

**Mag. Charlotte Müller-Bardorff**

## **Angst, Angststörung und Aspekte der Behandlung**

Vortrag im SAP am 25.9.2017

### 1. Angst und Angststörung

Angst war und ist im psychoanalytischen Denken ein zentrales Thema, das weder aus der Theorienbildung noch aus dem behandlungsorientierten Alltag wegzudenken ist. Beginnend bei Freud wurden in allen „Schulen“ der Psychoanalyse vielfältige, differenzierte und differenzierende Theorien zur Angst entwickelt, die sich dem Phänomen der Angst aus durchaus verschiedenen Perspektiven nähern, bzw. wurde die Angst zum wichtigen konstituierenden Bestandteil grundlegender Theorien. Die schiere Menge und Vielfalt der Literatur, die sich mit Angst befasst, bzw. in der Angst eine wichtige Rolle in der Theorienbildung zukommt, scheint unüberschaubar. So mag sich auch die Frage stellen, warum ich mich in dieser kurzen Arbeit mit der Thematik Angst befassen möchte.

Im Laufe meiner bisherigen Arbeit bin ich dem Phänomen der Angst in sehr verschiedenen Ausprägungen und Schattierungen begegnet, und der Umgang mit ihm hat sich als eine der zentralen Aufgaben, aber auch Herausforderungen herausgestellt. Nicht nur in meiner Zeit an einer psychosomatischen Klinik, wo ich einen der Arbeitsschwerpunkte in der Behandlung von Angststörungen hatte und deshalb mit relativ vielen Angstpatienten in Kontakt kam, sondern auch im Alltag der Praxis wurde ich mit einer Verschiedenartigkeit von Ängsten konfrontiert, die in mir den Wunsch weckte, mich mit dieser Thematik auseinander zu setzen, um sie besser zu verstehen.

Anspruch und Ziel dieser Arbeit kann und soll es jedoch nicht sein, einen umfassenden Überblick zum Thema Angst zu geben. Vielmehr möchte ich einige wenige Aspekte schlaglichtartig entwickeln, die mir - gerade als psychoanalytisch Lernender - in der Auseinandersetzung und im Verständnis eines der Grundphänomene der psychoanalytischen Praxis wesentlich und die mir hilfreich erscheinen. Die Auswahl bleibt hier notwendiger Weise auch subjektiv getönt.

### 1.1. Realistische vs. neurotische Angst

„Ohne die Fähigkeit, mit Angst reagieren zu können, wären wir in hohem Maß gefährdet.“ (Benecke und Staats, 2017, S.16), schreiben Benecke und Staats in ihrem Buch zur Psychoanalyse der Angststörungen. Damit betonen sie die grundlegende Funktionalität von Angst. Sie verweisen darauf, dass Angst eine evolutionär verankerte psychische und somatische Reaktion ist, die eine lebenswichtige Funktion erfüllt. So bringe sie in Situationen, in denen eine Gefahr als größer eingeschätzt wird als die eigenen Kompetenzen, den Organismus in die Lage, die Situation adaptiv zu bewältigen (vgl. ebd.). Damit wird auch gleich die biologische Komponente der Angst angesprochen, in deren Rahmen, vereinfacht ausgedrückt, durch Angst eine Vielzahl körperlicher Veränderungen hervorgerufen wird, die eine „Kampf- oder Fluchtreaktion“ vorbereiten.

Zugleich werden im Rahmen von Angstreaktionen durch interpersonelle Signale auch Möglichkeiten der sozialen Unterstützung durch die Umgebung aktiviert (vgl. ebd., S.17). Die biologische, psychologische und soziale Dimension der Angst erscheinen somit eng verwoben und jeweils mit einer Funktionalität verknüpft, die in erster Linie darin liegt, das Subjekt vor einer Bedrohung zu schützen- sei es, dass das Subjekt zur Auseinandersetzung mit der Gefahr befähigt wird, dass eine Flucht und damit Vermeidung vorbereitet wird oder dass das Bindungssystem und damit eine Unterstützung durch die soziale Umgebung aktiviert wird.

Auch Ermann sieht in der Angst eine „Grunderfahrung der menschlichen Existenz“ (Ermann, 2012, S. 12). Sie werde „in den verschiedenen Stufen des Lebens an unterschiedliche Situationen gebunden, die als Gefahr erlebt und zum Angstauslöser werden.“ (ebd.) Die Auslösung von Angst dient der Bewältigung oder aber der Vermeidung von als bedrohlich empfundenen Situationen und trägt so zur Existenzsicherung bei. Zwei weitere wichtige Aspekte der Angst klingen hier bereits an: der situative Bezug von Angst, der ihr einen Signalcharakter verleiht, sowie der Umstand, dass Ängste unser Leben und unsere Entwicklung mit unterschiedlichen Themen begleiten.

Für das Verständnis von Angst erscheint es wichtig, sich diese prinzipielle Adaptivität der Angst im Sinne eines Schutzes und der Mobilisierung von Ressourcen bewusst zu machen.

Die Unterscheidung von realistischer, „normaler“ Angst und pathologischer Angst wird häufig dadurch definiert, dass die „normale“ Angst der Situation angemessen als eine Reaktion auf eine „objektiv“ vorhandene Bedrohung erscheint und einem Außenstehenden nachvollziehbar ist. Dabei liegt auf der Hand, dass in Begriffen wie „normal“, „angemessen“ und „objektiv“ auch eine gewisse Unschärfe liegt und daher sicherlich weniger von scharfen Abgrenzungen als vielmehr von fließenden Übergängen auszugehen ist.

Ermann (2016) grenzt Angststörungen von „normalen“ Ängsten wie folgt ab:

- „durch die ‚Unangemessenheit‘ der Angstreaktion, wenn eine mögliche oder tatsächliche Bedrohung in ihrer Gefährlichkeit überschätzt werden oder Angst ohne konkrete Gefahr auftritt,
- durch die Angstintensität, Persistenz und Vermeidung als Angstbewältigung
- durch die subjektive Beeinträchtigung durch das Angsterleben und, daraus resultierend, Vermeidungs- und Rückzugsverhalten.“ (Ermann, 2016, S. 238)

## 2. Angstmodelle

### 2.1. Freuds erste Angsttheorie

Die Tatsache, dass Angst ein sehr körpernaher Affekt ist, wurde bereits angesprochen. Eine deutliche biologische Komponente ist unübersehbar. Auch die erste Theorie von Freud zur Angst war aus einer primär biologisch-somatisch anmutenden Perspektive heraus entwickelt worden. In dieser Theorie zur Angstneurose (die er von den Psychoneurosen abgrenzte) beschreibt er ein Symptombild, das heute wahrscheinlich als paroxysmale Panikattacken oder generalisierter Angststörung klassifiziert werden würde (vgl. Boll-Klatt, 2014, S. 350) - im Übrigen auch Störungsbilder, bei denen starke somatische Begleiterscheinungen imponieren.

Angst wurde von Freud zunächst in einer engen Verbindung zur (sexuellen) Erregung gesehen. Freud betont zwei Punkte, nämlich „zunächst die Vermutung, es dürfe sich um eine Anhäufung von Energie handeln, sodann die überaus wichtige Tatsache, dass die Angst, die den Erscheinungen der Neurose zugrunde liegt, *keine psychische Ableitung* zulässt.“(Freud, 1895, S. 333; Hervorh. i. Orig.). In dieser Sichtweise ist Angst also nicht psychisch begründet, sondern somatisch.

In einer aus heutiger Sicht etwas mechanistisch anmutenden Theorie wird die Vorstellung entwickelt, Angst resultiere aus einer zunehmenden Anhäufung von „somatischer Erregung sexueller Natur“ (ebd., S. 334), die nicht adäquat abgeführt wird. „Der Mechanismus der Angstneurose sei in der Ablenkung der somatischen Sexualerregung vom Psychischen und einer dadurch verursachten abnormen Verwendung dieser Erregung zu suchen.“ (ebd.).

Diese erste Angsttheorie Freuds ist zwar heute sicherlich aus dem Zentrum psychotherapeutischer Überlegungen gerückt. Benecke und Staats bringen sie jedoch in einen interessanten Zusammenhang mit der Angstpatienten häufig von Ärzten oder Therapeuten empfohlenen körperlichen Aktivität in Form von Ausdauersport wie Nordic Walking oder Joggen, bei der innere Spannungen und auch Stresshormone abgebaut werden können. Letztlich geht es auch hier also um die Abfuhr von spannungsreichen inneren Zuständen: „Spannungen werden durch Abbau und zweckgerichtete Verwendung körpereigener Substanzen (Hormone und Transmittersubstanzen) reduziert. Die erste Angsttheorie Freuds kann hier von

der Sexualität auf sportliche körperliche Anstrengung ausgeweitet werden.“ (Benecke und Staats, 2017, S. 108).

## 2.2. Freuds zweite Angsttheorie und das Konfliktmodell

Später erkannte Freud, dass auch in der Entwicklung von Angstneurosen – wie in der Entwicklung anderer Symptome – intrapsychischen Konflikten eine entscheidende Rolle zukommt, und ordnete sie den Psychoneurosen zu. Er definierte nun das Ich, das zwischen den Anforderungen der äußeren Realität, des Es´ und des Über-Ichs vermitteln muss, als „eigentliche Angststätte“ (Freud, 1926, S.193). Widerstreitende Impulse und Anforderungen verschiedener Instanzen lösen Konflikte aus, die mit Ängsten verbunden sind. Diese sollen unbewusst gehalten werden und werden verdrängt, es kommt zur Symptombildung, z.B. zur Symptomangst. Die (neurotischen) „Symptome werden geschaffen, um das Ich der Gefahrensituation zu entziehen.“ (ebd, S. 175). Dieses am Konflikt orientierte Modell der Angstentstehung gehört wohl zu den grundlegenden Überlegungen der Psychoanalyse und ist „allen Psychoanalytikern als Grundidee vertraut.“ (Ermann, 2012, S. 40).

Greift man hier noch mal die oben angestellten Überlegungen zu „normalen“ und „neurotischen“ Ängsten auf, zeigt sich eine Parallele: während bei der „normalen“ Angst reale äußere Gefahren zum Signal für Angstentwicklung werden, stellen nun (vermeintliche) Gefahren aus inneren, manchmal auch äußeren Konflikten das Signal für neurotische Ängste dar (vgl. Reimer und Rüger, 2012, S. 192).

Hoffmann (2012) entwickelt hier folgendes Schema:

### **Konfliktbedingte Genese pathologischer Ängste:**

#### **1. Signalangsttheorie, nach Freud**

**Signal** (Freud: Versuchung oder Versagung) bestimmt die auslösende Situation -  
 > Innerer oder äußerer Konflikt -> Subjektive Überforderung -> Regression ->  
 Wiederbelebung infantiler (Trieb-) Konflikte -> Abwehranstrengung -> Misslingen  
 der Abwehr -> Erlebnis „Gefahr“ -> **A n g s t (eher Panik)** (Hoffmann, 2012,  
 S.192; Hervorh. i. Orig.)

Dieses Schema stellt die Angstdynamik sehr pointiert dar. Der Autor verweist darauf, dass diese Modellvorstellung insbesondere dann sehr fruchtbar zum Verständnis von Angstentwicklung eingesetzt werden kann, wenn man ihm nicht nur Konflikte, die sich aus Triebkonflikten entwickeln, zu Grunde legt, sondern auch Konflikte, die sich aus tatsächlichen, realen sozialen Beziehungen oder aus verinnerlichten Beziehungen (zu verstehen auch im Sinne von Repräsentanzen)

ergeben (ebd., S.192 f). Durch diese Erweiterung lässt sich dann eine Vielzahl von Konstellationen mit diesem Modell erklären.

Eine moderne Erweiterung des Konfliktmodells zur Entstehung von Angst findet sich auch in den Untersuchungen von Shear et al. (1993). Sie bezieht sich insbesondere auf Panikattacken und bringt diese in einen Zusammenhang mit bestimmten, negativ konnotierten Affekten, denen sie eine Angst auslösende Signalfunktion beimisst. Zu diesen Affekten gehören neben Ärger und Wut auch Eifersucht, Neid und ähnliche Affekte, die häufig als unerwünscht abgewehrt werden müssen (vgl. Hoffmann, 2016, S. 17). Für Hoffmann bedeutet dies „einen Anschluss an das Freudsche Konfliktmodell in heutiger Theoriesprache“ (ebd.).

### 2.3. Das Strukturmodell der Angst und eine „2. Signalangsttheorie nach Freud“

Derselbe Autor weist darauf hin, dass sich aus Freuds Schriften noch eine zweite Signalangsttheorie extrapolieren ließe. Hier sind nun nicht intrapsychische Konflikte das Signal für Angst, sondern die Angst wird durch die (Wahrnehmung der) Eingeschränktheit wichtiger Ich-Funktionen ausgelöst - und damit durch Defizite auf der strukturellen Ebene. Allerdings findet sich bei Freud das heute gebräuchliche Vokabular von Struktur in diesem Zusammenhang noch nicht (vgl. Hoffmann, 2012, S.193): „Die Hemmung ist der Ausdruck einer *Funktionseinschränkung des Ichs*, die selbst sehr verschiedene Ursachen haben kann.“ (Freud, 1926, S. 116; Hervorhebung im Original). Orientiert an dem oben skizzierten Schema zur 1.Signalangsttheorie entwickelt Hoffmann ein Schema zu einer 2. Signalangsttheorie nach Freud:

#### **2. Signalangsttheorie, nach Freud**

**Defiziente Entwicklung von Ich und Selbst** -> Wahrnehmung der Insuffizienzen der Persönlichkeitsstruktur („Erlebnis der Brüchigkeit des Ichs“) = Signal ->

Unzureichende Möglichkeiten der Abwehr/ Kompensation -> Erlebnis „Gefahr“

-> **Angst (eher diffus)** (Hoffmann, 2012, S.193. Hervorh. i. Orig.)

In diesem Modell werden Einschränkungen und Schwächen auf der strukturellen Ebene, die sich in ungenügend ausgereiften Ich-Funktionen zeigen, vom Subjekt wahrgenommen. Da diese nicht ausreichend kompensiert werden und keine ausreichenden Bewältigungsstrategien eingesetzt werden können, wird die Situation als gefährlich eingeschätzt und Angst entsteht.

Der Ansatz, Angst (auch) als eine Folge von Defiziten in der Struktur des Subjekts zu betrachten, die auf Mängel in der psychischen Entwicklung, auf Entwicklungsstörungen oder -schäden zurückzuführen sind, ist heute in den psychoanalytischen Theorien weit verbreitet. Bei diesen Strukturmodellen der Angst „besteht aufgrund ich-struktureller Schwächen eine beeinträchtigte Steuerungsfähigkeit mit einer allgemein verringerten Konflikttoleranz.“ (Benecke und Staats, 2017, S. 54). Je nach Schwere der Störung, können diese Ich-Schwächen eher enger umschrieben oder auch umfassender sein und sich mehr oder weniger stark auf Fähigkeiten zur Mentalisierung, Konfliktbewältigung und zu explorativen Verhalten auswirken (vgl. ebd.). Dieser Einschränkung der Steuerungsfähigkeit wird häufig auch dadurch entgegengetreten, dass die Betroffenen sich um eine Steuerung durch das Außen bemühen, durch „steuernde Objekte“. Auf diesen Kompensationsversuch wird später noch eingegangen werden.

#### 2.4. Aspekte aus Objektbeziehungstheorie und Bindungstheorie

Bassler (2002) führt in seinem Artikel zur Angstneurose und Phobie drei Haupttheorien zur Entstehung von Angsterkrankungen auf. Neben dem „Konfliktmodell“ und dem „Defizitmodell“, die inhaltlich sehr nah an den bereits oben als „1. und 2. Signalangsttheorie“ vorgestellten Theorien sind, nennt er als drittes das „Objektbeziehungsmodell“. Bei diesem gehe es zentral um „die Bedeutung von internalisierten sicherheitgebenden Objektbeziehungen zur Internalisierung eines stabilen Selbstkerns (...). Hierauf hat besonders Bowlby hingewiesen.“ (Bassler, 2002, S. 66). Der Verweis auf Bowlby wird weiter unten wieder aufzugreifen sein.

In den Objektbeziehungstheorien wird die Entstehung von Ängsten im Zusammenhang mit Objektbeziehungen, deren Ausgestaltung, ihrer Verinnerlichung und der inneren Verarbeitung der internalisierten Objektbeziehungen gesehen. Die Ängste verändern sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung. So haben sie nach Melanie Klein zunächst in der paranoid-schizoiden Position einen verfolgenden Charakter, während bei der reiferen, depressiven Position Ängste *um* das Objekt im Vordergrund stehen (vgl. Boll-Klatt und Kohrs, 2014, S.38 ff).

Aus der Sicht der Objektbeziehungstheorien ist für die Etablierung ausreichend stabiler innerer Selbst- und Objektrepräsentanzen entscheidend, dass Interaktionen erlebt werden, die auch einen ausreichenden affektiven Gehalt besitzen (vgl. Schoenhals, 1984, S. 35). Schoenhals bezieht sich hier auch auf Sandler und Sandler (1978), die betonen, dass diejenigen Interaktionen, die mit Affekten verbunden sind, für die Bildung von Repräsentanzen wesentlich seien. Hingegen bleibe eine Erfahrung ohne gefühlsmäßigen Gehalt psychologisch ohne Bedeutung (vgl. Schoenhals, 1984, S. 35). Ein Aspekt bei der Genese von

Angststörungen könnte somit sein, dass zu wenig affektiv *bedeutsame* Interaktions- und Beziehungserfahren gemacht werden konnten. Die innere Welt von Selbst- und Objektrepräsentanzen wird so „zu *bläss*“; die internalisierten Bilder des Selbst und des Objekts geben nicht genug Selbstvertrauen und Sicherheit, das Leben mit seinen Belastungen auch allein meistern zu können.“ (Boll-Klatt und Kohrs, 2014, S. 361. Hervorhebung d. d. Autorin). Aufgrund der *blässen* inneren Repräsentanzen entwickelt sich also keine ausreichende Sicherheit. Oft werden deshalb auch Objekte im Außen gesucht, die Halt geben sollen.

Die Wichtigkeit der Objektbeziehungen liegt auch dem Konzept des „steuernden Objekts“ von König (1981) zugrunde. Im Kern geht es hier darum, dass das Kind in der Interaktion mit den primären Objekten nur unzureichende Erfahrungen mit deren steuernder Funktion macht, bzw. solche Erfahrungen nicht ausreichend verinnerlicht werden. Daher kann das Subjekt selbst steuernde Ich-Funktionen nur unzureichend entwickeln, es fehlt eine wichtige Schutzfunktion und Angst entsteht. Um diese zu vermeiden, sucht das Subjekt nach steuernden Ersatzobjekten in der Außenwelt, die nun Sicherheit vermitteln können (vgl. Ermann, 2012, S.88f). „Das steuernde Objekt substituiert Mängel in der frühen Beziehung zwischen Mutter und Kind.“ (ebd., S. 89). Außer Personen kann diese Funktion auch Dingen übertragen werden.

Auch in der Bindungstheorie nach Bowlby sind die Interaktionen zwischen Bindungsperson und Kind von entscheidender Bedeutung.<sup>1</sup> Bowlby geht von einem angeborenem Bindungsbedürfnis des Menschen aus, das eine lebenswichtige Funktion hat. „Es gibt ein biologisch angelegtes Bindungssystem, das die Jungen einer Spezies, darunter auch die Spezies Mensch, dazu veranlasst, im Falle einer Gefahr, sei sie von innen oder von außen kommend, bei Älteren (Eltern) Schutz zu suchen, im Falle des Menschen bei der von Bowlby so genannten ‘Bindungsperson’.“ (Köhler, 1998, S. 369). Ist Nähe und Bindung ausreichend hergestellt, kann das Kind mit explorativen Verhalten beginnen, es erkundet seine Umwelt und lernt, sich selbst darin zu behaupten. Dieses Explorationsverhalten wird jedoch wieder unterbrochen, wenn die Bindungsperson zu sehr aus dem Blick gerät. Wird ihre Abwesenheit wahrgenommen, wird das Explorationsverhalten unterbrochen und wiederum durch Bindungsverhalten Nähe gesucht (vgl. Boll-Klatt und Kohrs, 2014, S. 132ff).

Aus den Erfahrungen in der Interaktion mit der Bindungsperson entwickelt das Kind mit der Zeit innere Vorstellungsbilder vom (zu erwartenden) Verhalten des Objekts und auch von eigenen Verhaltensstrategien dem Objekt gegenüber. Diese Repräsentanzen führen zu Bindungsmustern, die das Kind entwickelt (vgl. ebd., S. 136ff) und die über die Zeit stabil bleiben.

---

<sup>1</sup> Obwohl die Bindungstheorie von Bowlby zu Beginn in psychoanalytischen Kreisen sehr umstritten war, findet sie sich heute in vielen modernen Lehrbüchern wieder und gilt als etabliert (vgl. Boll-Klatt und Kohrs, 2014, S. 152).

Die verschiedenen Varianten dieser Bindungsmuster haben auch einen großen Einfluss auf die Entstehung von und den Umgang mit Angst. Eine *sichere* Bindung ermöglicht ein basales Sicherheitsgefühl, das exploratives Verhalten begünstigt und zu einer größeren Konflikt- und Affekttoleranz beiträgt. *Unsicher-ambivalent* gebundene Kinder haben zwar *auch* feinfühlig auf Bindungs- und Explorationsbedürfnisse abgestimmtes Verhalten erlebt - jedoch nicht zuverlässig. „Sie sind daher ängstlich damit beschäftigt, ihr Gegenüber zu beobachten und zu kontrollieren.“ (Benecke und Staats, 2017, S. 45). Da somit das Bindungsverhalten immer wieder aktiviert ist, bleibt wenig Raum für Exploration. *Unsicher-vermeidend* gebundene Menschen haben weniger spiegelnd-feinfühlig Reaktionen ihrer Umgebung erlebt. Da ihre Bindungsbedürfnisse weniger Resonanz fanden, haben sie sich auf eine forcierte Selbständigkeit verlegt. „Die expressive und interaktionelle Seite des Bindungsverhaltens wird abgewehrt (...) Die somatische Seite des Affekterlebens bleibt aber erhalten.“ (ebd., S. 46).

Alle diese Bindungsstile - sichere wie unsichere – ermöglichen dem Subjekt, Strategien im Umgang mit seiner Umgebung zu entwickeln und so eine (wenngleich v.a. im Falle der unsicheren Varianten nur relative) Sicherheit zu erreichen. Zu unterscheiden ist hiervon der desorganisierte Bindungsstil, bei dem sich aus den Erfahrungen in der Interaktion mit der Bindungsperson gar keine Voraussagen über deren zu erwartendes Verhalten ableiten ließen. „Sie erleben die Bindungsperson zugleich als Quelle von Angst und Beruhigung, so dass mit der Stimulierung des Bindungssystems sehr widersprüchliche Motivationen aktiviert werden und somit das ganze System destabilisiert wird.“ (Boll-Klatt, 2014, S. 140).

Als verbindendes Element zwischen den Objektbeziehungstheorien und der Bindungstheorie könnte man die Wichtigkeit der (speziell frühen) Interaktionen und Beziehungserfahrungen zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson sehen, sowie die Bedeutung der inneren Verarbeitung dieser Erfahrungen. „Ob nun in der Bezeichnung von Selbst- und Objektrepräsentanzen oder in der Formulierung von Bindungsmustern - in beiden Fällen geht es um die Entwicklung affektiv-kognitiver Schemata, die ein Kind zunächst in der Interaktion mit bedeutsamen Bezugspersonen, vor allem in der dyadischen Beziehung zumeist mit der Mutter, erwirbt.“ (Boll-Klatt und Kohrs, 2014, S.152).

In Anlehnung an und Ergänzung zu den beiden bereits erwähnten Signaltheorien entwickelt wiederum Hoffmann aus der oben skizzierten Bindungstheorie eine weitere Signalangsttheorie, die sich diesmal auf das ethnologisch begründete Konzept Bowlbys stützt.

### 3. Signalangsttheorie, nach Bowlby

Evolutionär konstituiertes Bindungsbedürfnis -> Gefährdung/ mangelnde Ausbildung der primären Bindungssicherheit in der Biographie ->



Bedrohungserlebnis: „Beziehungsverlust“, „Verlassensein“ = Signal -> Auslösung des autochthonen Affekts „Angst“ -> **Angst**

(Hoffmann, 2012, S. 193. Hervorh. i. Orig.)

Ausgangsbasis ist ein angeborenes Bindungsbedürfnis des Kindes. Biographisch bedingt, kommt es zu einer Gefährdung oder / und einer mangelnden Ausbildung der primären Bindungssicherheit. Das Signal zur Angstausslösung stellt nun das Erleben einer Bedrohung in der Form dar, dass ein Beziehungsverlust, und damit das Gefühl von Verlassenheit droht. Wieder stellt also das Erlebnis einer Bedrohung (diesmal ein drohender Verlust von Bindung bzw. Beziehung) das Signal dar, das zur Auslösung von Angst führt.

In jüngerer Zeit hat Kossowsky (2013) darauf hingewiesen, dass das Erleben von Trennungsangst eine bedeutsame Bedrohung der Sicherheitsposition bedeutet. Damit stelle dieses Erleben von Trennungsangst ein wichtiges, Angst auslösendes Signal dar und spiele eine zentrale Rolle in der Entwicklung von Panikattacken. (vgl. Hoffman, 2016, S. 17).

Die oben skizzierten Modelle und Schemata zur Entstehung von Angst sollten nicht als konkurrenzierend, sondern vielmehr als einander ergänzend verstanden werden. So, wie es nicht „die“ Angst gibt, gibt es auch nicht „die“ eine Ursache für Angst. Die Modelle fokussieren also jeweils unterschiedliche Aspekte der Angstgenese und sollten daher nicht als einander ausschließend interpretiert werden. Im Gegenteil bieten sie gerade durch die Unterschiede in der Schwerpunktsetzung die Chance, die Entstehung von Ängsten besser verstehen zu können.

Für Thomä ist ein zentraler Punkt in der Angstentwicklung, dass das Subjekt mit unbekanntem – und oft unerwünschten – Anteilen seiner Selbst konfrontiert wird bzw. konfrontiert *würde*. Dies stelle „*die große Unbekannte*“ dar, die den „*Teufelskreis der Angst*“ steuert (Thomä, 2002, S. 97). „Es handelt sich kurz und bündig um die Angst vor sich selbst. Die unbekanntem Selbstanteile, denen man nicht entkommen kann und denen man also überall in vielen Gestalten begegnet, zu akzeptieren und sich mit ihnen zu versöhnen, ist nicht leicht.“ (ebd.).

Diese Umschreibung lässt nun viel Raum, in den man durchaus wesentliche Aspekte der oben skizzierten Modelle integrieren kann; kann man sich diese „unbekanntem Selbstanteile“ doch in vielerlei Gestalt vorstellen, seien es nun verdrängte Wünsche und Triebregungen, negativ aufgeladene und unerwünschte - bis bedrohliche- Affekte, defizient entwickelte Ich-Funktionen, die das Selbsterleben brüchig machen, oder auch Bedrohungen der inneren Sicherheit durch das Empfinden einer Gefährdung der Bindung (vgl. auch Hoffmann, 2016, S. 17f.).

### 3. Erscheinungsformen und Zuordnungen von Ängsten

#### 3.1. „Angst ist nicht gleich Angst“<sup>2</sup>

Mentzos verweist darauf, dass Angst im Laufe der menschlichen Entwicklung eine Entwicklung – im Sinne einer Reifung – durchläuft, „von der diffusen Angst zur konkreten Furcht“ (Mentzos, 1984, S.14). Er unterscheidet zwischen „mehr diffusen, wenig organisierten, ungerichteten, körpernahen Angstreaktionen einerseits und mehr strukturierten, entsomatisierten und eindeutiger gerichteten Reaktionsformen andererseits“ (ebd.), wobei er jedoch auch darauf hinweist, dass man sich hier eher ein Kontinuum vorzustellen habe und die meisten Ängste, so wie sie sich in der Realität manifestieren, eine Mischung aus beiden Bereichen seien.

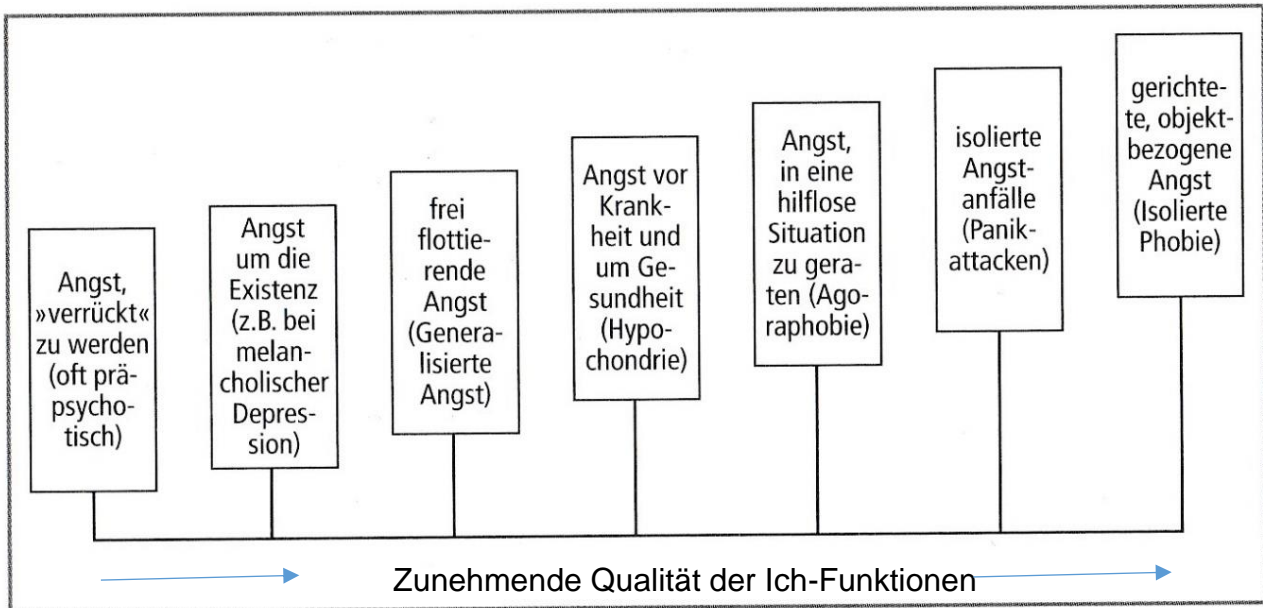
Dennoch postuliert er, „diffuse, körpernah erlebte und grundlos erscheinende Angstzustände beim Erwachsenen als eine regressive Reaktivierung ontogenetisch früherer Angstmodi [zu] begreifen oder zumindest eine Desintegration des späteren, des reiferen Angstmusters [zu] vermuten.“ (ebd., S. 15; Ergänzungen durch die Autorin). Mit zunehmender Reifung des Ichs, d.h. also zunehmend entwickelten Ich-Funktionen, würde sich demnach die Form, in der Angst auftritt, verändern.

Diesen Gedanken der Koppelung von zunehmender Ich-Reife und Angstmanifestation begegnen wir auch bei Thomä und Kächele, die „in der Fähigkeit zur Kontrolle der Angst einen Indikator für die Ich-Reife“ (Thomä und Kächele, 1997, S. 476) sehen.

Letztlich sind wir hier bei der wichtigen Frage des Zusammenhangs zwischen Ausbildung bzw. Entwicklung der Struktur und der Manifestation der Angst. „Tatsächlich stellt die Qualität der Ich-Struktur eine Art Moderatorvariable dar, welche die Art bzw. Ausprägung des jeweiligen Angsttyps bestimmt.“ (Hoffmann, 2016, S. 19). Bereits Mentzos versuchte, Ängste in ein zweidimensionales Modell einzuordnen, in dem er die Ich-Reife in einem Zusammenhang mit der Erscheinungsform der Angst (körpernah vs. entsomatisiert) sah (vgl. Mentzos, 1984, S. 17ff). Später entwickelt Hoffmann ein Modell, bei dem mit zunehmender Reife, Entwicklung und Qualität der Ich-Struktur auch die Organisiertheit der Ängste steigt, während diffuse und wenig organisierte Ängste mit einem geringeren Strukturniveau einhergehen. Zugleich versucht er, bestimmte Krankheitsbilder aus dem Bereich der Angsterkrankungen, in diesem Modell zuzuordnen.

---

<sup>2</sup> Hoffmann (2016), S. 19



(Hoffmann et al. 2009, S. 91)

Diesem Modell zufolge würde man nun Isolierte Phobien mit ihren gerichteten Ängsten dem guten Integrationsniveau einer reifen Ich-Struktur zuordnen, während agoraphobische Ängste und Panikattacken im Mittelfeld der strukturellen Reife angesiedelt wären. Diffusere, psychosenahe Ängste würden mit einem geringen Strukturniveau und den entsprechend defizienter entwickelten Ich-Funktionen in Zusammenhang gebracht werden.

Dieses sehr anschauliche Modell konnte allerdings empirisch nicht zur Gänze bestätigt werden. Benecke und Staats diskutieren die Befundlage ausführlich und kommen zu dem Schluss: „Auch wenn wir also Hinweise finden, dass die einzelnen Angststörungen sich strukturell unterscheiden, so sind einerseits doch zahlenmäßig alle Angststörungen am häufigsten auf mäßigen Strukturniveau, und andererseits sind alle Angststörungen auf einem breiten Range struktureller Integration bzw. struktureller Störung anzutreffen.“ (Benecke und Staats, 2017, S. 74). Demnach kann das Modell meiner Einschätzung nach als erste Orientierung dienen und auch heuristisch wertvoll sein, lässt jedoch keine Aussagen über den konkreten Einzelfall zu.

### 3.2. Ängste auf verschiedenen Strukturebenen

Trotz der eben getroffenen Einschränkung, dass sich einzelne Angststörungen im konkreten Einzelfall *nicht* unbesehen einem bestimmten strukturellen Niveau zuordnen lassen, scheint es doch wichtig und insbesondere auch therapeutisch nützlich und sinnvoll, sich mit Zusammenhängen zwischen den Strukturebenen und den Ängsten zu befassen.

Folgt man der Einteilung des OPD-2, so kann man vier verschiedene Graduierungen des strukturellen Niveaus unterscheiden, nämlich gutes, mäßiges und geringes Integrationsniveau sowie desintegriertes Strukturniveau (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 120). Zwischen diesen Ebenen gibt es jeweils noch eine Zwischenstufe (gut bis mäßig, mäßig bis gering, gering bis desintegriert).

### 3.2.1. Gutes Integrationsniveau

Das *gute Integrationsniveau* zeichnet sich durch ein im Wesentlichen autonomes Selbst aus. Es existiert ein psychischer Binnenraum für das differenzierte psychische Erleben. Selbstreflexion und Empathie sind möglich und regulatorische Funktionen vorhanden und über weite Bereiche auch verfügbar. Es existieren ausreichend gute innere Objekte (vgl. ebd., S. 256ff).

Auf diesem Strukturniveau bezieht sich die „zentrale Angst [darauf,] die Zuneigung des Objekts zu verlieren“ (ebd., S. 258. Ergänzung durch die Autorin). Diese Angst, die aufgrund innerer Konflikte entsteht, wird nun auf ein äußeres Objekt verschoben, das wiederum in einem zweiten Schritt gut vermieden werden kann (vgl. Erdmann, 2016, S.245 ff). Auslösend sind oft Versuchungs- und Versagungssituationen, „in denen sexuelle und aggressive Impulse aktiviert und dann abgewehrt werden“ (Benecke und Staats, 2017, S 76). Das (mit den oben betonten Einschränkungen) „typische“, dieser Psychodynamik entsprechende Krankheitsbild wäre die isolierte Phobie, die allerdings in dieser reinen Form ohne weitere Komorbiditäten nicht sehr häufig vorkommt (vgl. ebd).

### 3.2.2. Mäßiges Integrationsniveau

Beim *mäßigen Integrationsniveau* sind die regulatorischen Fähigkeiten zwar grundsätzlich vorhanden, jedoch nur eingeschränkt verfügbar. Die innere Dynamik gestaltet sich destruktiver, die Selbstwertregulation ist heikler und Empathiefähigkeit weniger ausgeprägt. Es gibt nur wenige innere Muster von Objektbildern (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 256ff).

Hier ist die „zentrale Angst: das wichtige Objekt zu verlieren“ (ebd., S. 258). Dieser befürchtete Verlust ist auch deshalb so bedrohlich, weil das Objekt wichtige Funktionen für das Subjekt übernimmt und sein Verlust auch einen Wegfall dieser Funktionen bedeuten würde. Da die inneren Repräsentanzen oft nur blass ausfallen, ist das Subjekt darauf angewiesen, sich im Außen kompensierende Objekte zu suchen, die z.B. als „steuerndes Objekt“ (König, vgl. 1.2.4.) fungieren. Auch die Stabilisierung des Selbstwertes als Aufgabe des Objekts oder versorgende Funktionen sind häufig anzutreffen. Dieses Angewiesen-Sein auf das Objekt wird jedoch auch durchaus negativ erlebt, konfligiert die empfundene Abhängigkeit doch mit dem grundlegenden Wunsch nach Autonomie. Die

Problematik wird also „zentral (...) im Bereich von Abhängigkeit und Autonomie gesehen, verbunden mit ängstlich-anklammernden, allerdings von unbewussten Ambivalenzen begleiteten Beziehungsverhalten.“ (Benecke und Staats, 2017, S. 78).

Die für dieses strukturelle Integrationsniveau „typischen“ Störungsbilder wären die Panikstörung und die Agoraphobie (vgl. ebd.).

Während der ICD 10 die Panikstörung über ein wiederholtes Auftreten von Panikattacken, die oft spontan auftreten und nicht an spezifische situative oder objektbezogene Faktoren gebunden sind, definiert (vgl. Dilling et al, 1994), geht man in der psychoanalytischen Literatur zumeist davon aus, dass die Panikattacken sehr wohl durch spezifische Auslöser bedingt sind. „Nimmt man die bewussten und die unbewussten Bedrohungsvorstellungen angstneurotischer Patienten ernst, dann gibt es gute Gründe für das Auftreten von Ängsten, die – nur scheinbar gegenstandslos- ´frei flottieren´.“ (Thomä und Kächele, 1997, S. 480). Diese sind dem Patienten jedoch häufig nicht bewusst und müssen dann in der Therapie erst erarbeitet werden. Häufig sind im Vorfeld der Panikentwicklung eine (vielleicht auch nur angenommene oder befürchtete) Bedrohung der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen, Trennungs- oder Verlusterlebnisse zu erkennen. Auch negative Emotionen wie (unterdrückter) Ärger, Wut, Eifersucht oder Neid, oft auch gerade in Bezug auf diese Bezugspersonen, lassen sich oft erkennen (vgl. Hoffmann, 2016, S.17). Auf Untersuchungen von Shear et al. in diesem Zusammenhang wurde bereits weiter oben hingewiesen (vgl. 2.2.).

Die Agoraphobie wird häufig nicht als klassische Phobie gesehen. So bezeichnet sie Bowlby als *Pseudophobie* (vgl. Bowlby, 1973). Während bei der klassischen Phobie, dem Konfliktmodell folgend, Ängste auf ein bestimmtes Objekt verschoben werden, das dann vermieden werden kann bzw. muss, gilt nach Bowlby bei der Agoraphobie die Angst im Grunde eigentlich nicht der Situation, die vermieden wird, sondern vielmehr der Nicht-Verfügbarkeit eines stabilisierenden, hilfreichen Objekts in dieser Situation. Das Beängstigende liegt also in der „*Abwesenheit einer Bindungsfigur*“ (Benecke und Staats, 2017, S. 78; Hervorh. im Orig.). Dies lässt sich auch häufig in den mit den Vermeidungssituationen assoziierten Vorstellungen und Befürchtungen erkennen, bei denen oft Gefühle von Hilflosigkeit, Ausgeliefert-Sein oder Ohnmacht eine wichtige Rolle spielen, mithin also Gefühle, die in einem engen Zusammenhang damit gebracht werden können, dass hier kein sicherheitsgebendes Objekt zur Verfügung steht. „Die zentrale Angstphantasie bei der Agoraphobie antizipiert einen Ohnmachtsanfall, eine Panikattacke oder eine Herzattacke in der Öffentlichkeit und die Vorstellung, damit in einen Zustand ausgeprägter *Hilflosigkeit* zu geraten und letztendlich daran zu sterben.“ (ebd.).

Auch bei einer Teilgruppe der Patienten mit generalisierter Angststörung lässt sich durchaus ein mäßiges Integrationsniveau erkennen, wenngleich diese Störung sonst häufig auch mit dem geringen Integrationsniveau verknüpft ist. Auf dieses wird nun einzugehen sein.

### 3.2.3. Geringes Integrationsniveau

Bei Patienten mit einem *geringen Integrationsniveau* sind die regulatorischen Fähigkeiten im Vergleich zu den besser strukturierten Niveaus wesentlich schlechter verfügbar. Der psychische Binnenraum ist viel weniger ausgeformt, Selbstreflexions- und Empathiefähigkeit zumindest stark eingeschränkt. Es besteht eine hohe Kränkbarkeit und eine ausgeprägte Impulsivität mit Impulsdurchbrüchen. Auch aufgrund der geringen Affekttoleranz finden Konflikte weniger intrapsychisch und mehr interpersonell statt. Die innere Objektwelt hat einen strafendverfolgenden Charakter (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 256ff). Die zentrale Angst gilt nun der „Zerstörung des Selbst durch den Verlust des guten Objekts oder durch das böse Objekt.“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 258).

Es wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass die Zuordnung bestimmter Krankheitsbilder zu einem bestimmten Strukturniveau nur eingeschränkt möglich ist. Dies wird nun wieder deutlich, da sich die beiden für das geringe Integrationsniveau „typischen“ Angststörungen - die Sozialphobie und die generalisierte Angststörung - auch auf anderen Niveaus finden lassen (vgl. Benecke und Staats, 2017, S. 80).

Bei den sozialen Phobien handelt es sich um Störungen, bei denen der Leitaffekt das Schamgefühl ist. Die Betroffenen fürchten, in sozialen Kontexten bloßgestellt und beschämt zu werden, und weichen diesen daher aus. Dieses Schamgefühl steht in engem Zusammenhang mit einem Selbst, das als ungenügend, voller Mängel und „Schandflecken“ erlebt wird. Es wird befürchtet, dass das Gegenüber diese Mangelhaftigkeit bemerken könnte. Zugleich besteht jedoch eine Sehnsucht nach Bestätigung und Anerkennung. Dem zu Grunde liegt eine gestörte Selbstwertentwicklung im Kontext einer unsicheren kindlichen Bindung, die sich in entsprechenden strukturellen Defiziten niederschlägt. „Den Hintergrund bilden Störungen der Selbst- und Selbstwertentwicklung einer narzisstischen Pathologie oder traumatische Erfahrungen von Auslieferung, Demütigung und Hilflosigkeit.“ (Ermann, 2016, S.248).

Bei der generalisierten Angststörung scheint die Angst von außen betrachtet nicht an bestimmte auslösende, klar erkennbare und differenzierbare Situationen oder Objekte gebunden zu sein. Vielmehr bestehen vielfältige, wechselnde und beinahe ubiquitäre Ängste und Sorgen, woraus sich auch der Begriff der „Sorgenkrankheit“ (Hoffmann, 2016, S. 81) ableitet.

Bei einem Teil der Patienten zeigt sich dieses klinische Bild durchaus vor dem Hintergrund eines relativ guten Strukturniveaus, die strukturellen Defizite sind dann nur auf bestimmte Ich-Funktionen begrenzt und somit sehr umschrieben (siehe oben). Erdmann verweist auch auf die Möglichkeit einer mit der Zeit eintretenden *Erschöpfung* der Abwehrkräfte (z.B. im Rahmen einer phobischen Erkrankung), die

zu einer Lockerung der Angstbindung und damit zu einer Generalisierung führt (vgl. Ermann, 2016, S. 244)

Die Fähigkeit zur Angst-Bindung, d.h. die Fähigkeit, „Angst so zu organisieren, dass sie eine feste Bindung an einen angstausslösenden Reiz erhält, ist ein Zeichen von Ichstärke.“ (Ermann, 2016, S. 240). Genau diese Fähigkeit ist bei der generalisierten Angststörung augenscheinlich eingeschränkt, was ein Hinweis auf eine strukturelle Beeinträchtigung darstellen kann. Bei den Patienten mit einem geringen strukturellen Integrationsniveau sind zudem die Fähigkeiten zur Selbstberuhigung, ausreichender Affektregulation und Aufrechterhaltung eines grundlegenden Gefühls von Sicherheit nicht ausreichend entwickelt. „Psychodynamisch bedeutet dies in der Regel eine unzureichende Internalisierung von sicherheitgebenden Objekten.“ (Hoffmann, 2016, S.81). Die Patienten entwickeln diffuse Erwartungsängste, die sich schwer kontrollieren lassen.

Häufig beziehen sich diese Ängste auf nächste Angehörige, um die sich die Patienten ständig sorgen. Die damit einhergehenden Phantasien über mögliche Unglücke, die diesen zustoßen könnten, können auch in einem Kontext von (unbewussten) Aggressionen gegen die Objekte verstanden werden, von denen sich die Patienten abhängig fühlen (vgl. Benecke und Staats, 2017, S. 82).

Auch innerhalb der Panikstörungen findet sich eine Patientengruppe, bei denen ein geringes strukturelles Integrationsniveau festzustellen ist. Auch hier kann die fehlende Angst-Bindung als Hinweis auf eine Ich-Schwäche gesehen werden. (vgl. Ermann, 2016, S. 242). Während die bereits bekannten Themen von Trennung, Verlust/ Verlassensein und Aggression auch hier wieder grundlegend sind, nehmen sie nun doch einen massiveren bedrohlicheren und archaischeren Charakter an: „Sowohl Verlassenheit als auch Aggression bekommen hier eine existenziellere, vernichtende Qualität. Trennungen und das Äußern eigener Aggressionen sind mit Tod und Vernichtung assoziiert.“ (Benecke und Staats, 2017, S. 82).

#### 3.2.4. Desintegriertes Strukturniveau

Das *desintegrierte Strukturniveau* ist das am wenigsten ausgereifte Niveau. Hier ist das Selbst inkohärent und Affektivität und Impulsivität überwältigend und überflutend. Desintegration ist jedoch nicht automatisch Desorganisation, da sie durch Abwehrmuster in Form von postpsychotische, posttraumatische oder perverse Organisationsformen überdeckt wird. Selbst- und Objektbilder sind nun konfundiert, Empathie erscheint fast unmöglich. Statt eigener Verantwortung für das eigene Handeln wird erlebt, dass etwas eben „passiert“ (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 257 ff.). Die zentrale Angst dieser Stufe gilt der Ich-Auflösung und dem Ich-Verlust, d.h. der „symbiotischen Verschmelzung von Selbst und Objektrepräsentanzen mit Folge des Selbstverlusts“ (ebd., S. 258).

Dem desintegrierten Strukturniveau wird nun keine umschriebene Angststörung im eigentlichen Sinne zugeordnet. Dennoch spielen natürlich Ängste auch hier eine maßgebliche Rolle. Patienten auf dieser Integrationsstufe, aber auch auf der Zwischenstufe zwischen *gering* und *desintegriert*, erleben das Ausgeliefert-Sein an die eigenen, als überwältigend erlebten Affekte als sehr beängstigend. Es kommt auch zu Fragmentierungsängsten im Sinne eines Ich-Zerfalls. Letztlich ist es also die Wahrnehmung (oder besser Ahnung) der starken Einschränkungen des Ichs und seiner Fähigkeiten, die Angst auslösen: „Das *Erleben der Ich-Störung selbst* stellt hier die Hauptquelle der Angst dar.“ (Benecke und Staats, 2016, S. 84; Hervorh. i.O.). Diese Angst kann besonders bei drohendem Strukturverlust eine psychotische Qualität annehmen. „Hier handelt es sich um die namenlose Angst in der Konzeption von Bion, also um die Angst vor der Überschwemmung durch archaische Phantasien und Affekte, die das Ich zerstören.“ (Ermann, 2012, S. 90ff.).

Auch Benecke und Staats beschreiben in diesem Zusammenhang „das Erleben von sprachlosem ‘Horror’, einer Angst, ‘wie verschlungen, ausgelöscht zu werden’“ (Benecke und Staats, 2017, S. 84). Sie ordnen diese Ängste den schweren Borderline-Störungen zu.

Auch schwere, dissoziative Identitätsstörungen sind mit ähnlichen massiven Ängsten verbunden. Als Verarbeitungsstrategie wird hier aber ein Auseinanderhalten von einzelnen Zuständen und inneren Repräsentanzen verwendet, das verhindern soll, dass negative Repräsentanzen positivere zerstören. Diese dissoziative Abwehr kann so weit führen, dass verschiedene, voneinander getrennte innere Figuren erschaffen werden (vgl. Benecke und Staats, 2017, S. 84ff.).

Die hier beschriebene Zuordnung von bestimmten Krankheitsbildern zu einzelnen Strukturniveaus kann nur eine erste Orientierungshilfe sein und sollte nicht so missverstanden werden, dass im konkreten Fall von der Diagnose auf das Strukturniveau geschlossen werden könnte. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass die meisten Angststörungen sich im Bereich des mäßigen Strukturniveaus finden, und die einzelnen Angststörungen auf verschiedenen Strukturniveaus vorkommen (vgl. Benecke und Staats, 2017, S. 74).

#### 4. Einige Aspekte zur Therapie

Im obigen Abschnitt wurden Überlegungen angestellt, wie weit verschiedene Angststörungen verschiedenen Strukturniveaus zugeordnet werden können. Dabei mag sich auch die Frage stellen, inwiefern die genaue, häufig auf der Symptombeschreibung basierende Diagnose für das psychoanalytische Denken und Behandeln überhaupt relevant ist. Tatsächlich wird dem Symptom, unter dem der Patient leidet, traditionell in der psychoanalytischen Behandlung eine weitaus



geringere Bedeutung beigemessen als der dahinterstehenden Psychodynamik und der Pathogenese. Dennoch kann eine gewisse Symptomorientierung in mehrerer Hinsicht vorteilhaft sein. Hoffmann (2016) hat sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt.

Zunächst einmal hält er es für problematisch, wenn „Patienten, die von ihren Ängsten geschüttelt wurden, (...) auf Therapeuten [trafen], die der Ansicht waren, dass es auf diese Symptome gar nicht ankommt.“ (Hoffmann, 2016, S. 63; Erg. Durch die Autorin). Unabhängig davon, ob diese Annahme des Therapeuten korrekt ist, steht sie doch in einem deutlichen Widerspruch zu den Erwartungen des Patienten, was Hoffmann für problematisch hält. Insbesondere bei bereits chronifizierten Verläufen mit einer starken Fixierung des Patienten auf seine Symptome hält er ein bifokales Vorgehen, das sowohl auf ein Verständnis der Pathogenese und der (unbewussten) Hintergründe der Problematik als auch auf eine Verbesserung auf der Symptomebene abzielt, für notwendig. Zudem sieht Hoffmann – besonders bezogen auf die Generalisierte Angststörung- bei einzelnen Angststörung durchaus unterschiedliche pathogenetische Faktoren beteiligt, was für die Entwicklung symptombezogener Konzepte sprechen würde (vgl. Hoffmann, 2016, S. 63). „Es nutzt dem Patienten sicher, wenn der Therapeut in seinem Kopf auf differenzierende Konzepte zurückgreifen kann, die für einzelne Formen von Angststörungen akzentuiert sind.“ (ebd.).

Gerade im Bereich der auf der Psychoanalyse basierenden Psychodynamischen Psychotherapien, die sich als „Anwendungen der Psychoanalyse“ (Reimer und Rüger, 2012, S. 12) verstehen, gibt es folgerichtig seit einiger Zeit eine Tendenz zur Entwicklung konkreter, symptombezogener Behandlungskonzepte. Zu erwähnen wären hier beispielsweise die „Panik- Fokussierte Psychodynamische Psychotherapie von Milrod et al. (1997) oder die „Psychoanalytisch-orientierte Fokalthherapie der Generalisierten Angststörung“ von Leichsenring et al. (2005).

Aus den obigen Betrachtungen sollte bereits die Bedeutung des strukturellen Integrationsniveaus eines Patienten für das Verständnis seiner Gesamtproblematik deutlich geworden sein. Auch für das behandlingstechnische Vorgehen ist es essentiell. Neben dem Ziel, durch Einsicht in die (unbewussten) Hintergründe des Denkens, Handelns und Fühlens des Patienten eine Veränderung zu erzielen, besteht bei strukturellen Defiziten die Notwendigkeit, die defizitären Strukturen und Ich-Funktionen aufzubauen, zu fördern und / oder verfügbarer zu machen. Welcher dieser beiden Hauptstränge bei einem konkreten Patienten im Vordergrund steht, hängt von dessen individueller Problematik und Struktur ab. „Die Gewichtung und spezielle Handhabung dieser Behandlungsprinzipien richtet sich nach dem individuellen Mischungsverhältnis von konfliktbedingten (‘neurotischen’) und ‘strukturellen’ Störungsanteilen.“ (Benecke und Staats, 2017, S.113; Hervorh. i. O.). Dieser Gedanke eines prinzipiell 2-gleisigen Vorgehens mit jeweils individueller Schwerpunktsetzung scheint grundlegend für die Behandlungen.

Natürlich kann an dieser Stelle nicht ausführlich auf die vielfältigen Behandlungsstrategien und -möglichkeiten eingegangen werden, weshalb ich mich hier auf einige, wenige Aspekte beschränken werde.

Bei Patienten, bei denen die konfliktbedingten Störungsanteile deutlich überwiegen und nur geringe strukturelle Einschränkungen und Defizite vorhanden sind, wird sich die therapeutische Arbeit vor allem auf das zunehmende Verständnis der hinter der offenkundigen Symptomatik liegenden, unbewussten Konflikte, Wünsche, Bedürfnisse, Affekte und Impulse richten. Die Einsicht in diese Hintergründe sollte dabei nicht auf einer rein rationalen Ebene erfolgen, sondern eine emotionale Einsicht sein. Von den sieben im OPD aufgelisteten „zeitlich überdauernden Konflikten“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 111), die häufig als *Grundkonflikte* bezeichnet werden, finden sich bei den Angststörungen besonders oft der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt und der Versorgungs- vs. Autarkie-Konflikt, aber auch Selbstwert- und Schuldkonflikte (vgl. Benecke und Staats, 2017, S.128).

Eine Besonderheit in der psychoanalytischen Arbeit mit Angststörungen liegt zweifellos im Umgang damit, dass ein Hauptsymptom der Angststörung die Vermeidung der angstausslösenden Situationen ist. Diese Strategie, die der Patient eigentlich zur Begrenzung der Angstsymptome benutzt, kann sich für die Therapie als sehr hinderlich erweisen und zu einer Stagnation führen. So schrieb schon Freud über die Phobien: „Man wird kaum einer Phobie Herr, wenn man abwartet, bis sich der Kranke durch die Analyse bewegen lässt, sie aufzugeben.“ (Freud, 1919, S.191). Er präzisiert dies am Beispiel der schwereren Fälle von Agoraphobien, dass man hier „nur dann Erfolg [hat], wenn man sie durch den Einfluss der Analyse bewegen kann, sich wieder wie Phobiker ersten Grades zu benehmen, also auf die Straße zu gehen und während dieses Versuchs mit der Angst zu kämpfen.“ (ebd.). Es gilt also, den Patienten dazu zu „bewegen“, sich den angstausslösenden Situationen (wieder) zu stellen, sich also mit den Angstausslösern zu konfrontieren - seien dies nun eigentliche Situationen bzw. gefürchtete Objekte, oder auch ängstlich vermiedene Affekte (insbesondere aus den Bereichen von Wut, Ärger, Neid oder aggressive Impulse), oder vielleicht auch das Fehlen eines sicherheitsgebenden Objekts.

Dementsprechend sollten Therapeuten „auf den Transfer der in den Therapien gemachten Veränderungen in den Alltag und die Bereitschaft ihrer Patienten, dort ängstigende Situationen aufzusuchen und zu bewältigen, achten, und zu Explorationsverhalten anregen.“ (Benecke und Staats, 2017, S.103). Diese Ermutigung zur Exposition, wiewohl sie sich schon bei Freud findet, ist im psychoanalytischen Denken nicht immer selbstverständlich.

Bereits mehrfach angesprochen wurde die Neigung von Angstpatienten, sich im Außen „steuernde Objekte“ (König 1981) zu suchen, die jene Sicherheit vermitteln können, die der Patient innerlich nicht selbst aufbringen kann (vgl. auch 2.4.). Auch der Therapeut selbst kann zu so einem steuernden Objekt werden. Thomä rät dazu, „die Hilfs-Ich-Funktion des Analytikers voll einzusetzen.“ (Thomä, 1997, S. 488).

Dem Patienten wird so ermöglicht, sich an der Haltung des Therapeuten zu orientieren und mit der Zeit eine innere Repräsentanz des Therapeuten zu entwickeln. Hoffmann spricht hier von der „Identifizierung mit dem Therapeuten. Dieser Begriff steht für die angebotene und ´erlaubte´ Verinnerlichung der angstfreien Haltung des Therapeuten (...)“ (Hoffmann, 2016, S. 50; Hervorh. i.O.).

Je stärker nun bei einem Patienten strukturelle Defizite vorhanden sind, desto mehr ist es Aufgabe der Therapie, auf eine Entwicklung, Stärkung oder verbesserte Verfügbarkeit eben dieser strukturellen Fähigkeiten hinzuwirken. In den letzten Jahrzehnten wurden hierzu innerhalb der Psychoanalyse verschiedene Therapieansätze etabliert und z.T. auch manualisiert.

Benecke und Staats (2017) unterteilen diese Konzepte in drei grundlegende Strategien, nämlich in ein *strukturstabilisierendes* und ein *strukturdynamisches* Vorgehen sowie eine *Kombination beider Strategien* (vgl. Benecke und Staats, 2017, S.117ff.). Diese Strategien sind nun nicht als explizite Therapien von Angststörungen konzipiert, sondern als Behandlungsansätze struktureller Störungen. Da diese, wie oben herausgearbeitet wurde, bei Ängsten jedoch eine wichtige Dimension darstellen, sollen sie nun abschließend kurz angesprochen werden.

Bei den *strukturstabilisierenden Ansätzen* haben stabilisierende und stützende Elemente bei den therapeutischen Techniken eine besondere Bedeutung. Regression wird eher begrenzt als gefördert, reifere Abwehrmechanismen gestärkt und an Realitätsprüfung und konkreten Möglichkeiten der Affektregulation und Affekttoleranz gearbeitet. Rudolf, dessen Arbeiten auch für die Entwicklung des oben ausführlich zitierten OPDs grundlegend sind, legte mit der Strukturbezogenen Psychotherapie (Rudolf 2006) einen Ansatz vor, der sich hier zuordnen ließe. Auch bestimmte Aspekte der mentalisierungs-basierten Psychotherapie MBT von Fonagy (2008) und der Psychoanalytisch-Interaktionellen Methode PIM (Heigl-Evers und Ott, 2002) könnten hier verortet werden.

Im Bereich der *strukturdynamischen Ansätze* hat Kernberg in seinen grundlegenden Arbeiten mit der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) ein differenziertes Behandlungskonzept vorgelegt (z.B. Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001).

Als Zielgruppe für das TFP nennt er Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur, die er durch bestimmte Merkmale -Identitätsdiffusion, unreife Abwehrmechanismen und Fragen der Realitätsprüfung- definiert und die also neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung auch viele andere im DSM IV

klassifizierte Persönlichkeitsstörungen und sowie weitere Syndrome umfasst (vgl. ebd., S. 5 ff.).<sup>3</sup>

Das gerade bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation problematische soziale Interaktionsverhalten wird beim TFP als Abwehrversuch verstanden. Wo es sich in der Beziehung zum Therapeuten, also in der Übertragung inszeniert, ist es „unbedingt erforderlich, die intensiven negativen Übertragungsprozesse möglichst früh zu deuten, und zwar im ´Hier und Jetzt´, d.h. ausdrücklich nicht im Sinne und in Richtung einer genetischen Rekonstruktion vermeintlich realer biographischer Hintergründe.“ (Boll-Klatt und Kohrs, 2014, S. 57; Hervorh. i.O.). So wird die therapeutische Beziehung bzw. das Verständnis der Übertragungsprozesse, die in dieser Beziehung stattfinden, zum zentralen Ort des therapeutischen Arbeitens, da sich hier die strukturellen Defizite, die entscheidenden Affekte und deren Abwehr direkt bearbeiten lassen. Hierfür werden die Techniken der Klärung, der Konfrontation und der Deutung verwendet, wobei der Therapeut sich „eindeutig verbündet mit dem gesunden, beobachtenden Ich-Anteil des Patienten.“ (Clarkin et al., 2001, S. 75). Explizit supportive Techniken werden nicht angewendet (vgl. ebd., S. 79).

Häufig findet sich eine Kombination aus strukturstabilisierenden und strukturdynamischen Strategien in Behandlungskonzepten. So lässt sich in der MBT von Fonagy beides erkennen, aber auch in der PIM von Heigl-Evers et al. Das Arbeiten an interaktionellen Beziehungsmustern wird besonders bei letzterer in den Mittelpunkt gerückt, wobei die „Therapeuten (...) ihre Reaktionen und ihre Perspektive selektiv-authentisch für einen analytischen Prozess zur Verfügung [stellen].“ (Benecke und Staats, 2017, S. 121). Dieses „Antworten“ wird als direktes Feedback in der Beziehung verstanden und - bewusst, dosiert und selektiv eingesetzt- als Weg gesehen, dem Patienten innerhalb der therapeutischen Beziehung Lernmöglichkeiten in Bezug auf seine Beziehungsgestaltung und neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.

Abschließend lässt sich sagen, dass für die Behandlung von Ängsten und Angststörungen sicherlich gilt, was Freud schon 1919 schrieb: „(...) dass die verschiedenen Krankheitsformen, die wir behandeln, nicht durch die nämliche Technik behandelt werden können.“ (Freud, 1919, S. 191). In diesem Aufsatz habe ich versucht, einige, mir wichtig erscheinende pathogenetische, zuordnend-

---

<sup>3</sup> Er unterscheidet zudem zwischen einer hohen Stufe des Borderline-Niveaus, der er die abhängige, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen sowie die sadomasochistische und vermeidende Persönlichkeitsorganisationen zuordnet, auf der einen Seite, und einer niedrigen Stufe des Borderline-Niveaus auf der anderen Seite. Zu letzteren zählt er paranoide, schizotypische, schizoide, antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie die Syndrome des malignen Narzissmus und hypomanische und hypochondrische Syndrome (vgl. Kernberg und Levy, 2011, S. 294).

klassifizierende, differenzierende und behandlungstechnische Aspekte zusammenzutragen, wobei die Auswahl hier angesichts des Themas zwangsläufig stark selektiv bleiben musste.

### Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (2006) (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hans Huber Verlag, Bern.

Bassler, M. (2002): Angstneurose, Phobie. In: Mertens, W. und Waldvogel, B. (2002): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 2. Auflage. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.

Benecke, C. und Staats, H. (2017): Psychoanalyse der Angststörungen. Modelle und Therapien. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Boll-Klatt, A. und Kohrs, M. (2012): Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen-Modelle-Konzepte. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Bowlby, J. (1973): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Kindler-Verlag, München.

Clarkin J., Yeomans F. und Kernberg, O. (2001): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapie (TFP). Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M., Schulte-Markwort, E.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Hans Huber Verlag, Bern.

Erman, M. (2012): Angst und Angststörungen. Psychoanalytische Konzepte. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Ermann, M. (2016): Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 6. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Fonagy, P. und Bateman, A. (2008): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Psychosozial-Verlag, Gießen.

Freud, S. (1895): Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. In: Freud, S.: Gesammelte Werke, Bd. 1. Fischer-Verlag, Frankfurt/ Main.

Freud, S. (1919): Wege der psychoanalytischen Therapie. In: Freud, S.: Gesammelte Werke, Bd. 12. Fischer-Verlag, Frankfurt / Main.

Freud, S. (1926): Hemmung, Symptom und Angst. In: Freud, S.: Gesammelte Werke, Bd. 14. Fischer-Verlag, Frankfurt/ Main.

Heigl-Evers, A. und Ott, J. (2002): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. 4. Aufl. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

Hoffmann, S., Eckhardt-Henn, A., Heuft, G. und Hochapfel, G. (2009): Neurotische Störungen und psychosomatische Medizin. 8. Aufl. Schattauer, Stuttgart.

- Hoffmann, S. (2012): Angststörungen. In: Reimer, C. und Rüger, U. (2012): Psychodynamische Psychotherapien. 4. Auflage. Springer-Verlag, Berlin
- Hoffmann, S. (2016): Psychodynamische Therapie von Angststörungen. Einführung und Manual für die kurz- und mittelfristige Therapie. 2. Aufl. Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- Kernberg, O. und Levy, K. (2011): Borderline-Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Psychopathologie und Diagnose. In: Dulz, B., Herpertz, S., Kernberg, O. und Sachsse, U. (2011): Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- Köhler, L. (1998): Anwendungen der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse* 1998; 52: 369-397.
- König, K. (1981): Angst und Persönlichkeit. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Kossowsky, J., Pfalz, M., Schneider, S. Taeymans, J., Locher, C. und Gaab, J. (2013): The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis. *American Journal for Psychiatry*; 170: 768-781.
- Leichsenring, F., Winkelbach, C. und Leibing, E. (2005): Psychoanalytisch-orientierte Fokalthherapie der Generalisierten Angststörung. In: *Der Psychotherapeut*, 50, S.258-264.
- Mertens, W. und Waldvogel, B. (2002): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 2. Auflage. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.
- Mentzos, S. (1984): Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Fischer-Verlag, Frankfurt/ Main.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A. und Shapiro, T. (1997): Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy. American Psychiatric Press, Washington.
- Reimer, C. und Rüger, U. (2012): Psychodynamische Psychotherapie. 4. Auflage. Springer-Verlag, Berlin.
- Rudolf, G. (2006): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 2. Aufl. Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- Sandler, A. und Sandler, J. (1978): On the Development of Object Relationships and Affects. *International Journal of Psychoanalysis* 1978; S. 285-302.
- Schoenhals, H. (1984): Zur Repräsentanzwelt des Angstneurotikers. In: Mentzos, S. (1984): Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Fischer-Verlag, Frankfurt/ Main.
- Shear, M.K., Cooper, A.M., Klerman, G.L., Busch, F. und Shapiro, T. (1993): A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal for Psychiatry*; 51: S. 395-401.
- Thomä, H. (2002): Sitzt die Angst in den Mandelkernen? In: Roth, G. und Opolka, U. (Hrsg.): Angst, Furcht und ihre Bewältigung. BIS-Verlag, Oldenburg.
- Thomä, H. und Kächele, H. (1997): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 2: Praxis. 2. Aufl. Springer-Verlag, Berlin.