

"Folk har glemt alt om at vi virkeligt eksisterer!"

Socialpsykologiske tanker om lægemiddelaafhængighed

Af Stig Helweg-Jørgensen

Her i oplægget vil jeg forsøge at formidle nogle aspekter af oplevelsen af at være lægemiddelaafhængig. Artiklens overskrift er et citat fra en bruger, og peger på såvel den indre uvirkelighedsfølelse som brugerne oplever, som den ydre kollektive fortrængning af problemet. En ikke uvæsentlig del af problemkomplekset. Det er brugerperspektiver på langtidsanvendelsen af lægemidler, der er omdrejningspunktet i artiklen. Igennem de seneste fem år har jeg på forskellig vis haft tæt kontakt til brugere af nerve- og sovemedicin. Der er dels tale om en selvhjælpsgruppe for lægemiddelaafhængige i SR-bistand, jeg igennem to år har ledet og derudover 20 interviews med lægemiddelaafhængige, jeg har udført i forbindelse med et forskningsprojekt i Center for Rusmiddelforskning, som Kirsten Thue Skinhøj ledte. Et projekt der satte mig i forbindelse med forskellige behandlere rundt om i Danmark, Norge og Sverige, som også er blevet interviewet omkring deres behandling af lægemiddelaafhængighed (Helweg-Jørgensen og Østergård 1998). Senere har jeg på Farmaceutisk Højskole arbejdet videre med i alt 50 interviews med lægemiddelaafhængige, hvilket der i samarbejde med Ebba Holme Hansen er kommet flere artikler ud af (Helweg-Jørgensen og Hansen, 2000). I dag arbejder jeg på Hvidovre Hospital på psykiatrisk afdeling. I forbindelse med projektet i SR-bistand har jeg sammen med en del brugere udforsket deres hverdagsoplevelser gennem aktionsforskning (Helweg-Jørgensen 1999). Det vil sige, at brugerne selv har været involveret ganske langt ind i forskningsprocessen. De har mere konkret været med til at fortolke de fælles oplevelser, de har haft med deres lægemiddelaafhængighed. Jeg vil ud fra disse erfaringer prøve på at formidle de langtidsafhængiges hverdagsbevidsthed og så, for egen regning, prøve på at perspektivere disse oplevelser i et bredere socialpsykologisk lys.



Familieskovtur.

Foto fra The Development of Children af Cole & Cole

At håndtere det ydre, facaden

Dette billede kunne vise en eller flere lægemiddelfhængige. Det mest fremtrædende ved billedet er, at det er ikke til at se det, hvis man ikke lige ved det. Det er ikke noget specielt fancy billede. Det drejer sig om almindelige mennesker. Ser vi bort fra billedet, så findes der højst sandsynligt flere i ens egen omgangskreds eller kontaktflade, der er langtidsafhængige, man ved det bare ikke, få ser problemet umiddelbart.

Hovedprojektet er for den lægemiddelfhængige som for alle os andre at kunne leve op til de spilleregler, der ligger i at kunne klare et normalt liv. Facaden og normali-

teten forsøges opretholdt næsten for enhver pris, fuldstændig ligesom vi selv ville gøre, hvis vi pludseligt blev ramt af angst og følte, at vi begyndte at drive mod grænserne for normalitet. Processen afføder let spørgsmålet: "Sig mig, er jeg ved at blive sindssyg?" De fleste kender mekanismen i en mild form. Det er samme mekanisme der kan udløse spørgsmål som: "Passer jeg ind her?", "Er jeg den eneste, der er så fin i tøjet?" eller "tænk hvis jeg blev rød i hovedet nu?" osv. En lille pille kan i første omgang hjælpe svigermor til at kunne klare de uudtalte krav, der ligger i at kunne håndtere en familieskovtur uden at falde udenfor.



Edward Munchs
Skriet

At håndtere den indre oplevelse, angsten

I slående kontrast til det pæne veltilpassede ydre der ofte følger med benzodiazepinafhængighed står det indre helvede, der følger med at være langtidsafhængig af benzodiazepiner. Jeg siger "indre helvede" for det er en af de metaforer der ofte benyttes, når en bruger skal beskrive hvordan en afhængighed opleves. Munchs velkendte billede er en fremragende illustration af hvad der kæmpes imod – angsten. Frygten for at falde igennem, og frygten for at dø symbolsk og reelt. En af gruppedeltagerne i SR-gruppen udtrykte det på denne måde:

"Hvis du forestiller dig, at der står en mand med en pistol rettet mod din tinding og du ved ikke om han har tænkt sig at trykke af, så har du det angstniveau jeg har når jeg skal køre med bus, købe ind eller møde nye mennesker. Det er lige som om, at angsten reagerer alt for meget."

En anden deltager, en kvindelig indvandrerlærer, der nu er ude af afhængigheden og normalt fungerende, sagde i et interview følgende:

Fra min fortid husker jeg bedst alt det, jeg har lavet med mine unger i skolen. Det står fuldstændigt klart. Jeg tror, at det er fordi jeg virkelig har syntes, at jeg har skullet koncentrere mig der. Det var sku alligevel for farligt ikke at være koncentreret der. Jeg har lagt energien i arbejdet.

Jeg kan se her bagefter, at det har været et problem, det med energifordelingen. Jeg har brugt mine kræfter på noget, der var fuldstændigt ligegyldigt. Nej ikke

fuldstændigt, men den smule energi jeg har haft, er røget i de forkerte skuffer.

Hvis jeg var stresset og nervøs, kunne det blive så slemt, at jeg simpelthen ikke kunne komme ud af den dør, og hvor jeg så måtte ringe og sige: "Desværre jeg kommer ikke i dag", og svaret i den anden ende ville være: "Hvad er der i vejen med dig". Jeg ville svare "Jeg har det dårligt". Svaret kunne så være: "Nå nu igen, du ved forhåbentligt selv, hvad du vil gøre". Det var forbundet med store nederlag hver gang, fordi der så var situationer, jeg ikke kunne klare. Mine tanker kredse omkring "Kan du nu?...begynder det nu at stramme til?...begynder du nu at ryste over det hele?...kan du styre det?...kan du nu kontrollere det?...giver du dig til at græde lige midt i det hele?" Tankerne var sådan en slags: "Jeg er ved at drukne for fanden...det er bare en dråbe mere af dette her...lad mig være i fred", en sådan slags, "nu bestemmer jeg selv", men det var ikke nogen særlig opbyggelig måde, fordi det ville sige "nu har du svigtet igen og igen og igen". Det blev kun dårligere. Jeg havde et kolosalt fravær.

På det individuelle plan er der to forhold som gør sig gældende, når det drejer sig om langtidsafhængighed af benzodiazepiner:

1. Kriser, traumer, opvækstforhold og andre dispositioner

I den empiri jeg har været i kontakt med, tyder det på, at de langtidsafhængige oftest har mødt problemer i deres opvækst. Fraværende forældre, mangel på kærlighed, ekstremt høje krav til præstation, forældre med psykiatriske problemer, alkoholmisbrug eller incest. Eller aktuelle psykosocialt stressende forhold.

Ofte har det at opretholde en facade overfor omverdenen været påfaldende vigtigt.

2. Homeostatisk overkompensering

Hermed mener jeg, at kroppen ser ud til at kompensere for den generelle dæmpende virkning stofferne har på centralnervesystemet. Kompensationen ser ud til at næsten virke for godt. Dette kan forklares via tolerans og abstinens. At kroppen skal

have mere og mere for at opnå samme virkning og at kroppen reagerer, hvis den ikke får en vis mængde af stoffet tilført regelmæssigt. Måden kroppen reagerer på er med angst, søvnproblemer og muskelstivhed foruden en lang række andre bivirkninger.

Det paradoksale er, at bivirkningerne er de samme som det stoffet egentligt skulle afhjælpe. Så ved at indtage disse piller igennem længere tid får man altså sine problemer tilbage med renter. Det går galt med hjernens arousal-niveauer.

Et eksempel på dette kan ses i følgende citat fra et interview med en 33-årig mand, der kommer i gruppen i SR-bistand.

Jeg startede med pillerne på grund af angsten. Det var sådan mere angstanfald. Der kunne jeg jo have det bedre, og så lige pludselig så fik jeg et gevaldigt angstanfald, men hvor det nu er blevet en tilstand. Den tilstand, den har jo været de sidste 3-4 år. Det er blevet mere kronisk. Egentligt ville jeg jo hellere vælge at have et angstanfald engang imellem, og så have lidt livskvalitet også, men idag er det nul livskvalitet, og hele tiden bare angst og uro.

Jeg er hele tiden i en stresstilstand. En tilstand af uro og rastløshed. Jeg bliver stresset, bare jeg skal børste tænder. Bare det der minut det tager at skulle børste tænder, det gør mig anspændt. Jeg er jo glad for denne her dårlige sommer, fordi så føler jeg ikke hele tiden dette her pres. At nu skal jeg ud og kunne nyde det ligesom alle andre. Jeg har prøvet at ligge ovre på plænen med et par stykker af mine venner og jeg kan ikke slappe af. Jeg kan ikke bare lægge mig ned på ryggen og nyde solen. Så kommer angsten faren-de så snart jeg prøver at slappe af i kroppen og slippe kontrollen. Jeg kan ikke ligge i særlig lang tid, en halv time så er jeg færdig, fordi jeg har brugt så meget energi på at prøve og ligge og slappe af. Jeg tør ikke give slip. Jeg kan ligge mig ned og komme til at slappe af i et mikrosekund, og så zooom så kommer angsten. Jeg kæmper meget med det, prøver og prøver igen, på den måde arbejder jeg hele tiden med det, for det kunne jo være at jeg blev lidt bedre til det. Jeg arbejder hele tiden med det. Når jeg går på gaden, så arbejder jeg med min vejtrækning, "slap af i maven, prøv at få skuldrene ned, prøv at lade kæben hænge lidt, prøv at træne dig i at være steder, hvor der er andre". Det er jo en stor træning, når jeg er ude.



Posedame

At bevæge sig ind i eller væk fra socialiteten

Hvis vi tænker på det første billede, den "hyggelige" skovtur, så kan vi få en ide om de subtile krav, der implicit ligger i socialiteten. Man skal svare på de rigtige tidspunkter, spise på den rigtige måde, ikke begynde og ryste osv. osv. Kan man ikke honorere dette er konsekvensen oftest det modsatte af socialitet, nemlig isolation, at være frivilligt eller ufrivilligt udstødt. Begynder man at få angstanfald, begynder man også at miste kontrollen med sine egne følelser. Følelserne kommer til at stå i vejen for de gøremål og idealer man har. Følelserne, der bl.a. har som funktion at guide os mod de mål og behov vi har, bliver pludselig en forhindring på vejen mod vore mål. Psyken kommer til at modarbejde sig selv. Angsten kommer til at forhindre en i at opføre sig normalt. Angsten forhindrer en i at klare normerne for hvad man gør i forskellige situationer; når man skal stå i kø i supermarkedet, når man skal sidde i en bus osv. Heraf følger naturligt frygten for sindssyge. På mange måder går man også i den ret-

ning. Mange psykiatriske symptomer er symptomer på isolering og marginalisering. Billedet her af posedamen er medtaget, som det ekstreme symbol på det at miste kontrollen over sit eget liv, at marginaliseres, at udstødes af samfundet.

For folk hvor det at opretholde facaden er noget helt centralt i livet (og det er det jo i øvrigt for de fleste af os i en eller anden udstrækning men specielt meget for mange lægemiddelfhængige), er det psykologisk set et meget skræmmende scenarie, fordi det er den yderste konsekvens af den proces, de er blevet engageret i.

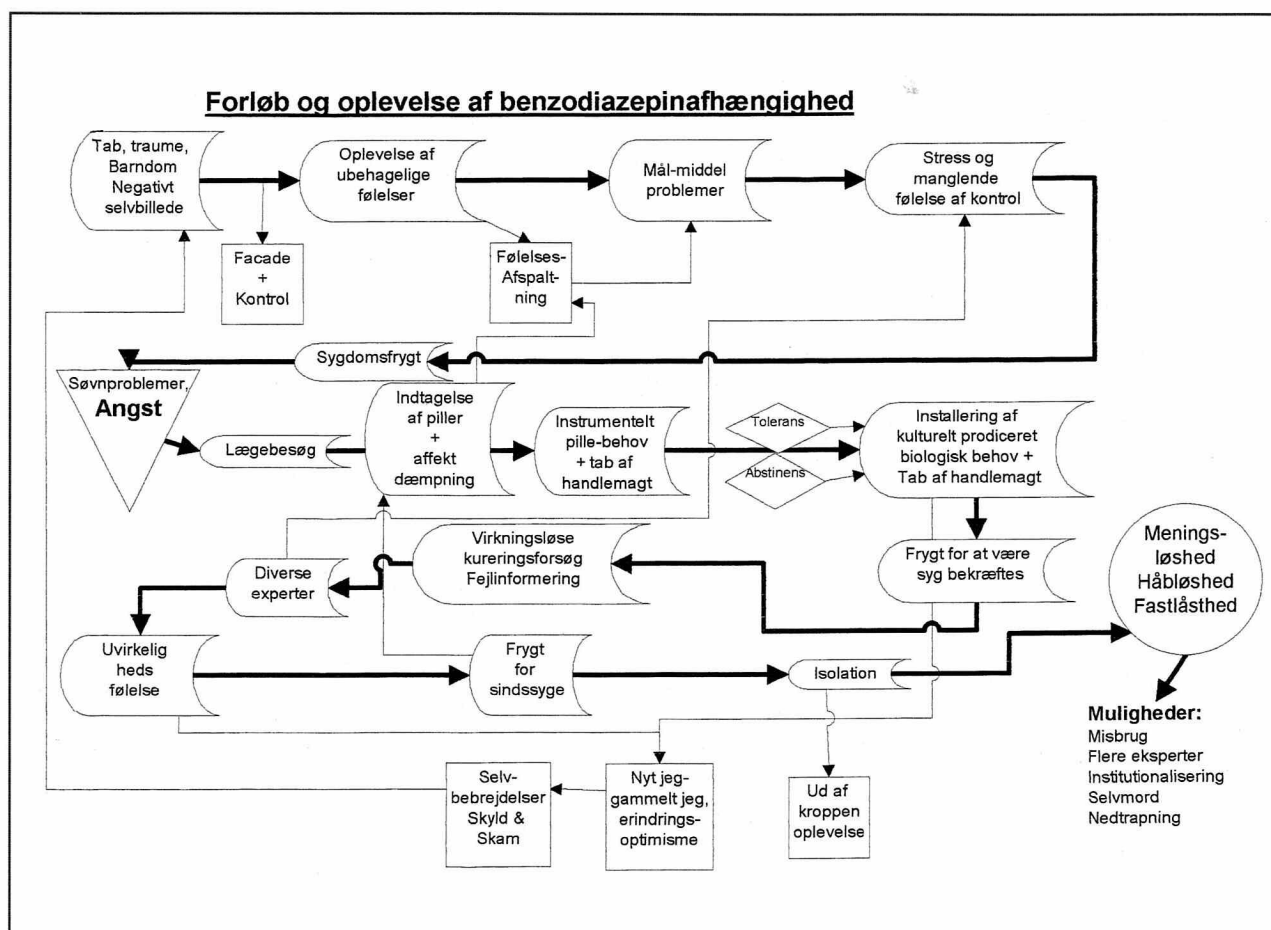
Følgende diagram er et sammenkog af den aktionsforskning, vi har lavet i "Benzogruppen" i SR-bistand.

Diagrammet kan forklares således¹⁾:

Kort fortalt viser diagrammet, at en sårbarhed som oftest har rod i opvækstforhold. Denne sårbarhed i form af et negativt selvbillede bevirker, at man bruger meget energi på at opretholde en facade. En facade, hvor der ikke er plads til at tage hensyn til sine egne følelser. Dette bevirker, at de tilbagesvar eller den feedback som følelserne kunne give omkring hvordan ens måladfærd forløber udebliver. Dette kan i krisesituationer skabe en forøget stress

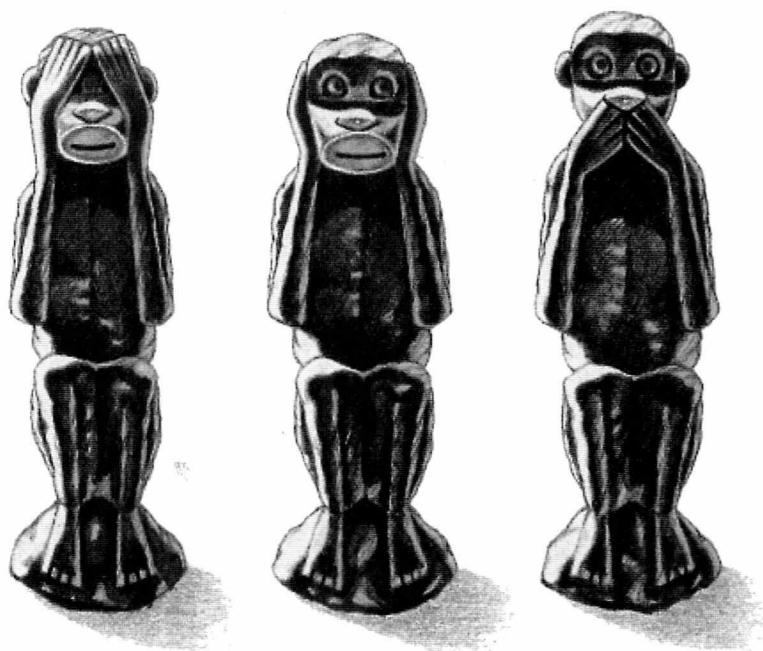
som f.eks. kan komme til udtryk i form af angst. Oplevelsen af ikke at have kontrol over situationen og dermed risiko for at facaden kunne bryde sammen. Personen oplever ofte en frygt for at være eller blive fysisk eller psykisk syg. Man opsøger derfor en læge, og her tilbydes som hovedregel, det man kunne kalde en kemisk copingstrategi. En strategi der forværrer følelsen af fastlåsthed, idet den understøtter den allerede igangværende proces af følelsesafspaltning, og herved altså også besværliggør måladfærden yderligere. Desuden hjælper pillerne med til at opretholde facaden. Pillerne benyttes først instrumentelt, d.v.s. som et redskab til at handle i verden. De virker som regel efter hensigten, men efter ca. et halvt års dagligt forbrug, har den jævne kemiske tilførsel af stof installeret et biologisk behov i kroppen. Dette biologiske behov un-

derordner måladfærden under sig således, at lægemiddelindtagelsen fra at være et redskab bliver til et mål. Da abstinenssymptomer i form af angst, søvnløshed og uvirkelighedsfølelse melder sig, bekræftes og vedligeholdes frygten for at man er ved at blive psykisk syg. Sædvanligvis følger en kæde af ekspertbesøg nu, oftest med fejltolkninger af brugerens tilstand. I denne proces hvor brugeren ikke oplever at hendes handlinger fører til noget, ikke mærker sine følelser ud over store mængder af angst, sker der sideløbende en proces af isolation, der igen bidrager til uvirkelighedsfølelse, en følelse af at være ved at blive sindssyg og en proces af marginalisering. På grund af den store kontrast mellem hvad man kunne før man startede på den "angstdæmpende medicin" og hvad man kan efter nogle års forbrug, føles det som



om man er blevet til en anden person. Hele forløbet peger mod en tilstand af håbløshed, meningsløshed og fastlåsthed. I denne tilstand er der blot få handlemuligheder: Søgen efter nye eksperter, nye kemikalier, selvmord, sindssygeinstitutionalisering, et regulært misbrug af stoffer eller, mere positivt, nedtrapning.

Skulle nedenstående billede have et navn, kunne vi kalde det lægen, staten og brugeren. Mine egne interview og en række andre undersøgelser viser, at det er meget svært for brugerne at få anerkendt deres afhængighed som skabt af lægemidlerne og den såkaldte behandling (Hafkens 1997;



AKTØRERNE

Lægen, Staten og Brugeren

Vi ved, fra lægemiddelstyrelsens receptdatabase, at der i både i 95 og 96 årligt blev udskrevet recepter på det dobbelte af det maksimalt anbefalede til 80.000 storbrugere (Kampmann 1996). Da der også bruges anseelige mængder benzodiazepiner i hospitalssektoren, og da der kan opstå afhængighed i terapeutiske doser, er det et forsigtigt skøn at sige, at der i dag nok findes ca. 100.000 langtidsafhængige af benzodiazepiner.

Hvis nu vi bare lod være med at tale om problemet, kunne vi næsten forledes til at tro på, at problemet slet ikke eksisterede.

Helweg-Jørgensen & Hansen, submitted). Et andet billede på dette kan gives ved at se på psykiatrisk demografis tal for diagnosen "afhængighedssyndrom af hypnotica sedativa" der er registreret i 1998. Tallet er forsvindende lille i forhold til udbredelsen. Ser man på udbredelsen af stofferne og pillernes afhængighedspotentiale, skal der ikke megen fantasi til at se, at der er tale om en massiv underrapportering. Den behandlingsstrategi man benytter overfor langtidsafhængige er for øjeblikket den, vi kan se på ovenstående billede.

Man er fra flere sider ikke specielt villig til at anerkende problemet. Dette kan have baggrund i flere forhold.



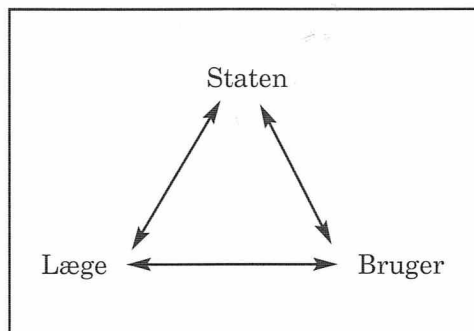
- **Lægestanden** står i en position hvor de er i fare for at blive beskyldt for at være medskaber af problemet. Desuden løser medikamenterne nogle praktiske problemer, man i forskellige institutioner står med. At give en løsning på et måske uløseligt problem, og dæmpe besværlige patienter ned (Helweg-Jørgensen og Hansen, submitted).



- Problemet er set fra en **statslig** samfundsøkonomisk synsvinkel ressourcekrævende at afhjælpe. Hvilket giver konsekvensen, at man ikke er specielt villig til at høre om problemerne. Da man i dag antageligvis ikke er interesseret i at øge udgifterne i sundhedssektoren.



- **De afhængige selv er flove** over ikke at kunne klare deres eget liv. De er angste for at blive udpegede og marginaliserede. De vil derfor hellere undlade at tiltrække sig opmærksomhed, og vil måske også hellere have, at deres egne psykosociale problemer forties. Det er mindre ansvarskrævende at lade et kemikalie klare problemerne.



Derfor vil disse tre aktører, når der skal tildeles skyld i problemkomplekset, være tilbøjelige til at skyde skylden over på de to andre i trekanten. Lægerne kan hævde, at det er de "misbrugende" patienters egen skyld og i øvrigt er der ikke fra politisk hold givet lægen nogle muligheder for at afhjælpe problemet. Fra politisk side kan man sige, at det er et problem mellem bruger og læge og brugeren kan sige at det er lægens skyld og at der ikke findes nogen muligheder for at få hjælp. Udover disse tre aktører findes der en række aktører som primært har indflydelse på den kulturelle forståelse af medikamenterne: medicinalindustrien, div. fagfolk, pressen, forskere, brugerorganisationer og politikere. Jeg vil, for overskuelighedens skyld, undlade at komme ind på disse aktører i denne omgang.

Det korte af det lange er, at folk der ønsker at få hjælp til at komme ud af deres afhængighed, ikke har nogen steder at tage hen. Deres problemer omdefineres til udelukkende at handle om personlige psykiatriske problemer. De er henvist til private Minnesota-behandlingsinstitutioner, der er ganske kostbare, og som oftest har større kendskab til alkoholafhængighed end lægemiddelafhængighed. Sammenholdt med at problemet også til dels har en social slagside, bliver det tydeligt, at størstedelen af de afhængige der ønsker udtrapning er i en håbløs fastlåst situation.

Der er altså tale om en samfunds-

gruppe som er usynlig, stille og dyr at hjælpe. Det eneste der skulle tale for, at de skulle gives hjælp, er det moralske ansvar. Kan vi undlade at hjælpe de lægemiddelafhængige, når vi ved at de kan hjælpes effektivt (Vikander et al, 1993).

Hvordan kan vi så hjælpe?

Primært ved at give information, støtte og behandlingsmuligheder. Der er således både brug for eksperter, der kan sætte brugerens symptomer ind i den rette sammenhæng, og så er der brug for en ligeværdig social kontakt, en sammenhæng hvor der er plads til at have de problemer, man har. Dette kan fungere som et springbrædt til en indkobling i en større social sammenhæng. Ideelt set burde man have en hospitalsafdeling specielt tilegnet behandling af lægemiddelafhængighed, hvor man kunne trappe folk ned over en 2 mdrs tid, evt supplere med ambulant psykoterapi efterfølgende. Dertil skulle man have en selvhjælps sammenhæng, hvor folk på eget initiativ kunne mødes og udveksle erfaringer. Disse to enheder kunne med fordel have forskningsprojekter tilknyttet, således at man kunne opsamle den viden der var i disse to enheder. Denne forskning kunne generere en viden, der er meget stor brug for i dag, og imødegå risici ved de mange nye lægemidler, der med en rivende hast sættes på markedet. Der er simpelthen brug for en mekanisme, der kan være en modvægt til de økonomiske interesser, der spyr nye kemiske stoffer ud på markedet, uden nogen sikker viden omkring langtidseffekterne af jævn indtagelse.

Det vi har set omkring benzodiazepiner, er kun toppen af isbjerget, da den biologiske orientering i forhold til psyken og psykiatriske problemer får massiv økonomisk støtte fra industrien. Der foregår en massiv skævvridning af forskningsindsatsen hvad angår biologiske kontra sociale eller historiske årsager omkring psykiske sygdomme og problemer. Forklaringen er enkel. Et biologisk syn på psykiske problemer giver mulighed for at opdyrke nye markeder for industrien. Man kan her sælge medikamenter. Dvs. at hver gang industrien giver pen-

ge til forskning, der undersøger biologiske forhold omkring dette eller hint psykologiske problem, er det en investering der potentielt kan give øgede afsætningsmuligheder. Det modsatte gør sig gældende for forskning i sociale faktorer. Det giver potentielt mere arbejde for psykoterapeuter, men ikke til lægemiddelindustrien. Vi kan derfor godt regne med, at morgendagen vil bringe en række medikamenter der "videnskabeligt dokumenteret" postulerer ad medicinsk vej at kunne klare flere og flere problemer som traditionelt har været anset for psykologiske problemer. Vi kan allerede se små tegn i denne retning. Antidepressiva der lanceres til brug ved rygeafvænnning, alkoholisme, anorexi mm, viagra mod impotens osv.

Man kunne i denne forbindelse ønske sig at medicinalindustrien, som tjener penge på deres ofte for optimistiske reklamebudskaber, gik ind og tog et ansvar. Dette kunne gøres ved at man krævede at en vis andel af fortjenesten ved salg af lægemidler gik til en fond for ofre for lægemiddelanvendelse. Fonden skulle administreres af uafhængige fagpersoner hvor der var repræsentanter for brugere, professionelle, staten mm. Måske kunne man tvinge industrien til dette politisk? Måske kunne industrien selv se en fordel i at tage initiativet rent PR mæssigt?

Dette ville ihvertfald ansvarliggøre industrien økonomisk. I dag er det staten der betaler for konsekvenserne. Sådan som vores samfund er skruet sammen, er økonomisk konsekvenspædagogik nok den mest effektive vej til at minimere de individuelle personlige skader fra lægemidler. Industrien ville pludselig få en større interesse i dette.

Epilog

Så er vi igennem min artikel. Velkommen tilbage til den sociale verden, som de fleste af jer er så heldige at kunne orientere jer i uden at falde igennem, evt hjulpet af diverse midler. I vil i jeres dagligdag helt sikkert støde på nogle lægemiddelafhængige individer, hvadenten de er til at genkende eller ej. Hvis I skulle blive bedt om hjælp så tag venligst et ansvar. Det kan være at tage sig

10 minutter ekstra til at tale ligeværdigt menneske til menneske, eller det kunne være at bevilge penge til behandlingstiltag, hvis man har muligheden for dette. Lad i hvertfald være med at sige det må være nogen andres ansvar. Det er nemlig lige her, at kernen til hele problemkomplekset er: At bekymre sig for sine medmenneskers ve og vel: At give økonomisk rentable kemikalier, hvor det er påkrævet og virksomt og tidskrævende omsorg hvor det er påkrævet og virksomt. Og altså at undgå situationen, hvor man giver økonomisk rentable kemikalier, hvor tidskrævende dyr omsorg er påkrævet.

Litteratur:

- Haafkens, J. (1997): *Rituals of silence*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Hansen, E. H. (1997) *Sovemedicin og nervemedicin – brug, afhængighed, intervention*. København: Lægemiddelstyrelsen.
- Helweg-Jørgensen, S. (1998) *Afhængighed af Nerve- og sovemedicin, nordiske behandlingsinstitutioner*. CRF publikation, Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Helweg-Jørgensen, S. (1999) Det fænomenologiske vidnesbyrd, *Nordiske Udkast* vol. 27 s. 53-68.
- Helweg-Jørgensen & Hansen, E.H. (2000) Keeping up appearances In: *Substance use and misuse*, accepteret til publikation i Vol 36.
- Helweg-Jørgensen og Hansen, Submitted "A question of definitions" artiklen omhandler omdefinierungsprocesserne omkring brugernes sociale og psykologiske problemer der sker i forløbet af en lægemiddelfafhængighed. Indsendt til publikation vinter 2000.
- Kampmann J.P. (1996): *Sovemedicin, Nervemedicin og antidepressiva – kortlægning af forbruget i Danmark*. København: Sundhedsstyrelsens Lægemiddelfdeling
- Karpatschof, B.; Karpatschof, L. og 'Dorthe' (1987): Den internaliserede krænker I: *Psyke og Logos* 8, 174-222.
- Karpatschof, B. (1989): "Galskaben, psykiatrien og virksomhedsteorien" I: Hedegård et al.(Red): *Et virksomt liv*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Lazarus, R. S. (1991): *Emotion and Adaption*. New York: Oxford University Press.
- Vikander B, Borg S, Leifman H, Tönne U (1993) Läkemedelsberoende. Öppenvårdsbehandling med stödkontakt och långsam nedtrappning ger gott resultat. *Läkartidningen*; Vol. 90, Nr 7, s. 579-582

Note:

1. Det vil i denne sammenhæng føre for vidt at forklare den teoretiske baggrund for denne teoridannelse, men blot nævne, at den genererede teori er influeret af Karpatschof (1987, 1989), Lazarus (1991) og dataindsamling og fortolkning er nærmere beskrevet i Helweg-Jørgensen (1999).



Velkommen tilbage til
den sociale verden