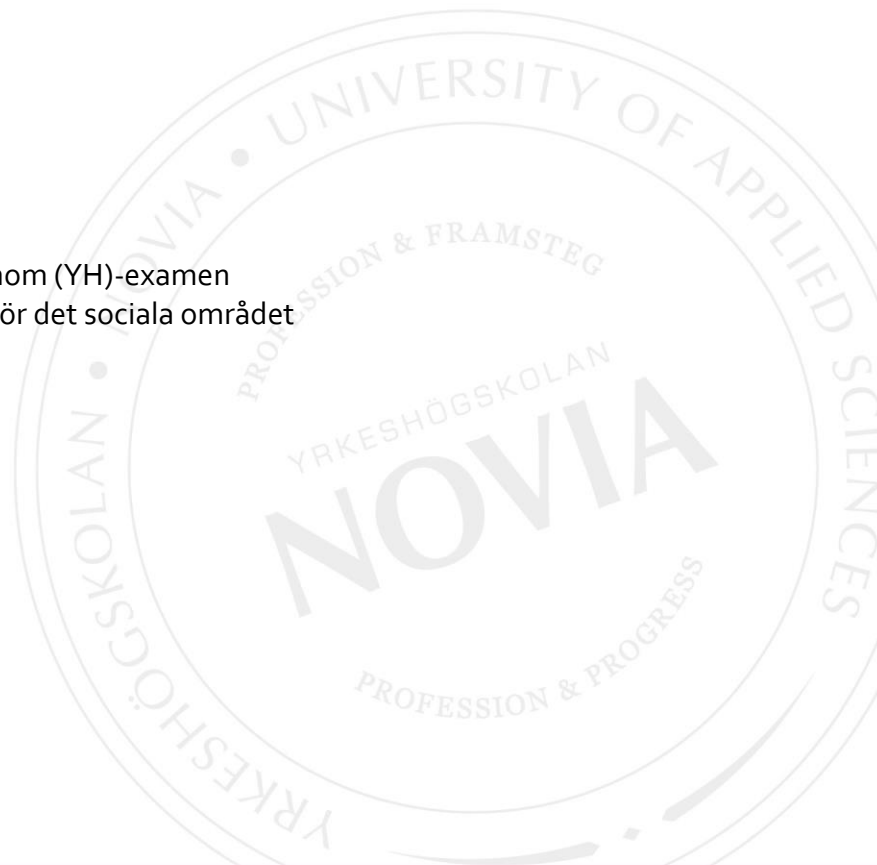


# **”Såg nog själv att inte allt var bra men man vill ju vara stolt och inte inse det.”**

**En kvalitativ studie om hur det är att leva med ångest**

Heidi Enlund & Anne Lehtinen

Examensarbete för socionom (YH)-examen  
Utbildningsprogrammet för det sociala området  
Vasa 2018



## EXAMENSARBETE

Författare: Heidi Enlund & Anne Lehtinen

Utbildning och ort: Det sociala området, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Familjearbete

Handledare: Mona Granholm & Ralf Lillbacka

Titel: "Såg nog själv att inte allt var bra men man vill ju vara stolt och inte inse det."  
- En kvalitativ studie om hur det är att leva med ångest

---

Datum

Sidantal 39

Bilagor 1

---

### Abstrakt

Syftet med detta lärdomsprov är att undersöka erfarenheter hos personer med någon ångestsjukdom och hur det är att leva med ångest. Vi vill med detta skapa en förståelse för hur det upplevs samt vad som har hjälpt. Vi har tagit en närmare titt på panikattacker hos unga personer och processen till en hållbar livshantering.

Först behandlas teoretisk bakgrund och tidigare forskning. Sedan tar vi upp centrala begrepp för att senare lyfta upp olika typer av ångestsjukdomar med fokus på paniksyndrom.

Studien har gjorts genom kvalitativ forskningsmetod i form av halvstrukturerade intervjuer med fem olika personer. Detta har gjorts på ett fenomenologiskt förhållningssätt där det handlar om att förstå den intervjuades livsvärld och vi har använt oss av en tematisk analysmetod med narrativa inslag där den intervjuade med egna ord får berätta om sina upplevelser. Vi har använt oss av meningskoncentrering i form av citat som analysmetod.

Resultatet tolkades mot den teoretiska bakgrunden och den tidigare forskningen. I resultatet kom det fram att stress samt livsförändringar bidrog mycket till insjuknandet. Man ser även hur ångesten starkt påverkat vardagen hos respondenterna men även hur processen att lära sig leva med ångesten sett ut och att det har varit nödvändigt med flera åtgärder och tillvägagångssätt för att lära sig hantera sina problem.

Slutsatser som gjorts är att det behövs en blandning av olika förändringar i livet både med individuella och professionella steg, så som egen inställning, medicinering och terapi för att lära sig leva med ångesten.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: psykisk hälsa, ångest, stress, panikattack

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Heidi Enlund & Anne Lehtinen

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaalinen ala, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Perhetyö

Ohjaajat: Mona Granholm & Ralf Lillbacka

Nimike: "Tajusin etten oli kunnossa, mutta haluathan olla ylpeä ja käännät katseesi pois."  
- Kvalitatiivinen tutkielma siitä, millaista on elää ahdistuksella

---

Päivämäärä

Sivumäärä 39

Liitteet 1

---

## Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia ihmisten kokemuksia ahdistuneisuushäiriöstä ja siitä, millaista sen kanssa on elää. Tällä tutkimuksella haluamme tuoda esille, millaisia kokemuksia tutkittavilla on ollut ja mikä heitä on auttanut. Lähemmän tarkastelun kohteeksi otimme nuorilla ihmisillä esiintyneet paniikkikohtaukset ja prosessin kohti kestäväää elämänhallintaa.

Käsitlemme ensin teoreettista taustaa ja aiempaa tutkimusta. Sitten otamme esiin tärkeimmät käsitteet ja tuomme esille erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, painopisteen ollessa kuitenkin paniikkihäiriöissä.

Tutkimus on toteutettu kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, joka koostuu puolistrukturoiduista haastatteluista viiden eri henkilön kanssa. Haastattelut on tehty fenomenologisella lähestymistavalla, jossa pyritään ymmärtämään haastateltavan elämysmaailmaa. Haastatteluissa käytettiin temaattista analyysimenetelmää vahvistettuna narratiivisella ominaisuudella, jolloin haastateltava sai omin sanoin kertoa kokemuksistaan. Analyysimenetelmänä on käytetty lainauksen muodossa.

Tulosta tulkittiin teoreettisen taustan ja aiemman tutkimuksen mukaisesti. Tuloksista kävi ilmi, että stressillä ja elämänmuutoksilla oli suuri vaikutus sairauteen. Selvisi myös, kuinka ahdistuneisuus vaikutti voimakkaasti vastaajien arkeen ja millaiselta pelkkä prosessi oppia elämään ahdistuksen kanssa näytti. Oli välttämätöntä käydä läpi useita toimenpiteitä ja menettelytapoja, jotta ongelmiaan oppi käsittelemään.

Yhteenvedon voidaan todeta, että tarvitaan erilaisia muutoksia, niin yksilöllisiä (oma asenne) kuin ammatillisillakin (lääkitys ja terapia), ennen kuin ahdistuksen kanssa oppii elämään.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: mielenterveys, ahdistus, stressi, paniikkikohtaus

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Heidi Enlund & Anne Lehtinen

Degree Programme: Social welfare

Specialization: Family social services

Supervisors: Mona Granholm & Ralf Lillbacka

Title: "I knew that I wasn't alright, but you want to be proud and not realize it."

- A qualitative study on how it is to live with anxiety

---

Date

Number of pages 39

Appendices 1

---

### Abstract

The purpose of this thesis is to analyze what kind of experiences people suffering from an anxiety disorder have gone through. We want to gain an understanding of what it's like living with this condition, and how the process to a sustainable life management has unfolded. We have taken a closer look at panic attacks in youths and young adults.

The first part covers theoretical background and previous research. We will discuss key concepts and highlight several types of anxiety disorders. We have chosen to focus on panic disorders.

The study has been conducted through a qualitative research method in the form of semi-structured interviews with five different people. We have applied a phenomenological approach where understanding the life of the respondent is central. We used a narrative method where the respondents describe, in their own words, their experiences. A sentence concentration is used in the form of quotes as an analytical method.

The results were interpreted against the theoretical background and previous research. These results clearly indicate that stress and life changes contributed to the illness, as well as how their anxiety influences the everyday lives of the respondents, but also what the process of learning to live with anxiety looks like. The respondents needed several measures and procedures in order to learn how to handle their situation.

In conclusion, a combination of different life changes are necessary for recovery. This includes both individual and professional steps, such as own ones attitude, medication and therapy, in order to achieve a sustainable way of life management.

---

Language: Swedish

Key words: mental health, anxiety, stress, panic attack

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte .....	2
3	Teoretisk bakgrund och tidigare forskning .....	2
4	Centrala begrepp .....	5
4.1	Ångest .....	5
4.2	Stress.....	5
4.3	Panikattack .....	6
4.4	Panikångest .....	7
5	Ångestsjukdomar .....	7
5.1	Posttraumatiskt stressyndrom .....	7
5.2	Social fobi och andra specifika fobier .....	8
5.3	Generaliserat ångestsyndrom .....	9
5.4	Tvångssyndrom .....	10
6	Paniksyndrom.....	11
6.1	Symptom och orsak .....	11
6.2	Diagnostisering .....	13
6.3	Behandling .....	14
6.3.1	Medicinering.....	14
6.3.2	Kognitiv beteendeterapi (KBT).....	16
7	Genomförande .....	18
7.1	Val av respondenter .....	18
7.2	Datainsamlingsmetod.....	18
7.3	Dataanalysmetod.....	19
7.4	Etiska överväganden.....	19
8	Resultatredovisning .....	20
8.1	Första tecknen, upplevelser och symptom.....	21
8.1.1	Första tecknen .....	21
8.1.2	Upplevelser och symptom.....	22
8.2	Egna strategier och åtgärder .....	23
8.2.1	Egna strategier.....	23
8.2.2	Vändpunkter .....	24
8.2.3	Hjälp.....	25
8.2.4	Diagnos .....	26
8.3	Vardaglig livshantering och reflektioner .....	27
8.3.1	Hantering i nuläget .....	27
8.3.2	Tips till andra personer med ångest .....	29

8.3.3	Tips till närstående och professionella .....	30
9	Tolkning av resultatet mot teoretisk bakgrund och mot tidigare forskning .....	31
10	Slutdiskussion och kritisk granskning.....	34
11	Litteraturförteckning .....	37
12	Bilaga 1 .....	39

## 1 Inledning

Ångest är ett begrepp som alla känner till och många använder vardagligt men som för de drabbade är mera allvarligt än att uppleva att någonting är obehagligt. Ångest är till viss mån en naturlig del av livet, den fungerar som en drivkraft till förändring eftersom det ofta ligger ett problem eller flera bakom ångesten man då måste ta itu med. Enstaka anfall i livet anses normalt och många människor kommer i sitt liv att uppleva en panikattack utan att det drastiskt förändrar deras liv. Ifall ångesten tar överhand och den blir överväldigande och återkommande blir det mera ett hinder i livet istället för en funktion. Man kan börja bli rädd för nya attacker och därmed börja undvika vissa situationer, platser eller människor. Man blir delvis rädd för rädslan vilket blir en ond cirkel där det egentligen bara förvärrar ångesten. Ångesten kan komma i flera olika former och uttryck, det kan vara en eller flera obehagliga känslor så som oro, förtvivlan, ångslan, frustration, rädsla, rastlöshet eller rent av panik.

Ångesten börjar ofta i slutet av ungdomen eller i början av vuxenlivet, det kan vara traumatiska händelser eller ärftlig mottaglighet samt en kombination av båda som lägger igång processen. Studerandens livssituation gör dem mycket mottagliga för ångest eftersom det är en period med många stora förändringar samt krav och prestationer, därför är det viktigt att få hjälp snabbt.

Vi valde detta ämne både för att det intresserar oss och vi anser att allmänheten inte kan få för mycket information om ämnet, speciellt i dagens stressiga samhälle. Syftet är att skapa förståelse för vad panikångest är och hur man kan försöka hantera den. Detta är viktigt för att så många människor kommer att uppleva ångest någon gång under sitt liv på ett sätt eller annat. Fast panikattacker inte är farliga så upplevs de väldigt starka och obehagliga, därför måste en person som söker hjälp bli tagen på allvar. Som socionomer kommer man att träffa på många människor i olika livsskeden och ibland i väldigt kaotiska sådana, därför är det bra att ha goda kunskaper om ångest samt hur man kan försöka hantera den.

## 2 Syfte

Syftet med vårt lärdomsprov är att undersöka vilka erfarenheter som personer med någon ångestsjukdom har och hur det är att leva med ångest. Vi vill studera ämnet med fokus på paniksyndrom, samt respondenternas egna erfarenheter och upplevelser av panikattacker från ung ålder.

Vi har valt att avgränsa vårt arbete till paniksyndrom eftersom det pratas mycket om termerna i formen av ”jag har sådan panikångest” fast de kanske egentligen bara har lite ångest inför någonting. Därför vill vi förklara vad det faktiskt innebär att ha panikångest, alltså paniksyndrom. Vi har märkt att man ofta missbrukar begreppet ångest och panikångest, vilket leder till att problemen samt upplevelserna de personer som faktiskt har diagnosen eller lider av återkommande panikattacker blir förminskade.

För att kunna beskriva vad paniksyndrom är bör vi först förklara själva begreppet ångest. Vi tar upp andra nödvändiga begrepp som panikattack, panikångest och olika typer av ångestsjukdomar. Vi anser det nödvändigt att ta upp också andra ångestsjukdomar eftersom ångesten och panikattackerna kan vara väldigt liknande för alla ångestsyndrom. Panikattackerna är i sig inte det huvudsakliga problemet i dessa sjukdomar men är ändå ett centralt problem. Panikattacker är ofta ett symptom på en eventuell ångestsjukdom, därför är det väldigt svårt att definiera och diagnostisera exakt vad som är den grundläggande orsaken.

Vi kommer att granska vilka erfarenheter och upplevelser som personer med erfarenheter av upprepade panikattacker har haft, hur det har utspelat sig, vad har hänt och vad har hjälpt samt hur det är att leva med ångest. Vi har valt att fokusera på unga människors erfarenheter för att avgränsa arbetet. Syftet med denna studie är alltså att belysa vad det kan innebära att leva med ångest och hur processen sett ut för att uppnå en hållbar livshantering.

## 3 Teoretisk bakgrund och tidigare forskning

Det finns relativt mycket tidigare forskning när det gäller panikångest och andra ångestsjukdomar. Forskningen går hela tiden framåt, särskilt när det gäller praktiska terapier. Den första forskningen om fenomenet panikångest kom år 1871 och handlade om hur soldater reagerade i pressade situationer. Fastän forskningen har startat tidigt är det



först de senaste 25 åren som den verkligen har tagit fart. Diagnosen paniksyndrom kom först år 1980 in i diagnosboken DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). (Dahlström, 2014, s. 116)

Genetiken har visat sig vara av stor betydelse när det gäller ångestsjukdomar och speciellt paniksyndrom har visat sig ha en stor ärftlighetsfaktor. Ärftligheten vid just paniksyndrom har visat sig vara 20 till 50 procent när man undersökt enäggstvillingar. Det som gör det svårt med att undersöka genernas inverkan på ångestsjukdomar är bland annat att gränsen mellan de olika ångestsjukdomarna är så flytande. Symptomen är väldigt liknande och de ändrar också över tid. Ett syndrom kan öka risken för ett annat. Det har också visat sig att olika gener har betydelse i olika skeden i livet. (Von Knorring, Andersson, Lichtenstein, Rück & Lindefors, 2011, s. 788-789)

Det finns också forskning som undersöker livsstilen och kopplingen till panikångest. Det har visat sig att hög känslighet för stress och låg motivation för fysisk aktivitet har ett samband med panikattacker men man vet inte vad som orsakar vad. Paniksyndrom har visat sig vara vanligare i länder med långa vintrar enligt många studier. (Kaiya, Umekage, Harada, Okazaki & Sasaki, 2005) Vad det beror på vet ingen ännu men man kan spekulera i att det är bristen på dagsljus som kan påverka och att kroppen är inställd på att det är kväll eller natt fast det inte är det. (Dahlström, 2014, s. 117)

Inom biologin forskar man genom att undersöka hur signalsubstanser och andra ämnen påverkar sinnestillståndet och om man kan framkalla panikattacker genom att tillföra olika ämnen till kroppen. (Dahlström, 2014, s. 118)

När det gäller behandlingar går forskningen fort framåt och man håller hela tiden på med nya undersökningar. Kognitiv beteendeterapi har visats fungera bra för ångestsjukdomar och därmed också paniksyndrom. Man forskar just nu mycket i gruppterapi och terapi via internet. Internetterapi kan vara en bra lösning som inte kostar mer för sjukvården och det gör den också mer tillgänglig för fler personer. (Dahlström, 2014, s. 118-119)

Tidigare forskning har gjorts på patienters egna erfarenheter av vården. Hamer, McCallin & Garrett (2009) kom i sin undersökning på Nya Zeeland fram till att det viktigaste för personer med panikångest är att de förstår sin situation och sina symptom, både de fysiska och psykiska. De behöver få praktiska råd för hur de kan hjälpa sig själva i den svåra situationen, så som att kontrollera sig andning. Det har visat sig vara viktigt att de får både muntliga råd samt läsa själva om sjukdomen med hjälp av broschyrer och liknande. Det är

också viktigt att man från vårdens sida tar patienter på allvar när de kommer in. Det är förstås en lättnad för patienten att få klart för sig att det inte är något fysiskt fel men att det inte ändå är som det ska. Att en läkare säger att patienten är helt frisk och att det inte är något fel kan leda till ytterligare oro för personen i fråga då de fortsätter att uppleva samma symptom. Man bör då från vårdens sida prata om panikattacker och vad det är så att de kan få den hjälp de behöver i form av till exempel terapi. (Hamer, McCallin & Garrett, 2009)

Enligt en studie gjord av Williams, Jacka, Pasco, Henry, Dodd, Nicholson, Kotowicz och Berk (2010) där de undersökte australiensiska kvinnor angående förekomsten av ångestsjukdomar och när de bryter ut, visade sig det att specifika fobier brukar bryta ut i åldern 7-14 år medan generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom samt posttraumatiskt stressyndrom brukar börja först vid 24 års åldern. Debutåldern var enligt deras diagram på topp vid 15 års åldern och avtog efter 19 års åldern för alla ångestsjukdomar.

Däremot i en annan studie (Von Knorring, Andersson, Lichtenstein, Rück & Lindefors, 2011, s 789) är medianåldern för insjuknande av ångestsjukdomar 11 år, varav specifika fobier syns tidigast. Medelåldern för insjuknande av paniksyndrom är 24 år, socialfobi 13 år, PTSD 23 år och tvångssyndrom 19 år.

Man kan ännu inte veta säkert hur mycket olika miljöaspekter påverkar resultat och vad som beror på vad. Det har också visat sig att kvinnor drabbas oftare än män. Detta kan ha att göra med genetik men också ha att göra med samhällets normer som har att göra med genusegenskaper. (Dahlström, 2014, s. 117)

I Von Knorring, Andersson, Lichtenstein, Rück och Lindefors studie från 2011 tar de upp en finsk studie som gjorts på åttaåriga barn. Där visade sig det att ångest och depressionstillstånd är dubbelt så vanliga hos pojkar före puberteten. Efter puberteten är det dock vanligare med ångestsjukdomar för kvinnor.

Enligt statistik från THL, institutet för hälsa och välfärd i Finland, uppskattades förekomsten av något ångestsyndrom någon gång under livet till 12,6% i undersökningen Hälsa 2000. Där konstaterades också att av finländare i åldern 30 så lider 1,9% av panikångest, 1,2% av agorafobi, 1,3% av generaliserat ångestsyndrom och 1% av rädsla för sociala situationer.

## 4 Centrala begrepp

Följande begrepp anser vi viktiga att definiera eftersom de kommer att användas genom hela arbetet. Man använder begreppen olika i sitt vardagsspråk och därför är det viktigt att vi här är tydliga med vad som menas.

### 4.1 Ångest

Känslor av ångest kan innebära att man känner något typ av hot som kan leda till att man försöker undvika eller fly från något eller att man förbereder sig för kamp. Tillståndet upplevs väldigt olika beroende på situationen så som rädsla, upprördhet och ängslan. Ångesten kan uttrycka sig i olika grader, begreppet används olika i språket så vissa använder det bara för att beskriva sin oro inför något medan andra känner av panik och skräck. Ångest har en naturlig funktion, den kan beskrivas som en signal som ska tvinga en att försöka hitta lösningar eller göra ändringar i en situation men som blir påfrestande och lidande om den håller på en längre tid. Då kan det utvecklas till katastroftankar och undvikande. (Ottosson & D'elia, 2008, s.6–9)

### 4.2 Stress

Vid ångest kan man säga att kroppen ställer sig i beredskap för en situation där man behöver vara skärpt, man går därmed in i ett tillstånd av stress. Stressen aktiverar nervsystemet så att musklerna blir spända, hjärtverksamheten och insöndringen av stresshormonen adrenalin och kortisol ökar. Stressen är en naturlig överlevnadsstrategi, instinkten av att gå in i kamp eller flykt. Stressen kan vara positiv på det sättet att det skärper ens förmåga att kunna prestera bättre, dock är det enbart positivt för en stund eftersom det till slut blir skadligt om pressen håller på en längre tid och man inte får befrielse. Att ha långvarig hög kortisolnivå försämrar immunförsvaret och långvarig hög adrenalinnivå kan orsaka högt blodtryck. Långvarig muskelspänning kan ge upphov till darrningar, skakningar, kallsvettningar och spänningsvärk. Tjocktarmen eller den övre matsmältningskanalen kan även bli irriterad på grund av att musklerna dragit ihop sig under påfrestningarna vilket kan ge upphov till illamående, kräkningar och krampaktig värk. (Ottosson & D'elia, 2008, s.10–14)

### 4.3 Panikattack

En panikattack kommer oftast väldigt plötsligt som en våg av starkt obehag som ger eventuella kroppsliga symptom. Enligt DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) finns det tretton kriterier som kännetecknar en panikattack. De är följande:

- Hastig puls eller bultande hjärta
- Darrningar
- Svettningar
- Kvävningsskänsla
- Andnöd
- Illamående
- Smärta eller obehag i bröstet
- Svindel, ostadighetskänslor eller matthet
- Rädsla för att tappa kontrollen eller bli galen
- Dödsskräck
- Domningar eller stickningar
- Frossa eller värmevallningar
- Overklighetskänsla, s.k. derealisation eller depersonalisation

Man ska uppfylla minst fyra av symptomen för att det ska räknas som en fullskalig panikattack. Har man färre än fyra symptom räknas det som en begränsad attack. Det betyder inte nödvändigtvis att attacken upplevs som lindrigare.

Hjärtklappningar och kraftig andning är kroppens sätt att reagera på ett hot, som ett alarmsystem för att kunna prestera bättre. Att bli rädd för eller inför något är en helt naturlig reaktion men vid sjuklig ångest eller upprepade panikattacker är det som ett falskt alarm fast det egentligen inte finns något att vara rädd för. Många människor får under sitt liv någon enstaka panikattack vilket är normalt. (Rück, 2007, s. 9, 11)

## 4.4 Panikångest

Sjukdomen paniksyndrom kan leda till återkommande panikattacker vilket i sin tur leder till att man kanske börjar undvika vissa saker för att man inte ska få en panikattack igen. Med begreppet panikångest kan man både syfta på själva sjukdomen paniksyndrom eller själva panikattacken. (Rück,2007, s.11)

För att undvika förvirring så kommer vi att använda endast orden panikattack och paniksyndrom i den teoretiska delen.

## 5 Ångestsjukdomar

Med olika ångestsjukdomar eller ångestsyndrom syftar man oftast på paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, social fobi och andra fobier. (Rück,2007, s.13)

Ångesten kan uttrycka sig i många olika former och bero på så många olika saker, ibland flera problem som går hand i hand. Man kan se många olika indelningar, definitioner och grupperingar av de olika ångestsjukdomarna så som hypokondri, ängslig personlighet, utmattning och utbrändhet men vi har valt att begränsa oss till några av de vanligaste grupperna. Vi har valt att dela in ångestsjukdomarna i fem olika grupper; posttraumatiskt stressyndrom, social fobi och andra specifika fobier, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom och paniksyndrom som vi vill fokusera på för att avgränsa arbetet. Alla olika indelningar och begrepp kan vara luddiga och svåra att urskilja, speciellt om de är i kombination med varandra eller om det blir en fråga om personlighet.

### 5.1 Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiskt stressyndrom (hädanefter PTSD) kan utvecklas genom att tidigare traumatiska upplevelser stannar kvar och spökar i ens medvetna vilket i sin tur kan leda till varierande symptom på depression och ångest. Det kan handla om obearbetade händelser så som krig, våldtäkt, naturkatastrofer, tortyr och rån. (Furman, 2002, s.152–153) PTSD behöver inte heller grunda sig i situationer som varit direkt livshotande för personen i fråga utan kan även bero på att man vittnat en hemsk olycka, genomgått en svår förlösning, mobbning, våld i familjen men även om man som barn som blivit utsatt för ett stort svek eller negativ händelse. PTSD kan beskrivas som att den ursprungliga situationen som

skapade skräck och hjälplöshet börjar bli en del av en, traumat orsakar en långvarig reaktion på händelsen. Vid PTSD så återkommer plågsamma minnen i tankar, känslor, mentala bilder och mardrömmar vilket i sin tur kan ge kroppsliga symptom. Syndromet kan bli permanent då man börjar undvika situationer som påminner om traumat, tar distans från relationer för att skydda sig själv eller om man börjar dämpa ångesten med substanser. (Ottosson & D'elia, 2008, s.136–137)

Symptom på posttraumatiskt stressyndrom kan vara kort stubin, impulsiva utbrott av irritation eller aggression vilket kan leda till man sårar folk i sin omgivning som resulterar i att man ångrar sig. Detta kan dock leda till en ond cirkel då man inte förstår sig på det och bara tar mera avstånd som ytterligare kan leda till flera utbrott. Man kan även bli likgiltig, alla känslor dämpas, det kan även svänga till starka plötsliga reaktioner och att man har svårigheter att minnas den traumatiska händelsen. Fysiska symptom kan vara olika smärtor så som hjärtbesvär, svettningar och skakningar. Beroende på traumat så kan det även leda till att man känner skuld och skam eller att man har överdrivna säkerhetsbeteenden och åtgärder man måste följa. (Ottosson & D'elia, 2008, s.138–139)

PTSD kan utspela sig på tre olika sätt, återupplevelse, undvikande och överspändhet. Återupplevelse är ett typiskt drag för PTSD. Det kan visa sig i form av återblickar, minnesbilder och mardrömmar. Man kan till och med känna en lukt eller höra ljud som man gjorde vid den traumatiska händelsen. Återupplevelsen kan triggas av olika händelser eller situationer som påminner om traumat eller så kan de komma spontant. Undvikande och olika säkerhetsstrategier för att undvika tunga minnen eller att det eventuellt skulle hända igen kan förekomma vid PTSD. Man kan isolera sig eller börja undvika vissa platser, personer eller aktiviteter. PTSD kan även resultera i överspändhet, en traumatisk upplevelse kan orsaka katastroftankar och att man är ängslig samt på helspänn hela tiden. Personen i fråga kan få ett behov av att kontrollera läget hela tiden, vara på sin vakt och det försämrar förmågan att koncentrera sig på andra aktiviteter så som att läsa. Man kan bli lättskrämmd, överdrivet misstänksam och det kan bli svårt att somna. (Ottosson & D'elia, 2008, s.137-138)

## **5.2 Social fobi och andra specifika fobier**

Social fobi är när man försöker undvika interaktion med andra vilket i sin tur kan leda till minskad social kompetens och osäkerhet. Detta kan bli en ond cirkel som bara bidrar till sämre självförtroende och självkänsla, man kan lätt känna sig kritiserad på olika sätt. Det

är väldigt otydliga och flytande gränser mellan social fobi, rampfeber och blyghet. Social fobi kan också vara bunden till olika situationer, att den bara framkommer vid enskilda tillfällen så som när man ska tala inför publik. Social fobi går ofta hand i hand med andra olika ångestsyndrom men även depression och missbruk, alkohol kan till exempel bli en slags självmedicinering eftersom det dämpar ångesten. Orsakerna till social fobi kan både vara biologiska, psykologiska och i egna tidigare erfarenheter. En genetiska och biologiska arv har sina förutsättningar som tillsammans med de egna livserfarenheterna kan forma en dålig självkänsla. Personer med social fobi kan även utveckla undvikande- och säkerhetsbeteenden. (Ottoosson & D'elia, 2008, s.64–70)

Agorafobi liknar social fobi då det rör sig om rädsla vid sociala situationer, men det utspelar sig inte på grund av interaktion utan för rädsla vid specifikt låsta eller trängda situationer så som i folksamlingar och i köer (Kåver, 2014, s.45). Det kan även gå den vägen att en person med paniksyndrom utvecklar agorafobi, torgskräck, inte för att personen i fråga egentligen är rädd för öppna platser där folk rör sig utan för att de blir rädda att den platsen eller situationen kan orsaka en panikattack (Furman, 2002, s.90–91). Vid specifika fobier så har personen i fråga en irrationell rädsla för föremål eller situationer som till exempel djur, naturfenomen, blod eller skador. Vare sig det rör sig om rädsla för hundar, ormar, injektioner, åska, höjder, källare eller att flyga så har situationerna gemensamt att det kan innebära fara eller har under människosläktets utveckling varit en fara. Rädslan har alltså fungerat som ett sätt att överleva men som nu är irrationell och kan ta överhand i livet. Specifika fobier kan i sin tur utvecklas efter en panikattack då man varit med om någon hemsk situation (Ottoosson & D'elia, 2008, s.83–86).

### 5.3 Generaliserat ångestsyndrom

Väldigt många med generaliserat ångestsyndrom (hädanefter GAD) har uppgivit att de varit nervösa och haft ångest hela livet. Tecken på ångest och överdriven oro kan visa sig redan tidigt i livet men som sedan uttrycker sig i form av ett ängsligt temperament. (DSM-5, 2013, s.223) Generaliserad ångest har samma karaktärsdrag som andra ångestsjukdomar men det rör sig inte om en specifik sak eller om *vad* man tänker, utan det är *hur* man tänker. Det kan vara lite av en osund livsstil som är svår att förändra. Generaliserad ångest kan beskrivas som en kronisk störning och påträngande oro för det mesta i den drabbades värld. Det rör sig om ältande, många ”tänk om”-tankar och stark oro inför framtiden. Andra typiska symptom vid GAD är rastlöshet, nervositet, trötthet, huvudvärk, stelhet i

nacken samt värk i axlar och rygg. Precis som vid paniksyndrom så kan hela det autonoma nervsystemet vara i obalans vilket kan resultera i hjärtklappningar och problem med magen samt tarmen. Det är inte ovanligt att någon som är diagnostiserad med GAD även har en kombination med andra problem så som en till ångestsjukdom, personlighetsstörning, depression eller missbruk (Ottosson & D'elia, 2008, s.50–52).

Orsakerna till generaliserad ångest kan vara både arv, miljö och psykologiska faktorer. Personen i fråga kan ha varit väldigt utsatt och varit med om olyckshändelser, förluster eller haft relationsproblem vilket bidragit till osäkerheten. Det kan även röra sig om en väldigt ängslig person som är född med dessa personlighetsdrag eller som med tiden i kombination med andra faktorer fått dessa drag förstärkta då ett ångestsyndrom utvecklats (Ottosson & D'elia, 2008, s.52–53).

## 5.4 Tvångssyndrom

Tvångssyndrom (OCD) karaktäriseras av att man har återkommande oundvikliga eller okontrollerade tvångstankar eller impulser. Tvångstankarna kan vara svåra att ignorera, orimliga och skrämmande vilket i sin tur skapar ångest, som därmed kan resultera i tvångshandlingar för att tillfälligt dämpa ångesten. Detta blir då en ond cirkel där handlingarna måste upprepas för att lindra ångesten. När en person utvecklar ett tvångssyndrom kan det bero på en överdriven ansvarskänsla, perfektionism eller katastroftänkande samt biologisk bakgrund men hur tvångstankar ursprungligen uppstår är ännu okänt. (Ottosson & D'elia, 2008, s.96, 100, 102, 112)

Vanliga tvångssyndrom är tvivel och kontroll, ordning och symmetri, bacillskräck och renlighet, aggressiva tvångstankar, religiösa tvångstankar samt hamstrande. Kontrolltvång som inte går att påverka är sjukligt och kan eskalera till en ritual som måste upprepas flertal gånger på exakt samma sätt. Att ha ett sjukligt behov av ordning är att man har ångest över den och om den inte upprätthålls får man katastroftankar. Detta kan leda till att man har ett behov av en form av räkneoperation där man till exempel måste sluta på ett jämt tal men som samtidigt är delbart med tre.

Att vara överdrivet rädd för smitta eller smuts leder ofta till att man har en bestämd ritual som måste upprepas flera gånger för att undvika katastrof. Aggressiva tvångstankar förekommer ofta hos personer som har svårt att hantera orättvisor, det kan vara att man har mentala tvångsbilder om att döda någon eller att de blir lätt besvikna som resulterar i



ångest. Religiösa tvångstankar eller handlingar grundar sig även i katastroftänkande och rädsla, man vill undvika hädiskt beteende och måste på olika sätt neutralisera tvångstankarna. Att extremt samla på saker kan orsaka hälsoproblem på grund av hygieniska skäl och problematik med utrymmen. Personer som hamstrar saker har inte ett sunt förhållande till föremålen och förstår inte att det är irrationellt. (Ottosson & D'elia, 2008, s.96-99)

## **6 Paniksyndrom**

Panikattacker är något som kan drabba vem som helst. Många som lider av återkommande attacker vet inte vad det är och kan tro att de håller på att bli galna eller att de har allvarliga hjärtproblem. Så mycket som var fjärde person upplever en panikattack varje år. Att leva med paniksyndrom innebär att ständigt vara rädd för nya attacker och ens liv kretsar kring att ordna och undvika platser och situationer där de kan uppkomma. Panikattacker kan bryta ut när och var som helst, till exempel i affären, på tåget, på jobbet eller på en promenad. Att ständigt vara rädd för en ny attack leder till att risken blir större att den faktiskt inträffar, detta kan i sin tur leda till att tillståndet upprepas och förvärras med tiden. (Lithander, 2010, s. 7-14)

En panikattack kan vara väldigt intensiv och obehaglig och kan ofta kännas i stunden som det värsta man upplevt. Attackerna varierar i intensitet och man kan ha attacker som är mildare och svårare under samma period. När man haft flera attacker kan man utveckla en förväntningsångest vilket betyder att man är rädd för att nästa attack ska komma. Detta gör att man har ständig ångest med toppar av panik, det vill säga paniksyndrom. Själva ångesten för attackerna kan utlösa en ny attack. Denna typ av ångest kan ofta leda till agorafobi som i sin tur kan leda till depression. Därför är det viktigt att man försöker bryta mönstret i ett så tidigt skede som möjligt och få hjälp. (Ottosson, 1995, s. 30-31)

### **6.1 Symptom och orsak**

Kroppen reagerar på samma sätt som när en verklig fara hotar och panik uppstår. Man kommer in i en flykt- och kamprespons. Rädslan gör att kroppens binjurar börjar insöndra hormonet adrenalin som framkallar fysiska symptom (Furman, 2002, s.92). Genom att man förstår vad som händer i kroppen vid en panikattack kan man lugna sig själv lättare och på så sätt komma ur attacken fortare.

Känslorna i kroppen förmedlas via tre olika system, det somatiska nervsystemet, det autonoma nervsystemet och det endokrina systemet. Det somatiska nervsystemet är viljestyrt, till exempel kontroll över att spänna muskler och röra sig. Ångest kan medföra att man ofrivilligt spänner muskler för att man förbereder sig för akuta stressresponsen. Det autonoma nervsystemet är det som påverkas mest vid ångest. Det är inte viljestyrt och består av det sympatiska och det parasympatiska systemet. Vid ångest är det den sympatiska aktiviteten som dominerar, det vill säga styrningen av hjärtats rytm, blodtrycket och fördelningen av blodet till olika delar av kroppen. Det endokrina systemet består av kroppens körtlar som bildar hormoner. De hormoner som ökar vid ångest är adrenalin från binjuremärgen och kortisol från binjurebarken. Det som sker i hjärnan och det som sker i kroppen påverkar varandra. Ångesten kan ha sitt ursprung i hjärnan men det kan också vara så att ångesten kommer till följd av att pulsen ökar och en ond cirkel kan då lätt uppstå. Det man bör göra är att lära sig att bryta cirkeln med hjälp av övningar och metoder som man lär sig via till exempel olika terapier. (Ottosson, 1995, s. 109)

Det som händer i hjärnan vid ångest är att signalsubstanserna är i obalans. Allt som vi ser och hör, alla tankar och känslor beror på impulser mellan nervcellerna. De främsta signalsubstanserna som har att göra med ångest är noradrenalin, serotonin och GABA (gamma-aminosmörtsyra). Vid ångest finns det ett överskott av noradrenalin i hjärnan i jämförelse med de andra två signalsubstanserna. Man kan därför lindra ångesten genom att minska aktiviteten i noradrenalinsystemet eller öka aktiviteten i serotonin- eller GABA-systemet med hjälp av ångestdämpande mediciner och antidepressiva medel. (Ottosson, 1995, s. 107–108)

Inom psykiatri är man överens om att detta larmsystem som kroppen har är överkänsligt hos individer med paniksyndrom. Systemet sätter igång vid minsta lilla oro för fara. Man vet inte ännu varför vissa utvecklar denna känslighet, men man vet att det finns en ärftlig faktor i hur nervimpulser i hjärnan överförs. Man vet dock också att man med medveten träning kan träna bort denna känslighet. (Furman, 2002, s. 101)

Ett symptom som ofta kommer vid en panikattack är hyperventilation. Det innebär att man andas kraftigt för att det känns som att man inte får tillräckligt med luft. Till följd av ångesten och en känsla av att kvävas andas man instinktivt snabbare. Syremättnaden i blodet blir inte mycket högre men däremot sjunker koldioxidhalten i blodet vilket innebär att man kan känna stickningar och domningar i händer och armar och ibland också benen och fötterna. (Furman, 2002, s. 95)

För många är det första symptomet att hjärtat slår hårt i bröstet, men inte för alla. Detta kan fort leda till att man befärdar en allvarlig hjärtattack eller hjärtinfarkt och detta kan resultera i en akut färd till sjukhuset i rädsla för att dö. Det finns mängder av kombinationer av symptom som är tecken på en panikattack, de kan vara både fysiska och mentala och variera från gång till gång. Oftast lättar symptomen efter några minuter men attackerna kan även vara upp till en timme långa. Det starka obehaget som kommer med attacken gör att tiden som den pågår kan kännas mycket längre än den i verkligheten är. (Lithander, 2010, s.17–19)

Som tidigare nämnts är ett centralt inslag i paniksyndrom just rädslan för att få en ny panikattack. Men varför är man så rädd att få en ny attack när det handlar om en ofarlig ångestattack? Upplevelsen av den är så stark att man utvecklar en fobi. Detta leder till att individen till sist gör sitt yttersta för att undvika platser och situationer där de kan uppkomma. Detta kan leda till att man i värsta fall isolerar sig inom hemmets fyra väggar. Personer som lider av paniksyndrom säger ofta att det värsta inte är de obehagliga kroppsliga symptomen utan det är rädslan över att bli galen och helt tappa kontrollen. (Furman, 2002, s. 99)

## 6.2 Diagnostisering

Mellan två och tre procent av befolkningen uppskattas ha diagnosen paniksyndrom, vilket gör att det klassas som en folksjukdom. (Lithander, 2010, s. 20)

För att diagnostisera paniksyndrom enligt DSM-5 Paniksyndrom 300.01, ska man uppnå följande kriterier:

- A. Återkommande panikattacker med minst fyra av symptomen som vi tidigare definierat i kapitlet 4.3 om panikattacker. Attackerna ska vara återkommande och oväntade. De ska komma i en situation då det inte finns någon egentlig fara. Attacken kan komma oavsett om personen från tidigare är ångestfylld eller känner sig lugn strax innan.
- B. Minst en av attackerna ska under en månads tid ha följts av en eller båda av följande kriterier:
  - 1. En ihållande oro och ängslan för en ny attack eller för följderna som attacken medför, så som rädsla för att mista kontrollen eller att få en hjärtattack.

2. En betydande beteendeförändring så som att man undviker situationer och ställen där man kan få en ny attack.
- C. Symptomen ska inte komma till följd av effekterna av någon drog eller läkemedel eller av någon annan sjukdom.
- D. Symptomen ska inte heller kunna förklaras av någon annan typ av psykisk sjukdom så som social ångest, specifik fobi, tvångssyndrom, PTSD eller någon personlighetsstörning så som Borderline personlighetsstörning.

Man kan lida av panikattacker i alla olika ångestsjukdomar. Det som är specifikt för paniksyndrom är att attackerna kommer plötsligt och oväntat och inte har någon koppling till en viss situation. Som tidigare nämnts kan paniksyndrom dock leda till att man får någon annan form av ångestsjukdom på grund av attackerna då man till exempel utvecklar en fobi för en situation eller ett ställe. Man kan också utveckla paniksyndrom till följd av en negativ reaktion på droger. (Andersson, Carlbring, Svanborg, Bergström, Öst, Lindefors, 2011, s. 795-797)

## **6.3 Behandling**

Det går att bli helt frisk från paniksyndrom, men man säger hellre att man lär sig att leva med det och behärska det. Den som lär sig att leva med tillståndet blir ofta småningom helt frisk. Det är orealistiskt att tänka att man hittar en medicin och direkt botemedel för panikångest. För att bli bättre måste man våga möta rädslan och gå emot den istället för att fly från den. För att kunna göra detta kan det däremot behövas viss medicinering och terapi. (Furman, 2002, s. 102) För att veta hur man ska behandla paniksyndromet måste man se på vad som är orsaken till den. Läkare och terapeuter måste samarbeta för att hitta den rätta behandlingen för den enskilda individen. Det kan behövas både medicin och terapi eller bara det ena alternativet. (Dahlström, 2014, s. 99–100)

### **6.3.1 Medicinering**

Eftersom själva rädslan för en attack är det centrala i sjukdomen har det visat sig att medicin har hjälpt genom att bara finnas till hands till exempel i jackfickan. För personen med paniksyndrom hjälper det ofta att ha vetskapen om att det finns snabb hjälp mot ångesten, det inger en trygghet som gör att en panikattack kan undvikas helt. (Furman, 2002, s. 98)

Vissa mediciner av typen bensodiazepiner kan lindra ångesten snabbt och effektivt tillfälligt. Nackdelen med dessa är att de till viss mån är beroendeframkallande. Det finns både fördelar och nackdelar med ångestdämpande mediciner. De kan vara effektiva men när man efter en tid trappar ner på användningen kan ångesten komma tillbaka. Man vill helst inte använda sig av den här typen av mediciner långvarigt eftersom man kan utveckla ett beroende både psykiskt och fysiskt. Exempel på bensodiazepiner är Diazepam, Xanor, Nitrazepam och Fluscand. Förr användes de flitigt i behandlingen för ångest men idag används mestadels antidepressiva läkemedel som standardbehandling. Det finns också ångestdämpande mediciner som inte är beroendeframkallande som används, till exempel antihistaminer. (Dahlström, 2014, s. 97) Man kan behöva byta sort och prova sig fram till rätt dosering för att det ska fungera i längden. Det gäller att ha tålamod och inte ge upp tanken på att bli frisk.

Antidepressiva läkemedel är mediciner som huvudsakligen påverkar signalsubstanser i hjärnan, till exempel noradrenalin, serotonin och dopamin. De kallas vardagligt för antidepressiva men används också för att behandla andra sjukdomar så som ångestsjukdomar, bulimi eller specifika fobier. (Dahlström, 2014, s. 149)

Man kan grovt dela in dessa mediciner i tre olika grupper, tricykliska läkemedel, SSRI-läkemedel och övriga antidepressiva. Tricykliska mediciner är de som först kom ut på marknaden på 1950-talet. De är väldigt effektiva men de har också fler och starkare biverkningar. Dessa påverkar både serotonin och noradrenalin i hjärnan. SSRI-läkemedel (Selective serotonin reuptake inhibitor) är den vanligaste typen av läkemedel som skrivs ut idag och kom ut på marknaden på 1990-talet. De är inte mer effektiva än de tricykliska läkemedlen men de har färre biverkningar. De påverkar serotoninupptagningen i hjärnan utan att påverka andra signalsubstanser. Några vanliga läkemedel i denna grupp är Citalopram, Paroxetin och Sertralin. De övriga antidepressiva läkemedlen påverkar lite andra signalsubstanser och olika kombinationer av dem. Därför har man klumpat ihop dem som övriga. De är relativt nya och inte lika noga studerade men det betyder inte att de är sämre. Exempel på mediciner i denna grupp är Mirtazapin och Venlafaxin (både serotonin och noradrenalin), Reboxetin (noradrenalin) och Bupropion (dopamin och noradrenalin). (Dahlström, 2014, s. 149–151)

### 6.3.2 Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Kognitiv beteendeterapi går ut på att ändra på och medvetandegöra tanke- och beteendemönster i nutid, alltså var man är i livet och de problem man har nu, till skillnad från den andra stora grenen inom psykoterapi som kallas psykodynamisk terapi (PDT) där man fokuserar mer på tidigare trauman. KBT är, som namnet skvallrar om, en blandning av beteendeterapi och kognitiv terapi. Man jobbar med tankemönster och handlingar på ett sätt där man hittar lösningar på problemen. (Dahlström, 2014, s. 52)

KBT utgår från ett humanistiskt perspektiv vilket innebär att man utgår från att klienten är en unik person som kan påverka sitt eget mående och öde oavsett vilken diagnos man har. Terapeuten är aktiv på så sätt att man deltar i diskussionen och inte sitter som en passiv lyssnare. Terapeuten ser till att man håller sig till ramen för sessionen som tidigare har blivit bestämd. Sessionerna är på förhand strukturerade i samarbete med klienten så att båda följer schemat. I vissa fall kan man behöva anpassa sig till situationen vid träffarna med till exempel pauser för att underlätta för klienten så att det inte blir för uttröttande. Klienten ska hålla sig till strukturen också mellan träffarna. I KBT ingår hemuppgifter som klienten övar på och som man sedan analyserar och diskuterar i följande session. (Perris, 2005, s. 22-23)

Man jobbar relativt praktiskt för att bli av med det obehagliga i situationen, eftersom ångesten och nedstämdheten ofta är kopplade till invanda beteenden. Man kan till exempel gå till en plats som är skrämmande för klienten, så som ett köpcentrum med mycket folk. Där skriver man ner sina tankar och känslor för att avdramatisera och vänja bort ångesten. Man jobbar för att strukturera upp sitt liv för att bli av med passivitet och för att komma ifrån tankefällor så som katastroftankar. (Dahlström, 2014, s. 52)

I behandling av ångestsjukdomar som är medelsvåra och icke-psykotiska, så som paniksyndrom, använder man sig av korttidsterapi som vanligen sträcker sig mellan 10 och 20 träffar. Det har visat sig vara effektivt mot ångestsjukdomar och depressioner. Man har också uppföljningsträffar för att följa upp och se resultatet tillämpas i klientens vardagliga liv och för att få ett smidigare avslut på behandlingen. Det här gör man vanligen någon månad efter att terapisessionerna har avslutats. (Perri, 2005, s. 23)

På senare tid har man utvecklat KBT i form av gruppterapi och också via internet. Eftersom KBT har blivit populär på senare tid kan det ofta vara långa köer och genom gruppterapi och internet får fler tillgång till vård. (Dahlström, 2014, s. 52–53)

Gruppterapi går ut på relativt samma sak som individuell terapi fast man har stöd av de andra medlemmarna i gruppen. På grund av att man behandlar fler klienter samtidigt blir också priset lägre och terapin blir mer tillgängligt för fler personer. Detta har en ren ekonomisk effekt då man kan erbjuda terapi för fler personer som inte annars skulle ha råd med effektiv terapi. (Perri, 2005, s. 203-204)

I gruppterapi ska terapeuten vara mycket aktiv på samma sätt som vid individuell terapi. Man fokuserar på de olika individerna och tar itu med de olika problemen som finns i gruppen. Här gäller att terapeuten ser till att alla individer får framföra sina problem så att man tillsammans kan diskutera och gå igenom deras negativa föreställningar. Sessionerna planeras strukturerat på samma sätt som individuell terapi. Alla i gruppen följer schemat och man tar upp olika teman vid sessionstillfällena. Man har också hemuppgifter mellan träffarna som alla utför som senare diskuteras. Man använder sig ofta av ”svarta tavlan” för att skriva upp de upplevelser man haft med hemuppgifterna så att klienterna kan vara med och diskutera sina upplevelser. Rollspel är också en vanlig form av övning när man diskuterar hemuppgifter. Sessionerna brukar vara ungefär två timmar långa och hållas en gång i veckan och sträcker sig mellan 12 och 20 tillfällen. (Perri, 2005, s. 204-207)

Terapi via internet erbjuds för personer med lite mildare svårigheter. Det går ut på elektroniskt förmedlat stöd där klienten får ta del av instruktioner och genomför behandlingen själv med stöd av psykolog som man har kontakt med via nätet. Man går först igenom en bedömning om internetterapi passar för en. Har man för svåra besvär så som svår depression, omfattande kognitiva svårigheter, självmordsrisk eller psykosjukdom hänvisas man till annan typ av vård. Vården går ut på samma system som vanlig interpersonell KBT med uppgifter och utvärdering samt återbesök efter behandlingen. Fördelen med internetterapi är att det är kort väntetid och att det har visat sig vara lika effektiv som vanlig KBT. Fyra gånger så många kan få hjälp via denna metod på grund av att den är lättare tillgänglig. (Lindfors, El Alaui, Svanborg, 2017)

## 7 Genomförande

Eftersom studiens syfte kretsar kring respondenternas egna erfarenheter så har den gjorts kvalitativt, därmed har frågeställningarna besvarats mest utgående från intervjuerna. Vi har intervjuat fem personer med fokus på egna upplevelser. I detta kapitel tar vi upp hur vi valt respondenterna, vilka metoder vi använt oss av samt etiska överväganden.

### 7.1 Val av respondenter

Respondenterna har hittats genom förfrågningar till organisationer och arbetsplatser med syfte att sysselsätta samt rehabilitera långtidsarbetslösa. Det har också handlat om en viss självselektion, att vissa personer själva spontant anmält sig som frivilliga. Respondenterna bestod av fem personer som haft erfarenheter av ångest och panikattacker i ung ålder. Vi har i detta examensarbete valt att presentera informationen i citat och referat som skett i den muntliga kommunikationen. De grundläggande frågorna har skickats elektroniskt på förhand åt de respondenter som har velat ha tid på sig att bekanta sig med frågeställningarna men alla svar har skett i muntlig form. Samtalen har spelats in, analyserats och skrivits om som ny kunskap till läsaren. Den data som insamlats under inspelningarna har förvarats på ett sådant sätt att obehöriga inte har kommit åt det, förstörts efter att den analyserats och har enbart använts i detta examensarbete samt använts endast på ett ändamålsenligt sätt.

Resultatet i studien är skrivet utan egna tolkningar och personliga tillägg, så intervjuerna har gjorts på ett väldigt omfattande sätt för att ingenting ska missförstås. Frågorna har varit formulerade på ett sådant sätt att respondenten inte hade mycket rum för att missförstå dem och om de under intervjun verkade osäkra angående en fråga så förklarade vi innebörden.

### 7.2 Datainsamlingsmetod

I denna undersökning har vi inspirerats av ett fenomenologiskt förhållningssätt, det vill säga vi har fokuserat på intervjupersonernas livsvärld och försökt förstå den. Genom en halvstrukturerad intervju har vi strävat efter att förstå respondenternas perspektiv angående det specifika temat genom en relativt fri diskussion. (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 44-45) Vi har använt oss av en tematisk analysmetod med narrativa inslag där den intervjuade får med egna ord berätta om sina upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 194). Historierna



kan bli spontana eftersom respondenterna får berätta väldigt fritt utifrån de inledande grundfrågorna som intervjuarna i denna undersökning har gett i elektronisk form på förhand och har med som riktlinjer vid intervjun. Intervjuarnas roll är att aktivt lyssna, inte avbryta och eventuellt ställa följdfrågor för att hjälpa intervjupersonen att berätta sin historia vidare. (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 196)

### **7.3 Dataanalysmetod**

Vi har i denna undersökning använt oss av meningskoncentrering som analysmetod, vilket innebär att man sammanfattar det mest relevanta ur det insamlade materialet till olika kategorier. Meningskoncentrering underlättar att läsaren får ut det viktigaste ur studien och en bra helhetsbild genom att man analyserat svaren till korta meningar och citat. Detta skapar gemensamma teman och områden som man med hjälp av kategoriseringen kan jämföra svarens olikheter samt hitta gemensamma drag. (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 245-247)

### **7.4 Etiska överväganden**

Intervjun påverkas av de mänskliga interaktionerna, man ställs snabbt framför ett etiskt dilemma där intervjuaren vill tränga sig på så djupt som möjligt utan att vara respektlös mot den intervjuade. (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 97-98) Respondenterna deltar frivilligt i undersökningen och kan ångra sig när som helst om de inte längre vill delta, detta är för att respektera deltagarnas egna beslut samt hälsa. Respondenterna informeras om syftet med undersökningen samt tillvägagångssättet. Deltagarna informeras om hur processen går till samt om konfidentialiteten, hur informationen behandlas samt vem som har tillgång till olika delar av materialet. (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 107)

Respondenterna skyddas genom att vara anonyma. Det finns risker samt eventuella konsekvenser av att utföra en sådan studie, så som att undersökningens person lider på grund av deltagandet. Därför är den etiska principen att den kunskap som undersökningen ger ska väga mera än de eventuella riskerna, undersökningen ska göra mer gott än skada och att den görs på ett sådant sätt att risken för skada är så liten som möjligt både för de som deltar samt den större grupp de representerar. Som intervjuare utgår vi från empati, känslighet och moraliskt ansvarstagande. Ärlighet, korrekt och representativ vetenskaplig

kunskap samt att materialet som publicerats ska vara granskad är viktiga utgångspunkter. (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 109-111)

Orten som intervjun skett i eller respondenternas nuvarande ålder kommer inte att nämnas, men respondenternas ålder vid tiden för händelserna framkommer. Platsen för intervjun planerades på förhand med respondentens samtycke eftersom vi inte ville att miljön skulle påverka varken resultatet eller välmåendet negativt. Eftersom respondenterna frivilligt deltagit utgick vi ifrån att de kan prata om dessa privata saker utan större problem. Ifall det märktes under intervjun att det uppstod stora svårigheter, att de inte riktigt klarade av att berätta eller om det verkade för jobbigt så avbröt vi med en paus och eventuellt sökte efter en annan alternativ respondent. Om en intervju annullerats från respondentens sida ett flertal gånger efter varandra så sökte vi en ny respondent på grund av att det inte verkade som om respondenten var riktigt beredd på en intervju och den kunde göra skada.

## **8 Resultatredovisning**

Vi har gjort en kvalitativ tolkning av resultatet, där vi tagit ut det mest relevanta ur intervjuerna och skrivit om den till textform. Vi har trots varierande svar ändå hittat vissa gemensamma faktorer och drag. Studiens syfte är att belysa egna erfarenheter och de centrala frågeställningarna kretsar kring hur det har utspelat sig, vad som har hänt och vad som har hjälpt samt hur det är att leva med ångest. Detta anser vi vara viktigt att uppmärksamma eftersom ångest är något som alla upplever mer eller mindre av i sitt liv. Vi vill lyfta fram detta för att medvetandegöra hur det faktiskt är att lida av återkommande ångest och inte bara ha naturlig ångest inför vissa specifika situationer då och då. Vi tyckte även att det var nödvändigt att ha med i syftet hur själva panikattacken eller den starka ångesten har känts eftersom det eventuellt kan hjälpa någon i framtiden att identifiera en panikattack.

Materialet har delats in i tre huvudkategorier. Den första kategorin svarar på den första frågeställningen om hur det har utspelat sig. I den andra kategorin tas egna strategier och åtgärder upp som besvarar frågeställningen om vad som har hjälpt mot ångesten. Tredje kategorin innefattar vardagen och återblickar som svarar på frågeställningen om hur det är att leva med ångest. Huvudkategorierna har ytterligare delats in i underrubriker för att tydligare skilja på tillhörande teman.

Tydliga gemensamma faktorer som har kommit fram under intervjuerna har fet kursiverad stil. Vi har valt att ha med så många citat som möjligt för att studiens syfte är att belysa de egna upplevelserna och på detta vis lyfts respondenternas egna ord samt förklaringar fram. Citaten har skrivits med kursiverad stil och separerats från den övriga texten.

## 8.1 Första tecknen, upplevelser och symptom

Respondenterna har många gemensamma faktorer som har bidragit till ångesten. De två största återkommande teman är *prestationskrav* och *stress*. Andra olika genomgående ämnen som flera haft gemensamt är *livsförändringar*, *kriser*, *dåligt självförtroende*, *ingen kontroll av omgivningen*, *mobbning*, *ängsla inför vissa situationer* och/eller *framtiden*. Alla respondenter upplevde problem vid platser där det är mycket folk.

### 8.1.1 Första tecknen

De första tecknen har visat sig redan i början av tonåren eller i ung vuxen ålder. Flera respondenter hade dock känt av symptom sedan lågstadiet. *Stress* och *oro* har spelat en stor roll för alla, speciellt i kombination med *stora förändringar*. Det har funnits för många moment att hantera, speciellt i en sårbar period. För en respondent blev flera anhörigas insjuknande av olika sjukdomar inklusive sig själv en stor påverkande faktor för ångesten. För många andra respondenter var det livsförändringar i form av att börja en ny skola eller klara av studier som ökade stressen.

*”Det började i 22-23 års åldern. Jag var väldigt elak, sur och tog ut det på andra. Jag var på dåligt humör hela tiden, hade inte orken till någonting, inte träningar, orkade inte gå till skolan, jag ville bara isolera mig där hemma och spela videospel.”*

*”Symptomen började när jag var 15 år, i formen av tvångstankar. Jag kände att jag inte kunde hålla på med hobbyer jag brukade göra, det tog plötsligt stopp. Det var något fel.”*

*”Det började när jag skulle börja högstadiet men hade nog märkt av det redan när jag var yngre. Det var värst när jag skulle gå till skolan men när jag väl var där gick det ganska bra. Jag var sjuk väldigt mycket. Jag kände mig sjuk, det var som om jag blev sjuk av ångesten.”*

*”Symptomen har egentligen funnits så länge jag minns, jag har nog hela livet tänkt ganska mycket men inte haft någon att prata med. I 14-15 års åldern så började man se att det är något som är fel. På den tiden fanns det inte någon ’panikångest’, man var ju bara ett problembarn. Det fanns inget annat än att bara hålla på som vanligt.”*

*”Jag fick min första panikattack när jag var 20, efter att jag förstod vad det var kom jag fram till att symptomen har funnits där sedan lågstadiet men att det visat sig på ett annat sätt då. Jag var ganska orolig, fick lätt ångest inför saker men på den tiden visade det sig som dålig mage. I yrkesskolan var det första gången jag fick problem med andningen.”*

### 8.1.2 Upplevelser och symptom

Symptomen har varit både fysiska och psykiska hos alla respondenter. **Utmattning, darrningar, huvudvärk, andningssvårigheter, hjärklappningar, kallsvettning** och **skakningar** är fysiska symptom som visat sig för alla under en eller flera tillfällen. Andra symptom har varierat mellan skrikande, gråt och aggression. Återkommande psykiska symptom har varit **stark rädsla, sinnesfrånvaro, minnesluckor, stark känsla av hopplöshet** och **förvirring**. Alla respondenter hade gemensamt att de inte visste vad det var för fel när symptomen för ångesten började.

*”Det byggdes upp en ilska, väldigt små saker retade upp mig(...) väldigt lättantändlig. Knytnävar i väggarna, slog sönder små saker. Jag hade rekord i utvisningsminuter under matcherna för jag tog ut mig på sådant som inte alls hade någonting med saken att göra. Sa någon fel sak så såg jag svart, jag minns bara att jag hamnade i duschen efteråt.”*

*”Det känns som att det trycker i pannan och i bröstkorgen. Det känns hopplöst. Tankar snurrar på i huvudet. Det kan vara att någonting hemskt ska hända.”*

*”Saker känns svårare då man tänker på det, fast det är bara små saker. Då det är värre kan jag få huvudvärk, kan inte äta, ibland inte röra på mig. Armarna vill inte lyda.”*

*”Panikattacken kunde utlösas när någon försökte tvinga mig till skolan. Jag skrek, ibland grät jag, jag kände panik och att jag skulle behöva slippa bort(...)bort och gömma mig. Jag var väldigt rädd, det skakade i kroppen, jag kunde inte kontrollera händerna och mina rörelser. Det gick om när föräldrarna slutade tvinga en. Jag tror mobbningen bidrog mycket till ångesten.”*

*”Man var helt slut hela tiden, ingen motivation till någonting. Man lämnade hemma och ligga. Att till exempel gå in till butiken där det var mycket folk, man hade ingen kontroll på omgivningen så gick bara inte. Man började kallsvettas, huvudet bara stängde av. Man skakar och vill bara ut. Det är som om väggarna och taket skulle komma mot en, bubblan blir mindre och mindre så till sist kan man inte andas. Flera gånger hittade jag inte ens ut själv, jag gick mellan hyllorna, visste inte vart upp eller ner var.”*

*”Min kompis hade haft en panikattack i bilen och berättade om det för mig, kort efter det så utlöste det en panikattack för mig när jag var i bilen. Det svartnade nästan och jag fick ingen luft. Efter att det slog igång så var det två månader jag inte kunde gå någonstans, panikattacken var en sådan chock för mig.”*

*”Handsvett, hyperventilerade, skakade, det gick bara inte. Det var som om jag jagade upp mig för det, redan innan jag ens hunnit sätta mig i bilen så började hjärtat skena. Jag undrade hur det här ska gå. Skulle jag inte ha brytt mig så skulle det ha gått hur bra som helst men det är lätt att säga då man inte är in i det. När man är in i det så försvinner tankesättet helt, eller åtminstone blir jag en helt annan människa då.”*

*”Det är lite som min flygrädsla, jag är inte rädd för att planet ska störta men det är den där kontrollen, att jag inte får välja när jag ska stiga av.”*

## 8.2 Egna strategier och åtgärder

I denna kategori tar vi upp processen för hur respondenterna utvecklade egna tillvägagångssätt och hur vägen till professionell hjälp sett ut.

### 8.2.1 Egna strategier

Många respondenter började utveckla egna strategier för att dämpa ångesten. De flesta var rädda att berätta om det för någon vilket resulterade i att de distanserade sig ifrån folk. Alla respondenter förstod att det var något fel men att man ville blunda för det. De flesta ville gömma problemet genom att **isolera sig** på grund av känslor som **rädsla** och **skam**. Man ville inte tappa ansiktet och mista sin stolthet. En respondent uttryckte det som att man ville bygga upp ogenomträngliga murar omkring sig. Flera respondenter försökte även lindra sin ångest genom olika substanser så som alkohol eller droger de fick tag i. Andra respondenter försökte distrahera sig själva hela tiden för att undvika att fundera på sig själv.

*"Psykisk ohälsa, de är lite tabu att prata om(...)folk vill inte prata om det. Jag har inte ens berättat åt mina föräldrar om hur jag mått."*

*"Såg nog själv att inte allt var bra men man vill ju vara stolt och inte inse det. Inte har någon av mina vänner behövt gå någon gång till någon professionell så varför skulle jag."*

*"Jag ville blunda för det lite, jag tror att jag skämdes. Det skulle inte ha känts bra att säga man är sjuk i huvudet. Sådana som gick till psykolog ville man stöta bort lite, allra minst skulle män ha sådana problem. På ett sätt ville jag inte ens erkänna det för mig själv och fast jag egentligen visste det var något så ville jag inte berätta för någon."*

*"Jag låste ut familjen och vänner. Slängde telefonen och låste dörren. Tog några Diapam, sköljde ner det med whisky och så var det där(...)så var det dags för nästa dag igen."*

*"Jag stängde in mig, spelade mycket och glömde bort den här världen. Det kunde vara från klockan 10 på morgonen till klockan 10 på kvällen. Nu kan jag tacka nej till en spelförfrågan men då jag hade ångest var jag tvungen att spela."*

*"Det var ett måste att ha med människor man känner för det var så obekvämt att ha okända människor runt sig. Det var svårt att sitta hemma i soffan för sig själv, jag försöker undvika att tänka på mig själv men jag hjälper gärna andra för det känns lättare. Man får ju också många svar själv genom att prata med andra om deras problem."*

*"När man har tid att sitta och tänka, då börjar man gräva i sig själv lite(...)har man gjort rätt val och håller jag på med det som är rätt för mig just nu? Man skulle behöva ta sjukledigt men det är som att komma hem och se att det inte är bra. Ingen mat(...)räkningar i högar som skapar mera stress och ångest."*

*"Att läsa om det och tänka på det kunde trigga attacker, undvek långa bilresor och långa köer i affären, det gör jag nog ännu idag."*

### **8.2.2 Vändpunkter**

Många av respondenterna upplevde att de blev pressade till en viss punkt innan de kunde börja ta tag i problemen på allvar. Återkommande uttryck under intervjuerna var att **bägaren rann över** och att **man gick in i väggen**. Många respondenter poängterade också att någon anhörig påverkade deras beslut om att söka hjälp. I vissa fall är det närstående som har ordnat hjälpen och i andra fall har de visat sitt stöd genom diskussion.

*"Jag blev rädd för mig själv (vid aggressionsutbrott), då märkte jag att nu måste jag ta tag i saken"*

*"Jag blev ju inlåst, du sitter in 22 timmar i dygnet i en 5 m<sup>2</sup> cell. Jag fick tid att ligga och tänka, man hade mycket ångest i början då man inte var van men i cellen var man illa tvungen att gå igenom det. Det krävdes att släppa in sig själv i sitt huvud för att sen kunna släppa in andra."*

*"Man blir ju mästare på att ljuga för att kunna dra sig ur situationer, men när mitt enda syskon skulle gifta sig så visste jag att detta måste fixas på något vis. Jag ringde åt en läkare, det kändes bra men det var svårt. Jag hade till och med haft svårt att läsa om ångest på nätet, det kunde resultera i panikattacker. När jag skulle till sjukhuset körde jag två timmar runt innan det var min tur, det var bara så jobbigt."*

*"När jag första gången berättade om det så var det till en vän, det kändes som en stor sten lättade från axlarna. Det var en sån skön känsla att inte längre behöva vara ensam med problemet. Min vän hade nog märkt ibland att allt stod inte riktigt rätt till men han sa att han inte ser ner på mig på något sätt. Det var otroligt skönt att höra."*

### 8.2.3 Hjälp

Alla respondenter upplevde det svårt i början att berätta om sina problem. Många hade innan sökt hjälp av läkare för andra saker så som migrän, men det var ju egentligen ett symptom de sökte hjälp för. När de väl hade hittat en psykolog eller terapeut att prata med så lättade mycket. Alla upplevde att **samtal**, **kartläggning**, **scheman** och olika **målsättningar** hjälpte mycket. Både psykodynamisk och kognitiv beteendeterapi har uppskattats.

*"Jag pratade med en terapeut, vi gjorde en kartläggning av problemet och han lade fram väldigt smarta sätt att se på saker. Man behövde ju bara ta det första steget att faktiskt gå och prata med någon, så jag skulle säga det var hans förtjänst."*

*"Jag ritade på ett papper hur ångesten såg ut och sen ritade jag något annat som fick mig att må bra. Det hjälpte mest att prata om problemet."*

*"Bra professionell hjälp med mycket erfarenhet vid en ungdomsavdelning och samtal gjorde mycket. Terapi och rehabiliterandearbete hjälpte sen"*

*"Det var först i fängelset jag fick information om panikångest. Det var lätt att få hjälp där, det var bara att trycka på en knapp när man mådde dåligt. Där hade de ju ett kontaktnät man själv inte har. Man fick som ord på det man sökte efter."*

*”Det har hjälpt mig mycket sedan jag blev öppen om det, jag skäms inte. När jag för en gångs skull fick öppnat korken så kom ketchup-effekten. Jag märkte att det inte var farligt att berätta om det och om någon tycker jag är dum i huvudet så varsågod. Det är i så fall deras problem, det bjuder jag på.”*

Flera respondenter var väldigt tydliga med att det däremot kunde ta väldigt lång tid att hitta en professionell som det funkade med. Många använde uttrycket att det måste **”klicka”** med personen i fråga. För en respondent var långa köer och dålig kommunikation ett stort problem, det kändes som om man inte tog problemet på tillräckligt stort allvar. Flera respondenter tyckte att det var problematiskt med **medicinering**, när en medicin skrivs ut ville de flesta att läkare och psykiatriker skulle göra en bättre uppföljning. Många upplevde att doseringen eller förnyandet av ett recept gjordes för slarvigt.

*”En läkare som var praktikant skrev ut medicin till mig, jag ringde efter en vecka för jag mådde så dåligt(...)medicinen fungerade inte. Läkaren ringde aldrig upp, jag ringde och ringde(...)ingen ringde tillbaka. När jag äntligen fick tag i någon så sa de bara att läkaren hade slutat.”*

*”När jag försökte boka en tid så var det ett halvårs väntetid. Jag sa att jag orkar inte mera och att jag kommer att ta mitt eget liv, de svarade bara att de inte kan göra någonting.”*

*”Psykiatriker – de har jag inte fått tillräckligt mycket ut av. Sist jag hade tid med en så skulle jag få en ny medicin för den jag använde hade jag haft så länge så att den slutat värka. Den nya medicinen började jag må riktigt dåligt av, den hjälpte inte alls. Då jag åkte tillbaka till psykiatrikern så var jag inne i två minuter, han sa bara att vi höjer på dosen, tack och adjö. Det hjälpte inte över huvud taget.”*

#### 8.2.4 Diagnos

Det varierade mellan respondenterna om de hade en diagnos till pappers eller inte, men alla hade fått höra **muntligt** av någon professionell att de hade en form av en ångestsjukdom. Två av respondenterna hade även diagnostiserad depression i kombination med ångest. De flesta respondenterna sade när vi funderade kring diagnostisering att det inte egentligen är så stor skillnad om det står till pappers eller inte, utan det är bra att bara veta vad det är de har.

*”Terapeuten sa att jag har trauma-ångest kombinerat men jag har det inte diagnostiserat på papper. Jag visste det innerst inne men jag lämnade det bara i bakhuvudet innan jag fick höra det.”*



*”Det låter så allvarligt på papper, men det är bäst att veta ändå.”*

*”Först var det tungt att se att det är något fel på mig, nu har man det på papper att man har fel i huvudet. Det var tungt att leva i ovisshet så när man kom in i det blev det nog som en befrielse att inte behöva gå och undra vad det är för fel. Man fick börja fokusera på hur man ska fixa det istället.”*

*”Nog har ju läkare sagt till mig vad det är jag har men jag ser ingen skillnad om det skulle hjälpa ifall det även var till pappers.”*

### **8.3 Vardaglig livshantering och reflektioner**

I denna kategori tar vi upp hur respondenterna hanterar sin vardag samt individuella metoder. Vi tar även upp respondenternas tillbakablickar över hur de själva eller andra kunde göra saker, vad som har varit bra och vad som har varit dåligt.

#### **8.3.1 Hantering i nuläget**

Alla respondenter upplever att ångesten kommer *i vågor*. För vissa kan det gå en längre tid utan större problem alls, sen kan ångesten komma tillbaka och hålla i sig en stund. För andra var ångesten fortfarande daglig men den varierar periodvis i intensitet och längd.

*”Nuförtiden kommer ångesten i så små vågor så det är inget jag oroar mig för – det jag gick igenom så kommer jag nog känna sorg och skyldighet över men händer det någon tung förändring i livet vet jag att jag kan vända mig till terapeuten.”*

*”Idag när jag känner av det, blir lite kallsvettig, så försöker jag tänka positivt. De reder ut sig i framtiden, egentligen oroar jag mig för ingenting.”*

*”Jag har nog ännu problem ibland och en rädsla för framtiden. Det jobbiga varar inte lika länge som förut, det är periodvis.”*

*”Idag är jag ju inte helt fri från ångest. Det kan gå hur bra som helst en vecka utan att jag känner av någonting, sen kan det komma igen i flera dagar eller veckor med det dåliga humöret. Det är kanske depression men ångest kommer på samma gång, små saker som att gå och handla kan jag bli nervös inför. Man vågar inte gå. Det känns väldigt långt bort då jag mår bra, som om det inte är möjligt att det kan vara så ibland.”*

*”Det börjar gå längre och längre mellan ångestattackerna. Små ångest ibland men det är sådant som alla har mellan varven. Det är en ständig kamp – men du måste bara komma fram till det själv att vara beslutsam.”*

*"Nu så är det helt ok, men på medicinering förstås. Jag har lärt mig att leva med det. Jag tar liksom inte lika mycket stress för det. Jag har ångest, det är nog tungt men jag stressar som inte upp mig."*

Respondenterna har försökt utveckla bra taktiker de tar till när de känner av ångesten och förebyggande steg. Det kom fram under intervjuerna att det är en kombination av både **tankesätt** och **livsstil**. Många har sökt fram bra information och försökt få bättre rutiner så som med dygnsrytm, kost samt motion.

*"Jag brukar lyssna på musik jag tycker om, det upplever jag att hjälper. Röra på mig och motionera brukar vara bra mot ångesten men även höja självförtroendet för ångesten drar ju ner på det. Mediciner har ju hjälpt förstås men nu klarar jag mig med mindre."*

*"Försöker att inte tänka på det, om jag till exempel är hemma och börjar må dåligt så brukar jag gå ut på promenad eller köra med bilen. Det hjälper ju inte alltid men jag vet ju att jag iallafall försöker förbättra mig. Jag försöker också träffa människor, det är ju inte alltid så att man har lust. Det är ganska långt att distrahera sig själv."*

*"Blev lätt förut att jag kände efter om jag nu inte är lite sjuk iallafall och stannar hemma. Jag hittade på ursäkter för att vara hemma, det är att lura sig själv. Det har jag försökt sluta med."*

*"Jag har börjat ta kontakt med folk och det finns bra livscoacher på Youtube. Du måste göra förändringar i ditt liv och du måste börja nu, det går inte imorgon. En sak jag behövde göra var att sluta dricka för varje helg jag drack så förstörde det hela nästa vecka."*

*"Det är bra att prata med någon som har kommit en längre bit på vägen, sådana som har lärt sig leva med det, gjort ändringar i sitt liv, ändrat tankesättet och på det sättet kan man få deras berättelser att hjälpa en att skapa sin egen version av det. Man får en riktlinje som man kan styra och anpassa efter sig själv."*

*"Jag tycker om att få ventileras. Det är en trygghet för mig om jag får en attack och folk vet varför. Då sjunker risken att jag får en attack för när folk omkring mig vet så behöver jag inte oroa mig. Jag tror jag skulle må bäst av att gå runt med en jacka på mig där det skulle stå 'Jag har panikångest'."*

*"När jag får det nuförtiden så brukar jag tänka att det kommer att släppa om en stund. Jag väntar ut det tills det försvinner, så funkar det för mig åtminstone."*

*"Jag var tvungen att byta umgängeskrets. Du är medeltalet av de fem personer du umgås mest med. Så om du vill göra ändringar så är det svårt att tänka annorlunda ifall dina vänner är på ett sätt som inte du vill vara."*

*"Vet jag att det är något jag kommer ha svårt med så försöker jag förbereda mig bättre än förut. Dygnsrytm och sådant, se till att man är utvilad före."*

### 8.3.2 Tips till andra personer med ångest

Alla respondenter hade en *rädsla för att berätta om hur de mådde*, men de uppmanar andra med liknande problem att *söka hjälp i ett tidigt skede*. Många respondenter poängterade att de delvis ställde upp på en intervju för att de hoppas att deras erfarenheter kan hjälpa andra i liknande situationer.

*"Jag skulle inte ha behövt släppa det sådär långt, jag är glad att jag ändå handlade relativt kvickt."*

*"Jag skulle ha behövt söka hjälp tio år tidigare, det är lätt att vara efterklok."*

*"Sluta att tycka synd om dig själv och sök hjälp. Jag låter elak men det är så jag tycker för visst, jag tyckte synd om mig själv och allt var skit bla..bla..bla.. men en liten spark i röven här: Gå och prata med någon. Ring hellre åt någon professionell, neutral person som vet vad de gör. De var det bästa jag gjorde åt saken."*

*"Man måste bestämma att nu är det färdigt, jag måste göra något åt det. Det spelar ingen roll vad någon säger eller gör för en om man inte själv har bestämt sig eller förstår det. Det finns hjälp men man ska inte ge upp hoppet ifall en sak inte fungerar. Det krävs att man är villig att göra det, om man vill förändra världen så ska man börja med sig själv. Allt börjar från en själv, det är ditt liv, din omgivning som du bestämmer över."*

*"Fast man har ångest är det inte försent att få det att bli bättre, allt ska nog gå att reda ut. Det händer ju inte på en gång men så länge man accepterar det först så kommer det att bli bättre, då kan man tänka att det värsta har varit och livet kommer gå vidare."*

*"Lär känna igen situationer som orsakar ångest. Varför, hur gick det till, träna på sådana situationer för man kan inte undvika allt heller. I allmänhet försöka tvinga sig själv att göra det svåra, det hjälper i längden."*

*"Ta inte till sprit, jag vet att det är en av de bästa medicinerna men det löser egentligen inget utan du får bara ett problem till. Har man riktigt ångest och dricker så går det bort, men dagen efter är det tre gånger värre. Sprit har hjälpt mot ångesten men det har gjort att jag ännu idag har alkoholproblem."*

*”Man ska lära sig göra saker själv, men det beror på i vilket stadie man är. Vet man med sig själv att det kommer en situation man på egen hand kommer att undvika så be en kompis vara med som stöd. Är det på gränsen att man med nöd och näppe kan klara av det så tycker jag det är bäst att göra det själv.”*

### 8.3.3 Tips till närstående och professionella

Alla respondenter tyckte att det var viktigt att man kände både av närstående och professionella att de faktiskt **brydde sig på riktigt**. Många var **rädda att inte bli tagna på allvar**. En respondent poängterade att det fanns en rädsla för att gå och prata med kuratorn för att vänner kunde ha sett det i skolan och börja fråga om vad det är.

Alla respondenter uppskattade när anhöriga visade **konkret** och **praktiskt** att de finns där för en, att man inte behöver förstå vad det är för fel eller hur det känns utan bara finnas där som stöd. Flera respondenter pratade om hur bra det var att de hade en eller flera **anhöriga som sporrade** dom till att söka hjälp, men att det måste göras med finkänslighet och att det är en svår balansgång. Om de inte pressades tillräckligt så ändrade ingenting men om det blev för mycket tvång så stängde de av helt. **Umgängeskretsen** och **omgivningen** var återkommande faktorer som påverkade respondenternas mående.

*”En människa med ångest kan verka vara osocial men det är egentligen på grund av att situationen upplevs som svår. Så försök va förstående med det. Föräldrar kanske kunde vara lite hårdare, inte bara tycka synd om en och vara förlåtande.”*

*”Ångesten har ändrat genom åren förstås, det var som värst i högstadiet, är osäker på mig själv och då kände man sig väldigt iakttagen som om alla runtom sig tittade på en.”*

*”Det känns obehagligt där det är mycket ljud och mycket folk, då kan man börja må dåligt. I skolan kändes det som om jag blev retad för det, kanske det var meningen som lite vänskapligt bråk men de visste inte när de skulle sluta.”*

*”Det är många som tror att jag har depression, om det är riktigt jobbigt så går jag och sova, sen nästa morgon börjar jag om. Det är många som tror att ångest och depression är samma sak, men jag har aldrig varit deprimerad. Jag är dock inte alls förvånad att någon som har panikångest får depression.”*

*”När man ser att någon mår dåligt så kommunicera och hjälp. Ta det på allvar, för det kan gå så långt att någon hänger i taket. ”*

*"En av mina vänner trodde inte på mig när jag berättade om min ångest. Det var som en chock för mig att han inte förstod bättre. Det fanns som ingen sympati eller stöttande ord utan istället blev mina upplevelser avvisade som om de inte var verkliga. Det var samma reaktion som om jag skulle ha sagt att jag under natten blivit bortförd av utomjordingar."*

*"Det är otroligt synd- det skulle inte få hända att folk tar livet av sig. Det krävs ytterst lite ibland(...)bara att någon är där för en. Jag är uppfostrad så att inte visa sig svag, men en dag kommer väggen emot. Otroligt skamligt att det är så utbrett men många vet inte av att de har det...bara kämpar på ensam."*

Det kom fram under alla intervjuer att det var avgörande ifall respondenterna faktiskt kände att den professionella brydde sig, annars var det bortkastad tid. Återkommande faktorer var *pålitlighet* och *äkthet*. Flera respondenter betonade också att det var viktigt att den professionella upplevdes som att de hade gott med tid och tålmod under mötet. Samtliga respondenter önskade även att lärare eventuellt kunde identifiera och ingripa mera, flera tyckte också att det skulle vara en bra sak att ta upp mera om psykisk ohälsa i skolan. En respondent uttryckte även att det blev lättare att öppna sig för en professionell när personen i fråga underströk att de har tystnadsplikt.

*"Visa att man bryr sig och tror på en är viktigt. Försök vara glad fast det är tunga ämnen och skapa god stämning."*

*"När man faktiskt känner att någon på riktigt bryr sig hjälper. Var mera personlig och inte så professionell. Det hjälpte mig iallafall, att inte bara känna sig som en i statistiken. Det är lite som med en 'brödpräst', de går bara dit för bröd på bordet men någonstans där har de mist passionen."*

## **9 Tolkning av resultatet mot teoretisk bakgrund och mot tidigare forskning**

Precis som i den teoretiska delen vi tog upp i kapitel 4 och 6 så har stress påverkat respondenterna starkt. Kroppen har ställt sig i beredskap och som långvarigt orsakat bland annat darrningar, skakningar, hyperventilation och kallsvettningar hos respondenterna. Flera respondenter hade även problem med magen som även stämmer överens med den teoretiska delen om att matsmältningssystemet irriteras på grund av att musklerna dragit ihop sig. Teoridelen angående stress och ångest (se ovan s. 5) stämmer överens med respondenternas erfarenheter. Ångesten har blivit påfrestande samt orsakat lidande då det

hållit på en längre tid vilket lett till att problemen eskalerat i form av undvikande. I teorin (se ovan s. 13) tas det också upp att individen börjar undvika vissa situationer som kan resultera i att personen i fråga isolerar sig där hemma vilket vi även kan konstatera i vårt resultat.

Panikattackerna hos respondenterna har även uppstått plötsligt med obehagliga känslor och kroppsliga symptom. I den teoretiska delen angående panikattackerna så tas det upp att den kan uppfattas pågå mycket längre för personen än vad den kvantitativt tidsmässigt gör (Lithander, 2010, s.17–19). Detta kan vi även konstatera i vårt resultat eftersom respondenterna pratar om hur allting verkar stanna upp eller att det helt svartnar.

Alla respondenter har sagt att de inte vetat vad som var fel och vad som hände när deras problem började. De har inte fått information och har inte vetat hur de ska hantera sin situation när de fick problem. Detta kan man också se i Hamer, McCallin och Garretts studie (se ovan s. 3-4) om patienters tidigare erfarenheter av vården. Där kom man fram till att det är viktigt att patienterna får information om sitt tillstånd, både fysiska och psykiska symptom så att de kan förstå vad som händer med dem, vilket vi också kan konstatera.

Det som kom fram i Williams, Jacka, Pasco, Henry, Dodd, Nicholson, Kotowicz och Berks studie från 2010 (se ovan s. 4) om förekomsten av ångestsjukdomar och när de bryter ut för kvinnor så stämmer in på vår studie relativt bra fast vi intervjuade enbart män. Flera av respondenterna upplevde tidiga symptom men som utspelade sig annorlunda tidigt i livet än senare i livet. Det var för många av våra respondenter en fråga om skola eller olika situationer i skolan där mera specifika rädslor kom fram i bilden. I en senare ålder blev det mera en plötslig ångest i form av panikattacker. Detta är som i studien från 2010 där specifika fobier framkom mellan 7-14 år och andra ångestsjukdomar vid 24 år och för alla ångestsjukdomar toppade insjuknandet vid 15-19 år. Sen kan man ju då enbart spekulera om det har varit specifika fobier eller ängslig personlighet i tidig ålder som senare utvecklats till andra ångestsjukdomar i ungdomen eller ung vuxen ålder.

Åldern stämmer även bra överens med Von Knorring, Andersson, Lichtenstein, Rück och Lindfors studie från 2011 (se ovan s. 4) att medianåldern för insjuknande av ångestsjukdomar är 11 år, varav medeltalet för specifika fobier är 7 år, socialfobi 13 år, tvångssyndrom 19 år, PTSD 23 år och paniksyndrom 24 år. För vår ena respondent som hade trauma kombinerat med ångest började just problemen vid 22-23 års åldern. För tre andra respondenter började problemen mellan 13 och 15 års åldern varav två av dessa respondenter hade märkt av symptom redan tidigare men det hade utspelat sig annorlunda i

yngre ålder. För en annan respondent så kom den första panikattacken när han var 20 år, när han var 17 hade han för första gången haft problem med andningen men hade haft andra symptom i lågstadiet. Så för tre av våra fem respondenter så hade symptom funnits redan i lågstadieåldern.

Det som också kommer fram i Hamer, McCallin och Garretts studie (se ovan s. 3-4) är att det är viktigt hur patienten bemöts och att de blir betrodda, vilket flera av våra respondenter också betonade. Flera av respondenterna tyckte att det hjälpte mycket när de väl fick prata om problemen och att de blev tagna på allvar. Våra respondenter upplevde att det var frustrerande när läkare skrev ut mediciner väldigt lättvindigt och inte tog sig tid att diskutera vidare om problemen, att de inte togs på allvar och gavs den tid de behövde just då.

Många människor märker inte i ett tidigt skede att de lider av ångest eftersom de inte riktigt kan komma fram till vad det är för fel utan de märker bara att allting inte är som det ska vara. Eftersom återkommande ångest och panikattacker ofta är ett symptom av en eventuell ångestsjukdom så är det väldigt svårt att definiera och diagnostisera exakt vad som är den grundläggande orsaken. Många respondenter hade ju inte en diagnos på papper utan bara en muntlig diagnos av någon professionell. Detta betyder att det är svårt att veta riktigt vilken typ av ångestsjukdom respondenterna led av, om det var paniksyndrom, tvångssyndrom eller generaliserad ångest. I den tidigare forskningen (se ovan s. 3 och 12) har det även kommit fram att det är svårt att undersöka genernas inverkan på ångestsjukdomar för gränsen mellan de olika ångestsjukdomarna är så flytande. Symptomen är just väldigt liknande och de kan även ändra med tiden. Ett syndrom kan ju också öka risken för ett annat.

I Von Knorring, Andersson, Lichtenstein, Rück och Lindefors studie från 2011 (se ovan s. 3) så visade det sig också att olika gener har olika betydelser i olika skeden i livet. I deras studie kom det även fram att kriterierna av de olika ångestsjukdomarna är väldigt liknande och överlappar varandra. I en annan studie (Andersson, Carlbring, Svanborg, Bergström, Öst, Lindefors, 2011, s. 795-797) spekulerade man att det kan röra sig om en sårbarhet som leder till att man insjuknar i flera psykiska störningar. De tog även upp att det kan röra sig om individuell självmedicinering med alkohol eller droger i en så lång tid så att beroende samt missbruk kommer med i bilden som även var fallet för vissa av våra respondenter. Detta framkommer även i teoridelen angående fobier (se ovan s. 9).

Flera respondenter tog upp livsstil som en faktor de måste ändra på, så som matvanor, motion och dygnsrytm. Dessa faktorer tas också upp i Kaiya, Umekage, Harada, Okazaki & Sasaki studie om livsstil (se ovan s. 3). Kognitiv beteendeterapi och andra former av samtalsterapier har hjälpt en del av våra respondenter men också medicinering, detta tas också upp i den teoretiska delen om vad som fungerar för personer med ångestsjukdomar (se ovan s. 14-17).

Precis som Furman skriver i sin bok från 2002 (se ovan s. 14) att det går att bli helt frisk från paniksyndrom, men man säger hellre att man lär sig att leva med det och behärska det tog också alla våra respondenter upp under intervjuerna. De lär sig att leva med tillståndet. Så som Furman skriver ansåg också respondenterna att det är orealistiskt att tänka att man hittar direkt ett botemedel, utan för att bli bättre måste man våga möta rädslan med hjälp av flera olika tillvägagångssätt så som både terapi och medicin.

## **10 Slutdiskussion och kritisk granskning**

Syftet med studien är att uppmärksamma vad det innebär att lida av någon ångestsjukdom, hur det har upplevts och hur är det att leva med ångest. Detta tyckte vi att är viktigt att belysa eftersom ångest upplever de flesta i något skede av sitt liv. Vi ville speciellt ta en titt på panikattacker i ung ålder eftersom det är en känslig period i livet då ångest kan utlösas för många personer. Vi ville även ha med vad som har hjälpt personer med ångest och hur de hanterar det i dagens läge.

Resultatet visar att respondenterna upplevde att ångesten i ung ålder starkt har påverkat deras liv, stress bidrog till insjuknandet som i sin tur skapade mycket oro, förvirring samt osäkerhet. Detta har lett till svårigheter att hantera vardagen. Okunskap och tabu att prata om ämnet har lett till att det varit svårt att söka hjälp samt förstå vad det är som händer men även att öppna sig för andra. Ångesten har resulterat i andra stora problem som påverkar livet så som undvikande, kriminalitet, aggressivitet och missbruk. I resultatet ser man också att det som hjälpt respondenterna är olika professionella insatser i parallell med stöd från närstående, egna individuella val och förändringar i livet.

Som det tidigare nämnts att det är dubbelt så vanligt med ångest och depression hos pojkar före puberteten och efter puberteten är det vanligare med ångestsjukdomar hos kvinnor. För oss skulle det ha varit intressant att ha med kvinnliga respondenter om man i så fall



skulle ha sett en nyansskillnad. Det är en sak vi skulle göra annorlunda ifall vi skulle göra om studien.

Paniksyndrom har ju enligt flera tidigare studier visat sig vara mera förekommande i länder med långa vintrar (se ovan s. 3). Det är inte säkert vad det beror på men det har spekulerats i att det har med bristen på dagsljus att göra. (Dahlström, 2014, s. 117) Eftersom våra respondenter tog upp att ångesten går i perioder så skulle vi ha kunnat ha med en fråga om de märker någon skillnad på ångesten i samband med årstiderna.

Under intervjuerna var det också ibland svårt för respondenten att sätta fingret på hur det riktigt upplevdes eller kändes. Ibland var det även svårt för respondenterna att riktigt minnas vad som har hänt på grund av minnesluckor så vi kan inte vara säkra på vilka eventuella viktiga aspekter som inte kommit med. Alla respondenter sade vid något tillfälle att de inte vet riktigt hur de ska förklara, men vi märkte ett mönster att ju längre in i intervjun man kom så desto lättare blev det att prata samt beskriva olika upplevelser. Man kan inte heller veta säkert vilka delar respondenterna lämnade osagt med flit eftersom det rör sig om privata saker man kanske skäms för. Många upplevdes väldigt ärliga och öppna men när kaotiska livssituationer kommer fram så som droger, mediciner och eventuella behandlingar på institutioner så kan det bli för svårt att tala om eller minnas vad som egentligen hände.

En annan sak som har varit lite diffust är användningen av begrepp så som paniksyndrom, ångestsyndrom, panikångest och panikattack. Olika personer använder begreppen lite annorlunda och har varierande definitioner samt betydelser för orden. Det var också svårt för vissa respondenter att veta exakt vilken ångestsjukdom de hade, speciellt när det var i kombination med specifika fobier och/eller depression. Man fick inte riktigt någon exakt tidslinje över vad som beror på vad och vilket problem som lett till ett annat.

Vi har lärt oss mycket under processen och vi har funderat ifall ångest är ett växande fenomen. Har ångestsjukdomar blivit vanligare på grund av samhället eller har diagnostisering och kategorisering blivit vanligare? Beror det på att man är bättre på att söka hjälp samt att det finns hjälp tillgängligt i dagens läge eller är det stressen man utsätts för i det moderna samhället som gör att många insjuknar? Många respondenter upplevde en press angående både sociala faktorer, prestationer så som jobb eller skola samt ekonomi. Det vore tänkvärt att göra en studie som skulle besvara dessa frågor.

Intervjuerna var väldigt intressanta och givande att utföra. Eftersom vi gjorde en kvalitativ studie där vi samlade in informationen direkt av respondenterna och hade på så vis mycket tid för diskussion så gav det oss väldigt detaljrika beskrivningar av de egna erfarenheterna samt upplevelserna vilket var syftet med denna studie. Som vi kan se i resultatet så fick vi många goda tips både åt professionella, närstående och till personer som lider av ångest. Detta hoppas vi att kan komma till nytta för personer som läser detta examensarbete. Respondenterna hade hittat väldigt bra sätt att hantera sin ångest på och förklarade på ett bra sätt hur deras process har sett ut. Det är ju svårt att veta på förhand då man första gången upplever ångest hur man ska gå till väga men respondenterna beskrev att det är en blandning av olika förändringar i livet både med individuella och professionella steg.

## 11 Litteraturförteckning

American Psychiatric Association, 2015, *Mini-D 5, Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*, Halmstad: Pilgrim Press AB.

Andersson, G., Carlbring, P., Svanborg, C., Bergström, J., Öst, L-G., Lindefors, N., 2011, Paniksyndrom – Ond cirkel av feltolkade kroppsliga signaler, *Läkartidningen*, 108(14), s. 795-797.

Dahlström, C., 2014, *Panikångest & Depression, frågor och svar om våra vanligaste folksjukdomar*, Stockholm: Natur och Kultur.

Furman, B., 2002, *Fjärilar i magen*, Stockholm: Natur och kultur.

Hamer, H. P, McCallin, A. M. & Garrett, N., 2009, Searching for self: The layers and labels of panic disorder: A New Zealand study, *Nursing and Health Sciences*, 11(1), s. 51–57.

Kaiya, H., Umekage, T., Harada, S-I., Okazaki, Y. & Sasaki, T., 2005, Factors associated with the development of panic attack and panic disorder: Survey in the Japanese population, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(2), s 177-182.

Kvale, S., Brinkmann, S., 2014, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur AB.

Kåver, A., 2014, *Social ångest – att känna sig granskad och bortgjord*, Stockholm: Natur & kultur.

Lindefors, N., El Aloui, S., Svanborg, C., 2017, Internet KBT- ger effektiv behandling, *Läkartidningen*, 114, s. 1-4.

Lithander, A., 2010, *Jag är inte galen, en bok om panikångest*, Tyskland: Bonnier existens.

Ottosson, J-O., 1995, *Vad gör jag med min ångest?*, Stockholm: Natur och kultur.

Ottosson, J-O., & D'elia, G., 2008, *Rädsla, oro, ångest*, Stockholm: Liber AB.

Perris, C., 2005, *Kognitiv terapi i teori och praktik*, Falköping: Natur och kultur.

Rück, C., 2007, *Vad är Paniksyndrom?*, Malmö: H. Lundbeck AB.

THL Institutet för hälsa och välfärd i Finland [Online]

<https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom>

[hämtat 8.3.2018]

Von Knorring, L., Andersson, G., Lichtenstein, P., Rück, C. och Lindefors, N., 2011, Vanliga folksjukdomar som debuterar tidigt i livet, *Läkartidningen*, 108(14), s. 787–791.

Williams, L., Jacka, F., Pasco, J., Henry, S-D., Nicholson, G., Kotowicz, M & Berk, M. 2010. The prevalence of mood and anxiety disorders in Australian women. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, Vol 18, No 3.

## 12 Bilaga 1

Frågor:

Berätta om dig själv och dina erfarenheter av ångest.

- a) Vilken ålder började symptomen?
- b) Hur utspelade det sig? Hur upplevde du ångesten?
- c) Fanns det någon skild orsak till ångesten? Ex, situationer, miljöer, tankar.
- d) Visste du vad ångest var då det började hända dig? Hade du alls fått någon information om ångest? Om inte, fann du enkelt information om ångest?
- e) Vågade du söka hjälp av någon/berätta för någon? Isåfall, hur kändes det att berätta om det?
- f) Hittade du någonting som hjälpte mot ångesten? Ex, egna metoder eller professionell hjälp.
- g) Vad upplevde du hjälpte dig mest?
- h) Finns det någon skild händelse eller tid i livet som blev en vändpunkt? Isåfall, hur såg den ut och hur upplevde du den? Till exempel en specifik situation som fick dig att inse att du behöver hjälp.
- i) Hur ser situationen ut för dig idag?
- j) Hur är det att leva med ångest?
- k) Hur hanterar du din ångest idag?
- l) Har du fått en diagnos för paniksyndrom eller andra ångestsjukdomar? Om inte, skulle det underlätta att ha en diagnos på papper eller är det bättre utan?
- m) Finns det någonting som du skulle ha gjort annorlunda själv och finns det sådant som du önskar att andra skulle ha gjort annorlunda?
- n) Vilka tips kan du ge till andra med ångest?
- o) Vad kan närstående göra?
- p) Vad kan professionella göra?