskues som defekter, men snarere som evolutionære forsvarsmekanismer, der skal kunne forsvare os mod fare. Angsten skal ikke ses som patologien, men snarere som beskyttelsen mod patologien. Dertil beskriver Nesse og Williams (1999), at angsten kun findes, fordi den er nyttig. De eksemplificerer dette ved den oplevelse af angst og smerte, som mennesker oplever ifm. tabet af mennesker de elsker - hvis angst og smerten ikke eksisterede, ville motivationen for at holde sig selv og sine elskede, og dermed sine gener, i live, ikke være lige så stor.

Ifølge nogle darwinister kan man tale om noget, der minder om social angst hos vores forfædre. Tag eksemplet hvor vores forfædre har oplevet en fremmed og fjendtlig stamme, har vores forfædre flygtet tilbage i deres sikre omgivelser og haft en intens oplevelse af angst, da mødet med den fremmede stamme kunne have resulteret i ud-slettelse. Vores forfædre ville måske blive i de trygge omgivelser i noget tid og først når det var nødvendigt at skaffe mad, bevæge sig ud igen (Workman & Reader, 2008). I vores nutidige samfund kan man også tale om sociale begivenheder og oplevelser, der får folk til at trække sig tilbage og isolere sig - det der kan beskrives som social angst. Nesse og Williams beskriver, at det i vores samfund er muligt at få de nødvendige varer til overlevelse uden at bevæge sig ud fra sit hjem, hvorfor der kan være mindre grund til at bevæge sig ud og konfrontere den angst, man har oplevet. På den måde beskriver de, at der nu er færre situationelle motivationer for selvstændigt at skulle bryde med denne type angst, og derfor er det lettere at forblive i sine ængstelige bekymringer, der får grobund til at udvikle sig til en lidelse. Nesse og Williams (1999) diskuterer også hvorvidt, angsten faktisk var nøje kalibreret og mere funktionel i tiden som samlere og jægere, da truslerne imod vores eksistens som enkelte individer og grupper var langt større. De attribuerer indirekte nutidens medicin, sociale vilkår og omstændigheder, samt muligheder, for at have skabt et samfund, hvor angsten bliver eksessiv og dermed invaliderende for mennesket.

På den måde kan man i det evolutionære perspektiv overveje, om samfundet omkring os har udviklet sig hurtigere end vi mennesker, der bor heri.

3.4 Biologisk psykologiske forklaringer på angst

En af de mest udbredte, men i nyere tid omdiskuterede, teorier omhandler, at angst, samt andre psykiske lidelser, er forårsaget af en ubalance af kemiske stoffer i hjernen (Ang et al., 2022), og derudover menes det, at angst også forårsages af genetiske faktorer, eller en kombination af begge (Blanco et al., 2014).

3.4.1 Arvelighed

Monroe og Simons (1991) og deres diatase-stress model omhandler, at angst skyldes en kombination af genetisk sårbarhed og miljømæssige stressorer, hvilket betyder, at nogle mennesker fødes med en prædetermineret sårbarhed for angst, som medfører en højere risiko for at udvikle en angstlidelse som respons til særligt stressende begivenheder i deres liv.

Meier og Deckert (2009) beskriver det faktum, at risikoen for at udvikle en angstlidelse er stærkt sammenhængende med, hvorvidt der er andre i ens familie, der har en angstlidelse. De beskriver, at man gennem tvillingestudier har påvist en arvelighed på 30-50% (Meier & Deckert, 2009). Disse studier indikerer, at der er en genetisk kontribution, uafhængigt af om der er tale om almenmenneskelig eller patologisk angst. Dertil viser studier, at førstegrads-slægtninge, dvs. børn, forældre og søskende, har en forhøjet risiko for at udvikle angstlidelser, inkl. andre angstlidelser, end den konkrete slægtning lider af (Hettema et al., 2005; Tambs et al., 2009). I forhold til den genetiske arvelighed af angst, viser det sig ligeledes, at man ikke kan tale om mutationer i enkelte gener, men derimod har angst et mere komplekst mønster. Der er flere gener, der hver især har en lille effekt imod udviklingen af angst (Meier & Deckert, 2009; Smoller et al., 2008). Ydermere er der identificeret flere kromosomer, der har potentiale til at have en forbindelse til udviklingen af angst.

3.4.2 Det limbiske system og neurotransmittere

Angst og frygt er nogle af de centrale adfærdsmæssige aspekter, der reguleres af hjernen, især det limbiske system, som er ansvarlig for emotioner og hukommelse. Det limbiske system, som er placeret under *cerebrum* består af forskellige områder, inkl. *hypotalamus*, *hippocampus* og *amygdala*, hvor amygdala anses for at være en del af

hjernens center for emotioner og er ansvarlig for håndtering af frygt (Pinel & Barnes, 2018). Sprooten et al (2017) har igennem en analyse vist, at emotioner ikke kan lokaliseres til kun ét område i hjernen, men at amygdala viser sig at være involveret i emotionsprocessering af frygt, især i studier med *betinget frygt*, hvor amygdalas laterale cellekerne er stærkt involveret. LeDoux (1994) præsenterer en model for sammenhængen mellem angst og frygt i amygdala (if. McNaughton, 2011). Han anser hippocampus som en kognitiv processor, der håndterer den kontekstuelle stimuli, mens han mener, at den primære forbundethed med angst lå i amygdala (if. McNaughton, 2011). Denne forståelse er selvfølgelig forsimplet, men giver en metaforisk forståelse af angst i hjernen.

Ifølge den biologisk psykologiske forklaring på angst vil personer med angstlidelser have lavere niveauer af serotonin eller GABA (Stutzmann & LeDoux, 1999). Disse stoffer er med til at regulere ens humør og angstniveau. Gorman et al (2000) introducerer en neurobiologisk model for angst, der forklarer, at angst skyldes en dysfunktionalitet i amygdala, *prefrontal cortex* og andre områder i hjernen, der regulerer frygt og angstprocessering. Ifølge Gorman et al. (2000) og deres teori, kan angst behandles ved at regulere aktiviteten i disse regioner af hjernen gennem medicin eller andre interventioner, der forsøger at påvirke disse regioner målrettet. Der er foretaget studier, der tester effekten af forskellige farmaceutiske behandlinger. De behandlinger der har vist sig mest effektive er dem, der er agonister mod GABA_a-receptorer, f.eks. *benzodiazepiner*, eller serotonin receptorer, f.eks. *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI). Dette har ledt fokus hen mod ideen om, at angst kan skyldes mangel på gabaergisk og serotonergisk transmission (Pinel & Barnes, 2018). Ligesom andre lidelser indenfor det affektive, f.eks. depression, er angstlidelser identificerbart i prefrontal cortex, hippocampus og amygdala. Studier har vist, at disse områder har været mere aktive hos personer med en angstlidelse, og modsat ved depressive personer, er der ikke formindskelse af disse strukturer (Pinel & Barnes, 2018).

Når frygt eller angst opleves gennem stimuli, reagerer kroppen med en stressrespons, der forbereder og hjælper kroppen med at skulle forsvare sig selv mod fare. Denne mekanisme igangsættes af det autonome nervesystem og finder sted i amygdala og HPA-aksen (Pinel & Barnes, 2018). Amygdala aktiverer kroppens stressrespons ved at sende et signal til det autonome nervesystem, som videresender signalet til HPA-aksen. Her udløses adrenokortikotropt-hormoner fra forreste hypofyse, hvilket udløser

udskillelsen af glukokortikoider fra binyrebarken. Dette fører til øget produktion af kortisol og adrenalin, som frigives i blodet og kan forårsage sved og hyperventilation, samtidig med at kroppen intensiverer sin evne til at fokusere. Denne mekanisme er den samme, som den evolutionære psykologi beskriver som fight or flight-reaktionen (Pinsel & Barnes, 2018).

3.5 Kognitionspsykologiske forklaringer

Clark og Beck (2011) præsenterer en kognitiv model, der forklarer, at angst kan opstå af negative automatiske tanker, som er spontane, frekvente og ofte ubevidste, der opstår som respons til specifikke situationer eller stimuli. Disse tanker medfører negative emotioner og adfærd. Wells (1997) præsenterer en anden metakognitiv model af angst, der forklarer, at angst opstår af personens tanker om deres egen tankeproces og deres perciperede frygt for tankerne.

En kognitiv teori om angst relaterer sig til informationsprocessing, en mekanisme der omhandler, at personer med angstlidelser har en tendens til at fortolke information på en forudindtaget og negativ måde. For eksempel kan en person tillægge forskellige negative konnotationer til en anden person, så en social interaktion virker faretruende, og udløser en undgående adfærd hos personen med angst (Alden et al., 2008). Dette kan skyldes tidligere antaget sammenhæng mellem oplevet angst og perciperet fare, hvilket kan resultere i negativt indlejrede skemata om forskellige situationer og den oplevede angst (Ouimet et al, 2008). En anden mekanisme er tankeundertrykkelse, hvor en person med en angstlidelse forsøger at undertrykke sine tanker eller helt undgå situationer, der kan fremprovokere de ængstelige tanker. Denne mekanisme leder dog ofte til en større metabekymring om ængstelige tanker, da personen oplever en bevidst observation af alle de ængstelige tanker, som ikke selv får lov at træde frem (Abramowitz et al., 2001). Andre forklaringer i den kognitive psykologi er bl.a., at folk med angstlidelser ofte har en kognitiv bias i deres opmærksomhed, hvorved personen aktivt fokuserer på negative stimuli, samt at de har en hukommelsesbias, der resulterer i fremkaldelse af minder om negative oplevelser og stimuli, fremfor positive (Beck et al, 1985). Et studie af Mogg et al. (1993) fandt, at folk med generaliseret angstlidelse udviser større opmærksomhedsbias mod faretruende stimuli sammenlignet med ikke-angste individer. Et andet studie af Clark et al., 1999 fandt, at personer med panikangst

oftere fortolker tvetydige situationer som farlige, sammenlignet med ikke-angste individer.

3.6 Personlighedspsykologiske forklaringer på angst

I dette afsnit præsenteres to perspektiver indenfor, hvad jeg vil kategorisere som personlighedspsykologiske forklaringer på angst, hhv. det udviklingspsykologiske og psykoanalytiske perspektiv.

Den udviklingspsykologiske forståelse af udviklingen af angst forholder sig primært til de tidlige år af individets liv, særligt mhp. hvilke oplevelser man påvirkes af som barn. Ifølge John Bowlby er det primært i barndommen angsttilstande udvikles, særligt hvis omsorgspersoners tilgængelighed har været utilstrækkelig, eller omsorgspersoner har afvist barnet, været kontrollerende eller overbeskyttende (Bowlby, 1960). Bowlby betegner denne angst, hvor forældrenes tilgængelighed har været utilstrækkelig mm. for separationsangst. En af de primære årsager til angst er *aversive barndomsoplevelser*, herunder omsorgssvigt, misbrug og traumer. McLaughlin (2016) udledte af sin forskning, at børn der oplever omsorgssvigt eller traumer er mere tilbøjelige til at udvikle en angstlidelse som voksne, som følge af de tidlige oplevelsers indvirkning på udviklingen af hjernens stress-respons system. Hudson og Rapee (2001) beskriver, at de gennem deres studie har fundet sammenhænge mellem udviklingen af angst og individets eget temperament og følelsesmæssige landskab og arv. Heriblandt fandt de, at børn, der har forældre med en angstlidelse, er mere tilbøjelige til selv at udvikle en angstlidelse. Hudson og Rapee (2001) beskriver også, at forældres opdragelsesstil spiller en afgørende rolle i børns udvikling af angst. Deres studier finder, at børn der er opvokset i familier, der skælder ud, som er overbeskyttende og inkonsistente i deres nærvær, har en større risiko for at udvikle angst som voksne. Andre studier viser sammenhænge mellem ængstelige tilknytningsstile og angstlidelser (Muris et al., 2001; Bekker & Croon, 2010). Derudover er der også studier, der har undersøgt sammenhængen mellem specifikke angstlidelser og tilknytningsstil (Hayashi & Strickland, 1998; Eng et al., 2001). Hayashi og Strickland (1998) fandt en sammenhæng mellem forældre konflikter og tegn på separationsangst hos barnet, mens Eng et al., (2001), fandt, at folk med *ængstelige tilknytningsstile* udviste en mere alvorlig grad af social angst og undgåelse, end folk der havde en sikker tilknytningsstil. Surcinelli et al. (2010), fandt i deres studie, at folk med angst og ængstelige tilknytningsstile udviste

højere niveau af neuroticisme, lavere ekstroversion og mindre selvværd end folk med sikre tilknytningsstile.

Ifølge psykoanalytisk teori opstår angst som følge af ubevidste konflikter og uafklarede emotionelle oplevelser fra barndommen. Freud mente, at angst er et signal om en undertrykt eller ubevidst konflikt, som har behov for at blive forløst (Freud, 1936). Ifølge Freud er angst relateret til udviklingen af *egoet*, som står for den del af personligheden der medierer mellem *idets* drifter og virkelighedens begrænsninger. Når egoet ikke er i stand til at håndtere konflikten mellem idet og den eksterne verden, kan angsten opstå. Freud mener ligeledes, at angst er forbundet til forsvarsmekanismer, som er ubevidste strategier individer bruger til at håndtere angstprovokerende situationer. Der kan dog opstå maladaptive eller rigide mekanismer, der fører til en stigende angst (Freud, 1936). Ligesom i den udviklingspsykologiske teori, er det i den psykoanalytiske teori uforløste og traumatiske barndomsoplevelser, der menes at have betydning for angst. Freuds teori omhandler dog, at oplevelserne fører til ubevidste konflikter og emotionel smerte, som udtrykkes gennem angstsymptomer.

En anden psykoanalytiker, der har bidraget til en forståelse for angst, er Melanie Klein, der ligesom Bowlby mener, at angst udvikler sig af individets tidligere erfaringer med omsorgspersoner, særligt moderen (Klein, 1975). Klein mente, at angsten opstår pga. frygten for at miste moderens kærlighed og opmærksomhed, da disse er essentielle for barnets overlevelse. Denne tidlige frygt, som barnet oplever bliver internaliseret og manifesteret som angst (Klein, 1975).

3.7 Socialpsykologiske forklaringer

De teoretiske forståelser indenfor det socialpsykologiske beskæftiger sig ikke alle direkte med angst, men jeg mener, at det er væsentligt at forholde sig til, at den teoretiske forståelse af angst i dette speciale forstås ud fra den biopsykosociale model, samt diatese-personlighed-stress-modellen, hvorfor de inddragede teoretiske perspektiver er forklaringer på, hvordan angsten kan forstærkes eller influeres af sociale faktorer. Forskningen indenfor socialpsykologi peger på, at både sociale og kulturelle faktorer kan have stor indflydelse på udviklingen af angstlidelser, samtidig med at disse faktorer fortsat kan forstærke angsten.

En af de primære forklaringer indenfor denne gren af psykologien er social sammenligning. Ifølge Festinger (1954) sammenligner mennesker ofte sig selv med andre

mennesker i forskellige domæner, herunder udseende, intelligens, social status, etc. Denne sammenligning kan få individet til at anse sig selv som værende af mindre værdi end andre, og kan få vedkommende til at opleve selvfortvivlelse og angst heraf. Denne mekanisme kan forstås som værende intrapsykisk. En interpsykisk social faktor kan attribueres til den angst, der hører til stigmatisering. Stigmatisering, som indebærer negative attituder, tanker og adfærd rettet mod, i denne kontekst, folk med mentale lidelser kan føre til skam og isolation hos individet med angst, hvilket forstærker angsten yderligere (Link & Phelan, 2001). Ligeledes kan forskellige kulturelle opfattelser af angst have en påvirkning. Kirmayer og Young (1998) fandt, at der er kulturelle forskelle på, hvordan mennesker forholder sig til psykiske lidelser, herunder angst. Nogle kulturer er mere tilbøjelige til at anse angst som et tegn på svaghed eller skam, hvor andre kulturer ser angst som en normal og acceptabel respons på stressende stimuli. Disse forskelligheder kan have afgørende betydning for, hvordan folk med angst selv forholder sig til og håndterer deres angst.

I konteksten af, at vi som mennesker indgår i sociale systemer, bliver påvirket af vores omgivelser og sociale kredse, er det væsentligt at forholde sig til netop, hvordan vi påvirkes af disse faktorer. Ydermere er det tidligere beskrevet, at nogle af de kontekstuelle faktorer for udviklingen af angst er tilknyttet faktorer såsom ens forældres adfærd. Det er derfor interessant at forholde sig til, hvordan disse mekanismer påvirker tilbøjeligheden til at udvikle angst. Den socialkognitive teori fokuserer på, hvordan mennesker lærer gennem observation, imitation og social interaktion (Bandura, 1986). For at forstå, hvordan forældre eller andre rollemodeller kan have indflydelse på vores måde at tænke og forholde os til verden på, mener jeg, at det er relevant at inddrage den del af Albert Banduras socialkognitive teori, der omhandler social læring. Bandura (1977) mener, at mennesker er aktive informationsprocessorer og at vi tænker over forholdet mellem vores adfærd og dens konsekvenser. Bandura mener, at observationsindlæring eller *modellæring* ikke kan finde sted, medmindre der er kognitive processer i gang. Disse mentale faktorer er medierende i læringsprocessen for at afgøre, om en ny respons er erhvervet. Derfor observerer individer ikke automatisk en rollemodels adfærd og imiterer den. Der foregår nogle overvejelser inden imitationen, og disse overvejelser kaldes *mediationsprocessen*. Denne proces forekommer mellem observation af adfærden, også betegnet stimulus, og imitation, også kaldt respons (Bandura, 1977). På baggrund af denne mekanisme, kan der opstilles en model, der

beskriver, at input → medierende proces → adfærd. Input og adfærd kan vi lettere observere, men den medierende proces består if. Bandura (1977) af fire forskellige processer for modellæring.

Disse processer indebærer, at individet først skal være *opmærksomt* på adfærden og dens konsekvenser, og danne en mental repræsentation af den observerede adfærd (Bandura, 1977). For at denne adfærd kan imiteres, skal den fange vores opmærksomhed. Selvom vi til daglig observerer mange former for forskellig adfærd, er mange af dem ikke bemærkelsesværdige. Den opmærksomhed og fokus, vi retter mod denne adfærd, er derfor essentiel for, om den adfærd påvirker andre til at imitere den. Dernæst er *retention*, der omhandler hvor gode vi er til at huske denne adfærd (Bandura, 1977). Adfærden kan blive bemærket, men bliver ikke altid husket, hvilket forhindrer imitation af adfærden. Der skal derfor ske en hukommelseslagring af adfærden, så observatøren senere kan imitere adfærden. Ligesom andre former for social læring er det ikke en øjeblikkelig proces. Selvom adfærden reproduceres kort tid efter at have set den, skal der være en hukommelse at henvise til. Herefter følger *reproduktion* som er evnen til at udføre adfærden, som modellen lige har vist (Bandura, 1977). Den store mængde adfærd, vi observerer dagligt, kan bestå af adfærd, vi gerne vil imitere, men det er ikke altid muligt. Vi er begrænset af vores fysiske evne, og af den grund kan vi, selvom vi gerne vil reproducere adfærden, ikke gøre det. Dette påvirker vores beslutninger om, hvorvidt vi vil forsøge at imitere det eller ej. Sidst beskriver Bandura (1977) *motivationen* til at udføre adfærden. Belønninger og straffe, der følger efter en adfærd, vil blive overvejet af observatøren. Hvis de opfattede belønninger opvejer de opfattede omkostninger, vil adfærden være mere tilbøjelig til at blive imiteret af observatøren. Hvis den indirekte forstærkning ikke anses for at være vigtig nok for observatøren, vil vedkommende ikke imitere adfærden. Udover observationel læring og modellæring nævner Bandura (1977) og Bandura (1986) også, at menneskers *selvregulering* og *self-efficacy* har betydning. Selvreguleringen består af vores evne og kontrol over vores adfærd gennem bevidst tanke og refleksion, f.eks. at kunne sætte sig mål, planlægge adfærd og evaluere sin adfærd, mens *self-efficacy* omhandler vores tro på vores egne evner til at kunne udvise bestemt adfærd, f.eks. vil en person med større *self-efficacy* have større sandsynlighed for at tage en udfordring op eller have succes i at overkomme og udføre bestemt adfærd.

Modellæring, self-efficacy og andre aspekter af Banduras teori beskriver, hvordan vi som mennesker regulerer vores adfærd, og hvordan vi observerer forældre og imiterer dem, samt former vores forståelse ud fra dem. Ses dette i en kontekst med ængstelige forældre, vil der være en stor sandsynlighed for, at forældrenes ængstelige adfærd og tankemønstre kan smitte af på deres børn, og dermed, jf. forståelsen af diatese-personlighed-stress-modellen, forstærke de prædisponerende faktorer i en sådan grad, at der udvikles angst.

3.8 Interventioner og behandling af angstlidelser

I behandlingen af angst er der flere forskellige interventionsmetoder og psykofarmaka, der kan anvendes, afhængigt af sværhedsgraden af angstlidelsen, samt den specifikke angstlidelses manifestation (Ghinassi, 2010). Af psykofarmaka er bl.a. anxiolytikum såsom benzodiazepin, og antidepressiv såsom SSRI eller betablokkere (Ghinassi, 2010). Herudover gøres der ofte brug af psykoterapi i samspil med medicin. Den mest effektive og evidensbaserede terapiform for behandling af angstlidelser er kognitiv adfærdsterapi (KAT), når man kigger på et til to års basis (Benecke et al., 2016). Formålet er at undersøge skemata, tankeprocesser, samt forestillinger om angsten og forstå forbindelsen mellem disse og klientens adfærd. Der kan også ifm. denne terapiform være fokus på eksponering, f.eks. ved fobier, vil det kunne være effektivt at udfordre sig selv til at se sin frygt i øjnene og skabe nye positive associationer. Psykoedukation og involvering af familien i behandling kan også bidrage, da familien vil have bedre forudsætninger for at forstå den person, der har en angstlidelse, og vil være bedre udrustet til at håndtere angsten (Ghinassi, 2010). Denne involvering af familien med fokus på psykoedukation er relateret til at forbedre lægmandsforståelser af angst, da en bedre forståelse kan føre til en bedre håndtering og støtte af angst hos sine medmennesker (Ghinassi, 2010). Tilfældige kontrol-gruppe-forsøg har også vist en effekt af psykoanalytisk terapi (Benecke et al., 2016). Weitkamp et al. (2018) argumenterer for, at der ikke er nogen signifikant forskel i symptomreducering i de introducerende faser af terapi eller anden hjælp i forhold til symptomreducering, men at der er en positiv effekt af længerevarende psykoanalytisk terapi. Leichsenring et al. (2008) beskriver, at der er en reducere i interpersonelle problemer og en reducere i angstsymptomer som følge af psykoanalytisk terapi - en effekt der også er stabil efter et år.

Udover individuelle terapiforløb, er der også dokumenteret stor succes med gruppeterapi, der tager udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi (Wolgensinger, 2015). Denne terapiform giver mulighed for social eksponering hos klienterne, samtidig med at de kan høre andres oplevelser med angst, samt deres erfaring med at reducere angstanfald og generel ængstelighed. Selvom der er stor succes med denne behandling, er det for nogle klienter meget angstprovokerende at tale med fremmede, hvorfor der i nogle terapiforløb indledes med individuelle samtaler, der derefter suppleres eller afsluttes med gruppeforløb.

Kapitel 4. Studier af lægmandsforståelser

Dette kapitel har til formål at introducere til studier af lægmandsforståelser af psykiske lidelser. Først præsenteres lægmandsteorier og lægmandsrepræsentationer som forskningsdomæner og dernæst rationale for at foretage lægmandsstudier. Derefter følger et overblik over de forskellige domæner af lægmandsstudiers forskningsmål. Til sidst præsenteres et mindre litteraturreview af lægmandsstudier omhandlende angst og tilknyttede lidelser.

4.1 Hvad er lægmandsteorier og lægmandsrepræsentationer?

Lægmandsteorier og lægmandsrepræsentationer er den viden, der kan tilskrives de almene borgere i et samfund - altså folk der ikke har ekspertviden om et givent emne, f.eks. psykiske lidelser. Den måde de almene borgere forstår, hvordan et givent fænomen hænger sammen, f.eks. hvad angst er, kan influeres af en lang række faktorer, herunder personlige erfaringer, kulturelle overbevisninger og medieportrættering (Furnham & Telford, 2012). Disse forståelser kan både være gavnlige, da de kan rumme en dyb og bred indsigt i fænomener, der ellers ikke er særligt udbredte, og gøre det mere almindeligt at opfordre sine nærmeste bekendtskaber til at søge den rigtige hjælp. Det kan dog også være tilfældet, at disse forståelser medvirker til en større stigmatisering af mentale lidelser, og medfører at folk med mentale lidelser ikke søger hjælp, og heller ikke får den rette støtte af deres nærmeste bekendtskaber (Furnham & Telford, 2012). Specifikt, når det gælder lægmandsforståelser af psykiske lidelser, afspejler lægmænds forståelser også det, man omtaler som mental health literacy (MHL).

Mental health literacy omhandler den viden, overbevisning og attitude som individer udviser i forhold til mental sundhed (Jorm et al., 1997; Jorm, 2012). Dette indebærer evnen til at kunne genkende symptomer på mental lidelse, at søge hjælp, når det er nødvendigt og evnen til at bruge effektive copingstrategier. Ifølge Furnham er MHL en vigtig faktor i promovningen af positive attituder for mental sundhed. Mental health literacy kan forbedres gennem interventioner, såsom uddannelsesprogrammer, offentlige kampagner og målrettede interventioner for udvalgte dele af populationen. Et studie af Vogel et al., (2007) fandt, at et kort uddannelseskursus for college-

studerende kunne forbedre deres viden om depression og deres attitude ift. at søge hjælp. Et andet studie fandt, at en offentlig kampagne, der havde til formål at reducere stigma mod mental lidelse, formåede at forøge hjælpsøgende adfærd hos individer med angst og depression (Corrigan & Shapiro, 2010).

4.1.1 Hvorfor lave lægmandsstudier?

Ifølge Furnham og Swami (2018) kan den videnskabelige belysning af lægmandsrepræsentationer, -teorier og MHL have vigtige implikationer for behandling af mentale lidelser. De interventioner, der tager højde for lægmandsopfattelser, har nemlig større effektivitet end dem, der ikke tager hensyn hertil. Det kan både inkludere uddannelse, opmærksomhedsskabende kampagner, samt psykoterapeutiske interventioner, der hjælper individer med at omfortolke forudindtagethed omkring egne overbevisninger og forståelse af symptomer.

4.2 Forskning i lægmandsforståelser

Ifølge Furnham og Telford (2012), har Furnham (1988) beskrevet, at der i forskning, der undersøger lægmandsforståelser, ofte er fokus på et eller flere områder ift. f.eks. ætiologi eller struktur. Furnham og Telford (2012) opstiller følgende fokuspunkter for forskning i lægmandsforståelser:

1. *Ætologi.* Her vil man undersøge, hvordan lægmandsteorier udvikler sig, og hvilke faktorer der har ført til udviklingen af bestemte ideer og forståelser. Dette kan gøres ved at undersøge, om specifikke begivenheder eller oplevelser har ført til en bestemt forståelse for et givent emne.
2. *Struktur.* Her vil man undersøge den interne struktur i lægmandsteorien. Det kan f.eks. være om lægmandsteorien udelukkende bygger på en psykosocial forklaring.
3. *Relationer.* Dette går ud på at undersøge, hvordan forskellige teorier og begreber er bundet sammen, f.eks. hvordan forskellige teorier om samme emne er relateret til hinanden. Herunder vil man også kigge på den underliggende struktur eller måde, hvorpå folk forstår og tænker om specifikke emner. Dette indebærer bl.a. hvordan folk tænker indenfor områder såsom sundhed, økonomi og uddannelse, uden at de selv har en ekspertise indenfor området. På den måde søger man at forstå, hvordan lægmænd strukturerer deres viden og forståelse omkring forskellige emner.

4. *Funktion*. Her vil man undersøge, hvilken funktion disse forståelser har for individet, og hvilke implikationer det har for forandring.
5. *Stabilitet*. Her undersøger man, hvorvidt forståelser kan ændre sig over tid, og i så fald hvad der skaber ændringer i forståelsen hos lægmænd.
6. *Adfærdsmæssige konsekvenser*. Her undersøger man, hvordan social adfærd er relateret til disse forskellige teorier. Det kan f.eks. være at nogle undgår folk med psykiske udfordringer, hvis deres lægmandsteori tilsiger, at disse individer er farlige.

4.3 Lægmandsstudier af angst

Studier i lægmandsrepræsentationer, -teorier og MHL er vigtige områder af forskning indenfor psykologiens domæne (Furnham & Telford, 2012). Disse tre koncepter omhandler måden, hvorpå almene folk forstår og repræsenterer viden om helbred, herunder angst og andre psykologiske lidelser. Adrian Furnham og mange andre psykologer har udforsket implikationerne af lægmandsrepræsentationer og -teorier i forhold til, hvordan disse kan påvirke attitude og adfærd rettet mod mentale lidelser, lige så vel som, hvordan lægmænd forholder sig til behandling, og hvilke tanker de har om forskellige former for interventioner (Furnham & Telford, 2012).

Tabel 1 er en oversigt over studier, der har haft til formål at undersøge aspekter af lægmandsforståelser af angstlidelser og relaterede lidelser som depression. Disse studier er opdelt efter hvorvidt de har haft en kvantitativ eller kvalitativ metode og derefter ud fra, hvornår forskningen er publiceret.

Forfattere	Formål	Type af studie og undersøgelsesgruppe	Design	Opsummering af resultater
Furnham et al., 2013	At undersøge lægmandsteorier om graden af eksponering i behandling af fire angst lidelser.	Kvantitativt studie 106 deltagere	Spørgeskema om "psychological pain" rating af 30 psykoterapeutiske behandlinger, der varierer i frygt-eksponering, på tværs af fire almene angstlidelser; social fobi, agorafobi, PTSD og OCD.	Gennem faktoranalyse finder forskerne frem til, at der er fire underliggende lægmandsopfattelser af effektiviteten af psykoterapeutiske interventioner; taleterapi, frygtkonfrontation, frygtundgåelse og alternativ terapi. Deltagerne vurderer taleterapi som værende den mest effektive, men også den der kan inducere mest smerte. Lægmandene vurderer frygtundgåelsesterapi til at være den mindst effektive og sammen med alternativ medicin

				<p>til at være de mindst smertefulde behandlinger.</p> <p>Derudover finder forskerne, at de yngre deltagere vurderer taleterapi som mere effektivt, end de ældre deltagere.</p>
Furnham & Lousley, 2013	At undersøge MHL omkring angst diagnoser	<p>Kvantitativt studie.</p> <p>317 britiske, voksne deltagere</p>	Anvender vignetter omkring otte forskellige angstlidelser til at undersøge lægmænds evne til at genkende lidelser, deres opfattelser af behandling, samt deres opfattelse af hvor glade og succesfulde folk med angstlidelser er.	Resultaterne viser, at der er høj genkendelse af OCD, men meget lav af panikangst og generaliseret angst. Køn på vignetter viser ingen signifikant betydning. Personer med socialangst vurderes til at have mindst glæde og mindst tilpasningsdygtige, og dem der ville have mest ud af behandling. Forskerne konkluderer, at genkendelse er meget lav, og opfattelser af glæde og tilpasning afhænger af lidelse.
Hadjimina & Furnham, 2017	At undersøge indflydelsen af alder og køn på MHL af angst diagnoser	<p>Kvantitativt studie.</p> <p>162 deltagere</p>	Anvender vignetter ift. hvordan tilpassede personer var og om de havde brug for hjælp. Halvdelen af deltager fik en vignette karakter af mandligt køn, og den anden halvdel af kvindeligt køn.	<p>Undersøgelsen viser, at der er en signifikant effekt ift. køn på deltagerne, da de kvindelige deltagere demonstrerer en højere MHL. Den yngste gruppe af deltagere (18-29) udviser ligeledes en højere MHL end andre aldersgrupper.</p> <p>Køn på vignetter viser sig ikke at have en signifikant effekt.</p> <p>Forskerne finder frem til, at MHL generelt set er relativt lavt i forhold til de undersøgte angstlidelser.</p>
Butlin et al., 2019	At undersøge opfattelser af mental lidelse i United Kingdom, særligt mhp. at afdække forskelle og overensstemmelser mellem lægmænd og psykiatere	<p>Kvantitativt studie.</p> <p>160 lægmænd med gennemsnitsalder på 36,5.</p> <p>76 psykiatere</p>	<p>Gør brug af Maudsley Attitude Questionnaire til at teste, hvordan folk konceptualiserer mentale lidelser.</p> <p>Sammenligner de 160 lægmænds resultater med resultaterne fra de 76 psykiatere.</p>	<p>Lægmændene udviser den bedste forståelse for depression, efterfulgt af generaliseret angst.</p> <p>Lægmændene er størst tilhængere af en kognitiv og adfærdsmæssig forståelse af angst - Angsten ses som fejlagtig og ikke-hjælpesom tillært adfærd.</p>

Foster 2001	At undersøge sociale repræsentationer af mentale lidelser	Kvalitativt studie. Tre fokusgrupper bestående af i alt 17 deltagere	Spørgsmål omhandler mentale lidelser på et generelt plan, bl.a. med spørgsmål som "Hvad tænker I er årsagen til mentale lidelser" og "Kan mentale lidelser blive kureret?".	Forskerne finder frem til, at deres deltagere godt kan finde ud af at differentiere mellem forskellige mentale lidelser, og deres sværhedsgrad, men at de samtidig kategoriserer alt, der har med det mentale som noget, der kan omtales mental lidelse. Forskerne konkluderer, at der er en begrænsning på den måde, der differentieres mellem mentale lidelser på af lægmænd, og at det fremadrettet er vigtigt at være opmærksom på, hvordan mentale lidelser portrætteres og differentieres i medier.
Laidlaw et al., 2016	At undersøge studerendes opfattelse af mental sundhed, mentale velvære og hjælp-søgende adfærd	Kvalitativt studie. 20 studerende fra fem forskellige uddannelsesretninger	Semistrukturerede interviews	Forskerne finder frem til, at størstedelen af deltagerne ser mental sundhed og mental velvære som to forskellige koncepter - dog adskiller de ikke, hvor de ville søge hjælp afhængigt af velvære eller sundhed. Deltagerne der studerer medicin fastslår, at offentligt stigma er en faktor for ikke at søge hjælp til mental velvære. Finder ligeledes frem til, at studerende er mest tilbøjelige til at søge hjælp for mental velvære hos deres medstuderende, men det kan ikke konkluderes, hvorvidt dette er brugbart for dem.

Tabel 1: Oversigt over studier af lægmandsforståelser.

4.3.1 Begrænsninger ved studierne

De gennemgåede studier har nogle begrænsninger, der kan være en udfordring i forhold til validitet, reliabilitet og generaliserbarhed. Mange af studierne har et begrænset antal deltagere, som primært er veluddannede vestlige deltagere, og der er oftest en større andel af studerende heriblandt, hvilket skaber en bias (Furnham & Telford, 2012). Mange af studierne bruger enten spørgeskemabaserede undersøgelser eller interviews, hvilke begge har nogle metodiske svagheder, særligt ift. det longitudinelle aspekt, da disse undersøgelser kun viser øjebliksbilleder ved spørgeskema, eller subjektive og svært sammenlignelige forståelser fra interviews. Faktorer såsom kultur og erfaring er nogle af de faktorer, der kan have mest betydning for lægmandsforståelser af mentale lidelser (Furnham & Telford, 2012). Alle de præsenterede studier er foretaget af britiske forskere, primært på britiske borgere. Dette viser også en generel mangel på forskning indenfor dette område.

Kapitel 5. Metode

I dette kapitel præsenteres specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt, metoder til dataindsamling, undersøgelsens deltagere, analysemetode samt etiske overvejelser.

5.1. Videnskabsteori

Formålet med specialet er at undersøge lægmandsforståelser af angst, ved at undersøge, hvilke tanker lægmænd har om manifestationer, konsekvenser, årsager og interventionsmuligheder for angst. Jeg har i den forbindelse valgt at indtage et pragmatisk standpunkt og forholde mig til min empiri ud fra dette videnskabsteoretiske afsæt.

Den pragmatiske teori om sandhed er en metafysisk teori om sandhed og er blevet influeret af store filosofiske tænkere som C.S. Pierce, William James, John Dewey, og George Herbert Mead (Brinkmann, 2015; Lippert-Rasmussen, 2015). Pragmatismen blev grundlagt af C.S. Pierce i 1870'erne og blev senere udviklet til en generel teori om den menneskelige erkendelse. James og Dewey videreudviklede denne teoretiske forståelse af erkendelse.

Dewey mente, at ideer og koncepter skulle evalueres ud fra deres praktiske konsekvenser. Han betonedede vigtigheden af at have et specifikt formål og perspektiv, når man udfører undersøgelser - både videnskabelige og hverdagsagtige - og at deres succes afhænger af, om de producerer positive erfaringer. For Dewey var filosofi og videnskab ikke blot abstrakte teoretiske øvelser, men skulle bruges til at løse problemer og forbedre menneskers liv (Hildebrand, 2013). Han mente ligeledes, at det var vigtigt at fokusere på eksperimentelle konsekvenser i undersøgelser af termer, begreber eller udsagn. Han mente, at undersøgelser skal udføres fra et bestemt perspektiv og baseres på specifikke historier for at tjene bestemte formål eller idealer.

Den pragmatiske tilgang søger ikke en forståelse af verden som positivisterne i et binært, sandt eller falsk system. Den 'objektive sandhed' er dermed ikke central, tværtimod forsøger pragmatismen netop at have et pragmatisk blik på verden (Brinkmann, 2015; Lippert-Rasmussen, 2015). Sandheds- og meningsgrebet bliver på denne måde mere nuanceret og giver derfor anledning til at forholde sig til kompleksiteten i menneskets erkendelse. Pragmatismen forsøger at opløse sdringerne mellem videnskabelig og menneskelig erkendelse, og søger i kontrast hertil, at forstå menneskets

konstante udvikling og proces i at mestre sin egen tilværelse ud fra sine tanker og handlinger (Malachowski, 2013). I stedet for at insistere på en bestemt tilgang og hævde ultimative sandheder, promoverede pragmatikerne en fleksibel tilgang til forskning ved at bruge forskellige teorisystemer (Curt, 1994). Denne forståelse af metode, metafysik og dogmatisme er stadig centrale aspekter af den pragmatiske tilgang i dag. Pragmatismen kritiserer den mekaniske og ukritiske tilgang til metode, som betragtes som en form for *methodolatry*, en insisteren på brugen af en specifik metode uden refleksion over tidligere negative resultater (Curt, 1994). I stedet for at være bundet til én metode uden garanti for hverken sandhed eller relevans, baserer den pragmatiske tilgang sig på brugen af forskellige tilgange, der bedst beskriver forskellige aspekter af det undersøgte emne. Praksisrelevans og brugbarhed erstatter abstrakte og absolutte konstruktioner. Metodisk set fokuserer pragmatikerne på, hvilke teorier der kan gøre det uforståelige forståeligt og hvilke konsekvenser det har for vores muligheder for at handle og mestre verden og tilværelsen.

Dette pragmatiske udgangspunkt anvendes i dette speciale for at kunne skabe en ramme, der muliggør en mere kompleks og nuanceret analyse og diskussion. Pragmatismen rummer ligeledes mange værktøjskasser og kan bruges indenfor speciallets anvendte teoretiske perspektiver, hvad end de er historiske, evolutionærpsykologiske, biologiskpsykologiske, personlighedspsykologiske, socialpsykologiske eller kognitionspsykologiske. Denne metodiske tilgang tillader ligeledes en analytisk tilgang, som kan forfølge og udforske empirien ud fra et princip om relevans og interesse fremfor et forudindtaget design og en forudindtaget snæver position.

5.2. Dataindsamlingsmetode: Gruppeinterview

Gruppeinterview er en kvalitativ metode, hvor formålet er at samle en gruppe af mennesker og lade dem diskutere et allerede bestemt emne eller spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Gruppeinterview er særligt egnet til at undersøge deltageres personlige erfaring, oplevelser og holdninger til et givent emne, og det giver forskeren mulighed for at stille mere dybdegående spørgsmål, så deltagerne kan nuancere deres svar og forståelse af emnet, samtidig med at der i gruppen kan opstå forskellige temaer eller mønstre i deltageres opfattelse (Morgan, 1996). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er gruppeinterviewet også velegnet til at undersøge tabubelagte og følsomme emner,

da gruppesammenspillet kan gøre det lettere at give udtryk for ellers ikke tilgængelige synspunkter.

Morgan (1996) understreger tre essentielle komponenter ved gruppeinterviewet; først at metoden er en forskningsmetode til indsamling af data, dernæst at interaktionen mellem deltagerne er kilden til data, og slutteligt at forskeren, som interviewer, anerkender sin aktive rolle i at skabe gruppediskussioner. Gruppeinterviewets formål er at indsamle data (Kvale & Brinkmann, 2015; Morgan, 1996), men da der if. Kvale og Brinkmann (2015) kan opstå uforudsete interaktioner og deles følsomme og sårbare erfaringer, er det vigtigt at have øje for etiske aspekter (se afsnit 5.6).

5.2.1 Fem faser

Gruppeinterview kan som andre metodiske tilgange opdeles i forskellige faser. Jeg vil her præsentere en faseopdeling, jf. de elementer, som Krueger og Casey (2015) præsenterer i deres artikel.

Den første fase er udvælgelse af emne og overordnede spørgsmål, der vedrører emnet. Her skal forskeren undersøge sit emne ved at finde relevant litteratur, danne hypoteser og begrænse området, så interviewets spørgsmål kan blive klart definerede og afgrænsede inden for et relativt overskueligt område. Intervieweren skal forberede sig på, at der kan opstå uventede interaktioner eller diskurser i interviewet, men må stadig have en retning for interviewet, så diskussionen ikke afspores (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervieweren forbereder på baggrund af sin research nogle spørgsmål, som både er åbne, men også afgrænsede nok til at kunne bruges som grundlag for besvarelse af forskerens problemformulering. Forskeren skal forholde sig til, om der ønskes en løs, stram eller blandet model for interviewets struktur (Kvale & Brinkmann, 2015). Den løse model indbefatter mindre involvering fra interviewerens side af og tillader dermed, at gruppens samtale kan bevæge sig ud på forskellige spor, hvorimod den stramme model er karakteriseret af mere styring fra interviewerens side af, så samtalen ikke afsporer sig fra diskussionens essens (Kvale & Brinkmann, 2015). Den blandede model præsenterer en fremgangsmåde, som starter løst og undervejs bliver strammet til, så alle holdninger og erfaringer kan blive sagt højt, men at der til sidst fokuseres på de temaer, der er mest centrale for forskningsspørgsmålet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Derefter følger anden fase, hvor forskeren skal udvælge en passende gruppe deltagere, der repræsenterer det ønskede perspektiv på emnet (Krueger & Casey, 2015), f.eks.

ufaglærte i alderen 20-25. Rekrutteringen skal foregå med tilstrækkelig information til deltagerne, så de kan give et informeret samtykke om deltagelsen i interviewet.

Herefter er der en tredje fase, som omhandler selve interviewet og de faktorer, der gør sig gældende undervejs i interviewet (Krueger & Casey, 2015). Det er vigtigt, at interviewerens sørger for en åben og tillidsfuld atmosfære, så deltagerne trygt og frit kan dele deres synspunkter og oplevelse uden frygt for at blive kritiseret eller dømt. En velstruktureret introduktion og briefing af interviewets formål, rammer og forventninger kan bidrage til en tillidsfuld atmosfære for deltagerne (Kvale & Brinkmann, 2015). Dernæst kan der foretages en opvarmnings-aktivitet, f.eks. at fortælle om grunden til ens deltagelse eller lignende, som kan få deltagerne til at sige noget højt og bryde den første barriere (Krueger & Casey, 2015). Under interviewet stiller forskeren sine åbne spørgsmål, der er designet til at fremme diskussionen og langsomt kunne opdage deltagerens fælles temaer og mønstre. Intervieweren kan stille uddybende eller opfølgende spørgsmål, eller bruge teknikker til at stimulere diskussionen, f.eks. at bede en deltager reagere på et udsagn fra en anden deltager, eller bede en deltager om at give et eksempel på deres synspunkt (Krueger & Casey, 2015). Det er dog vigtigt for kvaliteten af interviewet, at interviewerens ikke tager en bestemt position eller på anden måde direkte eller indirekte påvirker deltagerens svar (Krueger & Casey, 2015). Intervieweren skal agere moderator og være katalysator for gruppens diskussion, uden selv at deltage i den. Undervejs i interviewet er det relevant at bemærke forskellige former for magtrelationer, gruppedynamikker og kropssprog, samt toneleje.

Den fjerde fase omhandler analysen af ens data. Her skal forskeren transskribere samtalen for at kunne identificere temaer, mønstre og fællestræk blandt deltagere og evt. forskellige grupper (Krueger & Casey, 2015). Disse fund bruges dernæst til at besvare ens forskningsspørgsmål.

Den femte fase indebærer rapportering. Dette indebærer, at resultaterne formidles, diskuteres og i sidste ende bruges til at besvare forskningsspørgsmålet.

5.2.2 Styrker og begrænsninger ved brug af gruppeinterview

En af fordelene ved at bruge gruppeinterview er, at denne metode kan generere data på kort tid og med få ressourcer. Deltagerne i gruppen kan inspirere og udfordre hinanden, hvilket kan føre til nye perspektiver og ideer, som muligvis ikke var opstået under det klassiske individuelle interview (Morgan, 1996). Dertil giver det forskeren

mulighed for at observere sociale interaktioner og dynamikker deltagerne imellem, og ligeledes kan forskeren få indsigt i hvordan sociale normer og kontekster påvirker holdninger og adfærd, når deltagerne interagerer med hinanden (Stewart et al., 2006). Hertil kan interviewet i sig selv have en større kvalitet end kvantitative metoder. Interviewet giver deltagerne mulighed for at klarificere, uddybe og eksemplificere deres ytringer (Vaughn et al., 1996).

En af ulemperne ved denne metode er det gruppepres, der kan opstå hos deltagerne. Nogle deltagere kan påvirke eller dominere samtalen, og som følge heraf kan nogle af de andre deltagere blive tilbageholdende med at ytre deres egne perspektiver. Intervieweren kan også påvirke ubevidst, og muligvis forhindre deltagerne i at komme til orde, hvilket er negativt for resultaternes kvalitet (Barbour, 2008; Morgan, 1996; Krueger & Casey, 2015). I en kontekst, hvor der arbejdes med relativt få mennesker, er det svært at neutralisere de faktorer, der kan have størst betydning for diskussion, f.eks. personlige samtalekompetencer, og forskellige niveauer af viden og erfaring med emnet, der er i fokus (Morgan, 1996; Krueger & Casey, 2015). Dette gør resultater fra gruppeinterviews svære at generalisere til en større population, og derfor bruges gruppeinterviews ofte som første led i større undersøgelser, da forskeren herigennem kan få en indikation på, hvilke holdninger og perspektiver der er eksisterende.

5.3 Interviewguide og design

I dette speciale er interessen at undersøge lægmandsforståelser i en bred forstand. Jeg vil derfor præsentere fire områder, som jeg, med baggrund i det gennemgåede litteraturreview og teori, synes er relevante og interessante. Disse fire områder er hhv. 1) forståelse af angstens manifestation, 2) konsekvenser og 3) årsager, samt 4) forebyggelse og behandling af angst (se bilag 5 for interviewguide).

Som introducerende spørgsmål vil jeg spørge i bred forstand, hvad mine deltagere forbinder med angstlidelser. I spørgsmål om manifestationen, er jeg interesseret i, hvordan mine deltagere tænker, at angst kommer til udtryk i form af adfærd og tanker. Spørgsmål om konsekvenser omhandler, hvad mine deltagere har af forestillinger om, hvordan det er at have angst. Spørgsmål til årsager vil relatere sig til, hvad mine deltagere tror, der er skyld i udvikling af angst, og hvilke faktorer, der kan have indflydelse. Til sidst skal spørgsmål om forebyggelse og behandling omhandle, hvad mine

deltagere har af forståelse for, hvorvidt man kan gøre noget ved angst, og i så fald, hvordan de tror, at man kan behandle angst.

5.4 Deltagere

Jeg har ifm. min undersøgelse begrænset mig til et mindre udsnit af danske borgere over 18 år. Derudover har jeg kun søgt lægmænd, der ikke selv har en angstlidelse, eller er i tæt familie med nogen, der har en angstlidelse. Jeg har i dette kriterie haft en formodning om, at det vil have indflydelse på ens forståelse af angst, hvis man er i familie med nogen der har angst, eller selv har det.

5.4.1 Rekruttering og frafald

Deltagere blev rekrutteret gennem opslag på Facebook (bilag 2) og gennem venner, som kontaktede deres bekendte. Der var i alt 13 personer, der meldte sig. Heraf var der tre, der af logistiske årsager endte med at melde fra til at deltage. Én blev syg på interviewdagen, og kunne derfor ikke deltage. De ni tilbageværende var alle mænd, og de fire, der ikke kunne deltage var kvinder, hvorfor der i undersøgelsen kun er ét køn repræsenteret.

5.4.2 Information om deltagere

Der blev i alt afholdt to gruppeinterviews. Der var henholdsvis fem og fire mænd, der deltog i de to gruppeinterviews. Fem ud af ni deltagere er i gang med en lang videregående uddannelse på et universitet, mens én har gennemført sådan en. Af de tre sidste deltagere er én i gang med en erhvervsuddannelse, én er i gang med en professionsbacheloruddannelse, og den sidste har gennemført sådan en. Deltagerne har alderen 21-28, med en gennemsnitsalder på 25,3 år (standardafvigelse 2,18 år).

5.5. Analysemetode

I mit speciale har jeg, som beskrevet, valgt at indtage en pragmatisk tilgang til vidensproduktion. Derfor har jeg i analysen valgt at benytte mig af en tilgang, der læner sig op ad Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse, som jeg herunder vil udfolde.

5.5.1 Tematisk analyse

Braun og Clarke (2006) beskriver tematisk analyse som en metode, der er velegnet til at analysere og rapportere mønstre og temaer i ens data.

For at gøre analysen så valid som mulig, er det vigtigt at udfolde og beskrive hvilke antagelser, der ligger til grund for ens analyse, da det ellers vil være vanskeligt at vurdere andres forskning eller sammenligne med lignende undersøgelser, hvilket vil kunne hindre andre forskere i at gentage ens studie. Rubin og Rubin (1995) hævder, at analysen er relevant og spændende, fordi den tillader en løbende opdagelse af temaer og begreber, der er indlejret i ens interview (if. Braun & Clarke, 2006). Selvom det tidligere er beskrevet, at interviewereren har en aktiv rolle i interviewet, argumenterer Braun og Clarke (2006) for, at denne proces med opstående temaer er tegn på en passiv proces i analysen. Dermed mener de, at det ikke udelukkende er forskeren, der identificerer mønstre og temaer, men at empirien i sig selv kan skabe disse temaer. Den tematiske analyse adskiller sig fra andre analytiske metoder, der søger at beskrive mønstre på tværs af kvalitative data, herunder både *grounded theory* og *interpretive phenomenological analysis* (IPA), da disse er teoretisk afgrænsede (Braun & Clarke, 2006). For eksempel knytter IPA sig til en fænomenologisk erkendelsesteori, hvilket sætter deltagerens oplevelse i fokus. I kontrast hertil indebærer den tematiske analyse nogle valg, som ikke er teoretisk afgrænsede eller ekspliciterede, men som kan reflekteres på og diskuteres eksplicit gennem den teoretiske baggrund man anvender. I praksis bør disse overvejelser ske før analysen af dataene begynder, og undervejs i den analytiske proces er det essentielt at forholde sig til og reflektere over de teoretiske rammer, man har sat. Man skal som forsker ligeledes forholde sig til tematikker undervejs i analysen. En tematik fanger noget vigtigt omkring dataene i forhold til forskningsspørgsmålet og repræsenterer et vist niveau af mønstret respons eller mening inden for empirien. Et vigtigt spørgsmål at tage fat på i forhold til kodning er; hvad tæller som et mønster/tema eller hvilken "størrelse" skal et tema have? Ideelt set vil der være flere forekomster af temaet i hele datamængden, men flere forekomster betyder ikke nødvendigvis, at temaet i sig selv er mere afgørende eller interessant i forhold til forskningsspørgsmålet. Da dette er en kvalitativ analyse, er der ikke ét entydigt svar på spørgsmålet om, hvor stor en del af ens empiri der skal vise beviser på temaet, før det kan betragtes som et tema. På den måde argumenterer Braun og Clarke (2006) for, at en tematiks vigtighed ikke nødvendigvis afhænger af kvantificerbare mål, men snarere om den fanger noget vigtigt i forhold til det overordnede forskningsspørgsmål.

Braun og Clarke (2006) argumenterer for, at det er vigtigt at bestemme den type analyse, man ønsker at udføre, og de påstande, man ønsker at fremsætte i forhold til sit

datasæt. Dette kan f.eks. være hvorvidt man vil give en detaljeret tematisk beskrivelse af hele ens datasæt, så læseren får en fornemmelse af de dominerende eller mest essentielle temaer. I dette tilfælde skal de temaer, der identificeres, kodes og analyseres, være en nøjagtig afspejling af indholdet i hele datasættet. Der vil i sådan en tilgang være noget dybde og kompleksitet der går tabt, men en rig overordnet beskrivelse opretholdes. Dette kan være nyttigt, hvis forskningsområdet ikke er velundersøgt, eller der ikke er mange informationer om de deltagende i empirien. En alternativ brug af tematisk analyse er at give en mere detaljeret og nuanceret beskrivelse af et bestemt tema eller en gruppe af temaer inden for dataene.

5.5.2 De seks faser i tematisk analyse

Braun og Clarke (2006) opstiller i deres tematiske analyse-tilgang en seks-faset proces, som man kan bruge som referenceramme og fremgangsmåde for udførelsen af en analyse.

Den første fase omhandler *familiarisering* med ens data. Dette indebærer at transskribere, læse og genlæse ens datasæt flere gange, mens man nedskriver sine tanker og ideer om det læste. Selvom interviewer har været direkte involveret i indsamlingen af data, og derfor allerede har en dannet sig en vis forståelse af sit data, vil det stadig være vigtigt at forholde sig nysgerrigt, åbent og bredt. Intervieweren skal derfor også søge nye sammenhænge og mønstre i analysen. Transskribering af interview skal også være så tro mod det sagte, som muligt (Braun & Clarke, 2006).

Anden fase omhandler *generering* af umiddelbare koder. Efter at have fået kendskab til ens data skal interessante udsagn kodes på en systematisk måde igennem hele ens transskribering. Alle interessante udsagn skal tildeles en midlertidig kodning. I denne kodning er det væsentligt at arbejde systematisk og give lige stor opmærksomhed til hver del af empirien, så alle interessante udsagn kan kodes. Det er vigtigt, at hvert afsnit i ens data bliver behandlet med et fokus på at kunne kode det, og først derefter sammenkoble de dele, der er kodet ens, fremfor at lede efter udsagn der passer ind i en forudbestemt kodning (Braun & Clarke, 2006).

Den tredje fase omhandler *tematisering*, hvor der søges efter temaer. Her skal de kodede udsagn transformeres til potentielle temaer, hvilke skal kunne rumme de tidligere kodede udsagn. De forskellige koder skal vurderes mhp. at kunne samles til forskellige

temaer. Nogle koder kan transformeres til hovedtemaer, andre til subtemaer og slutte- ligt kan nogle koder evt. udgå (Braun & Clarke, 2006).

Fjerde fase omhandler *vurdering* af temaer. I denne vurdering skal det undersøges, hvordan og hvorvidt de enkelte temaer kan sættes i relation til hinanden. Derfor skal temaerne først vurderes i forhold til enkelte udsagn og i forhold til de større grupperede udsagn, så der kan skabes et tematisk kort over ens data. I denne proces kan det vise sig, at der ikke er nok data til at støtte enkelte temaer, eller at to umiddelbart forskellige temaer, faktisk kan kombineres. Dertil kan det ligeledes være, at nogle temaer, som rummer mange udsagn kan deles op i flere distinkte temaer. For at nå dertil, skal man igennem to trin, hvoraf første trin er at gennemgå kodede udsagn under hvert tema for at sikre sig, at der er et synligt mønster under temaet, hvad enten det er ved at revurdere de kodede udsagns placering eller temaet i sig selv. Derefter vil man i trin to sætte temaerne i relation til hele datasættet og overveje, hvor valide de individuelle temaer er ift. både datasættet og som opbakning til forskningsspørgsmålet (Braun & Clarke, 2006).

Den femte fase omhandler *definition* af navne og temaer. I denne fase skal de enkelte temaer specificeres yderligere, indtil det er klart og tydeligt, hvad de enkelte temaer helt konkret rummer. Man skal undgå at have temaer, der er for komplekse eller brede, men i stedet forsøge at have klare, konkrete og tydelige temaer, som er meningsfulde for undersøgelsen (Braun & Clarke, 2006).

Den sjette fase omhandler *produktion* af en endelig rapport. Den samlede mængde af empiri udgør grundlaget for analysen, men det er kun enkelte dele af analysen, der fremhæves i selve rapporten. Denne fase indebærer derfor at vælge nuancerede, interessante og meningsfulde eksempler fra empirien, som relaterer sig til forskningsspørgsmålet. Den endelige rapport skal give fyldestgørende eksempler, der kan understøtte de valgte temaer og sammenhænge. Udover de enkelte udsagn og eksempler, er det vigtigt at kunne sætte disse i relation til forskningsspørgsmålet gennem metodisk og teoretisk argumentation, så forskningsspørgsmålet i sidste ende kan besvares (Braun & Clarke, 2006).

5.6 Ethiske overvejelser

I enhver situation, hvor ens empiri er afhængig af andre mennesker, hvad end det er deres holdninger, erfaringer eller andre aspekter af deres private liv, er det vigtigt at

forholde sig til de etiske problemstillinger, der kan opstå før, under og efter ens forskning. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver i denne forbindelse fire felter af usikkerhed mhp. at skabe et overblik over etiske problemstillinger.

5.6.1 Fire felter af etisk usikkerhed

De fire felter af usikkerhed er 1) informeret samtykke, 2) fortrolighed, 3) konsekvenser, og 4) forskerens rolle, som vil blive uddybet nedenfor.

5.6.1.1 Informeret samtykke

Det informerede samtykke har til formål at sikre transparens mellem forsker og undersøgelsesdeltagere. Det er derfor vigtigt at informere om ens overordnede formål, væsentlige træk i designet og hvilke risici og fordele, som deltagelse i ens undersøgelse kan have. Herudover skal det sikres, at deltagerne har forstået, at deltagelsen er frivillig og derfor har de også ret til når som helst at trække sig ud af undersøgelsen. Man kan tale om en briefing for deltagerne, hvor de udover allerede nævnte aspekter også skal informeres om, hvorvidt undersøgelsens resultater offentliggøres og hvem der har ret til materialet (Kvale & Brinkmann, 2015).

5.6.1.2 Fortrolighed

Dette område omhandler, at man som forsker skal være klar i sine aftaler med deltagerne om, hvad man bruger sin empiri til. Heri er det vigtigt at understrege for deltagerne, hvorvidt ens data anonymiseres så deltagerne ikke kan identificeres. Dette dilemma rækker også udover forskerens evne (Kvale & Brinkmann, 2015). For eksempel kan en forsker anonymisere navne, aldre, stednavne etc., men beskrivelser af holdninger og oplevelser vil stadig potentielt kunne genkendes af folk, der kender deltagerne. Det er derfor også vigtigt at understrege, at deltagerne også har overvejet, hvilken information de bidrager med, og hvordan de selv kan være med til at bevare denne fortrolighed.

5.6.1.3 Konsekvenser

Det skal i alle kvalitative undersøgelser overvejes, hvilke konsekvenser deltagelse kan have. Dette indebærer både mulige skader eller fordele. Kvale og Brinkmann (2015) omtaler *beneficence* eller tilgodesende, hvilket indebærer, at man som forsker skal sørge for, at risikoen for skade er så lille som mulig. Det er derfor forskerens ansvar at reflektere over og italesætte de mulige konsekvenser, der kan være for deltagerne. I gruppeinterview er der endnu flere usikkerheder der skal overvejes, da man som

forsker, ikke har kontrol over, hvad ens deltagere bruger andres ytringer i gruppen til. Det er derfor vigtigt at skabe en gensidig forståelse og aftale de rammer, der er for deling af sensitiv information. Forskeren skal derfor også italesætte de konsekvenser, der kan være for f.eks. den gruppe, som en deltager evt. repræsenterer - dette kan både være profession, køn, alder, etnicitet etc.

5.6.1.4 Forskerens rolle

I forskningen har selve forskeren også en betydelig rolle, som er afgørende for kvaliteten af den indsamlede empiri og de etiske beslutninger, der tages. Forskerens rolle består også af vedkommendes moralske integritet og evne til at udvise empati, sensitivitet og engagement i interviewet. Det er væsentligt, at forskeren har en så nøjagtig viden om forskningsfeltet som muligt, så kvaliteten også kan sikres. Forskeren skal også tilstræbe at skabe rammen for, at den viden der produceres i interviewet, kan være repræsentativ for det område, der forskes i. Forskeren skal også have øje for, hvilken dynamisk rolle, forskeren indirekte indtager i en interviewsituation. Forskeren skal både styre retningen, skabe åbenhed og tryghed, samt bidrage med spørgsmål, som kan give afkast. I gruppeinterviewet skal forskeren ligeledes være opmærksom på dynamikkerne mellem deltagerne.

5.6.2 Etiske spørgsmål i syv forskningsfaser - implementering i specialet

I forbindelse med de fire felter af etisk usikkerhed, inddeler Kvale og Brinkmann (2015) forskningen i syv faser, hvad angår etiske spørgsmål. De ovennævnte overordnede felter indgår i denne opdeling. Jeg vil her under hver fase præsentere Kvale og Brinkmanns beskrivelse og derefter forholde mig til, hvordan disse overvejelser implementeres i specialet.

5.6.2.1 Tematisering

Den første fase er *tematisering*, som omhandler formålet af ens forskning. Kvale og Brinkmann (2015) argumenterer for, at man ikke kun skal opsøge viden for videns skyld, men at man i sin tematisering skal overveje, hvordan ens forskning kan bidrage til en forbedring af den menneskelige situation, som man vil undersøge.

For specialets vedkommende, ønskes det at undersøge lægmandsforståelser af angst, mhp. at undersøge, hvorvidt denne forståelse kan skabe muligheder for forbedring af interventioner og antistigmatisering, samt at undersøge, hvorvidt lægmandsforståelser lider af negative forestillinger om angst, samt hvilke implikationer det kan have.

5.6.2.2 Design

Dette aspekt omhandler, at man som forsker skal indhente deltagernes informerede samtykke til deltagelse i ens forskning. Man skal dertil også sikre fortrolighed og overveje, hvorvidt og hvilke konsekvenser der kan være for deltagernes deltagelse (Kvale & Brinkmann, 2015).

For specialets vedkommende har alle deltagere underskrevet en samtykkeerklæring, hvori undersøgelsens overordnede formål fremgår, samt information om anonymisering, frivillig deltagelse og ret til at tie eller forlade interviewet uden konsekvens (bilag 1).

5.6.2.3 Interviewsituation

Her omhandler det at have for øje, hvordan der kan tages hensyn til deltagernes personlige konsekvenser ved at deltage. Dette kan f.eks. være ændringer i selvopfattelse eller oplevelse af nervøsitet under interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015).

For mit vedkommende har jeg ved starten af interviewet briefet deltagerne mhp. at rammesætte interviewets form og tidshorisont, samt at informere dem om personlige konsekvenser. Mine overvejelser har bl.a. været, at deltagerne vil kunne opleve en nervøsitet eller ubehag ifm. interviewet, da de vil blive spurgt ind til noget, de har en begrænset viden om. Dertil har jeg opfordret deltagerne til kun at dele dét, som de er trykke ved, at de andre deltagere får indblik i. I interviewsituationen har jeg redegjort for min tavshedspligt, men da deltagerne ikke er underlagt samme, har jeg opfordret dem til ikke at dele andres personlige udtalelser udenfor interviewrummet (bilag 3+4).

5.6.2.4 Transskription

Denne del omhandler, at man som forsker skal beskytte deltagernes fortrolighed. Dette består både af en anonymisering af deltagerne, men også af at man transskriberer loyalt over for deltagerne, så man ikke misbruger deres deltagelse og udsagn (Kvale & Brinkmann, 2015).

Deltagerne i interviewene har vilkårligt fået tildelt bogstaver fra A til E og tallet 1 eller 2 for at indikere, hvilken gruppe de var med i. Således er der sikret en anonymitet af deres identitet i transskriptionen. Dertil vil navne på andre personer deltagerne nævner også anonymiseres.

5.6.2.5 Analyse

I analysen er det vigtigt for forskeren at overveje, hvor dybe fortolkninger man kan foretage, og hvorvidt ens fortolkninger skal verificeres eller afhøres af den enkelte deltager, så man er sikker på, at man har en fællesforståelse og ikke overfortolker (Kvale & Brinkmann, 2015).

Forud for analysen har jeg grundigt overvejet mine interviewspørgsmål, således at de refererer tilbage til problemformuleringen. Fortolkningerne skal derfor også være velbegrundede og have empirisk støtte i form af fulde udtalelser fra transskriptionen.

5.6.2.6 Verifikation

I rapporteringen af ens indsamlede empiri og viden, er det væsentligt at være sikker, og at verificere så meget som muligt. I den anledning er det væsentligt at forholde sig til, hvor kritisk man kan udsperge en deltager mhp. bl.a. uddybning og klarificering (Kvale & Brinkmann, 2015).

I løbet af interviewene har jeg spurgt ind til enkelte udtalelser, hvis jeg i det øjeblik har tænkt, at det kunne være spændende at udforske yderligere mhp. besvarelse af forskningsspørgsmålet.

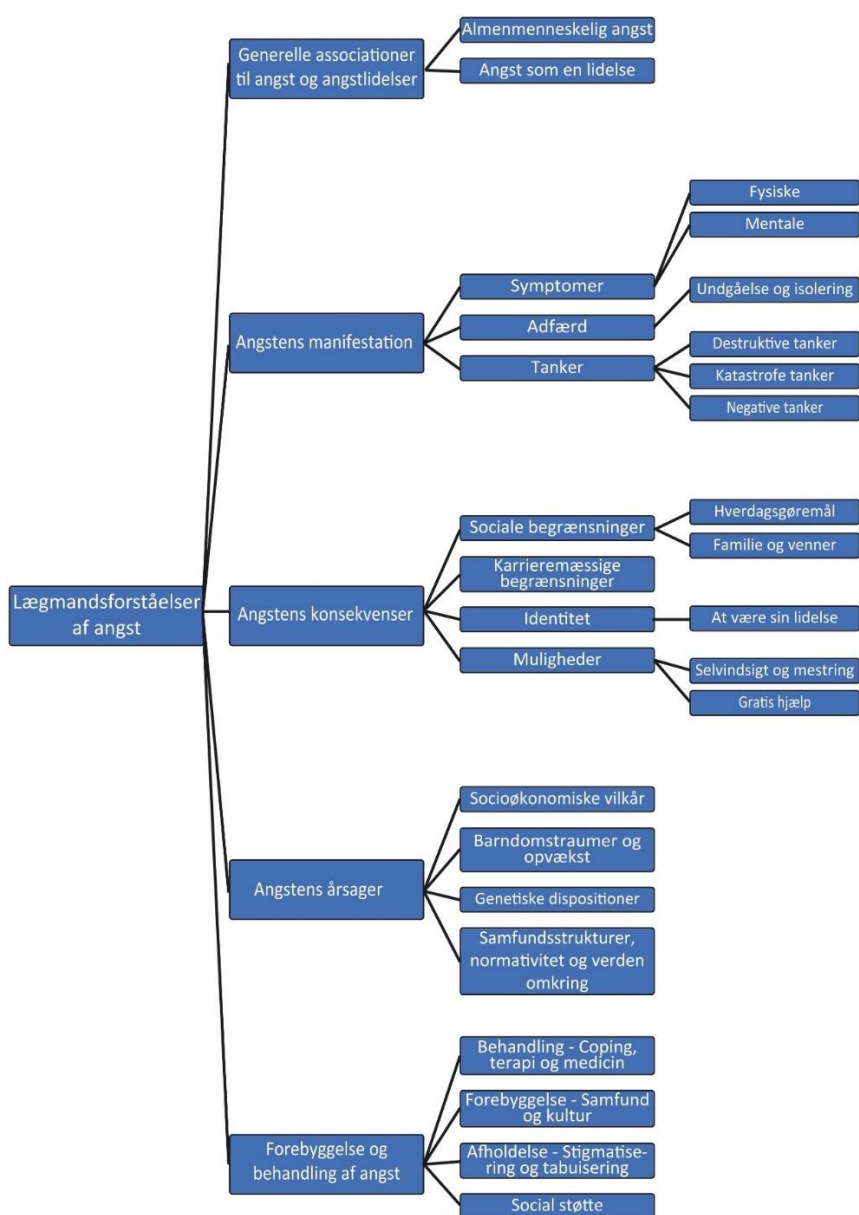
5.6.2.7 Rapportering

I offentliggørelsen af ens forskningsmæssige arbejde, er det igen vigtigt at sikre fortroligheden af ens deltagere, men også overveje hvorvidt ens forskning, herunder analyse og konklusioner kan have konsekvenser for de enkelte individer man undersøger eller den gruppe de muligvis repræsenterer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det har for mig været vigtigt at samle de forskellige udsagn og temaer til ét hele. På den måde har jeg forsøgt ikke at udpege eller udstille én deltagers udsagn eller holdninger, så min analyse, diskussion og konklusion kan spores tilbage til én person. Det er klart, at deltagere i interviewet, der senere skulle læse specialet, vil have en god sandsynlighed for at kunne genkende sig selv i analysen, hvorfor det også er vigtigt at have for øje, hvordan de enkelte deltagere præsenteres i rapporteringen.

Kapitel 6. Analyse

Analysen er bygget op med fokus på fem hovedtemaer, der alle giver indsigt i lægmandsforståelser af angstlidelser. De fem hovedtemaer er hhv. 1) generelle, umiddelbare associationer til betegnelsen angstlidelse, og dernæst 2) angstens manifestationer, 3) angstens konsekvenser, 4) angstens årsager, samt 5) forebyggelse og behandling af angst. Indenfor hvert af disse hovedtemaer er der også identificeret en række undertemaer, hvor der for enkelte undertemaer ligeledes er defineret en række mindre temaer. Se figur 1 for overblik over analysens temaer.



Figur 1: Temaer i analysen

Det første tema omhandler 1) lægmændenes umiddelbare associationer til betegnelsen angstlidelse, dvs. hvad de forbinder hermed. De næste tre temaer omhandler 2) lægmændenes tanker om angstlidelsers manifestation og symptomatologi i form af adfærd og tanker, 3) angstlidelsers konsekvenser, herunder både begrænsninger og muligheder, 4) årsager og ætiologi, herunder forskellige årsagsforklaringer på udviklingen af angst, samt tilbøjeligheden til at udvikle en angstlidelse. Sidste tema omhandler endeligt 5) hvilke behandlings- og forebyggelsesmetoder lægmændene mener har en effekt på angstlidelser, samt hvilke tanker de har om hvad der afholder folk fra at søge hjælp, og hvordan man kan støtte folk i at søge hjælp.

Analysefundene eksemplificeres løbende med inddragelse af udsagn fra de to gruppeinterviews. De inddragede eksempler er redigerede så deltagerens anonymitet er sikret, og derudover er uddragene skrevet non-verbatim, så kun meningsindholdet er præsenteret. Hvert uddrag henviser til et bestemt interview og et bestemt udsagn, som er nummeret, som det fremgår af interviewtransskriptionerne. Således henviser (G2, 3) til tredje udsagn i gruppeinterview 2 (se bilag 3+4). I analysen indgår udsagn fra samtlige deltagere.

6.1 Generelle associationer til betegnelserne angst og angstlidelse.

Angst og angstlidelser adskilles umiddelbart på en række dimensioner af deltagerne, herunder bl.a. hvorledes de kommer til udtryk og hvilke konsekvenser de medfører. Alle ser angst som noget alle kan føle, mens angstlidelse særligt differentieres på karakteristika som frekvens og varighed af anfald og konsekvens heraf. Eksempler der illustrerer sådanne forståelser og differentieringer er:

”Jeg tænker, at alle mennesker kan være angst en gang i mellem. Vi lever jo mange liv på en måde i løbet af hver dag. Der sker vildt meget, og man kan sagtens have en angstoplevelse, eller noget der også kunne tendere til at være et angstanfald, hvis man virkelig er ude for noget vildt. Men angst(lidelsen)en er nok i mit hoved eller i mine ører der hvor det har en tydelig negativ påvirkning på ens liv og at det er ofte eller en længerevarende periode, hvor man er udsat for de her anfald også på en eller anden systematisk facon.” (G2, 16)

”Hvor jeg ligesom betragter angst som en tilstand alle kan opleve, så når der kommer lidelse på som en endelse - Det får en anden klang. Ikke noget man bare lider af, men også under.” (G1, 6)

”Jeg tror jeg sådan i mit hoved, at en angstlidelse, der får du nogle anfald, at man er bange hele tiden.” (G2, 4)

”Jeg vil forbinde det i sammenhæng med at man er ekstremt bange for noget, men at man er så bange at det går udover ens hverdag på den måde.” (G1, 9)

Nogle kommer dog også til at banalisere forskellen mellem angst og angstlidelse, når man betragter hvad der forbindes med angst:

” Forskellen på en angstlidelse og så at have nogle af de symptomer der er, hvis man har angst. At hvis man bare ikke lige gider tage ud i dag, man ikke lige har overskud til at være sammen med alle mulige mennesker - det kan alle føle en gang i mellem... så bliver det bare opskaleret alt efter hvor meget angst man har, eller hvor slemt det er... Så kan man jo sige, at så er der måske et punkt, hvor der er noget, der er meget almindeligt for mennesker... ”nu er mit sociale batteri lavt” ... Hvor hvis man så har angst, så har jeg da i hvert fald en idé om, at så er det enten sådan noget, der er amplified helt vildt...” (G2, 7)

”Jeg tror, at jeg har fået sådan en meget illustrativ forståelse af angst eller en angstlidelse og et angstanfald, som værende perioder, hvor man ikke kan finde ro, om det er fysisk eller psykisk. At man ligesom får en oplevelse, som man egentlig ikke kan slippe fra, men som man føler ikke hører hjemme nogle steder” (G2, 3)

I sidste fremdragne citat ses også, at den angstlidendes vished omkring det upassende i reaktionen også overvurderes.

6.2 Angstens manifestation

I lægmændenes tanker om angstens manifestation, kunne der skelnes mellem symptomer, adfærd og tanker hos folk med angst, hvorfor disse adskilles herunder.

6.2.1 Symptomer

I spørgsmål om, hvordan lægmændene tænker, at angst kommer til udtryk, svarede størstedelen af deltagerne, eller var enige med de andre deltagere i, at angst kommer til syne i form af fysiologiske symptomer, som hjertebanken, sved og hyperventilation.

” ...der er noget med noget hjertebanken og der er givetvis noget kold-sved og åndenød... som sætter sig meget fysisk.” (G2, 20)

Angstens fysiologiske og psykologiske dimensioner og deres reciprokke forbundethed udtrykkes af en deltager, der beskriver, at ens fysiske symptomer kan påvirke en følelsesmæssigt og omvendt:

”... at svede... også åndedrættet... Man kan begynde at trække vejret for hurtigt. Det påvirker også ens psykiske tilstand, fordi man får mindre ilt til hjernen... Det der med, at det taler ind i hinanden det fysiske og psykiske. Sådan fordi man også følelsesmæssigt reagere på de fysiske symptomer...” (G1, 49)

6.2.2 Adfærd hos angstramte individer

Spurgt ind til, hvilken adfærd angstramte individer har, udtrykker deltagerne en konsensus om, at angst påvirker adfærd. Deltagerne beskriver en undgåelsesadfærd, hvor de mener, at angstramte individer forsøger at holde sig væk fra situationer, hvortil angst er relateret, f.eks. sociale situationer.

”Specielle situationer, man er inviteret til en fest. Så lader man bare være med at komme. Kan jeg forestille mig er en del nemmere end at skulle forholde sig til den angst man har omkring sin situation” (G1, 59)

Ligesom ovenstående citat, der omhandler en social betinget angst, nævner en anden deltager, noget der kan minde om en fobisk frygt for sygdomme, og hvordan denne fobi skaber undgåelse hos det angstramte individ:

”Ligesom hvis du siger om sygdomsangst, at man isolerer sig og ikke kommer udenfor. Det er en generel tilbagetrækkethed... jeg tænker mange af de situationer er på en måde sociale.” (G1, 66)

6.2.3 Tanker hos angstramte individer

Spurgt ind til, hvilke tanker angstramte individer har, beskriver deltagerne generelt tanker, der relaterer sig til bekymring og frygt for ens angst. De beskriver, at angsten medfører negative og destruktive tanker, og hvad der i følgende citat kan forstås som katastrofetanker:

”Ifm. med eksamensangst, tænker jeg de nok kommer til at tænke ’hvis jeg siger noget forkert’; eller jeg siger sådan her og de tænker sådan og sådan. Jeg tror de kører ud og ud sådan virkelig langt.” (G1, 71)

Deltagerne beskriver også angsten som værende en mental tilstand, der holder det angstramte individ låst fast i sin angst, og drukner individet i ængstelige tanker, samt at angst for angsten i sig selv kan være skadende.

”Jeg tror en person med angst har svært ved at forholde sig til at komme væk fra angst. Man er låst fast inde i angsten. Man har måske tanker der er destruktive mod en selv... negative tanker i hovedet tit” (G1, 69)

”Men der er vel også rigtig meget sådan psykisk, det der med at man sidder lidt fast i sit hoved og drukner i alle de her tanker” (G1, 43)

6.3 Angstens konsekvenser

Spurgt ind til, hvilke konsekvenser, herunder begrænsninger og muligheder, det har for angstramte individer, har deltagerne lettest ved at tænke på, hvordan angst begrænser. I begge interviews var der overordnet tre former for begrænsninger, hhv. sociale og karrieremæssige begrænsninger, samt identitetsmæssige udfordringer. Deltagerne diskuterede dog også, hvorvidt der ville være nogle muligheder, som folk med angst kunne opleve.

6.3.1 Sociale begrænsninger

I løbet af interviewet er det kommet til syne, at deltagerne anser sociale situationer som potentielle triggere for angst. Undgåelsesadfærd, som blev beskrevet af en deltager, gør sig også gældende i den kontekst, der omhandler begrænsninger. En deltager fortæller, hvordan han mener, at det kan have betydning for, at individer med angst vil have sværere ved at etablere et socialt netværk, få venner og klare sig på en uddannelse.

Dertil beskriver han også, at det kan være svært at finde en partner, hvilket de andre deltagere skabte konsensus omkring.

”Det kan skabe sociale begrænsninger. Man tør ikke komme ud til sociale arrangementer eller få kammerater i skole, uddannelse... Det kan være svært at få en kæreste” (G1, 87)

6.3.2 Karrieremæssige begrænsninger

Deltagerne nævner ligeledes, hvordan de sociale begrænsninger også kan gøre sig gældende i en karrieremæssig sammenhæng. For eksempel beskriver nogle af deltagerne, at det kan være svært at have et arbejde, hvor man skal interagere med andre mennesker, eller at det generelt set kan være svært at få et job, fordi hele situationen kan være angstprovokerende.

”Sociale konsekvenser kan man være enormt bange for, og derfor kan man blive tvunget ud i nogle situationer, du ikke har lyst til at være i. Det kan også være svært at have et arbejde, tænker jeg, hvis det er et arbejde, hvor man møder fremmede mennesker, hvis man er nervøs for sådan noget” (G2, 50)

6.3.3 Identitet

Flere af deltagerne beskriver ligeledes, hvordan identitetsmæssige markører kan influere ens angstniveau. For eksempel, hvis en person falder udenfor, hvad en deltager kalder et normalspektrum, vil dette kunne betyde, at dette individ føler sig forkert. Deltageren beskriver, hvordan individer med angst kan tvinge sig igennem angstprovokerende situationer for netop at passe ind i en social kontekst.

”Jeg tænker også, at der er meget slid i at være angst, og det er også min intuitive forståelse, at det kommer i nogle anfald og at det ligesom er noget man bliver overvældet af, men jeg kunne forestille mig, at der er rigtig mange, der har angstlidelser, der tvinger sig igennem de her ting, de måske godt ved kan være udfordrende for dem for at falde ind for et normalspektrum” (G2, 57)

Ligeledes beskriver en anden deltager, at etnicitet og seksualitet kan have betydning for oplevelse af diskrimination på baggrund af ens egen person. Denne frygt for at

falde udenfor eller blive anset som unormal eller forkert, kædes sammen med risikoen for at opleve angst.

” ... bange for at blive diskrimineret på noget udtryksmæssigt som person, eller noget du gør eller noget du er. F.eks. at være heteroseksuel og opfører sig på en meget ikke-hetero eller kønsnormativ, seksuel normativ.” (G1, 142)

6.3.4 Muligheder

Spurgt ind til muligheder, var deltagerne generelt set mere tøvende om at forsøge på at formulere noget. En af deltagerne beskrev, at det var en fordel, hvis man havde været angst for Covid-19, da man derfor blev væk fra andre mennesker og dermed havde mindre risiko for at blive smittet. Det blev dog diskuteret, hvorvidt dette var en mulighed, eller en begrænsning, da disse individer blev socialt hæmmet. En anden deltager beskrev, hvordan angst i sig selv ikke er en mulighed for noget positivt, men at man gennem angst og behandling kan opnå en større selvindsigt og en respekt for andre mennesker, der lider.

”Jeg tror ikke, at det som sådan har noget positivt med sig at være i at have en angstlidelse, men hvis man går igennem et konstruktivt terapiforløb og finder ud af, hvad måske kilden er, og hvordan man bearbejder de her tankestrømme, så tænker jeg, at man har noget mestring af sig selv med derfra på en måde, men også på en måde en forståelse og en empati for, hvad en, nu kalder jeg det en mindre sindslidelse, men nogen af de her måske mere almindelige sindslidelser, de har med sig og hvilke mennesker, der lever de liv, der har dem.” (G2, 71)

En anden deltager beskriver ligeledes denne selvindsigt som noget positivt, da han mener, at individer med angst kan lære dem selv bedre at kende og sætte grænser for sig selv, da de kender alvoren af at få overskredet deres egne grænser:

” ... man bliver bedre til at kende sine grænser. Man bliver bedre til at sige fra eller blive opmærksom på sig selv. Man bliver bedre til at mærke efter om man kan holde til ting... Man får en form for mere skærpet følelsesliv.” (G1, 91)

Der er i begge interviews bred enighed om, at de ovenstående udtalelser er repræsentative for, hvilke positive konsekvenser angst kan have, men samtidig er der ligeledes bred enighed om, at det overordnet set ikke er mere positivt end at være foruden angst. En deltager beskriver f.eks., at en fordel ved at have en angstlidelse og henvises til psykolog er, at man på den måde kan få talt ud om eventuelle andre situationer i ens liv.

”Man får da sikkert også alt muligt hjælp... du kan komme gratis til psykolog og alt muligt, eller få tilskud til det... Du får alt mulig hjælp og skulle du så have en skavank ved siden af, så kan man jo så få hjælp til det i den time der. Nu sidder man der jo” (G2, 70)

6.4 Angstens årsager

Deltagerne blev spurgt ind til, hvad de tænker, at der forårsager angst, hvortil det var tydeligt, at deltagerne mente, at der er mange forskellige faktorer, som kan være svære at identificere på et generelt plan, og begge interviewgrupper diskuterede ligeledes tilbøjeligheden til at udvikle angst. I begge interviews opridsede deltagerne mange faktorer, som de mener kan være årsagsforklarende for angst. Disse årsager kan inddeles i fire hovedområder, hhv. 1) socioøkonomiske vilkår, 2) barndomstraumer og opvækst, 3) genetiske dispositioner, samt 4) samfund og kultur.

6.4.1 Socioøkonomiske vilkår

En af deltagerne mener, at det simple svar er, at børn i resourcesvage familier er dem, der er mest eksponerede og mest tilbøjelige til at udvikle angst og andre diagnoser pga. deres socioøkonomiske vilkår. Deltageren mener ligeledes, at det altid er et spørgsmål om arv og miljø. På tværs af begge interviews er der enighed om, at socioøkonomiske vilkår er en faktor, men de fleste mener ikke, at det er en kausal faktor for angst.

”... det nemme svar det vil være at sige, at det er resourcesvage børn og børn i resourcesvage familier, som er mest eksponerede og har en højst risiko for at udvikle eller få en medfødt diagnose af en eller anden slags. Simpelthen bare fordi alt er værre... statistisk set har du det vel grundlæggende værre, jo længere nede på indkomststigen du er.” (G2, 96)

En anden deltager tilføjer en dimension om børns personlige træk, der kan have afgørende betydning for, hvordan de behandler indtryk i skolen, og ligesom de andre i interviewet deler han ideen om, at forældres socioøkonomiske vilkår kan have betydning for angst.

”Eller familier, der ikke er lige så godt stillet... Og barnet i skolen. Hvordan møder de andre børn og hvordan påvirker det deres dagligdag. Eller at deres forældre ikke er så godt stillet. Så bare de vilkår man nu er født ind i kan påvirke det” (G1, 141)

6.4.2 Barndomstraumer og opvækst

I begge interviews var der bred enighed blandt deltagerne om, at barndomstraumer og opvækst har en betydning for udviklingen af angst. De fleste af deltagerne beskriver, at de anser oplevelser og begivenheder i ens liv som afgørende for, om man får en angstlidelse. En af deltagerne beskriver, at angst kan opstå som følge af en kaskade af begivenheder i ens liv, og attribuerer både barndom og genetik til at få en angstlidelse. Dertil beskriver han, hvordan han mener, at alle kan få en angstlidelse eller angstsymptomer, hvis de eksponeres for noget særligt voldsomt. En anden deltager beskriver, at angst ikke er noget, der pludselig opstår på baggrund af én enkelt ting, men at det kan ske som følge af nedture i livet, som pludselig er så overvældende, at det skaber angst.

”Jeg tror, at jeg tænker meget på det som værende meget sammenligneligt med at få en depression. Det der med, at det måske er mere en kaskade af begivenheder i ens liv, der forstærker nogle symptomer, man har til at starte med, som måske bliver til en tilstand eller en lidelse efter noget tid. Jeg tror der helt sikkert er noget i forhold til, hvor eksponeret man er for det. Som menneske på baggrund af arvemateriale og barndom og sådan noget. Men jeg tror egentlig, at hvis man var voldsom nok ved ethvert menneske, så tror jeg nok der skulle komme et eller andet angstsymptom, angstlidelsessymptom op i dem” (G2, 84)

”Det er ikke en enkelt ting. Måske har man oplevet nedture eller uheldige episoder der gør at man går hen og får angst. Jeg tror ikke det pludselig sker. Nogle nedture som alle oplever. Så slår det pludseligt klik og går i en forkert retning” (G1, 116)

To af deltagerne beskriver, hvordan de mener, at ens egne forældres opdragen og adfærd kan have betydning for ens egen angst. De formulerer begge en sammenhæng mellem at have været eksponeret for en bestemt adfærd i barndommen, og hvordan dette skaber associationer senere hen i livet. Den ene deltager beskriver, at han mener, at forældre der har vist en bestemt adfærd mod f.eks. hunde, vil have betydning for hvorledes barnet opfatter hunde som rare kæledyr eller som angstinducerende. Deltageren beskriver ligeledes, at han attribuerer opvækst højere end genetik.

”Den ene vokser op med en hund, og den anden med en mor der er bange for hunden... Hun viser en adfærd om at du skal være bange for det her dyr, hvor de andre forældre vil vise, at hunde de er kæledyr fremfor noget du skal være bange for. Jeg tror det handler mere om opvækst fremfor hvordan du er genetisk opbygget. Det er noget der udvikles med tiden.”
(G1, 116)

Betydningen af forældres adfærd og opdragen af barnet eksemplificeres ligeledes af en anden deltager. Denne deltager forbinder eksplicit forældres ængstelighed med barnets tilbøjelighed til at udvikle angst, og mener ligeledes, at forældres skilsmisse og måden denne har foregået på, kan forstærke de komponenter af angsten, som han mener man kan nedarve.

”Er det barndomstraumer måske? Jeg ved ikke, om man kan være født med en mental sygdom. Måske er det nedarveligt. Det kan være, at man kan arve lidt af alt muligt. Det er jo altid arv og miljø. Men det kan være, at det bliver forstærket. Måske bliver man bange fordi man har skilte forældre, eller forældre der skændes helt vildt... og så bliver man lige pludselig bange for omverdenen som barn. Og hvis man i forvejen har forældre, der kunne være lidt ængstelige... så kan det være at det bliver forstærket på den måde.” (G2, 74)

Deltagerne er enige om, at traumer eller voldsomme oplevelser i barndommen kan sætte sig i kroppen. To af deltagerne beskriver selv personlige oplevelser, hvor de har oplevet noget, der for dem har været traumatisk, og hvordan det påvirker dem nu. Begge deltagere har let ved at genkalde disse episoder, og den ene fortæller, at hans involvering i en bilulykke som barn har gjort, at han får fysiske symptomer og skærpet fokus, hvis han sidder i en bil, der bremser op. Den anden deltager beskriver, at han

oplever, hvad der kan beskrives som araknofobi, fordi han som barn havde en traumatisk oplevelse med en fugleedderkop i en zoologisk have, hvor han følte, at hans grænser blev overskredet, og at han ikke blev lyttet til af sine forældre. En tredje deltager beskriver, hvordan dødsfald i familien kan gøre, at man selv bliver bange for at dø eller miste folk omkring sig. En fjerde deltager eksemplificerer sammenhængen mellem traumer og senere angst, og fortæller ligeledes, at han mener, at man som ung har en større sårbarhed for at udvikle angst end når man er ældre.

”Måske når man var mindre, var man i en togulykke og senere i livet får man en frygt for at køre i et tog... hver gang man vil ind i et tog eller ser et tog så får man et angstanfald... Man har nok en sårbarhed som yngre end når man er ældre” (G1, 119+123)

6.4.3 Genetiske dispositioner

Genetiske og evolutionære aspekter ved angst blev også drøftet blandt deltagerne i begge grupper. Deltagerne nævnte bl.a., at der måske er forskel på ens DNA, gener, køn og personlighed, der gør, at man håndterer stimuli på forskellige måder og responderer forskelligt, således, at det kan være forskelligt fra person til person, hvad der kan blive til et traume eller ej.

”... man kan begynde at tænke lidt i, at der måske godt kan være nogle forskelle på hvordan forskellige gener, forskellige køn og forskellige alt muligt håndterer det i den situation, og hvad der bliver det til et traume” (G2, 83)

Deltagerne beskriver ligeledes, at der er en genetisk sammenhæng mellem hvorvidt ens forældre har haft angst, og om man selv er sårbar for at udvikle det. En af deltagerne beskriver, at han ikke tænker, at man er født med angst, men at man gennem sin genetik og arv kan have en skrøbelighed, og vedkommende fortæller samtidig, at han tænker, at angst også kan være tilfældig.

”Altså jeg synes at jeg har hørt at der er noget i ens arvemasse... Sådan der ikke at man arver eller der står angst i din dna-kode, men at det er noget som flere i din familie har haft før og det går generationer tilbage... jo det ligger måske i arvemasse. Ikke at man har det fra man bliver født. Men at man er mere skrøbelig... det kan også godt være tilfældigt” (G1, 151)

To af deltagerne beskriver, at angst og stress er noget mennesker som art udvikler sig hen imod at modstå eller eliminere.

”Der er bare noget i forhold til genetikken... jeg har læst noget om bl.a. hvordan at stress rent genetisk. Altså at man så at jo længere hen man kom, jo mindre stressede kunne befolkningen på sigt blive... At man har lettere ved at modstå stress” (G1, 154+158)

” ... sådan evolutionært, så giver det god mening. Jo mere menneskeheden ligesom udvikler sig... sådan darwinistisk evolutionsteori, så vil de genetiske faktorer der måske, måske ikke er determinerende for at man udvikler angst, det er noget der forsvinder, fordi inferior genes” (G1, 163)

6.4.4 Samfundsstrukturer, normativitet og verden omkring

Omkring halvdelen af deltagerne attribuerer ligeledes eksplicit samfundsstrukturer som en medierende faktor for udvikling af angst. En af deltagerne fremhæver, hvordan strukturelt pres i form af vores uddannelsessystem skaber større forventninger til unge.

”Der er nogle samfundsmæssige ting, der kan forårsage det... den måde vi har indrettet vores uddannelsessystem på, hvor man hele tiden fremskynder unge til at skulle klare sig højere og bedre. Ens fremtid bliver mere afhængig af hvor godt et karaktersnit man får. Det er en tikkende bombe under den generation, hvis man hele tiden konfronterer dem med deres livsmuligheder i en meget ung alder.” (G1, 139)

Samme deltager udtrykker ligeledes, hvordan globale kriser og omstændigheder har indflydelse på ens tanker og bekymringer. Deltageren forbinder emner som klimakrise, verdenskrig og økonomisk kollaps som værende influerende på, at folk er bekymrede for deres livssituation.

”... også ting på globalt plan, der påvirker en fucking meget. Udsigten til at leve i en verden hvor klimakrise eller frygten for total kollaps og verdenskrig... Der sker store ting, der er svære at relatere til direkte.” (G1, 147)

Flere af deltagerne mener, at identitetsmarkører som personlighed, køn, seksualitet og andre former for udtryk, samt faglige og socioøkonomiske præstationer har indflydelse

på folks angst. En af deltagerne taler om normative forventninger, idealer og gennemsnitspersoner, som særligt unge identificerer sig selv med. Han mener, at bl.a. 12-talspiger får opmærksomhed i den offentlige debat, mens andre personer med andre vilkår eller udfordringer får mindre opmærksomhed i den offentlige debat.

”... de skyggesider man har, hvor godt passer de ind i nogle af alle de her normative forventninger vi har... Der tror jeg, at der er nogle former for angstsygdom, der er mere fremhævet i samfundsdebatter. Man ser jo meget om 12-tals-piger, men der måske også nogle andre, der bliver nedspillet fordi det er mindre i friktion med den gennemsnitsperson eller normative forventninger man har til hinanden.” (G2, 133)

6.5 Forebyggelse og behandling af angst

Den sidste del af interviewene omhandlede forebyggelse og behandling, hvilke tanker deltagerne har omkring angstramtes eventuelle afholdelse fra at søge hjælp, samt hvordan deltagerne mener, at man kan støtte angstramte i at søge hjælp.

6.5.1 Behandling - Coping, terapi og medicin

Spurgt ind til forebyggelse og behandling, beskriver deltagerne overordnet tre distinkte områder. De fleste af deltagerne præsenterer overvejelser omkring copingmekanismer eller -strategier til, hvordan man kan holde sin angst i skak, f.eks. under et angstanfald.

”... man skal have sådan en teknik, ikke? Det kan være man finder et punkt i værelset, man kan fokusere på, fokusere på vejrtrækning. Det skulle hjælpe en eller mindske det.” (G1, 191)

”du kan nok godt behandle det, hvis du finder nogle metoder hvor du kan cope med det på. Jeg ved ikke om du kan forebygge det, men hvis du ved du har angst for noget, så kan du måske tænke eller gøre noget for at bekæmpe den angst.” (G1, 190)

En deltager beskriver, at det kan være svært at forebygge noget, hvis man ikke kender sine grænser. Han skelner derfor mellem at forebygge udviklingen angst og at forebygge angstanfald for folk med angstlidelser.

”Jeg tænker man ikke kender sine grænser før man har nået dem... hvis du forebygger folk inden de har fået symptomer, så går du jo rundt og

forebygger med fløjlshandsker på. Jeg tænker det er noget man kan forebygge, når man har udviklet det... strategier eller mekanismer, der gør at man kan cope.” (G1, 201)

Der er bred enighed hos deltagerne om, at terapi kan behandle angst, og de anser terapi som den bedste enkeltbehandling for angstlidelser. Deltagerne er mest bekendte med eksponeringsterapi, og beskriver deres forståelse af denne terapiform som en metode, hvor man under kontrollerede betingelser bliver eksponeret for den ting man er bange for, så man kan skabe nye, ufarlige associationer.

”Exposure therapy... hvor man gradvist bliver eksponeret for ting man er bange for... starte ud med nogle simple trin. Sætte dig i ubehagelige situationer og indse, at det er ikke så slemt som jeg gik og troede. Jeg tror godt, at man i nogle situationer kan behandle det med det.” (G1, 208+210)

” Hvis det er at man, hvis man nu får vendt de tanker man har, de tanker man har bygget op om en given situation eller ting. Så kan man måske få en succesoplevelse med noget. Man har måske tvivlet på sig selv i end ond cirkel. Så får man brudt et led i den kæde.” (G1, 195)

”Det der med at man roligt møder det man har angst for. At man bliver udsat for det på en sikker måde, uden at overskride noget” (G1, 191)

En enkelt af deltagerne nævner en anden terapiform, metakognitiv terapi, og fortæller desuden, at han har denne information fra sin kæreste, der læser psykologi. Han beskriver sin forståelse af denne terapiform som en metode, hvor man får flyttet sin bevidsthed og tankestrømme væk fra dårlige systemer.

” ... som jeg forstår det, så er det måske sådan noget meta-kognitiv terapi og sådan noget, der kan gå ind og arbejde med det her, hvor man har en opfattelse af hvor ens bevidsthed er, og så kan man lære nogle redskaber med, hvordan flytter man den, og det kunne jo f.eks. være væk fra irrationelle tankestrømme, som ligesom tager en i nogle dårlige systemer.” (G2, 143)

Flere af deltagerne nævner, at de tror, at piller, navnlig lykkepiller, kan bruges til at behandle angst. Nogle af deltagerne nævner, at de kender folk, der er kommet i

psykiatrien og beretter om en oplevelse af at stå på egne ben med nogle piller i hånden. Dette scenarie ser deltagerne i det pågældende interview ikke som frugtbart, og som et tegn på, at individuel diagnose og behandling ikke er øjensynlig. Ingen af deltagerne mener, at medicin kan stå alene eller skal bruges som første skridt mod behandling, men derimod som supplement til terapi.

”Jeg tror i forhold til det med medicin. Det er selvfølgelig en måde man kan behandle på, men det er måske sidste skridt. Fordi f.eks. lykkepiller. Det er jo satme en dum en at komme ud i. Så er det bedre at snakke med en psykolog eller terapi.” (G1, 216)

”Men der er sikkert også nogen, der har det så slemt, at de skal tage medicin...” (G1, 201)

”Ikke for at sige, at medicin virker i alle tilfælde. Men at det for nogen ikke er nok bare at snakke om tingene eller gå i terapi. Altså at der er ikke nogen af delene der kan stå alene. Man kan heller ikke bare sætte folk på medicin, det er jeg fuldstændig enig i, men jeg tror også det kan hæmme folk så meget, at det at være på medicin kan være en hjælp” (G1, 219+221)

6.5.2 Forebyggelse - Samfund og kultur

Deltagerne sætter også større samfundsmæssige og strukturelle aspekter i perspektiv til angst. En af deltagerne beskriver, at man fra politisk side kan gøre en større indsats for at forebygge psykiske lidelser. Samme deltager mener, at stigningen i diagnoser og angst ikke kun kan skyldes ens personlige indsats eller udvikling, men at det er et symptom på en udvikling i samfundet, der forårsager stigninger i angst og andre diagnoser.

”Det vender måske også fokus fra de der samfundsmæssige ting, som vi har snakket om... Hvis vi antager der er flere og flere der får det, så handler det ikke kun om en personlig indsats. Det er på et samfundsmæssigt plan eller man fra politisk hold også gør noget for at komme det livs på en måde, så man kan have en forebyggende effekt.” (G1, 212)

En af deltagerne nævner, at han anser den danske kultur som progressiv imod at være mere åben overfor psykiske lidelser, og angiver, at dette har en positiv effekt i forhold

til at forebygge, da han mener, at man er mere interesseret i at spørge andre, hvorvidt de er okay, i stedet for blot at fremskynde, at de er okay.

”Jeg synes det er begyndt at blive bedre i forhold til sådan noget. Altså i forhold til den gammeldags måde at tænke på 'gnide noget jord i såret'. Nu er det blevet mere sådan, vi snakker lidt om tingene fremfor 'kom nu op når du har faldet', så siger vi 'er du okay?'. ” (G1, 258)

6.5.3 Afholdelse fra at søge hjælp - Stigmatisering og tabuisering

Spurgt ind til, hvad der afholder folk fra at søge hjælp for deres angst, er svaret meget entydigt blandt samtlige deltagere. Stigmatisering af psykiske sygdomme, tabuisering af følelser og en fremmedgørelse af psykiske vanskeligheder er gennemtrængende. Deltagerne beskriver, at samfundsnormer tillægger følelsesmæssige udtryk, såsom gråd, som noget der er tegn på svaghed, særligt hvis det er mænd, der udviser disse følelser, hvorfor det anses som noget, der ikke er accepteret på et samfundsmæssigt niveau. En af deltagerne beskriver de associationer, han mener mange i samfundet har, hvis de ser nogen, der græder:

”Følelser, tanker og hvad man har inde, det er et meget tabubelagt emne... det er helst ikke noget man ser. Sådan samfundsmæssigt, hvis du ser nogen græde så 'han er sikkert svag ham der, kom i gang mester, hvad fanden vil du?'. ” (G1, 255)

En af deltagerne udtrykker dét, som alle deltagerne er enige i - at en tilværelse med en psykisk vanskelighed, her i form af angst, kan medføre en flovhed og mindreværdsfølelse, da det for nogen anses som at have fejlet, hvis man falder udenfor en normativitet af stoiske mennesker. Deltageren beskriver ligeledes, hvordan angstens tendens til at være et generelt begreb, der dækker over både specifikke og uspecifikke triggere, kan gøre det svært for det angstramte individ at identificere, hvad der er roden til sin angst, og derfor ikke kan anerkende de grundlæggende årsager til sin angst.

”... man kan blive flov over at have det dårligt... det kan føles som et nederlag at få det dårligt. Især hvis vi tænker det med at angst kan være en general tilstand... Hvis man ikke kan placere det nogle steder, kan man måske ende med at gaslighte sig selv eller være flov over "ej jeg burde det ikke have sådan her, for jeg har det vel meget godt". ” (G1, 259)

En anden deltager beskriver en anden dimension af stigmatisering og tabuisering, ved at fortælle om, hvor det for ham kommer til syne. Han fortæller, at medier, både i form af film og serier, portrætterer folk, der går til terapi som værende nogen, der enten er seriemordere, eller som han selv betegner det, er 'fuldstændig skudt i hovedet'. Deltageren mener, at disse associationer til folk, der går i terapi, kan medføre, at angstramte individer vil være tøvende med at søge hjælp, fordi det opleves som pinligt for dem at skulle associeres med disse portrætninger.

"Hvis du kigger på film og serier, så er der meget tit eller meget ofte at det er sådan nogle psykopater det tager til terapi... Og så er det måske pinligt for dig, hvis du vil søge professionel hjælp... så er det måske samfundet, der har skabt det her billede omkring terapi og at snakke om ting." (G1, 268)

En af deltagerne beskriver, hvordan sociale medier har en indflydelse på, hvorvidt folk søger hjælp eller ej. Han beskriver, hvordan individer på sociale medier ofte beskriver deres egne diagnoser og alt der hører til, og han argumenterer for, at dette vil få angstramte individer til at negligere deres egne vanskeligheder og situation, da de tænker, at deres oplevelser ikke er i overensstemmelse med hvad de møder på sociale medier. Han mener ligeledes, at omverdenen er begyndt at normalisere diagnoser, hvilket han mener skaber en tendens til at negligere, hvad man har brug for hjælp til, og hvad der er almenmenneskelige vilkår.

"... der er rigtig mange der oplever hele det her internet ting med selvdiagnostisering og tænker 'jeg er nok bare normal og sådan noget der'. Fordi de der psychos på TikTok, de siger 'ej men jeg har anxiety og ADHD og ADD og alt muligt', tusind diagnoser, og nogle af dem er nok legit nok, og nogle gør det for clicks og sådan noget der. Og så kan det være, at man tænker, at 'det har jeg nok ikke så'. Det betyder mindre... hvis man oplever at omverdenen er begyndt lidt med at normalisere det med diagnoser og sådan noget" (G2, 177)

6.5.4 Social støtte

Spurgt ind til, hvordan man kan støtte angstramte i at søge hjælp, beskriver deltagerne, at det kan være en hjælp at snakke om sine vanskeligheder med sin familie, kæreste, venner eller kollegaer. De udtrykker, at man skal tydeliggøre, at man har

udfordringer, så man ikke sidder fast med sine tanker, og at man måske kan blive udfordret på sine irrationelle tanker.

”Jeg tror der er mange, hvis de snakkede med en ven, ville de få et reality check om at det ikke er så slemt som man går og tænker. De sidder jo i det der loop og bliver ved at køre tankerne igennem.” (G1, 203)

”... jeg er enig i forhold til at dele det med nogen. Kæreste eller kollega eller venner... At det ligesom kan hjælpe en på vej til at søge hjælp. Der hvor det fejler er hvor man aktivt skal gå ud og få noget hjælp” (G1, 206)

Deltagerne mener ligeledes, at samfundet på generelt plan skal blive bedre til at skabe åbenhed omkring psykiske diagnoser, og at skabe mere opmærksomhed på, hvilke symptomer man skal holde øje med, samtidigt med, at man skal anerkende, at det er okay at have svære perioder i sit liv, og at det er okay at tale om sine problemer.

”At gøre den almene dansker, give dem mulighed for også selv at opdage tegn. Jeg tænker nogle gange, at man tænker ”det er sådan her jeg er”, og jeg kom lige til at tænke på, at busstoppestedet længere ned, der er der faktisk et skilt, hvor de beskriver tegnene på sådan en kontrollerende partner. Hvor de siger ”se de røde tegn”... Det der med at gøre det mere tydeligt og til en okay ting, at man har de her problemer, så man faktisk kan genkende symptomerne.” (G1, 270)

”Jeg tør vædde, at der er folk, som ikke ved at de har angst... De ved jo ikke hvad standarden er agtigt... man burde sprede mere awareness om hvad tegnene... generelt alle de der sygdomme, så man ved at det er noget man burde søge hjælp for... i stedet for at sige ”nå, du skal bare i terapi” så sætte sig ned og snakke med dem ordentligt og snakke om hvilke benefits der også er ved rent faktisk at tage til terapi og få løst det problem” (G1, 272)

En deltager mener ligeledes, at åbenhed omkring psykiske udfordringer vil gøre det lettere at tillære sig teknikker og høre om andres erfaringer med at overkomme sin angst.

”Det vil give folk mulighed for at undersøge teknikker tænker jeg. Primært i forhold til angst, men hvad har ligesom fungeret for andre også... Der er sikkert nogen, der selv vil kunne kæmpe sig ud af de ting her... der er nogen der med hjælp fra resten af verden kan nå en eller anden god tilstand.” (G1, 273)

Kapitel 7. Diskussion

Dette kapitel indeholder specialets diskussion. Diskussionen består overordnet af tre dele. I første del diskuteres specialets empiriske fund fra interviews og analyse, og sammenholdes med den eksisterende litteratur i lægmandsforståelser, som blev gennemgået i afsnit 4.3. I anden del diskuteres empiriens kvalitet på baggrund af kriterier fra Zhang og Wildemuth (2005). I sidste del diskuteres der, hvad specialets fund implicerer ift. videre forskning, handling i praksis og opkvalificering af interventioner.

7.1 Specialets fund i henhold til andre lægmandsstudier

Den følgende diskussion vil med udgangspunkt i problemformuleringen diskutere, hvordan lægmænd forstår angst, og hvordan specialets fund relaterer sig i forhold til specialets review af andre lægmandsstudier. Her er det vigtigt at understrege, at denne første del af diskussion udelukkende diskuterer de fund, der kan sammenlignes direkte med det gennemgåede litteraturreview, hvorfor f.eks. årsager til angstlidelser ikke er inkluderet.

På baggrund af de to interviews blev det klart, at der er forskellige holdninger til og forståelser af angst og angstlidelser blandt deltagerne.

7.1.1 Differentiering af mentale lidelser og mentale tilstande

Størstedelen af deltagerne i de to interviews forsøger at skelne mellem angst, angstlidelser og angstanfald, men heraf er det kun enkelte deltagere, der differentierer det som almenmenneskelig frygt og dét at have en diagnose. De andre deltagere skaber arbitrære skel, og kategoriserer manglende lyst, energi og akavethed som værende en impliceret del af en angstlidelse. Ligesom Foster (2001), har deltagerne i specialet svært ved at differentiere og kategorisere diverse mentale tilstande som en del af en angstlidelse, hvilket resulterer i, at de har en større tilbøjelighed til at banalisere manifestationerne af angstlidelser. Deltagerne differentierer på nogle punkter mellem angst og angstlidelser, herunder på frekvensen, intensiteten og hvilke konsekvenser det kan have at have en angstlidelse. Ligesom deltagerne i undersøgelsen af Furnham og Lousley (2013) viser deltagerne i specialet en forståelse af, at mange aspekter af angst er sociale, og de omtaler også specifikt socialangst som en angstlidelse. De beskriver ligeledes, hvordan disse individer vil have svært ved at varetage hverdagsgøremål,

deltage i sociale arrangementer og lignende, hvilket vidner om, at de anser individer med socialangst for ikke at være tilpasningsdygtige i forhold til deres omstændigheder. Butlin et al. (2019) finder, at angst anses som fejltagtig og ikke-hjælpsom af lægmænd, hvilket deltagerne i specialet i høj grad bekræfter, da de omtaler det som en irrationel og overskyggende frygt, der forhindrer individet i at have et socialt fællesskab, karriere eller glæde. Deltagerne nævner mange negative konsekvenser forårsaget af angst, og kun pseudo-muligheder, såsom at få gratis psykologhjælp eller mestring af sig selv og kendskab til ens grænser. Der kan sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt lægmændene forstår alvoren og intensiteten i at have en angstlidelse, da de på mange måder sammenligner det med at have en svaghed, som kan drages til nytte som en styrke. Det kan dog ligeledes overvejes, hvorvidt deltageres formulerede forståelse er præget af en begrænsning i deres psykologisk-terminologiske ordforråd.

7.1.2 Angstlidelsers demografi

Når det handler om køn, er det oftest, men langt fra altid, at piger og kvinder matcher deltagerens fordomme om, hvem der oftest rammes af angstlidelser. Både Hadjimina og Furnham (2017), samt Furnham og Lousley (2013) finder, at køn ikke spiller en afgørende rolle, når deltagere skal afgøre, hvorvidt en person har en angstlidelse. Deltagerne i dette speciale skelner ikke i høj grad på baggrund af køn, men fortæller, at deres stereotype opfattelser kommer fra mediedækningen af mentale lidelser. Deltagerne nævner selv eksempler på både mænd og kvinder, der har angstlidelser, og nævner i deres udsagn ikke specifikt, at nogle angstlidelser eller symptomer er mere dominerende hos et køn fremfor et andet.

7.1.3 Deltageres demografi

Deltagerne i specialet er alle mænd i deres 20'ere. Da kun ét køn er repræsenteret, og deltagerne kan siges at være i samme aldersgruppe, er det svært at skabe en distinktion på baggrund af disse faktorer. Studier som det af Hadjimina og Furnham (2017), indikerer, at der er alders- og kønsforskelle. I antagelsen om, at dette gør sig gældende for danske lægmænd, kan det diskuteres, hvorvidt deltagere på baggrund af deres alder, og qua den digitaliserede verden, er i den gruppe, der er mest oplyst om mentale lidelser, hvilket ville bekræfte Hadjimina og Furnham (2017). Dertil kan det overvejes, hvorvidt kvindelige deltagere havde udvist en anden forståelse af angst og angstlidelser. Hadjimina og Furnham (2017) finder dog, at MHL generelt er lav på tværs af køn og aldersgrupper - det er dog svært at sammenligne deres kvantitative studie med

specialets kvalitative undersøgelse direkte. Nogle af deltagerne i specialet viser overordnet en begrænset forståelse af angstlidelser, herunder deres manifestation, mens andre deltagere besidder en mere faktuel forståelse, og umiddelbart har lettere ved at formulere en nuanceret forståelse af angstlidelser. Deltagernes viden om forebyggelse og behandling af angstlidelser er begrænset, hvorimod de bredt set kunne redegøre for en stor del forårsagende faktorer.

7.1.4 Behandling og forebyggelse

I behandling af angstlidelser, er det gennemgående, at eksponeringsterapi i deltageres forståelse er en effektiv behandling. Furnham et al. (2013) og Butlin et al. (2019) finder henholdsvis, at lægmænd mener, at taleterapi og kognitiv adfærdsterapi er de bedste løsninger på angstlidelser. Specialets deltagers forståelse og holdninger til behandling bekræfter de to studiers fund, men hvorvidt dette har afsæt i en snæver forståelse af, hvad angst er, kan overvejes. Deltagerne sætter i høj grad adfærden øverst, når de beskriver angst og angstanfald. Dertil er deres svar muligvis ligeledes en indikation på, at deres viden om forskellige terapi- og behandlingsformer er meget begrænset. De nævner ikke direkte psykodynamisk terapi eller gruppeforløb, men nævner i begrænset omfang, at det kan være positivt at få en forståelse af, hvordan ens angst er kommet til verden, hvilket i høj grad er et fokusområde for den psykodynamiske behandling af angstlidelser. Dertil nævner mine deltagere, hvordan angstramte individer kan få gavn af at dele tanker og følelser med venner eller kollegaer, hvilket også gør sig gældende for deltagerne i undersøgelsen af Laidlaw et al. (2016). Deltagerne i den undersøgelse, samt i specialet mener begge i høj grad, at det er effektivt at tale om sine bekymringer og udfordringer, men ingen af dem formår at forklare, hvorledes denne form for forebyggelse er effektiv. Det kunne være interessant at forholde sig til, hvad det er den angstramte fortæller til sin familie og venner, og hvordan de reagerer på den angstramtes tanker, følelser og oplevelser - netop dette aspekt, og hvilke faktorer af at fortælle om sine problemer, der er effektive, fremgår ikke i lægmandsforståelserne.

7.1.5 Stigma

Deltagerne i specialet mener, at stigma er en faktor i, at angstramte ikke søger hjælp, hvilket bekræfter studiet af Laidlaw et al. (2016). Deltagerne i specialet ønsker en større vidensdeling i offentligheden og en større accept af mentale lidelser og de udfordringer, de kan medføre. De mener, at det i høj grad er nyhedsmedier, sociale medier og kulturelle instanser, som har medvirket til deres forståelse, og de tabuiseringer og

stigmatiseringer, de oplever *andre* har i samfundet. Man kan her slå ned på de forståelser, deltagerne selv bidrager med, der indeholder en stigmatisering eller en forudindtagethed omkring, hvad der forårsager angst, og hvordan det kan afdæmpes. Det er dog interessant, at deltagerne efterspørger mere mediedækning af psykiske lidelser, selvom netop psykiske lidelser og mental sundhed har været ekstremt belyst i dokumentarer, interviews og andre mediesammenhænge de seneste år. Deres efterspørgsel kunne i høj grad vidne om et fokus bias, da de efterspørger opmærksomhed om emner, de ikke aktivt søger indsigt i.

7.2 Kvaliteten af specialets empiri og analyse

Da dette speciale benytter en fortolkningsmetode i form af tematisk indholdsanalyse, er det vigtigt at forholde sig til kvalitetskriterier, der tager hensyn hertil. Jeg vil derfor tage udgangspunkt i de fire kriterier, *credibility*, *transferability*, *dependability* og *confirmability*, som er præsenteret af Lincoln og Guba (1985) (jf. Zhang & Wildemuth, 2005). Disse oversættes til henholdsvis troværdighed, overførbarhed, pålidelighed og bekræftelighed.

7.2.1 Troværdighed

Specialets troværdighed bunder i kvaliteten af analysens udvalgte udsagn, fortolkning af udsagnene og hvordan disse fortolkninger repræsenterer den rå data, og hvorvidt der er en tilstrækkelig repræsentation af de konstruktioner, der har været skabt under interviewet. Temaerne i analysen har haft rod i interviewdesignet og har haft til mål at opfange alle elementer, der har givet indsigt i lægmandsforståelser af angst. Troværdigheden stiger i takt med, at de analytiske betragtninger suppleres af citater, som ligger i den tilgængelige transskription, så empirien og de metodiske valg i processen er transparente. Det ville være muligt at forhøje troværdigheden af specialet ved at lade deltagerne følge op på fortolkningerne i analysen, så de ikke er fejlrepræsenteret. Det har dog været målet at forhøje troværdigheden ved at give deltagerne plads til at forklare sig selv gennem opfølgende og uddybende spørgsmål under interviewene, hvis noget har virket uklart for mig som interviewer. Selvom interviewet har haft en struktur, der kunne fremme en besvarelse af problemformuleringen, er der naturligvis også konsekvenser og begrænsninger som resultat heraf. Den semistrukturerede tilgang har haft til formål at kunne skabe sammenlignelighed på tværs af de to interviews, men har derfor begge potentielt begrænset udforskning af flere nuancerede perspektiver af

lægmandsforståelser af angst. Dertil har der i dette speciale kun været to grupper, begge bestående udelukkende af mænd, hvilket medfører, at der ikke kan drages konklusioner på baggrund af en bredere population end mænd i Danmark. Her er det væsentligt at understrege, at deltagerne i specialet ikke er repræsentative for alle mænd i Danmark, men muligvis i nogen grad repræsentative for et udsnit af danske mænd, der har samme baggrund som deltagerne. Troværdigheden kunne derfor forøges ved at have flere grupper at sammenligne med, da dette muligvis ville afsløre flere facetter af lægmandsforståelser af angst, eller kunne støtte op om eller modsætte sig de andre deltageres forståelser.

7.2.2 Overførbarehed

I henhold til specialets overførbarehed, er det særligt ift., hvorvidt problemformuleringen kan anvendes i andre kontekster. Lægmandsforståelser giver et indblik i hvordan ikke-eksperter forstår fænomener, herunder særligt fænomener indenfor mental sundhed. Hovedantagelserne og den anvendte litteratur indenfor forskning af lægmandsforståelser, -teorier og MHL kan anvendes på en lang række discipliner. Zhang og Wildemuth (2005) mener også, at overførbareheden højnes ved, at man som forsker redegør for sin metodiske fremgangsmåde og lader sin empiri være tilgængelig, hvilket gør sig gældende for dette speciale, da både metode i form af interview, rekruttering og analysemetode er redegjort for. Dertil har de opstillede kategorier i interviewet, f.eks. at tale om manifestation og behandling, gjort det muligt at sammenligne fundene med andre studier, der undersøger samme kategorier.

Der er dog særligt ét område, hvor det kan være svært at tale om en direkte overførbarehed i form af metode. Som det er præsenteret tidligere, er interviewene en konstrueret situation, og selve gruppensammensætningen og dynamikken kan være så varierede, at det kan være svært at sammenligne, endsige overføre til en anden lægmandsgruppe.

7.2.3 Pålidelighed og bekræftelighed

I forhold til, hvorvidt analysen kan siges at være pålidelig og mulig at bekræfte, handler det i høj grad om at skabe transparens om processen. I specialet er processen gjort transparent, hovedtemaer er understøttet af empirien, og empirien ligger tilgængelig til videre analyse, hvilket fremmer pålideligheden. For at kunne vurdere, hvorledes lægmænd forstår angstlidelser, har det været essentielt at sætte sig ind i teoretiske

perspektiver og forklaringer på angstlidelser således, at analysen har kunne læne sig op ad en teoretisk forståelse, og dermed kunne skelne mellem faktuelle beskrivelser af angst og subjektive forståelser hos lægmændene. Bekræfteligheden afhænger af, hvorvidt andre forskere indenfor samme domæne vil kunne komme frem til samme analytiske forståelse og trække lignende konklusioner. I dette speciale vurderer jeg, at der kan tales om en høj bekræftelighed i og med, at analytiske betragtninger dokumenteres med udsagn, at udsagnene er grupperet og forbundet direkte til interviewspørgsmål, så udsagnene ikke tages ud af kontekst.

Både pålidelighed og bekræftelighed kunne i dette speciale forhøjes ved at beskrive selve den analytiske proces ift. den præliminære og løbende kodning i dybden, og ved at tage læseren med ind i min analytiske forståelse, kognitive processer og beslutninger, der har gjort sig gældende i faser to, tre og fire, jf. Braun og Clarke (2006). Dette har dog været for omfattende og pladskrævende til, at det var realistisk at inddrage i detaljeret grad. Ligeledes kunne pålideligheden have været forøget, hvis kodningsprocessen blev foretaget i samarbejde med en anden forsker eller medstuderende i projekt øjemed, så kodningen ikke kun var afhængig af én person, men derimod kunne betragtes uafhængigt af flere personer. Den løbende sparring og vejledning med vejleder i specialet har bidraget med en større nuancering og øget både pålidelighed og bekræftelighed - denne del kalder Zhang og Wildemuth for ”audits of the research processes and findings” (Zhang & Wildemuth, 2005, p. 7). Som også beskrevet under troværdigheden, kunne det ligeledes øge pålideligheden at have debriefet deltagerne i den forstand, at de blev præsenteret for mine analytiske betragtninger og havde mulighed for at nuancere deres egne udsagn, så deres forståelse kunne gøres helt transparent. For at øge bekræfteligheden kunne jeg gøre mine egne forståelser, bias og antagelser mere tydelige, ligesom eventuelle deltagers personlighed eller udtryk kunne påvirke mit helhedsbillede af dem og deres udtalelser.

7.3 Implikationer for videre forskning og praksis

Her diskuteres det, hvorvidt specialets fund kan bidrage til videre forskning og handling i praksis.

7.3.1 Videre forskning i lægmandsforståelser

Både styrker og mangler ved specialets forskning giver anledning til at udforske området yderligere. De tre områder, jeg mener der skal tages højde for er henholdsvis 1)

en udvidelse i demografiske grupper, herunder køn og alder, 2) en udvidet repræsentation af deltagere i forskningen, og derudover også 3) hvordan lægmandsforståelser og MHL kan udvides i kvantitative studier.

7.3.1.1 Køn og alder

Empirien i dette speciale lider af kun at have ét køn repræsenteret, hvilket har skabt begrænsninger ift. hvilke linjer der kan trækkes mellem empirien og en besvarelse af forskningsspørgsmålet. Det grundige indblik i angstlidelser både fra teoretiske perspektiver og fra forskningen gennemgået i litteraturreviewet vidner om, henholdsvis en skæv fordeling i køn, når det kommer til, hvem der får angst, og en skæv fordeling ift. umiddelbar forståelse af og viden om psykiske lidelser. Fremtidig forskning burde sigte efter en større kønslig diversitet af deltagere inddraget i forskningen for at undersøge eventuelle kønsforskelle i forståelser af angstlidelser.

Forskningen fra litteraturreviewet viser en forskel i forståelser af angstlidelser afhængigt af alder (Hadjimina & Furnham, 2017). På den baggrund ville det i fremtidig forskning kunne være interessant og relevant at undersøge, hvordan andre aldersgrupper placerer sig ift. deltagerne i specialet. Særligt borgere, der har stiftet familie ville være interessante at undersøge, da de i høj grad har indflydelse på deres børns mentale velvære, som dokumenteret i afsnit 3.2. Ligeledes kunne det være interessant at undersøge yngre borgere, da det i høj grad er dem, der færdes på diverse sociale medier, der sætter et præg på dem. Her kunne det overvejes, hvorvidt den information de møder på sociale medier kan skabe et forvrænget eller misinformeret billede af, hvad psykiske lidelser er.

7.3.1.2 Udvidet rekruttering

Deltagerne har repræsenteret et snævert udsnit af den danske population af lægmænd og ikke-eksperter i angst, hvorfor det i fremtidig forskning vil være interessant at udvide rekrutteringen. Forskning viser, at der selv blandt eksperter er forskellige forståelser af mentale lidelser og holdninger til behandling heraf (Butlin et al., 2019), hvorfor det ligeledes ville være gavnligt at undersøge diverse ekspertgruppers forståelse og viden, herunder læger, sygeplejersker, psykiatere og psykologer. Undersøgelsen i dette speciale har søgt deltagere, som ikke selv har angst eller er i familie med personer, der har en angstlidelse. Det har i dette speciale været antaget, at der vil være en forskel mellem lægmænd, der har angstramte familiemedlemmer, og lægmænd, der ikke har

angstramte familiemedlemmer. Det kunne være interessant at undersøge, hvordan individer der er nært beslægtede med folk, der har psykiske lidelser, forstår disse slægtninges psykiske lidelser.

7.3.1.3 Kvantitative studier

I specialets undersøgelse har fokus været på de enkelte lægmænds forståelser af angstlidelser. I kvantitative studier kunne en større og mere repræsentativ population undersøges mhp. at undersøge deres holdninger til, hvor hårdt det må være at have en angstlidelse, hvor dominerende angstlidelser er og i hvor høj grad den har indflydelse på ens hverdag. Derudover kunne deltagere blive bedt om at vurdere effekten af forskellige former for behandlinger og forebyggende metoder ud fra deres forståelse.

7.3.2 *Giver specialets fund anledning til praktiske handlinger?*

Det er ofte tilfældet, at psykiske lidelser præsenteres som abstrakte fænomener i medier, politiske debatter og popkultur. Specialets undersøgelse viser i stor grad, at lægmænd har en meget begrænset forståelse af angstlidelser, når det kommer til manifestation og behandling. Deres forståelse af årsager er relativt mere dækkende indenfor området, men kan i høj grad kategoriseres som normative og banale forståelser af angstlidelser. Det kan overvejes, hvorvidt disse fund giver anledning til at starte opmærksomhedsskabende kampagner om psykiske lidelser, herunder hvordan de manifesterer sig, hvordan man kan forebygge det, hvordan man støtter sin sociale omgangskreds og hvornår det er så slemt, at man skal søge professionel hjælp. Deltagernes mangelfulde forståelse på sværhedsgraden af angstlidelser og enkelte deltagers konceptualisering af psykiske lidelser indikerer, at en del af stigmatiseringen af angstlidelser er forklædt som misinformation om, hvordan psykiske lidelser kan overkommes og hvordan de påvirker individet.

Det tiltagende psykologiserede ordforråd blandt danskerne, som deltagernes forståelser understøtter, giver ligeledes anledning til at skabe mere opmærksomhed på distinktionen mellem almenmenneskelige tilstande, oplevelser og emotioner, og de psykiske lidelser. Dette kunne gøres ved at skabe opmærksomhed på forskellene mellem eks., nedtrykt vs. deprimeret, presset vs. stresset og bange vs. angst.

Slutteligt viser deltagerne en meget begrænset viden om hvilke forebyggelses- og behandlingstyper, der er tilgængelige og effektive i behandlingen af angstlidelser - det er måske tilfældet, at dette gør sig gældende uafhængigt af specifik lidelse. En større

opmærksomhed på psykiske lidelser og behandlinger af dem, kan på den ene side oplyse de danske borgere om mental velvære, og på den anden side kan det muligvis skabe en endnu større stigmatisering, hvis opmærksomheden skaber en decideret kategorial distinktion mellem at være mental rask og mental syg.

Kapitel 8. Konklusion

I dette kapitel drages der konklusioner på baggrund af specialets fund, og i den anledning besvares problemformuleringen.

8.1 Konklusion på specialet

Specialet har beskæftiget sig med lægmandsforståelser af angst og haft følgende problemformulering:

”Hvordan forstår lægmænd angst?”

Specialet har haft til formål at undersøge lægmandsforståelser af angst. Specialet har inddraget en historisk gennemgang af forståelsen af angst, fra gamle skrifter fra antikens Grækenland og Romerriget frem til nutidens diagnose manualer, DSM-5 og ICD-11. Derudover er ætiologien bag angst præsenteret, samtidig med, at fem teoretiske perspektiver og forklaringer på angst er inddraget for at give en bred og dybdegående indsigt i angstlidelsers mange nuancerede facetter. Dette har skabt en forståelse af angst, som kan præsenteres igennem de to anvendte modeller; den biopsykosociale model, hvor angstlidelser anses som værende forårsaget af biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og diatase-personlighed-stress-modellen, der forklarer, at angstlidelser kan være prædisponerede, og at de under de rette omstændigheder og påvirkninger kan resultere i en psykisk lidelse. Specialet har metodisk gjort brug af en pragmatisk kvalitativ undersøgelse, som har muliggjort brugen af teorier og ontologier som anvendelige redskaber med henblik på at besvare problemformuleringen og skabe indsigt i lægmandsforståelser af angst. På den baggrund har specialet ikke forsøgt at skabe en generaliserende viden, men derimod tilgået undersøgelsen med et formål om at skabe praktisk anvendelig og meningsfuld viden, som kan bidrage til øget forståelse af psykiske lidelser og mental velvære.

Gennem to gruppeinterviews er ni lægmænd blevet interviewet, og derefter er deres udsagn blevet analyseret. Gennem analysen blev fem hovedtemaer udarbejdet: 1) Generelle associationer til angst og angstlidelser, 2) Angstens manifestation, 3) Angstens konsekvenser, 4) Angstens årsager, og 5) Forebyggelse og behandling af angst. Lægmændene skelner mellem angst som et hverdagsfænomen og angstlidelser som en specifik lidelse, som er akkompagneret af angstanfald, og har svært ved at finde konsensus

om, hvorvidt nogle er mere tilbøjelige til at lide af angst, hvad end det er i forhold til alder eller køn. Lægmændene forstår angst som en tilstand af uro og frygt, som kan komme til udtryk i rastløshed, sveden, åndedrætsbesvær, koncentrationsbesvær og negative tanker og social isolering, og derudover anser nogle af lægmændene angstanfald som værende opfattet upassende af det angstramte individ. Lægmændene mener, at angst kan have konsekvenser i forbindelse med at stifte familie og varetage et job, samt at det kan medføre en identificering med deres sygdom. Af positive konsekvenser anser de fleste af lægmændene angst som værende en mulighed for mestring af selvet. Lægmændene anser bredt set både biologiske faktorer, traumer, opdragelse og socioøkonomiske vilkår som værende afgørende faktorer i udviklingen af angst, med undtagelse af enkelte lægmænd, som enten mener, at angst er rent biologisk eller kun forårsaget af miljø. Lægmændene mener bredt, at terapi, navnlig eksponeringsterapi, er en effektiv metode til behandling af angstlidelser, og nogle af deltagerne mener, at medicin kan være nyttigt i de sværeste tilfælde. Lægmændene mener, at sociale medier og stigmatiseringer af psykiske lidelser, samt tabuisering af følelser er medvirkende til, at psykisk lidende individer ikke søger hjælp. Lægmændene mener, at mere opmærksomhed og en mere udbredt accept af, at det er okay at være i svære omstændigheder, vil kunne have en positiv virkning på af-stigmatisering, og dermed en forøgelse i antallet af individer, der søger hjælp.

Litteraturliste

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F. & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 683–703. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00057-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00057-X) [21]
- Alberdi, F. & Møhl, B. (2017): Angstilstande. I Simonsen, & Møhl, B. (2017). *Grundbog psykiatri*. (2. udgave.). Hans Reitzel. [33]
- Alden, L. E., Taylor, C. T., Mellings, T. M. J. B. & Laposa, J. M. (2008). Social anxiety and the interpretation of positive social events. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 577–590. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.05.007> [14]
- American Psychiatric Association. (2013). Anxiety Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>. [47]
- Ang, B., Horowitz, M. & Moncrieff, J. (2022). Is the chemical imbalance an “urban legend”? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the scientific literature. *SSM - Mental Health*, 2, 100098–. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100098> [2]
- Barbour, R. S. (2008). *Doing Focus Groups* (Second, Vol. 4). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781849208956> Kapitel 1+2+3 [40]
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall. Kapitel 1+2+3+6 [79]
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice-Hall. Kapitel 1+2+9 [170]
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective* (18. printing.). Basic Books. [383] Kapitel 2+3+10 [60]
- Bekker, M. H. J., & Croon, M. A. (2010). The roles of auton-omy–connectedness and attachment styles in depression and anxiety. *Journal of Social and*

- Personal Relationships, 27(7), 908–923.
<https://doi.org/10.1177/0265407510377217> [16]
- Benecke, C., Huber, D., Staats, H., Zimmermann, J., Henkel, M., Deserno, H., Wiegand-Grefe, S., & Schauenburg, H. (2016). A Comparison of Psychoanalytic Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety (Panic/Agoraphobia) and Personality Disorders (APD Study): Presentation of the RCT Study Design. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 62(3), 252–269.
<https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.3.252> [18]
- Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J. & Kendler, K. S. (2014). RISK FACTORS FOR ANXIETY DISORDERS: COMMON AND SPECIFIC EFFECTS IN A NATIONAL SAMPLE. *Depression and Anxiety*, 31(9), 756–764. <https://doi.org/10.1002/da.22247> [11]
- Bowlby, J. (1960). Separation Anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41(2-3), 89–113. [25]
- Butlin, B., Laws, K., Read, R., Broome, M. D. & Sharma, S. (2019). Concepts of mental disorders in the United Kingdom: Similarities and differences between the lay public and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(6), 507–514. <https://doi.org/10.1177/0020764019863084> [8]
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa> [25]
- Brinkmann, S., Forståelse og fortolkning. I Hviid Jacobsen, Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. (2015). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave. 1. oplag.). Hans Reitzel. [30]
- Carr, A. (2016). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315744230> kapitel 12, [75]
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J. & Gelder, M. (1999). *Brief Cognitive Therapy for Panic Disorder: A Randomized*

- Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 583–589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.583> [7]
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York, NY: Guilford Publications. Kapitel 1+2, [56]
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004> [16]
- Crocq, M. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319–325. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq> [7]
- Curt, B. C. (1994). Textuality and tectonics: Troubling social and psychological science. p. 106-110 [4 s]
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in Individuals With Social Anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety, and Depression. *Emotion (Washington, D.C.)*, 1(4), 365–380. <https://doi.org/10.1037//1528-3542.1.4.365> [17]
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations (New York)*, 7(2), 117–140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202> [24]
- Foster, J. (2001). Unification and Differentiation: A Study of the Social Representations of Mental Illness. *Papers on Social Representations*, 10, 3.1-3.18. [19]
- Freud, S. (1936). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *The Psychoanalytic Quarterly*, 5(1), 1–28. <https://doi.org/10.1080/21674086.1936.11925270> [28]
- Furnham, A. & Telford, K. (2012). Public Attitudes, Lay Theories and Mental Health Literacy: The Understanding of Mental Health. In L'Abate, L. (Ed). *Mental illnesses: understanding, prediction and control* (Labate, Ed.). IntechOpen. [20]

- Furnham, A. & Lousley, C. (2013). Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health (Irvine, Calif.)*, 5(3), 521–531.
<https://doi.org/10.4236/health.2013.53A071> [11]
- Furnham, A. Wilson, E., Chapman, A., & Persuad, R. (2013). Treatment hurts: Lay theories of graded exposure in the treatment of four anxiety disorders. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15(3), 253–273.
<https://doi.org/10.1080/13642537.2013.810657> [21]
- Furnham A. & Swami, V. (2018). Mental Health Literacy: A Review of What It Is and Why It Matters. *International Perspectives in Psychology : Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240–257.
<https://doi.org/10.1037/ipp0000094> [18]
- Ghinassi C. W. (2010). *Anxiety*. Greenwood. Kapitel 2+7 [31]
- Glas, G., (2003). A conceptual history of anxiety and depression. In: J.A. den Boer & A. Sitsen (Eds.), *Handbook on Anxiety and Depression*. Marcel Dekker: New York/Basel/Hong Kong, 2003 [2nd ed.], 1-48. [48]
- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M. & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical Hypothesis of Panic Disorder, Revised. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 493–505. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.493> [13]
- Hadjimina, E. & Furnham, A. (2017). Influence of Age and Gender on Mental Health Literacy of Anxiety Disorders. *Psychiatry Research*, 251, 8–13.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.089> [28]
- Hayashi, G. M. & Strickland, B. R. (1998). Long- Term Effects of Parental Divorce on Love Relationships: Divorce as Attachment Dis-ruption. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(1), 23–38.
<https://doi.org/10.1177/0265407598151002> [16 sider]
- Hettema, J.M., Prescott C.A, Myers J.M., Neale M.C. & Kendler K.S (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders

- in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Feb;62(2):182-9. doi: 10.1001/archpsyc.62.2.182. PMID: 15699295 [8]
- Hildebrand, D. (2013). Dewey pragmatism: instrumentalism and meliorism. In A. Malachowski (Eds.), *The Cambridge Companion to Pragmatism*. (pp. 55-80). Cambridge: Cambridge University Press [25 s]
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent–child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1411–1427. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00107-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00107-8) [17]
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x> [5]
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *The American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957> [13]
- Kirmayer, L. J. & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420–430. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00006> [11]
- Klein, M. (1975). *The psychoanalysis of children* (Rev. ed.). Delacorte Press/S. Lawrence. Kapitel 10 [24]
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: a practical guide for applied research* (5. ed.). SAGE. Kapitel 1+2+3+5+7 [124]
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udgave.). Hans Reitzel. Kapitel 1+2+3+4+6+9+10+11+12+16 [203]
- Laidlaw, A., McLellan, J. & Ozakinci, G. (2016). Understanding undergraduate student perceptions of mental health, mental well-being and help-seeking behaviour. *Studies in Higher Education* (Dorchester-on-Thames),

41(12), 2156–2168. <https://doi.org/10.1080/03075079.2015.1026890>
[13]

Leichsenring, F., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H., Rudolf, G. & Jakobsen, T. (2008). The Gottingen study of psychoanalytic and psychodynamic therapy - Outcome of long-term psychoanalytic therapy in depressive, anxiety, obsessive-compulsive, somatoform and personality disorders. *Forum der Psychoanalyse*, 24(2), 193–204.
<https://doi.org/10.1007/s00451-008-0338-0> [12]

Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
[23]

Lippert-Rasmussen, K. (2015). Sandhed og relativisme. I Hviid Jacobsen, Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. (2015). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave. 1. oplag.). Hans Reitzel. [37]

Malachowski, A. (2013). Introduction: the pragmatist orientation. In A. Malachowski (Eds.), *The Cambridge Companion to Pragmatism*. (pp. 1-14). Cambridge: Cambridge University Press [13 s]

McLaughlin, K. A. (2016). Future Directions in Childhood Adversity and Youth Psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(3), 361–382. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110823> [22]

McNaughton, N. (2011). Fear, anxiety and their disorders: past, present and future neural theories. *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 173–181.
<https://doi.org/10.3922/j.psns.2011.2.002> [9]

Meier, S. M. & Deckert, J. (2019). Genetics of Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(3), 16–16. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1002-7> [8]

Mogg, K., Bradley, B. P., Williams, R. & Mathews, A. (1993). Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology* (1965), 102(2), 304–311.
<https://doi.org/10.1037//0021-843X.102.2.304> [8]

- Monroe, S. M. & Simons, A. D. (1991). Diathesis-Stress Theories in the Context of Life Stress Research: Implications for the Depressive Disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406–425. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.3.406> [20]
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22(1), 129–152. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129> [24]
- Muris, P., Meesters, C., van Melick, M. & Zwambag, L. (2001). Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(5), 809–818. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00074-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00074-X) [11 sider]
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017): Med mennesket i centrum. I Simonsen, & Møhl, B. (2017). *Grundbog i psykiatri*. (2. udgave.). Hans Reitzel. [33]
- Nesse, R. & Williams, G. (1999). Darwinian Medicine. *Life Science Research Life Science Research Published in China*. 3. 1-17. [17]
- Ouimet, A. J., Gawronski, B., & Dozois, D. J. A. (2009). Cognitive vulnerability to anxiety: A review and an integrative model. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 459–470. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.004> [12]
- Pinel, J. P. J. & Barnes, S. (2018). *Biopsychology*. (Tenth edition. Global edition / John P.J. Pinel, Steven Barnes.). Pearson. Kapitel 18 [26]
- Smoller, J. W., Gardner-Schuster, E. & Covino, J. (2008). The Genetic Basis of Panic and Phobic Anxiety Disorders: Genetics of Anxiety Disorders. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, 148(2), 118–126. [9]
- Sprooten, E., Rasgon, A., Goodman, M., Carlin, A., Leibu, E., Lee, W. H. & Frangou, S. (2017). Addressing reverse inference in psychiatric neuroimaging: Meta-analyses of task-related brain activation in common mental disorders. *Human Brain Mapping*, 38(4), 1846–1864. <https://doi.org/10.1002/hbm.23486> [19]

- Steimer, T. (2002). The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 231–249.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2002.4.3/tsteimer> [19]
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2006). *Focus Groups: Theory and Practice* (pp. xii–xii). SAGE Publications Inc. Kapitel 2 [20]
- Stutzmann, G. E. & LeDoux, J. E. (1999). GABAergic Antagonists Block the Inhibitory Effects of Serotonin in the Lateral Amygdala: A Mechanism for Modulation of Sensory Inputs Related to Fear Conditioning. *The Journal of Neuroscience*, 19(11), 8–RC8. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.19-11-j0005.1999> [4]
- Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O. & Bal-daro, B. (2010). Adult Attachment Styles and Psychological Disease: Examining the Mediating Role of Personality Traits. *The Journal of Psychology*, 144(6), 523–534.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2010.508082> [12]
- Tambs, K., Czajkowsky, N., Røysamb, E., Neale, M. C., Reichborn-Kjennerud, T., Aggen, S. H., Harris, J. R., Ørstavik, R. E. & Kendler, K. S. (2009). Structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM–IV anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 195(4), 301–307. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.059485> [7]
- Vaughn, S., Schumm, J. S. & Sinagub, J. (1996). Focus group interviews in education and psychology. In *Focus Group Interviews in Education and Psychology*. SAGE Publ. <https://doi.org/10.4135/9781452243641> [10]
- Vogel, D. L., Wade, N. G. & Hackler, A. H. (2007). Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self-Stigma and Attitudes Toward Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40> [11]
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., Baumeister-Duru, A., Wiegand-Grefe, S., Wulf, A. & Romer, G. (2018). Effectiveness Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Children and Adolescents with Severe Anxiety Symptoms in a Naturalistic Treatment Setting: Psychoanalytic Therapy for Children with

- Anxiety. *British Journal of Psychotherapy*, 34(2), 300–318.
<https://doi.org/10.1111/bjp.12363> [19]
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. J. Wiley & Sons. Kapitel 1 [34]
- Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 347–351.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/lwolgensinger> [5]
- Workman, L. & Reader, W. (2008). *Evolutionary Psychology* (2th Ed.). Kapitel 12 [40]
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Zhang, Y., & Wildemuth, B.M. (2005). *Qualitative Analysis of Content by*. [12]

Internetsider:

- Dennis-Tiwary, T. M. (2022). How anxiety evolved through the Middle Ages and early modern europe. *Literary Hub*. Tilgået April 17, 2023,
<https://lithub.com/how-anxiety-evolved-through-the-middle-ages-and-early-modern-europe/> [4]
- Prytz, M. U. den 21. august 2022, & Udgivet den 21. august 2022. (2022, August 29). Voldsom stigning I Diagnoser: Flere Børn og unge Står udenfor Fællesskabet. BUPL. Retrieved March 17, 2023, from
<https://bupl.dk/politik-og-presse/maerkesager/voldsom-stigning-i-diagnoser-flere-boern-og-unge-staar-udenfor> [2]
- Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sygdomsbyrden-2023/Sygdomme-Sygdomsbyrden-2023.ashx> tilgået d. 25. marts 2023. Kapitel 11 [45]
- Sundhed.dk <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/symptomer-og-tegn/angst/> tilgået d. 25. marts 2023 [5]

World Health Organization, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> tilgæt d. 25. marts 2023 [4]