

ANGST I PSYKOANALYTISK BELYSNING

Thorkil Sørensen

Freuds oprindelige angstteori nævnes med primærangst og signalangst. Moderne psykoanalyse skelner i dag skarpere imellem normal eksistentiel angst, traumatisk angst, neurotisk angst, samt angst ved borderlinetilstande og psykoser. Fra psykoanalytisk side argumenteres der for at det amerikanske begreb panic disorder dækker over flere fænomnologisk forskellige angsttilstande. Angstens forhold til depression nævnes og der gives eksempler på, hvorledes en anelyse af forholdet mellem idealjag og realjag kan være af betydning i behandlingen af de forskellige angsttilstande. Angstens adaptative betydning nævnes i forhold til de behandlingsmæssige aspekter.

Angst er en af de menneskelige grundfølelser, som følger alle livet igennem. Meget peger i retning af, at angst optræder tidligt i livet, og at angsten lever med os, og bemægtiger os ved dets udgang. Der har været mange teorier om, hvorfor angst kommer, hvad formålet med den er, og hvorledes man skal forholde sig til angsten.

For Freud var de tidlige angstoplevelser i livet knyttet til situationer, hvor barnet oplever en trussel mod dets eksistens og dets velbefindende. Han havde flere angstteorier. Først forklarede han angst ved at det var et produkt af fortrængt libido, og dernæst at det var en gentagelse af de angstvoldende erindringer fra fødslen. Den sidste og den definitive af Freuds teorier var indbygget i hans såkaldte strukturelle teori, der blev hans bedst gennemarbejdede og mest betydningsfulde. Et af hans hovedværker i behandlingen af angst blev »Hemmung, Symptom und Angst« fra 1926.

Ifølge strukturteorien skelner Freud mellem to forskellige former for angst, primær angst og signalangst. Den primære har sin rod i angstpanik fra barndommen. Panikken opstår, når et behov ikke tilfredsstilles. En stærk spænding udvikles, og den kobles til en følelse af hjælpeløshed. I de første leveår har barnet ikke megen kapacitet til at dæmpe og binde affekten i forbindelse med panikangst. Det centrale begreb i Freuds strukturteori er udviklingen af psykiske forsvarsmekanismer, og Freud mente at efter de første 5 leveår får barnet en tiltagende forsvarsevne.

Et af barnets begyndende kapaciteter blev ifølge Freud at kunne foregribe de angstvoldende situationer. Barnet bliver således i stigende grad i stand til, at bemærke at angstpanik i en given situation er ved at nærme sig. Der bliver således tale om, at en anspændthed med angst bliver et forvarsel

om, at panik er på vej. Denne affekt kalder Freud for signalangst og den situation, som den udspringer i kalder han en faresituation.

Ved hjælp af signalangsten lærer man at bemestre livets farlige situationer. René Spitz anførte at signalangsten er den mægtigste drivkraft i menneskelivet. Den fostrer forsvar, karakterdannelse og er udgangspunktet for neurotiske symptomer. Freud nævner også den tilfredsstillelse der er ved, at forsvaret bemestrer situationen, som signalangsten udspringer af.

Nogle gange svigter egoets evne til at tæmme angsten. Det hænder ved den tilstand som Freud kaldte for angsthysterien, d.v.s. en angsttilstand hvor angsten i begyndelsen er fri, men hvor den sekundært bindes til objekter i form af fobier.

Ved alvorlige traumatiske hændelser kan traumet blive så udtalt, at egoet ikke er i stand til at dæmme op for angsten, og en paralyserende panik kan slå sig igennem.

Anna Freud videreudviklede strukturteorien og beskæftigede sig meget med de psykiske forsvarsmekanismer, som hun beskrev meget nøje. Hun nævnte, at hvis man udsættes for en reel fare, er de mennesker mest udsatte, som ikke på den ene eller anden måde kan bemestere deres tension. Denne bemestring kan blokeres udefra, f.ex. ved at man ikke får lejlighed til at handle, men tvinges til at forholde sig passivt. Det er således en kendsgerning, at angst er langt mere udtalt, når man er tvunget til at være passiv tilskuer, end hvis man kan kaste sig ind i situationen for at forsøge at løse den. Den manglende evne til at bemestre en tension kan også komme indefra, f.ex. ved en speciel følsomhed for angst på et specielt område, ved det vi kalder for katatymi. Det er et område der er gjort følsomt ved f.ex. tidlige fortrængninger.

Fenichel opdeler angsten på 3 forskellige måder. Ved traumet er der tale om en meget tidlig form for angst, hvor den er automatisk og uspecifik. Ved faresituationen er der tale om en angstreaktion der rummes i og tjener egoet. Der er affekten skabt ved anticipation; den er kontrolleret og bruges som et advarselssignal mod en langt værre og ukontrolleret angst. Den sidste og tredje form er panik, hvor egokontrol mangler. Affekten har taget magten og der sker en regression til det første traumestadium. Angsten viser sig i denne form som angsthysteri.

Klassisk er angsthysterien en af de tre neuroser, som Freud betegnede som psykoneuroser, og som han mente var forårsaget af psykiske konflikter. De to andre neuroser blandt psykoneuroserne er konversionshysterien og tvangsneurosen. Ved siden af psykoneuroserne beskrev Freud aktualneuroserne, der i hans tidlige arbejder blev opfattet som tilstande forårsaget af seksuelle problemer. Blandt aktualneuroser omfattede han neurastheni og angstneurose, der mentes forårsaget af henholdsvis sexuel exces og manglende sexuel stimulation.

Angsthysterien blev ofte koblet til tidlige traumatiske oplevelser, specielt primalscenen. Det betragtes i dag som et forenklet synspunkt og i det hele taget vil man nu til dags finde Freuds inddeling utilstrækkelig, blandt andet

fordi han inden for psykoneuroserne ikke skelnede tilstrækkeligt mellem de ægte neuroser og psykoserne.

Psykoanalysen i dag

I dag vil man i meget høj grad se angst forbundet med følelsen af opløsning og ambivalens. Interessen inden for psykoanalysen har igennem de seneste årtier ændret interesse fra en strukturanalyse af forsvarsreaktioner til en mere fænomenologisk analyse af jeg-oplevelsen. Som led i dette kan man se, at opløsningsfølelsen er afhængig af regressionsgraden i tilstanden, således at den mest udtalte angst ses ved opløsningsfølelsen hos skizofrene, den såkaldte »Weltuntergangserlebnis«.

Ved den regressive opløsning er der altid en udtalt ambivalens til stede. Et afgørende forhold for, hvorledes man klarer angst i forskellige livssituationer er, hvorledes man i barndommen oplæres til at klare ambivalens. Mahler beskriver en af de tidlige situationer i udviklingen, hvor en udtalt ambivalens udvikler sig. Det drejer sig om overgangen fra, hvad hun betegner som øvelsesfasen, til rapprochementfasen. I denne periode bevæger man sig identitetsmæssigt fra en fase, hvor der føles almagt, til en livsfase, hvor der er tale om en ambivalent pendlen fra omnipotens til afmagtsfølelse. Her kommer angsten meget tydeligt ind i livet, og den måde forældrene lærer barnet at klare disse livsfaser på, bliver stærkt medbestemmende for, hvorledes personen senere i livet bliver i stand til at forholde sig til livsangsten. Det drejer sig her om, at få bygget en harmonisk bro imellem de to modsat rettede ambivalente følelser.

Psykoanalysen er i sin betragtningsmåde en dimensionel disciplin, d.v.s. at den ser bløde og glidende overgange fra den ene diagnostiske kategori til den anden. Et vigtigt spektrum i den psykoanalytiske forståelse af angst er variationen fra de normale tilstande til de stærkt regressive. Denne distinktion er vigtig fordi angsten ytrer sig på forskellig måde ved de forskellige tilstande på de forskellige regressionsniveauer. Det kan således være nyttigt at dele angsten op i angst ved normale tilstande og ved psykopatologiske tilstande.

DEN NORMALE ANGST

Eksistentiel angst

Den angst uneurotiske mennesker har, når de konfronterer sig med livets til tider meget barske vilkår, kaldes eksistentiel. Det er den angst alle mennesker har, når de ser skrøbelighed, død, sygdom, svig og ondskab i øjnene. Det er forhold, som de fleste i dagligdagen fortrænger, men at se det i øjnene kan være nyttigt, realistisk og skabe nye muligheder i livet.

Det er vilkårene for en del kunstnere, der da også ofte må kæmpe med angsten i deres skabende kreativitet.

En konkret variant af eksistensangsten er dødsangsten, som vi må antage alle mennesker har. Hos svært syge mennesker ser man ofte en udtalt ambivalens mellem på den ene side en længsel efter at dø, at få fred, at komme i en oplevelsesfri og smertefri tilstand, men på den anden side samtidig en udtalt angst for det ukendte og den opløsning som døden ofte repræsenterer. Freud havde også registreret denne dobbelte holdning til døden, på den ene side livsinstinktet med angst for at få det brudt og på den anden side dødsinstinktet, der selv søger mod udslettelsen.

Traumatisk angst

Ved voldsomme traumatiske hændelser rystes og grundstødes vor normale sikkerhedsfølelse og en voldsom angst udvikler sig akut. Også her vil man kunne forstå angsten som en angst for at miste kontrollen over sit liv, og en frygt for opløsning. Når akutfasen er overstået og det psykiske forsvar sætter ind, dæmmes angsten op og den traumatisk betingede angst kan udformes på en måde, som vi ser det ved neuroser og fobier. Tilstanden er da præget af en mere kronisk angst med somatiske stressymptomer, indskrænkninger i livsudfoldelsen og overfølsomhed for uventede impulser udefra. Denne mere kroniske tilstand kaldes ofte for det posttraumatiske stressymptom.

PSYKOPATOLOGISK ANGST

Med stigende regression ser vi den neurotiske og fobiske angst, borderlineangsten, og den voldsomme affektangst ved de psykotiske tilstande. I en psykoanalytisk klinisk situation er angst et af de mest almindelige og udbredte symptomer som klienter henvender sig med for at få behandlet.

Neurotisk angst

Denne angstform opstår klassisk ved sammenstødet mellem neurotikerens normsystem på den ene side, overjeg'et, og impulslivet på den anden. Igen ser vi en ambivalent konflikt, hvor det specielle sammenstød mellem drift og moral gør, at angsten følges af skyldfølelse. Angsten og skyldfølelsen bearbejdes imidlertid via de modne psykiske forsvarsmekanismer som neurotikerens er i besiddelse af. F.ex. kan et antiaggressivt forsvar med reaktionsdannelse bringe de driftsmæssige impulser, som f.ex. aggressioner til det ubevidste, således at angsten alene centrerer omkring det at være syg og svag, og ikke om at kunne få et aggressivt gennembrud. Ved de

neurotiske tilstande er angsten ubehagelig og truende, men der er ikke tale om nogen seriøs trussel med opløsning og impulsgennembrud, som vi kan se det ved de mere psykosenære tilstande.

Angst ved fobier

Fobier er traditionelt blevet betragtet som en neurotisk tilstand. Det er imidlertid altid blevet fremhævet, at der ikke er nogen tilgrundliggende karakterneurose, og at angsten oftere er voldsommere og mere ustyrlig end vi normalt ser det ved de klare neurotiske angstsymptomer. Man har derfor skelnet mellem fobiske symptomer med angst ved neuroserne, og fobier med udtalt angst ved bestemte situationer, som f.ex. ved åbne pladser, højder og lignende. Som nævnt er angsten mere frit flydende og ustyrlig ved fobierne end den er ved de neurotiske fobiske symptomer. Man har f.ex. ofte oplevelsen af, at personen med en voldsom angst ved fobier nu og da er lige ved at miste realitetsoplevelsen.

Angst ved borderlinetilstande

Anfald med angst ved de grænsepsykotiske tilstande er i modsætning til de neurotiske angstanfald mindre velafgrænsede og betegnes ofte som en panangst. Angsten er ofte ledsaget af en depressiv forstemning og en mindreværdsfølelse, der f.ex. kan medføre betydelig selvmordsfare. Det er en delvis ustruktureret tilstand, hvor forsvarsstrukturene er af »low level typen« og ikke så veludviklede som ved de neurotiske lidelser.

Angst ved de psykotiske tilstande

Ved skizofrenien bryder forsvaret ofte sammen, og en udtalt panangst indfinder sig. Det kan dreje som en svær dødsangst eller fornemmelsen af, at alt går i opløsning. Det er den fornemmelse der i den klassiske litteratur beskrives som »Weltuntergangserlebnis«. Forsvarsmekanismerne ved skizofrenien er få men bastante, og angsten kan typisk dæmpes ved psykotisk projektion og paranoid fordrejning af virkeligheden. F.ex. kan en paranoid vrede nok dæmpe angst, men som kliniker har man som regel en tydelig fornemmelse af, at angst og uro er lige under overfladen. Det samme gælder den maniske patient, hvor projektionerne ligeledes er udtalte, men hvor ængstelse er til stede, og benægtes. Ved den psykotiske depression er angsten som regel åbent til stede, og kan give sig udtryk i, at patienten føler at han skal dø på grund af de ugeringer som de depressive vrangforestillinger centrerer om. I det hele taget er det karakteristisk at angst og depression ofte ledsager hinanden.

Panic disorder

I den officielle amerikanske diagnostik, DSM IIIR har man indført en ny diagnose, panic disorder. På mange måder har intentionen været at se på angstbegrebet på en ny og symptomatologisk måde. Man har samtidig ladet neurosebegrebet glide ud af det diagnostiske register. Man beskriver at panic disorder findes med eller uden agorafobi, d.v.s. med eller uden angst for at være steder, hvor man føler, at det er svært at undslippe fra. I nogle tilfælde sker der ifølge DSM IIIR en spredning af angsten således at der også er tale om generaliserede angstanfald.

Problemet set fra en psykoanalytisk synsvinkel er, at det amerikanske diagnostiske begreb, panic disorder, er et samlebegreb, der dækker flere forskellige fra hinanden adskilte tilstande. På den ene side er der angsttilfælde, der ganske svarer til angstneurosen, men samtidig også fobisk lignende tilstande, med et mere regressivt udgangspunkt, d.v.s. tilstande, hvor forsvarmekanismerne er mere »low level« prægede som ved narcissistiske tilstande. Det kan dreje sig om personer, der er ret opåfaldende på overfladen, men som huser betydelige narcissistiske regressive lakuner i deres psykiske forvaltningssystem.

Det amerikanske diagnostiske system er i høj grad indført som et modtræk imod en psykoanalytisk forståelsesmåde. Man mente i U.S.A. ikke, at psykoanalysen var tilstrækkelig valid, og i hvert fald var inddelingerne og betragtningsmåderne for udviklede. Den slagkraftige amerikanske medicinalindustri har imidlertid støttet at forenkle de diagnostiske betragtninger af angstbegrebet. De ovenfor nævnte angsttilstande præget af en narcissistisk psykodynamisk forvaltning har ofte en vis gavn af en psykofarmakologisk behandling, f.ex. en antidepressiv behandling, men en psykoanalytiker vil fraråde medicinering af en neurotisk angst. DSM III's inddeling vil imidlertid, da det hele mere eller mindre betragtes som en stor pool, medføre at en stor gruppe mennesker med angst bliver medicineret, hvoraf mange i bedste fald ikke har effekt og i værste bliver forværrede med afhængig af vanedannende angstmedicin. For mange neurotisk prægede mennesker vil en sederende medicin svække deres incitament til at tage deres livssituation op, således at det problematiserede forhold mellem driftsimpulserne og livsopfattelsen ikke bearbejdes. Angst og sedative bivirkninger af medicinen går derfor hos sådanne mennesker hånd i hånd igennem mange år.

Formålet med psykoanalysens mere eller mindre udviklede teorier om angst har til hovedformål at forstå angstens klinik, men et andet vigtigt mål er at kunne stille en behandlingsstrategi op for angstplagede patienter. De psykoanalytiske teorier efter Freud har på mange måder tilladt at nuancere angsspektret, netop blandt andet med henblik på en mere nuanceret og effektiv behandling. Den sidste del af denne artikel skal centrere om disse forhold.

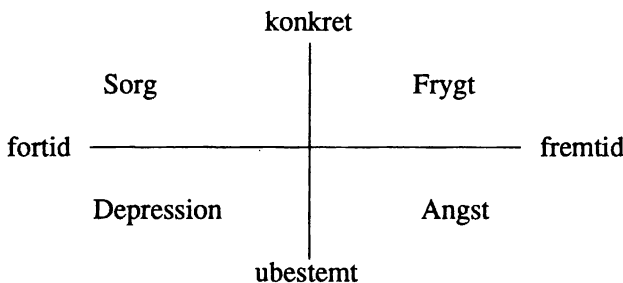
Angstens forhold til depression

Som tidligere nævnt følger angst og depression ofte hinanden. Den angst er ofte trist og den depressive så godt som altid angst. Begge dele er snævert forbundne med psykiske ambivalensproblemer. Klassisk har man skelnet imellem angst og frygt, forstået på den måde at angsten er for det ubestemte, medens frygten er affekten der udløses af en konkret fare. Den tyske psykoanalytiker Abraham anførte, at angst stod i forhold til frygt på samme måde som depression forholder sig til sorg. Man er deprimeret over noget ubestemt, medens man sørger over noget konkret.

Denne distinktion mellem angst, frygt, depression og sorg er logisk, men i den kliniske praksis vil man ofte se situationer, hvor man synes at overgangen er flydende, f.ex. mellem angst og frygt. Psykodynamisk vil der oftest ske det, at hvis man er udtalt angst, d.v.s. har den ubestemte rugende usikre affekt, vil man uvægerligt forsøge at relatere denne følelse til en bestemt situation eller til et bestemt objekt. Det betyder, at man vil forsøge at konvertere angsten til frygt, idet det gør følelsen nemmere at bære, da det konkrete trods alt er klarere og lettere at forholde sig til. På samme måde vil en depressiv følelse forsøge at konvertere sig til at sørge over noget bestemt.

Som nævnt er der mange ligheder mellem angst og depression, men en afgørende forskel er, at de to følelser tidsmæssigt er orienteret diametralt modsat hinanden. Angsten retter sig mod fremtiden, medens depressionen mod fortiden. På samme måde frygter man noget i fremtiden, medens man sørger over noget der er hændt. Man kan også udtrykke det på den måde, at angsten hviler i en anterograd tænkning, medens depressionen i en retrograd.

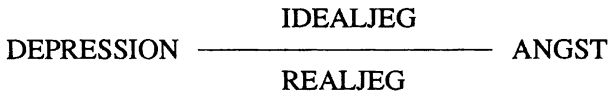
Forholdet mellem angst, frygt, depression og sorg kan skematisk stilles op på følgende måde:



Ambivalensen ved depression og angst

Lighederne mellem angst og depression viser sig på forskellig vis. Begge begreber er tæt forbundne med aggression. Angst er ofte reaktionen på aggression, medens depression er internaliseringen og fastholdelsen af aggressive følelser, man ikke vil acceptere.

En ambivalens der er medbestemmende for angsten og depressionens sværhedsgrad er forholdet mellem personens idealjeg og realjeg. Hvis man fastholder at angst er anterograd tænkning, og depression retrograd, kan det nævnte forhold udtrykkes på følgende måde:



En af de forfattere, der har været optaget af forholdet mellem idealjeg og realjeg, har været Edith Jacobson. Når denne kvotient mellem idealjeg og realjeg er udtalt, er der tale om en udtalt angst eller depression. Nyttens ved denne betragtningsmåde er, at det kan give en differentieret forståelse af forskellige angsttilstande og pege i retning af, hvorledes terapien skal gribes an. Det samme gælder de depressive tilstande, men i denne artikel skal der centreres om forskellige angsttyper.

Angstkvotienten er afhængig af forholdet mellem de ideale forestillinger man føler at man skal leve op til og de forestillinger som man fornemmer at man reelt er i besiddelse af. Kvotienten kan naturligvis stige både ved at idealjeg'et øges og ved at realjeg'et svækkes.

Angst ved traumatiske tilstande

Ved traumatiske belastningstilstande der både kan være af mere akut og af mere kronisk art, sker der en læsion af realjeg'et. Ved akutte kriser oplever man, hvor magtesløs man kan være i forhold til livets barske vilkår. Det kan f.ex. dreje sig om en akut alvorlig sygdom, dødsfald eller pludselige alvorlige ændringer i materielle vilkår. Magtesløsheden giver en stor diskrepans imellem det svækkede realjeg og det ideelle jeg, som man synes man burde leve op til, og man bliver angst for fremtiden. På samme måde kan en kronisk belastning udhule værdien af ens jegfølelse. Det kan dreje sig om arbejdsmæssige eller personlige vanskeligheder og skuffelser, der kan være medvirkende til en mere kronisk angst for alt nyt som måtte komme i ens liv.

Behandlingen ved de traumatiske tilstande består naturligvis først og fremmest i, at man støtter op om personen, drager omsorg og forsøger

at beskytte vedkommende mod traumet. Derved kan det lykkes at reetablere en tilstrækkelig jefølelse, således at angsten dæmpes.

Angst ved neurotiske tilstande

Neuroserne er først og fremmest præget af sammenstødet mellem driftsimpulserne og overjeg'et. Det drejer sig både om de aggressive og seksuelle kræfter. Problemet er at overjeg'et er for hæmmende og straffende, således at jeg'et via den neurotiske forsvarsstruktur lægger stærke bindinger på livsudfoldelsen. I forholdet mellem de ideelle forestillinger neurotikeren har og realjeksoplevelsen er det overjegets styrke der er problemet. Det bliver så at sige umuligt for realjeg'et at leve op til idealjeg'ets fordringer og angst og skyld bliver resultatet. Når personen tænker tilbage på sit live er det ofte også ledsaget af en depressiv tristhed.

Behandlingen af de neurotiske tilstande bliver da også en psykoterapi, der går ud på at normalisere det patologisk forstørrede overjeg. Det bør foregå ved en psykoterapi, hvor der ikke gives for megen sekundærgevinst i form af støtte til realjeg'et, der er ganske stabilt ved de neurotiske tilstande.

Angst ved psykoser

Først og fremmest er realjeg'et brudt ned ved de psykotiske tilstande. Hvis man ser på en tilstand som skizofreni er det fragmenterede og opløste jeg måske det mest centrale med en udtalt ambivalens til følge. Som tidligere nævnt kan det give en ekstrem angstfølelse, hvor den skizofrene oplever at både han selv og omgivelserne går i opløsning, den såkaldte »Weltuntergangserlebnis«.

Ved de psykogene psykoser sker der noget lignende, men ikke så ekstremt som det ofte sker hos den skizofrene. Her er det traumet der har været så udtalt at jeg'et bliver sønderslået med angst og psykose som resultat.

Ved den manio-depressive depression er realjeg'et også psykotisk læderet, men samtidig er idealjeg'et psykotisk monstrøst forstørret. Den psykiske reaktion, der her er tale om, kan kaldes introjektive identifikation, og den giver anledning til det monstrøse og straffende idealjeg, der gør at enhver handling den depressive har foretaget, eller vil udføre, fordømmes. Det giver sig udtryk i en udtalt og psykotisk depression og angst. Det fordømmende idealjeg vil også medføre de psykotiske selvbebrejdelser.

Behandlingen består i et forsøg på at restituere patientens jegstruktur. Det sker naturligvis i første række medikamentelt med antipsykotisk medicin, men kan suppleres med en jeg-støttende psykoterapi.

Angstens adaptive funktion

Angsten opstår som det her er fremstillet, når det psykiske forsvar bryder sammen, enten på grund af voldsomme ydre traumer, eller ved at der sker driftsmæssige, f.ex. aggressive gennembrud indefra.

Det er vigtigt at erindre, at et plastisk psykisk forsvar, foruden at være defensivt, også er adaptativt. Det betyder at forsvaret etablerer sig for at beskytte mod gennembrud af angst og opløsning, men at det derefter åbner sig for at tillade en nytilpasning til den givne situation. Man kan således anføre, at det er nødvendigt at svække forsvaret, og at tillade angsten at komme frem, for at kunne orientere sig i den pågældende situation og finde nye løsninger. Kreativitet og nytænkning er således ofte knyttet til ambivalens og dermed til angst.

Måder at beskytte sig mod den angstvoldende ambivalens er, neurotisk fortrængning eller psykotisk projektion, f.ex. med paranoia. Det er imidlertid situationer, hvor man er fastlåst og hvor muligheden for at finde kreative muligheder er stærkt svækkede. Angst er derimod til stede, hvor ting er i opbrud og hvor der sker ændringer. Man kan på samme måde hos normale mennesker se, at en »småborgerlig« social fortrængning kan være en beskyttelse mod den eksistentielle angst, men det medfører samtidig en manglende kreativitet i livsudfoldelsen og en manglende evne til nyorientering i livet.

Man kan således konstatere, at angsten er et led i livets udvikling. Ved terapi er det derfor ofte en blindgyde at kæmpe efter at fjerne angsten. Patienten og medicinalannoncer vil ofte lægge op til, at angst er en psykisk dysfunktion, der entydigt skal fjernes. Det drejer sig i mange terapeutiske forhold om, at lære patienten at bemestre angsten og leve med den på et tolereret niveau. Ofte er det et væsentlig mål at få patienten til at opleve, at hvis angsten kan tolereres, f.ex. ved at anvende forsvaret plastisk og nuanceret, så vil det give en tilfredsstillende følelse, dels på grund af følelsen af at have styr på noget, og dels fordi kontakten med angsten kan give en tilfredsstillende følelse af kreativitet og nyorientering. Angsten vil således blive kompenseret med spænding og tilfredsstillende følelse.

Disse krav kan man som hovedregel ikke stille til en psykotisk angst, idet den reelt truer med opløsning af jeg'et. Her må man i første række styrke de defensive sider af patientens psyke. Det er derfor nødvendigt at foretage en fænomenologisk analyse af angstens struktur og af patientens jefunktioner.

LITTERATUR

- COMPTON A. A study of the psychoanalytic theory of anxiety. I. The development of Freud's theory of anxiety. *Journ Amer Psychoanal assoc.* 1972; 20: 3-44.
- COMPTON A. A study of the psychoanalytic theory of anxiety. II. Developments in the theory of anxiety since 1926. *Journ Amer Psychoanal assoc.* 1972; 20: 341-394.

- COMPTON A. A study of the psychoanalytic theory of anxiety. III. A preliminary formulation of the anxiety response. *Journ Amer Psychoanal assoc.* 1980; 28: 739-773.
- FENICHEL O. *The psychoanalytic theory of neurosis.* New York: Norton. 1945.
- FREUD S. Inhibitions, symptoms and anxiety. *Standard Edition 20:* 87-172, London: Hogarth Press. 1959.
- FREUD A. *The ego and the mechanisms of defense.* 1936. New York: International Universities Press. 1966.
- MAHLER M. Thoughts about development and individuation. *The Psychoanalytic Study of the Child.* 1963; 18: 307-324.
- SPITZ R A. *The first year of life.* New York: International Universities Press. 1965.
- WINTHER G, SØRENSEN T. Group therapy with manic-depressives: Dynamic and therapeutic aspects. *Group Analysis.* 1989; 22: 19-30.