

# OM ANGST OG DEN KLINISKE DIAGNOSE PTSD

Tekst: **Hanne Kirkegaard**  
Illustration: **Bierte Hee**

Angst – anskuet som en følelse – beskrives inden for den voksne psykopatologi som en central emotionel komponent i mange psykiske affektioner. Angst – anskuet som et begreb – er et universelt fænomen, der generelt er beskrevet af mange teoretiske og filosofiske retninger. Der findes både endogene og eksogene synsvinkler på angstens væsen og udspring. I det følgende vil jeg indledende se på begrebet angst samt forskellen mellem frygt og angst. Dernæst vil jeg ud fra en psykodynamisk synsvinkel se på angst i forbindelse med posttraumatisk stress (*Post Traumatic Stress Disorder, PTSD*) samt på ætiologi og psykodynamisk behandling af PTSD.

Hos eksistentialisterne er angsten fri af patologiens tjeneste. Her er angst en del af individets ontologiske grundvilkår, noget uundgåeligt og almenmenneskeligt. Mennesket er et åbent mulighedsfelt, det eneste vi ved er – at vi er. Fra starten af er dette intethedsgrundelement for mennesket både fascinerende og skræmmende. Mennesket er intet, det skaber sig selv ved hjælp af de valg, det træffer. Angsten fremkommer, idet mennesket bringes til nærvær omkring døden, valget, friheden og ansvaret for sig selv og livet. Hos Sartre er indsigten i den totale frihed angstfremkaldende. Bevidstheden om friheden kan skabe en angst for det hav af muligheder og valg, som ligger foran en. Et eksempel: Man står på en høj klippekant og ser ned i afgrunden og ser valget til at hoppe ned ligge lige foran én. Dette er angstfremkaldende for mennesket, man bliver bange for, hvad man selv kunne finde på at gøre – tanken om at man pludselig 'kom til' at kaste sig ud fra klippen. Sartres løsningsforslag består i, at man må indse friheden og absurditeten i verden, se angsten i øjnene og anerkende den som et eksistentielt vilkår, som vi ikke kan flygte fra. For Søren Kierkegaard var det et enten-eller valg: "Vover man, mister man fodfæstet for en stund; vover man ikke, mister man sig selv." Man skal turde vove at stå i angsten, idet den er en iboende del af eksistensen.

Hos behavioristerne anskues angst derimod som et eksogent fænomen. Behaviorismens menneskesyn er, at individets udgangspunkt er *tabula rasa* (ren tavle). Personlighedsmæssigt er vi tomme, når vi fødes, men gradvist opbygges et indhold gennem det ydre miljøes påvirkning og indlæring. Behaviorismen anser derfor

frygt og angst som noget, der er opstået via påvirkning og indlæring fra miljøet, fra andre mennesker og fra kulturelle normer.

Endelig kan angst opfattes som en arketypisk universel størrelse – et biologisk medfødt urinstinkt, vi har arvet fra vore forfædre, fx angsten for slanger.

Inden for den kliniske psykologi betragtes angst som en dominerende følelse ved alle psykiske lidelser. Når angsten vækkes let og tager for meget af en persons energi, og når dens udtryk eller virkninger bliver for smertefulde og uoverkommelige for personen selv og omgivelserne, er den et symptom på en mere dybtgående psykisk problematik i individet. Angsten kan indvirke på individets følelses- og handleliv i en sådan grad, at personen ikke længere kan fungere socialt og arbejdsmæssigt, og man kan så tale om en egentlig angstdiagnose.

## ANGST, FRYGT OG FOBI

Frygt og angst er beslægtede begreber. Begge følelser udløser en fysisk reaktion hos individet. Dog skelner de fleste mellem frygt og angst (Rosenhan & Seligman 1995 s.209-10; Katzenelson 1993). Frygt har altid en genstand, et objekt, som har udløst frygten, og derved er frygten konkret, fordi den er igangsat af noget udefrakommende. Frygten er rationel, proportional i forhold til den ydre trussel. Man kan enten bekæmpe den eller undgå det, som gør én bange.

”[Angst kan] opfattes som en arketypisk universel størrelse – et biologisk medfødt urinstinkt, vi har arvet fra vore forfædre ...”

Angst har ikke en håndgribelig genstand eller et ydre objekt. Angsten er diffus – den er indefra kommende. Angsten er irrationel og ikke i proportion. Psyken vil ofte stræbe efter at forvandle angsten til en fobi. En fobi er en konkretisering af noget indefra kommende, som er angstfuldt. Fobien dækker altid over noget andet – angstens kerne. Dette støttes af den psykoanalytiske forklaring på fobier, hvor en fobi er en forskydning af angsten over på et uskyldigt objekt, hvilket sker på baggrund af uacceptable intrapsykeiske konflikter (Rosenhan & Seligman 1995 s.223-25). Terapeuten må gennem terapi forsøge at hjælpe patientens ubevidste konflikter frem og derved opnå indsigt i den undertrykte traumatiske begivenhed, der har igangsat fobien.

### POSTTRAUMATISK STRESSFORSTYRRELSE

Angst er et alment psykologisk fænomen, en følelses-tilstand, der påvirker mennesket både somatisk, emotionelt, adfærdsmæssigt og kognitivt. Dette gælder også ved posttraumatisk stressforstyrrelse, hvor patienten i høj grad lider under angst.

Ved en psykisk krisetilstand befinder man sig i en livssituation, hvor ens tidligere erfaringer og indlærte reaktionsmåder ikke er tilstrækkelige til, at man kan beherske den aktuelle situation (Cullberg 1984/1996 s.37). Eftervirkningerne af en sådan psykisk krisetilstand kan for nogle personer resultere i en posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD). Rosenhan & Seligman (1995 s.210) beskriver PTSD som en psykisk lidelse, der grupperes under angstforstyrrelser, fordi det, der igangsætter denne lidelse, er en ydre påvirkning, mens individets oplevelse af angst på baggrund af det oplevede traume er den centrale eftervirkning. Angsten griber således forstyrende ind i personens liv.

PTSD blev fra 1980 en anerkendt diagnostisk kategori i DSM III, idet almen klinisk erfaring og adskillige studier dokumenterede, at voldsomme traumatiske op-

levelser er angstfremkaldende (Gabbard 1994 s.273). PTSD defineres i det amerikanske diagnosesystem DSM-IV på følgende vis: at have været vidne til eller selv været udsat for trussel om død og ødelæggelse. En ydre hændelse, der har en sådan karakter, at den pågældende oplever en alvorlig trussel imod sin eller andres fysiske integritet, sociale identitet eller andre livsmål. Dette kunne ske ved krig, tortur, gidseltagning, voldtægt, røverisk overfald og lignende. Det primære er dog, uanset begivenhedens alvor set fra et objektivi-tyt synspunkt, at individet oplevede hændelsen som ekstremt stressende, og den efterfølgende reaktion er præget af angst, hjælpeløshed og generelt en følelse af personlig tilintetgørelse og destruktion.

Tre vigtige symptomer er kendetegnende for, hvad en traumatiseret person oplever (Rosenhan & Seligman 1995 s.238-39). Traumatet genopleves i drømme, i flashbacks og i drømmerier, dog kan personen svinge mellem benægtelse eller genkaldelse (mareridt) af oplevelsen. Et yderligere symptom er personens følelsesløse attitude over for verden og undgåelse af stimuli, som minder om traumatet. Endelig oplever personen angstsymptomer og ophidselse, som ikke var til stede, før traumatet skete. Disse symptomer er angst (for gentagelse), søvnproblemer, ekstrem årvågenhed, koncentrationsproblemer, overdreven opfarenhed i visse situationer, udbrud af vrede (mod objekt eller kilde) og endelig en følelse af skam over egen hjælpeløshed i selve situationen. Yderligere er traumatiserede personer ofte præget af skyldfølelser, fordi de selv har overlevet, mens måske nærtstående personer er døde. For at man kan give diagnosen PTSD, skal symptomerne have været til stede i mindst en måned.

Nogle traumatiske oplevelser har længerevarende konsekvenser end andre. Dette fastslås i Dorthe Berntsens artikel *Man kan ikke binde ånd – om falske erindringer i psykoterapi* (1998). Artiklen beskriver, at man i starten hovedsageligt gav diagnosen PTSD til personer, som havde været ofre for traumatiske oplevelser i deres umiddel-

bare fortid: hjemvendte krigssoldater, volds ofre og naturkatastroferamte personer. Prævalensen af sådanne rystende, dog enkeltstående, oplevelser afspejledes i den traumedefinition, som blev anvendt i tilknytning til diagnosen i DSM III og DSM III-R. I DSM-IV blev diagnosen inddelt i tre kategorier: 1. akut (*acute*), 2. kronisk (*chronic*) og 3. forsinket påbegyndelse (*delayed onset*). Dette hang sammen med, at det længe havde været almindelig praksis, at nogle behandlere gav diagnosen PTSD til personer, hvis traumatiske oplevelser lå adskillige år tilbage, hvor patienten ikke havde nogen (bevidst) erindring om traumet. Det gjaldt navnlig voksne kvinder, som stadig var dybt traumatiserede af de seksuelle overgreb, de havde været udsat for i barndommen. De led af kronisk PTSD, selvom en del af disse kvinder ikke var i stand til at huske incesten. Deres 'erin-



dring' om traumet manifesterede sig som somatiske og affektive tilstande, der kunne opfattes som flashbacks – ufrivillige genoplevelser af en traumatisk hændelse (incest) (Berntsen 1998 s.39-40). En angstforstyrrelse som PTSD kan således findes hos mennesker, der som udgangspunkt har oplevet vidt forskellige traumer, men alligevel oplever ret identiske symptomer.

### PSYKODYNAMISK ÆTIOLOGI AF PTSD

Omvendt må man, når man ser på årsagssammenhæng og baggrund for PTSD fra en psykodynamisk indfaldsvinkel, tage individualitet og psykisk styrke med i betragtning. PTSD var, ud fra den tidligere beskrivelse, forårsaget af et traume opstået på baggrund af en usædvanlig oplevelse. Dog kan det være svært at definere en usædvanlig oplevelse, da det er forskelligt fra person til person, hvorledes man karakteriserer en usædvanlig oplevelse. Det centrale er derfor individets subjektive reaktion på traumet og individets egen tilskrivning af mening og opfattelse af traumet. Et 'let' traume kan vække stærke symptomer i én person, og et 'alvorligt' traume kan til gengæld vække svage symptomer hos en anden person. Der er ikke altid en logisk forklaring. Dette hænger sammen med, at menneskers personligheder og tidligere livshistorie og oplevelser er forskellige (Gabbard 1994 s.274).

DSM-IV reflekterer over vigtigheden af den psykodynamiske evaluering af såvel den mening, som den individuelle patient tillægger begivenheden, som patientens prædisposition og sårbarhed over for udvikling af PTSD efter en voldsom traumatisk begivenhed. Udvikling af PTSD afhænger således i høj grad af subjektets personlighed og psykiske styrke. Her spiller individets oplevelser i barndommen en ikke uvæsentlig rolle (ibid. s.275). Traumatiske oplevelser i barndommen, tidlig separation fra forældre samt en opvækst præget af angst, svigt og utryghed kan danne grundlag for en psykisk ustabil og sårbar personlighed, der på den led i højere grad end andre mennesker er disponeret for PTSD. En voldsom traumatisk begivenhed er i sig selv yderst ubehagelig, men for et individ, der er psykisk ustabil, føles den voldsommere og mere ødelæggende, fordi den kan igangsætte minder om og genoplive følelser fra barndommens svigt og separation.

Endvidere kan en genetisk sårbarhed for psykiske sygdomme have indflydelse, individer med personlighedstræk som antisocial, dependens, paranoid og borderline er mere sårbare over for traumer og PTSD, og yderligere kan nyligt opståede og aktuelle stresspåvirkninger inden traumat samt mangelfuld støtte fra omgivelserne efter hændelsen udgøre sårbarhedsfaktorer. Endelig kan et stort alkoholforbrug samt individets egen perciperede følelse af manglende indre kontrol være faktorer, der disponerer en person for at udvikle PTSD.

### PSYKODYNAMISK TERAPI VED PTSD

I en psykodynamisk behandling af PTSD er en af de vigtigste ingredienser i terapien at evaluere og i fællesskab bearbejde patientens egen tilskrivning og tolkning af traumat, uanset om patientens reaktion på den givne hændelse måske synes umiddelbart ude af proportion i forhold til en objektiv og udenforståendes synsvinkel. Nogle patienter har glæde af at rekonstruere traumat sammen med terapeuten, men er traumat for smertefuldt, kan man risikere, at patientens kliniske tilstand forværres (ibid. s.277-78). Den generelle terapeutiske holdning er, at angstdæmpende medicin kan være et godt supplement til psykoterapeutisk behandling (ibid. s.277). Endelig er tiden ('tiden læger alle sår') en naturlig og positiv omstændighed, der indvirker på helbredelse af PTSD. En traumatiseret person kan endvidere langsomt blive helbredt ved hjælp af andre menneskers støtte og tryghed, hvorved personen undgår at føle sig stigmatiseret som mentalt syg.

### KONKLUSION

Den kliniske betegnelse angstforstyrrelse er en rammede og koncis betegnelse, fordi angsten netop forstyrrer, når den rammer et menneske voldsomt. Angsten forstyrrer et menneskes liv på en yderst altomfattende måde. Personens følelsesmæssige stabilitet er slået i stykker, den almene glæde, man før havde ved livet, er væk. Angsten tilskynder negativ katastrofetænkning – man forventer konstant det værste. Fysisk er kroppen sat i alarmberedskab, man er bestandig parat til at flygte. Personens tidligere udadvendte adfærd er for-

vandlet til en forsigtig, forbeholden attitude over for livet og andre mennesker. Menneskets naturlige og frie handleevne er lammet af angst.

Angst behøver dog ikke altid at være negativ og sygelig, hvilket i indledningen blev indikeret via fremlæggelsen af alternative opfattelser af angst. I sin bedste form kan den være en beskyttelsesfunktion, som gør, at vi passer på. Eksempelvis beskytter angsten os, når man står ansigt til ansigt med en farefuld og truende situation – den 'fortæller' os, at nu skal vi passe på og flygte, hvilket vi så reflektivt og uden tøven gør. Når angsten således i særlige og ekstreme tilfælde viser sit ansigt, er der ingen grund til at føle sig unormal eller psykisk syg. Menneskets evne til at føle angst i moderat udstrækning er kun naturlig og sund og dybest set et tegn på, at vi værdsætter vores liv og nærer et fremtidigt ønske om at leve.

### LITTERATUR

- Berntsen, D (1998). *Man kan ikke binde ånd – om falske erindringer i psykoterapi*. Psyke & Logos, nr. 19.
- Cullberg, C (1984/1996). *Dynamisk psykiatri*. 4. udg., 4. opl. Hans Reitzels Forlag, København.
- Engler, B (1999). *Personality Theories*. 5th ed. Boston, Houghton Mifflin.
- Freud, S (1998). *Psykoanalysen i grundtræk*. Det lille Forlag.
- Gabbard, Glen O (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. The DSM IV Edition. American Psychiatric Publishing.
- Katzenelson, B (1993). *Angstteoriernes landskab*. Psyke & Logos, 1993 nr. 14.
- Rosenhan, DL & MEP Seligman (1995). *Abnormal Psychology*. New York/London: Norton & Co.



Hanne Kirkegaard, f.1970, selvstændig psykoterapeut MPF, foredragsholder, freelance skribent og gruppefacilitator. Cand.mag. i dansk og psykologi og ID-psykoterapeut. Har holdt foredrag siden 2007, siden 2010 terapeutisk/klinisk erfaring fra egen praksis. Tidligere artikler i Tidsskrift for Psykoterapi nr. 1 2014 og nr. 3 2015.