# Eksempel på redegørelse, analyse og diskussion.

* I din ***redegørelse*** gengiver du informationer med dine egne ord, ligesom du fokuserer på udvalgte aspekter med relevans for din opgave. Man kan redegøre for teori/begreber eller indholdet i en case.
* I din ***analyse*** kombinerer du teori og empiri, dvs. at du bruger din teori til at undersøge en case (f.eks. en artikel, dokumentarfilm eller person).
* I din ***diskussion*** sætter du forskellige holdninger, muligheder eller vinkler op over for hinanden. De skal være baseret på teori og/eller kilder. Det er altså ***ikke*** din egen holdning der skal i spil.

I psykologi kan analyse på baggrund af to forskellige teoretiske vinkler tit danne udgangspunkt for diskussion og vurdering, da analyserne tit giver forskellige resultater.

Her er et eksempel på en skriftlig analyse med udgangspunkt i angst, som kunne være del af fx en SRP:

**Forskellige tilgange til angst (Redegørelse)**

Hos Sigmund Freud hører angsttilstande hjemme under neuroserne, og som sådan forklarer Freud angsttilstande ud fra fortrængte tanker og oplevelser i den tidlige barndom. De neurotiske symptomer opstår som følge af den psykiske energi som jegét er nødt til at investere i at holde de angstfulde tanker og følelser ude af bevidstheden (Larsen 2010, s. 63).

Freud skelner mellem flere forskellige neuroser. I det følgende vil jeg fokusere på tvangsneurosen, som Freud forklarer ud fra en meget streng opdragelse som har resulteret i et strengt over-jeg, og som kendetegnes ved tvangstanker så vel som tvangshandlinger (Larsen 2010, s. 63).

[…]

I mere moderne tilgange til angsttilstande peges der flere forskellige årsager til angst. Ud fra et behavioristisk synspunkt kan angst ses som et udtryk for betingning, dvs. at personen har lært at forbinde en bestemt ting eller situation med angst som følge af en bestemt oplevelse. Ifølge David Barlow kan dette også opstå via en såkaldt ”falsk alarm”, dvs. at personen oplever akut angst i en specifik situation, og så efterfølgende forbinder denne situation med angst, selv om angstanfaldet egentlig blev udløst af noget andet end selve situationen som f.eks. stress (Larsen 2010, s. 431).

[…]

I arbejdet med angst arbejdes der også med en opdeling af angst i forskellige bestanddele: Den kropslige side, den følelsesmæssige, den kognitive side samt adfærd. Den kropslige side af angsten er de fysiske symptomer som f.eks. hjertebanken, den følelsesmæssige side er følelsen af blandt andet angt og uro, den kognitive side er de tanker personen tænker i forbindelse med angsten, og adfærden kan f.eks. være at personen trækker sig fra den angstfulde situation. Det kropslige, følelsesmæssige, kognitive samt adfærden påvirker gensidigt hinanden, og man taler i den forbindelse som ”angstens onde cirkel” (Larsen 2010, s. 429 – 430).

[…]

**Analyse af Hanne**

Hanne er en kvinde på 40 år som har haft forskellige former for angst siden hun var 24 år. Det første angstanfald oplevede hun, da hun er 24 år. Anfaldet blev udløst af et stykke chokolade som satte sig fast i halsen på Hanne, hvilket udløste akut angst for at dø. I selve situationen var Hanne tilsyneladende faktisk ved at blive kvalt, og det var derfor naturligt at hun oplevede akut frygt. Problemerne opstår dog i den efterfølgende periode, hvor Hanne vender tilbage til angsten[[1]](#footnote-1). Med inddragelse af ”angstens onde cirkel” kan Hannes symptomer beskrives på denne måde: Hannes kropslige symptomer omfatter oplevelsen af ikke at kunne få vejret, svimmelhed, ondt i hjertet, følelsen af at skulle besvime. Kognitivt oplever Hanne tanker om at være dødeligt syg, idet hun frygter både hjernesvulster, sygdomme i hjertet og blodpropper. Følelsesmæssigt oplever hun dødsangst, og adfærdsmæssigt betyder angsten blandt andet at hun ikke tør ligge sig til at sove, ligesom hun trækker sig fra situationer, hvor der er mange mennesker.

Hvis vi skal forstå Hannes angst ud fra Freuds teori skal vi se på Hannes tidlige barndom, samt tanker, følelser og oplevelser, som kan have forårsaget fortrængninger. I casen hører vi at Hannes far dør tidligt, og at Hannes mor vælger at håndtere sorgen ved ikke at tale om den med børnene. Det kan have betydet, at Hanne kan have fortrængt nogle af hendes følelser og tanker, da hun dels via morens adfærd har opfattet det som forkert at tale om sorgen, og dels ikke har kunne få sine tanker og følelser bearbejdet. At faderen netop dør i en ulykke kan også bidrage til angsten, da døden derved er blevet opfattet som noget der kan slå ned som et lyn fra en klar himmel.

Ud fra moderne angstteorier kan Hannes første angstanfald være udtryk for en såkaldt ”falsk alarm”, som så siden er blevet overført til en lang række kontekster. Der behøver dermed ikke at være en sammenhæng mellem Hannes angst og faderens død.

**Hvordan behandler man bedst angst? (Diskussion)**

Ud fra et psykoanalytisk synspunkt er angst som sagt udtryk for fortrængninger. For at behandle angsten er det derfor nødvendigt at afdække de fortrængte tanker og følelser. Denne afdækning kan ske via psykoanalytisk terapi, hvor der bl.a. bruges en teknik der hedder ”frie associationer” (Larsen 2010 s. 66-67).

Hvis vi i stedet går til angsten med udgangspunkt i den kognitive terapi, så vil behandlingen bestå i psykoedukation, kognitiv omstrukturering, adfærdsterapi og hjemmeopgaver. Via psykoedukation lærer den angstramte om sin sygdom, via den kognitive terapi arbejdes med de angstfulde tanker, og via adfærdsterapi og hjemmeopgaver arbejdes praktisk med at lære at mestre det angstfulde situationer (Larsen 2010, s. 180 – 181).

En tredje behandlingsmulighed er behandling via medicin.

Den psykoanalytiske tilgang kan være brugbar i situationer, hvor patienten har ubearbejdede tanker, følelser og traumer, som patienten har brug for at bearbejde. Til gengæld kan den være problematisk i de tilfælde, hvor angsten ikke er udløst af fortrængninger. I værste fald kan forsøget på at afdække fortrængninger fører til såkaldte ”falske minder” (Larsen 2010, s. 176-177). Desuden kan psykoterapeutiske behandlingsforløb være meget langstrakte (Larsen 2010, s. 66).

Den kognitive terapi har den fordel, at der i højere grad fokuseres på patientens problemer nu og her, hvorved patienten hurtigere oplever mestring af de situationer, der opleves som angstfulde. Samtidig er det dog en behandlingsform som kræver meget af patienten, idet den angstramte selv aktivt skal arbejde med sin angst via både samtaler og øvelser. Hvis patienten har det alt for dårligt vil en sådan aktiv deltagelse kunne være for krævende.

Medicinsk behandling har den fordel at medicinen ikke på samme måde kræver en aktiv deltagelse fra patientens side, hvilket bl.a. betyder at medicinsk behandling kan bruges i de situationer, hvor patienten er for dårlig til at deltage i terapi. Desuden kan medicinen supplere den kognitive eller psykoanalytiske behandling. Til gengæld kan der være en lang række bivirkninger forbundet med den medicinske behandling[[2]](#footnote-2).

Der er altså fordele og ulemper forbundet med alle tre behandlingsformer. Hvilke former der mest anvendelige vil derfor blandt andet komme an på patientens situation og evne til selv at være aktiv i sin behandling.

**Litteraturliste**

Annes angstside, ”Hannes historie”, <http://www.annes-angstside.dk/hanneshistorie.htm>

Larsen, Ole Schultz: *”Psykologiens Veje”*, Systime 2010.

Rosenberg, Raben: ”Angstdæmpende medicin”, apoteket.dk, Sidst opdateret: 30. sep. 2013, <http://www.apoteket.dk/Laegemidler/Medicinbrug/Behandling/Angstd%C3%A6mpende%20medicin.aspx>, hentet 11. dec. 2014.

1. Hannes historie”, Annes Angstside, <http://www.annes-angstside.dk/hanneshistorie.htm> [↑](#footnote-ref-1)
2. http://www.apoteket.dk/Laegemidler/Medicinbrug/Behandling/Angstd%C3%A6mpende%20medicin.aspx [↑](#footnote-ref-2)