

Peter ERDHEIM

## Über Angst

(Vortrag im SAP am 17.10.2011)

*„...es steht fest, dass das Angstproblem ein Knotenpunkt ist, an welchem die verschiedensten und wichtigsten Fragen zusammentreffen, ein Rätsel, dessen Lösung eine Fülle von Licht über unser Seelenleben ergießen müsste. Ich werde nicht behaupten, dass ich Ihnen diese volle Lösung geben kann, aber Sie werden gewiss erwarten, dass die Psychoanalyse auch dieses Thema ganz anders angreifen wird als die Medizin der Schulen.“*

Sigmund Freud, 1916-17, S. 408

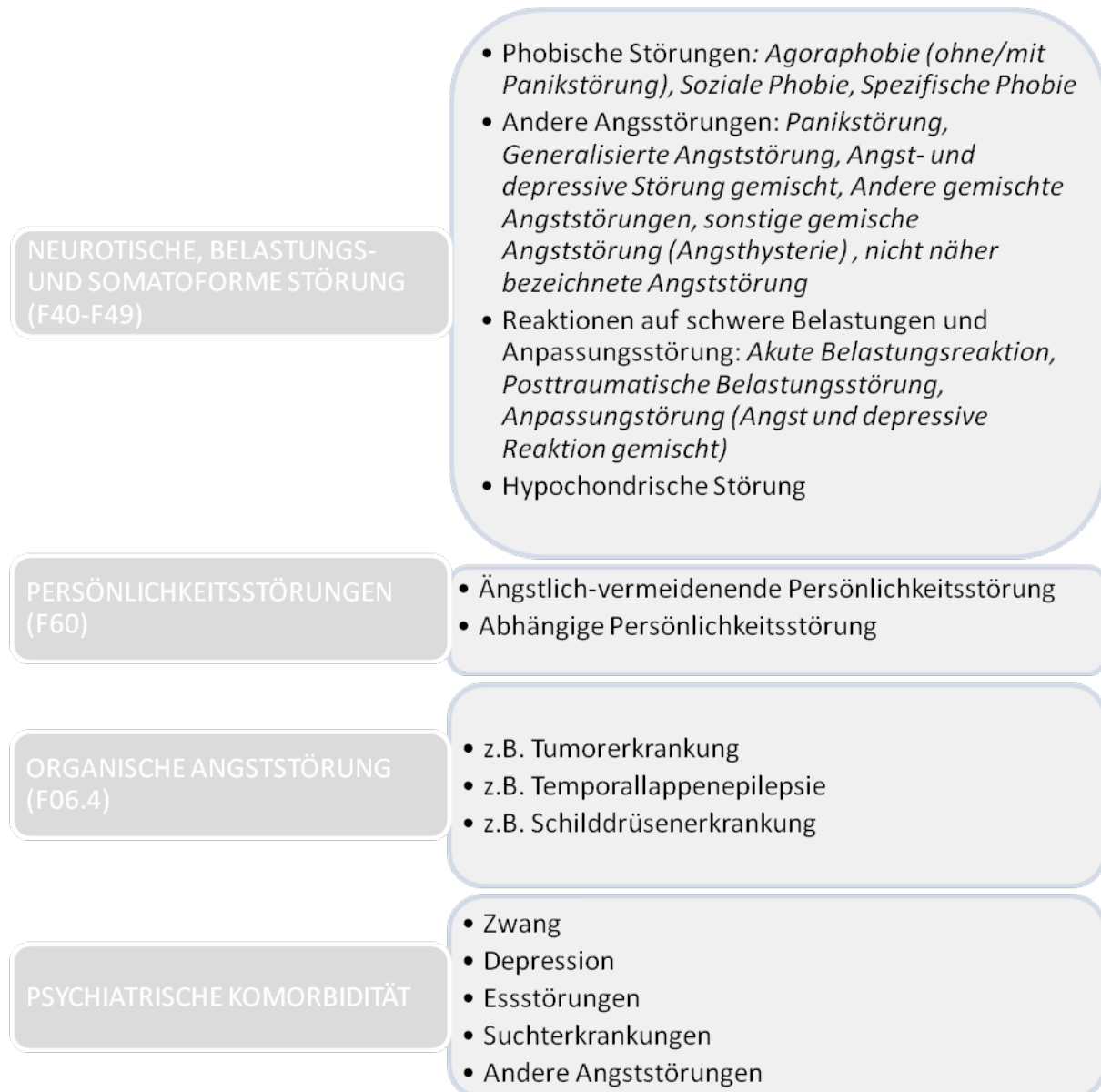
Dies ist ein Versuch der Auseinandersetzung mit dem Phänomen Angst aus psychiatrischer und psychoanalytischer Sicht. Meine Ausführungen habe ich in folgender Weise gegliedert:

- 1. Differentialdiagnostik in der Psychiatrie**
  - 1.1. Der Angstbegriff im ICD10
- 2. Ausgewählte psychoanalytische Konzepte der Angst**
  - 2.1. Freud
  - 2.2. Laplanche
  - 2.3. Schoenhals Hart
- 3. Zusammenfassung und therapeutischer Ausblick**
  - 3.1. Pharmakotherapie
  - 3.2. Mentalisierungsbasierte Therapie

## 1. Differentialdiagnostik in der Psychiatrie

### 1.1. Der Angstbegriff im ICD10

In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD10), als die gängige Methode Angst in der modernen Psychiatrie einzuordnen, findet man den Begriff in folgenden Diagnosen bzw. Diagnosengruppen:



Graphik 1: Übersicht Angstdiagnosen im ICD10

## 2.1 Die Angsttheorie Sigmund Freuds

### a) Die frühe Angsttheorie von Sigmund Freud:

Freuds frühe Angsttheorie ist von ihrer Grundlage her eine somatische. In der 1895 erschienen Arbeit „Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen

bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen“ schrieb Freud zum ersten Mal über die Genese der Angststörungen. Unter den unter Neurasthenie leidenden Patienten, gekennzeichnet durch Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, erhöhte Reizbarkeit und rasche Erschöpfbarkeit bei gleichzeitigem Fehlen jeglicher organischer Ursachen, fanden sich auch solche mit Angststörungen. Darüber hinaus bemerkte Freud vor allem Unterschiede im Sexualverhalten der Angstneurotiker. Sie zeichneten sich durch das “ Moment der Zurückhaltung oder der unvollkommenen Befriedigung“ zu denen Freud „Coitus interruptus, Abstinenz bei lebhafter Libido und dgl. zählte. *Der Mechanismus der Angstneurose sei in der Ablenkung der somatischen Sexualerregung vom Psychischen und einer dadurch verursachten abnormen Verwendung dieser Erregung zu suchen..... Angst ist also das Produkt verdrängter libidinöser Triebregungen, deren Bestrebungen nach Befriedigung verwehrt wird*, so Freud. Libido als Energie der sexuellen Triebregungen war für Freud in dieser Zeit etwas Stoffliches, als somatisches Quantum ist es vom psychischen Reiz zu unterscheiden. Dieser psychische Reiz, der sich als libidinöse Spannung manifestiert, kommt nur zustande, wenn eine dazwischen liegende Kontaktschranke überwunden wird und ein gewisses Quantum erreicht wurde. Wenn das Erregungsquantum zu gering ist, die Schranke nicht durchbrochen wird, schlägt die Sexualerregung andere Wege ein und es entsteht Angst (Die nach Abfuhr drängenden Kräfte bleiben dann im körperlichen und affizieren die Psyche mit Angst).

Die frühe Angsttheorie Freuds findet in der Falldarstellung “Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben „-„Der kleine Hans“ (Freud 1909) Verwendung, obwohl Freud hier vor allem die Bedeutung der Kastrationsangst betont, die in innigster Verbindung zur Verdrängung steht. Die Angst vor Kastration ist es die den kleinen Hans dazu bringen seine libidinösen Triebregungen zu verdrängen, hier geht jedoch der Verdrängung die Angst voraus und nicht umgekehrt, wie es Freud postulierte.

Die *Furcht* bezeichnet Freud als objektbezogene Form der Angst, durch den Schreck wiederum schütze sich der Mensch vor der Angst. Auch im *Unheimlichen* („Das Unheimliche“, Freud 1919) erkennt er ein Gefühl, dass sich durch verdrängte frühere libidinös besetzte Vorstellungen, Wünsche u. dgl. konstituiert.

- b) **In der späten Angsttheorie**, beschrieben in „Hemmung, Symptom und Angst“(Freud, 1926d), aber auch in „Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ unterscheidet er die Realangst von der neurotischen, welche er gar mit dem Geburtsakt verbindet (Angst = *angustia* = Enge).

Galt noch in der ersten Angsttheorie ein enger Zusammenhang zwischen Libido und Angst, eben als Resultat uneingelöster Triebspannung, so ist nun die Angsteinstellung des Ichs das Primäre, durch die eine Verdrängung erzeugt werden

kann. Das Ich ist also die eigentliche und einzige Angststätte. Angst ist dabei die Reaktion auf eine äußere Gefahr. Der Affektzustand der Angst wird nach einem vorhandenen Erinnerungsbild reproduziert, wobei die Erinnerungsbilder in Gedächtnisspuren des psychischen Apparates verankert sind. Diese Vorstellungsrepräsentanzen hält Freud zum Teil auch für phylogenetisch vererbt, für den Menschen der Vorzeit hatten sie eine lebensbedeutende Funktion.

Durch die Einführung der Strukturtheorie in Freuds metapsychologische Betrachtungen generierte er ein mehrdimensionales Angstkonzept und unterschied Realangst von Es-Trieb-Angst (Angst des Ichs vor Überflutung durch Triebregungen aus dem Es, quasi die Angst davor, seine dynamische Organisation zu verlieren und Teil des Es zu werden), sie stellt die eigentliche „Ur-Angst“ dar und Über-Ich-Angst ( Im engeren Sinne Angst vor Kastration). Zur Es-Angst schrieb Freud „Was das Ich von der Libidogefahr im Es befürchtet, lässt sich nicht angeben; wir wissen es ist Überwältigung oder Vernichtung, aber es ist analytisch nicht zu fassen“.

Das Ausmaß der Angstaffektbildung des Ichs zeigt auch eine Abhängigkeit zur Höhe des sekundären Narzissmus – die Gefahr einer Bedrohung steigt umso stärker, je ausgiebiger die Ichinstanz durch die libidinöse Besetzung erhöht wird (Zusammenhang zur zweiten Triebtheorie).

Unter Einbezug der Todestrieblehre (dritte Triebtheorie) ist es erstaunlich, das Freud in seiner Es- Angst niemals von der Angst des Ichs vor der Überflutung destruktiver Triebimpulse spricht, sondern es ist immer das libidinöse Drängen, welches vom Ich gefürchtet wird (Dabei ist die Angst nicht unmittelbares Produkt der Libido). Die Todesangst stellt für Freud die Angst des Ichs vor dem strafenden Über-Ich und somit im Wesentlichen vor der Kastration da.

Freud formuliert weiters, dass der Kern aller Ängste die Angst vor einer Trennung ist und darüber hinaus den Verlust libidinöser Triebbefriedigung zu erleben (Trennung von der Brust, von der Mutter, vom Genitale im Falle der Kastrationsdrohung, Trennung des Ichs vom Über-Ich etc.).

## **2.2 Beiträge zur Angst von Jean Laplanche**

Laplanches Theorie basiert auf Freuds grundlegenden Entdeckungen und Begriffen wie Libido, Unbewusstes, Es, Trieb. Ab 1970 hielt Laplanche Vorlesungen an der Pariser Universität, diese Vorlesungen veröffentlichte er in sieben Bänden unter dem Titel „Problématiques“, deren erster Band mit dem Titel „l’angoisse“ „Die Angst“ 1980 erschien. In dem 1979 gehaltenen Vortrag „Eine Metapsychologie - von der Angst auf die Probe gestellt“ fasste er seine Forschung zum Thema Angst zusammen. Laplanche nimmt Bezug zu den späteren Schriften Freuds und bestreitet die These, dass die wirkliche Angst, die Realangst im Verhältnis zur Triebangst primär sei und das man die Entstehung des Angstsignals auf Erfahrungen zurückführen könne, die der frühen Geschichte der Menschheit

entstammen und die phylogenetisch vererbt werden. Zeitlichen Vorrang hat so Laplanche der innere Angriff durch den Trieb, der sich allerdings - wie etwa in der Phobie - als Realangst verkleiden könne. Angst ist nach Laplanche noch nicht mit der Geburt gegeben, sie kann erst entstehen wenn sich ein Unbewusstes gebildet hat. In seiner „Allgemeinen Verführungstheorie“ beschreibt er die Voraussetzungen, die zur Bildung einer vom sexuellen Unbewussten gekennzeichneten psychischen Struktur geführt haben. Laplanche nimmt an das in der ursprünglichen Beziehung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind eben die *situation anthropologique fondamentale* ein „Bescheidwissender“, dem Kind bei seiner Selbst- und Lebenserhaltung behilflich ist. Die damit verbundenen Gesten und Berührungen übermitteln ihm aber unumgänglich Botschaften, die durch die Sexualität des helfenden Erwachsenen, die von seinem sexuellen, dynamisch wirksamen Unbewussten mitbestimmt ist, kompromittiert sind. Laplanche spricht von der Urverführung, weil das Kind über keine adäquaten vorgebildete Antwort auf diese Botschaften verfügt, - es gerät damit in eine passive, masochistische Position. Die Ausbildung des psychischen Apparates bildet sich in einer Bewegung der Selbstaneignung heraus und ist mit einer Übersetzung vergleichbar, da das Kind (und auch der Erwachsene) den Code für die Botschaften nicht kennt, wird unvollständig übersetzt, daraus entstehen Überreste die das Unbewusste bilden. Diese Reste bilden die Quell-Objekte, die Quellen des Triebes. Diese Reste selbst bedeuten nichts mehr, als dynamisch drängende Objekte, die das sich bildende Ich angreifen, generieren sie als etwas das gleichsam bei Speicherungsprozessen ausfällt, das ungebunden bleibt, das attackiert, den *Todestrieb*, den Laplanche als einen sexuellen Trieb und nicht biologisch bedingt versteht.<sup>1</sup> Angst entsteht letztendlich durch Angriff des aus dem sexuell dynamisch wirksamen Unbewussten (Es) hervorbrechenden sexuellen Todestrieb auf das Ich. Angst wird daher durch einen Vorgang ausgelöst, der sich zwischen einem Ich abspielt, das bestrebt ist, seine Gestalt zu bewahren und dem ständigen Angriff der Triebbewegungen und Triebregungen. Angst entspricht, so verstanden, keinem Signal vor Gefahr, sondern sie ist die gefährliche Situation selbst. Im Sinne des dynamisch-genetischen Blinkwinkels ist die Angst letztendlich durch den unversöhnlichen, dem Ich fremden Rest des sexuellen Wunsches oder, anders gesagt, dem sexuellen Todestrieb bedingt.

### **2.3 Beiträge zur Angstneurose nach Helen Schoenhals Hart.**

In einer früheren Arbeit Helen Harts (Jahreszahl, Werk) findet sich folgende Feststellung: „*Eine Erfahrung ist oder bleibt nur dann wichtig für das Kind, wenn sie mit Gefühlen verknüpft ist.*“ Die Mutter oder der Vater eines Angstneurotikers vermeiden Gefühlsenerlebnisse, sie lenken gleichsam unmittelbar von jeglicher

---

<sup>1</sup> „Der Todestrieb ist die Sexualität an ihrem am wenigsten zivilisierten, sozialisierten Aspekt, insoweit sie gemäß dem Prinzip der freien Energie und des Primärprozesses wirkt.“

emotionaler Erfahrung ab, was zu einer Verdünnung von Erfahrungen führt, sobald sie entstehen. Dadurch entwickelt der Angstneurotiker nur schwache Repräsentanzen, die bei Nichtanwesenheit des Objektes zu verschwinden drohen, seine Repräsentanzen sind sozusagen blass. Das Dilemma, bzw. der Circulus vitiosus des Angstneurotikers ist, dass er keine sicheren Repräsentanzen ohne ausreichendes Affekterleben entwickeln kann. Er vermeidet aber Affekte, denn die altbekannten Interaktionen, die er ständig aktualisiert, bestehen selbst aus Affektvermeidung.

Hart betont wie Laplanche ebenfalls die Bedeutung Freuds früherer Angsttheorie für ihre klinische Arbeit, sie bezieht sich aber auch auf Bions Modell von Container-Contained und seinem Begriff der Alpha-Funktion. Freuds angesammelte Triebenergie entspricht dabei Bions Beta-Elementen, also „unverdauten Fakten“, rohen Sinneseindrücken, die sich ansammeln, da sie durch die Alpha-Funktion<sup>2</sup> nicht in Alpha-Elemente umgewandelt werden können. Die angesammelten Beta-Elemente sind für eine psychische Verarbeitung unbrauchbar und müssen somit somatisch ausgeschieden werden. Die Ausscheidung bei der Angstneurose erfolgt dabei mittels Symptomen wie Herzklopfen, Zittern, Atemnot etc.

Helen Hart formuliert nun weiter, dass in der psychischen Entwicklung die Alpha-Funktion zusammen mit dem guten Primärobjekt internalisiert wird. Wird jedoch das innere gute Primärobjekt attackiert (Neidattacken des Patienten), wird also die Alpha-Funktion außer Kraft gesetzt, sammeln sich Beta-Elemente an und es manifestiert sich die oben beschriebene vegetative, angstneurotische Symptomatik.

Die Beschreibung des klaustro-agoraphobischen Syndroms von Rey kann Harts Ausführung zufolge am besten im Rahmen des Containment-Modells von Bion verstanden werden. Das Objekt wird als unerträglich einengend und verfolgend erlebt, sodass der Patient sich von ihm entfernt. Doch bei der Entfernung vom Objekt, von dem er Containment immer dringender braucht, bekommt er zunehmend Angst vor Fragmentierung und Verwirrung, sodass er sich wieder an das Objekt wendet und klammert. Es wird ihm jedoch wieder zu eng, also entfernt er sich erneut. Diese Fluktuation wird von Steiner (1987) als eine pathologische Organisation beschrieben, die manchmal nicht nur als Notlösung, sondern auch als sado-masochistische Befriedigung bis hin zur Sucht verwendet wird.

---

<sup>2</sup> Die Alpha-Funktion verarbeitet alle Sinneseindrücke, bewusste ebenso wie unbewusste, sowie alle beliebigen Emotionen so, dass sie entweder Traumgedanken oder auch bewusste Gedanken werden können. Diese Alpha-Elemente werden als Erscheinungen empfunden; Im Gegensatz dazu die Beta-Elemente als Resultat einer gestörten Alpha-Funktion, empfunden als „Dinge an sich“. Psychoanalytisch von Bedeutung an diesen Beta-Elementen ist ihre „Tendenz zum Ausagieren“, ihre Verwendbarkeit als projektive Identifikationen. Sie wirken als „unverdaute Fakten, die Traum und Schlaf verhindern“.

Mit Bions Modell von Container-Contained<sup>3</sup> findet sich also ein weiteres Erklärungsmodell für die Pathologie angstneurotischer Patienten – es mangelt an Containment für emotionale Erfahrung, da das Primärobjekt vom emotionalen Geschehen eher abzulenken pflegt als Containment zu gewähren, andererseits verhindern neidische Attacken des Angstneurotikers auf das gute Primärobjekt, gerade das Containment, das so dringend gebraucht wird.

Es entsteht dadurch ein Circulus vitiosus, der sich ungefähr so darstellt: Das Kind projiziert in ein Objekt, das vom emotionalem Geschehen eher ablenkt und dadurch nicht genügend Containment bietet, es entsteht ein defizitärer psychischer Zustand, ein Mangelzustand der die Entwicklung von Neid fördert. Neidattacken auf das gute Objekt verhindern aber das so dringend benötigte Containment. Mangel und Neid werden immer größer, die Neidattacken zerstören das gute Objekt, dafür ist ein immer größer werdendes böses und verfolgendes Objekt vorhanden.

Daraus resultieren aber nur blasse Repräsentanzen eines guten Objekts, deren Blässe und Schwäche eben Folge dieser neidischen Attacken ist. Das gute Objekt muss gestützt oder sogar durch ein äußeres, instrumentalisiertes, leicht kontrollierbares Objekt ersetzt werden. Das Ersatzobjekt bietet jedoch auch kein Containment. Nach Hart werden bei dieser Organisation sowohl das gute Objekt, als auch die eigene Denk- und Erlebnisfähigkeit, angegriffen.

### 3 Zusammenfassung:

In **Freuds früher somatischer Angsttheorie** war also Angst das Produkt verdrängter libidinöser Triebregungen, deren Bestrebung nach Befriedigung verwehrt wird. Libido als Energie der sexuellen Triebregungen, war für Freud etwas Stoffliches, ein Zuviel an libidinöser Spannung oder eine unzureichende Abfuhr affiziere die Psyche mit Angst.

Dieser enge Zusammenhang zwischen Libido und Angst verliert sich **in der späten Angsttheorie** - das Ich wird als die eigentliche und einzige Angststätte betrachtet. Angst ist dabei die Reaktion auf eine äußere Gefahr, die nach einem vorhandenen Erinnerungsbild, das zum Teil auch vererbt werde, reproduziert wird.

---

<sup>3</sup> „one thing inside the other“, Behälter-Inhalt; Etym.: contain aus altfrz. contenir bzw. aus lat. continere; die Kapazität besitzen, etwas zu halten, für etwas Raum, Potential zu haben; Bion formulierte seinen Begriff Container-Contained in Anlehnung an Melanie Kleins projektiver Identifizierung: Das Kind projiziert seine schlechten Gefühle in die gute Brust, dort werden sie derart verändert, dass sie in reintrojizierter Form erträglich geworden sind. Zum Gebrauch als Modell wird von der obenstehenden Theorie die Idee eines Behälters (container) abstrahiert, in den ein Objekt projiziert wird, sowie das Objekt, das in den Behälter projiziert werden kann; letzteres wird mit dem Ausdruck Gehalt bezeichnet. Behälter und Gehalt können mit Emotionen durchdrungen sein, sie sind abstrakte Repräsentationen von psychoanalytischen Realisierungen.

Strukturtheoretische Überlegungen lassen Freud in Realangst, Es-Trieb-Angst und in Über-Ich-Angst differenzieren. Die Es-Angst, als die eigentliche Ur-Angst, generiere sich dabei immer aus der das Ich bedrängenden Libido, niemals jedoch aus der Angst des Ichs vor Überflutung durch destruktive Triebimpulse. Der Kern aller Ängste sei - so Freud - die Angst vor Trennung und damit im Zusammenhang der Verlust libidinöser Befriedigung.

**Laplanche** nimmt Bezug auf Freuds Angsttheorie, er postuliert den zeitlichen Vorrang der Triebangst, die sich jedoch in Realangst verkleiden könne. Angst ist dabei nicht mit der Geburt vorhanden, sondern kann erst entstehen, wenn sich ein sexuelles Unbewusstes gebildet hat. Das Unbewusste nährt sich dabei aus unvollständig übersetzten Botschaften zwischen Erwachsenem und Kind. Durch die unvollständige Übersetzung entstehen dynamisch drängende Reste, sog. Quellobjekte, die den sexuellen Todestrieb generieren. Angst entsteht letztendlich durch Angriff des aus dem sexuell dynamisch wirksamen Unbewussten (Es) hervorbrechenden sexuellen Todestrieb auf das Ich.

**Helen Harts** Ausführungen betonen ebenfalls die Bedeutung Freuds früherer Angsttheorie, sie bezieht sich jedoch auch auf Bions Modell des Container-Contained und seinem Begriff der Alpha-Funktion.

Die primären Objekte eines Angstneurotikers vermeiden Gefühlslebnisse, sie lenken gleichsam unmittelbar von jeglicher emotionaler Erfahrung ab, was in weitere Folge zu schwachen bzw. blassen Repräsentanzen führt, die bei Nicht-anwesenheit des Objekts zu verschwinden drohen. Durch Mangel an Containment entsteht ein defizitärer psychischer Zustand, der die Entwicklung von Neid fördert. Neidattacken auf das gute Objekt verhindern aber das so dringend benötigte Containment. Mangel und Neid werden immer größer, die Neidattacken zerstören das gute Objekt und fördern ein immer größer werdendes böses und verfolgendes Objekt.

#### **4 Therapeutische Überlegungen**

An dieser Stelle sei erwähnt, dass beispielsweise bei angstüberfluteten Patienten sowie in akuten Angst- und Erregungszuständen ein Methodenpluralismus im Sinne einer unterstützenden psychopharmakologischen Behandlung oft notwendig ist, um überhaupt einen psychotherapeutischen Zugang zu ermöglichen. Andererseits kann in manchen, seltenen Fällen auch eine körperliche Krankheit wie ein Tumor oder eine Stoffwechselerkrankung eine Angststörung verursachen oder zumindest mitbedingen, jedenfalls sollte man vor allem bei suspekter Klinik daran denken und gegebenenfalls ein eingehendere Diagnostik mit Laborbefunden und bildgebende Verfahren veranlassen.

Angsterkrankungen sind multifaktoriell bedingt, „State of the Art“ ist daher ein multimodaler Therapieansatz im Sinne einer Kombination aus Psychotherapie,



Pharmakotherapie und Soziotherapie. Eine wichtige Basisbehandlung bei allen Angsterkrankungen sind psychoedukative Maßnahmen mit Informationen über die Symptomatologie, Ätiologie und die Behandlung der Angststörungen, welche auch stets eine medikamentöse Therapie begleiten sollte.

Bei Angstpatienten wurden neurobiologische Veränderungen gefunden, wie Unregelmäßigkeiten der Serotonin-oder Noradrenalin-Neurotransmission oder der hormonellen Reaktionen, was zum Einsatz von Psychopharmaka in der Angstbehandlung führte.

Mittel der ersten Wahl in der medikamentösen Behandlung der Angsterkrankungen sind daher Antidepressiva, vor allem aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bzw. der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer. Auch in den häufigen Fällen, in denen eine Angststörung zu einer sekundären Depression führt bzw. Symptome beider Krankheitsbilder gleichzeitig bestehen, bietet sich eine antidepressive Pharmakotherapie an. Der anxiolytische Effekt tritt in der Regel mit einer Latenz von zwei bis vier Wochen oder auch länger ein und die Behandlung sollte, um Rückfälle zu vermeiden, mindestens zwölf Monate durchgeführt werden. Bei Wirkungslosigkeit sollte ein Medikament jedoch frühestens nach vier bis sechs Wochen abgesetzt werden. Unruhe, Nervosität, eine Zunahme der Angstsymptomatik und Schlaflosigkeit in den ersten Tagen der Behandlung sind mögliche Nebenwirkungen und können die Compliance negativ beeinflussen, andererseits können sexuelle Störungen bei Langzeitbehandlung ein Problem darstellen.

Bei Patienten mit Suizidgedanken ist durch die zuerst einsetzende antriebssteigernde Wirkung vor der stimmungsaufhellenden bzw. angstlösenden Wirkung der antidepressiven Medikation auf eine mögliche Zunahme der Suizidalität zu achten, was eine engmaschige Kontrolle der Patienten verlangt. Sowohl um die Wirklatenz der Antidepressiva, als auch die mögliche Steigerung der Suizidalität in der Anfangsphase der Therapie zu überbrücken und speziell bei der Panikstörung werden kurzwirksame Benzodiazepine vorübergehend eingesetzt. Vorübergehend deshalb, da sie zwar eine sofortige anxiolytische Wirkung herbeiführen, andererseits können bereits wenige Wochen nach dem Absetzen Reboundphänomene auftreten. Als mögliche Nebenwirkungen einer Tranquillizertherapie sind Sedierung, Schwindel, aber auch eine Beeinträchtigung kognitiver Funktionen und damit auch der Fahrtüchtigkeit zu nennen. Nach einer längerfristigen Behandlung, d.h. über 4-8 Monate kann sich bei einem Drittel der Patienten eine Abhängigkeit entwickeln, bei Patienten mit Suchterkrankungen sollte also von Benzodiazepinen Abstand genommen werden.

Bei fehlendem Ansprechen seien als weitere Behandlungsoptionen Substanzen aus der Gruppe der Monoaminoxidasehemmer, trizyklischen Antidepressiva, Pregabalin, Buspiron, Antihistaminika, Neuroleptika und Betablocker nur erwähnt.

Nur erwähnt sei auch, dass es oft wichtig ist, sich die besonderen psychodynamischen Voraussetzungen zu verdeutlichen, unter denen ein individueller Patient mit einer bestimmten Störung den Modus der Medikamenten-verschreibung erlebt, die pharmakologischen Haupt- und Nebenwirkungen verarbeitet und mit Compliance oder Noncompliance reagiert.

In der Arbeit mit Angstpatienten fällt auf, dass in der Therapie frühe Deutungsversuche oftmals keine Wirkung zeigen. Der Therapeut fühlt sich durch die Anklammerung des Patienten oft wie eine mechanisch-stützende Einrichtung und wird zum Hilfs-Ich bzw. zum magisch-omnipotenten Objekt<sup>4</sup> instrumentalisiert. Von ihm wird - und dies oft mit erstaunlich manipulativer Fähigkeit - eine ständige Verfügbarkeit und Beruhigung abverlangt und es entwickelt sich oft ein monotoner, konkretistischer Dialog. Andererseits machen sich hinter Bemühungen um Harmonie und Eintracht in der therapeutischen Beziehung, oft Zeichen einer stark verdrängten massiven Aggressivität bemerkbar. Insgesamt führt das in der Gegenübertragung beim Therapeuten unter Umständen zu Wut, Ohnmachtsgefühlen und Versagungsängsten.

Eine aus meiner Sicht gute Methode sich dieser Dynamik und damit Angstpatienten therapeutisch zu begegnen ist das von Bateman und Fonagy 2004 publizierte „Mentalization-Based Treatment“ beziehungsweise deren modifizierte Version nach T.Bolm.

Ursprünglich als störungsorientiertes Verfahren für Borderlinepatienten entwickelt, ist es bei allen Erkrankungen und in allen Krisensituationen hilfreich, in denen die Mentalisierungsfähigkeit generell oder partiell beeinträchtigt ist, also auch bei Angststörungen.

Der Mentalisierungsansatz stellt eine Synthese aus bindungstheoretischen, entwicklungspsychologischen, psychodynamischen, kognitiv-behavioralen, traumabezogenen und neurobiologischen Erkenntnissen und der Theory of Mind dar (Fonagy 1991;Fonagy et al. 2002). Mentalisieren bedeutet, äußerlich wahrnehmbares Verhalten im Zusammenhang mit inneren, „mentalen“ Zuständen und Vorgängen zu erleben und zu verstehen und umgekehrt. Mentalisieren bedeutet nicht nur, zu verstehen, was in uns und anderen Menschen vor sich geht (Verständnis erster Ordnung), sondern auch die Art und Weise zu begreifen, wie wir und andere dies tun (Verständnis zweiter Ordnung, Metakognition).

Mentalisierungsfähigkeit ist gekoppelt mit der Repräsentanzenbildung für diese Prozesse zweiter Ordnung (Bolm 2009). Sind wir gute „Mentalisierer“, dann können wir uns auch in sehr emotional aufgeladenen Situationen nach den Beweggründen für unserer Sicht- und Verhaltensweisen oder nach den Motiven des Gegenübers fragen, ohne dafür unsere eigenen Gefühle abspalten zu müssen

---

<sup>4</sup> Objektkonstanzerleben ist noch nicht möglich, es resultiert eine „Übergangsobjekthaftigkeit“ der Beziehung

oder uns nur auf unsere eigenen Fantasien bzw. Projektionen verlassen zu müssen. Folgen der Fähigkeit zum Mentalisieren lassen sich schlagwortartig wie folgt zusammenfassen: Kohärentes Selbsterleben, Identitätssicherheit, Übergangsräume, Verstehen von Täuschung und Irrtum, mit anderen Menschen spielen können, gemeinsame Konstruktion von Realität und mit der Realität spielen können. Alltägliche Beispiele für das Mentalisieren finden sich etwa beim Beruhigen eines ängstlichen Kindes, beim Nachdenken über eigene psychosomatische Reaktionen, oder beim Verstehen einer unerwartenden, eventuell unpassenden Verhaltensweise.

Die Fähigkeit zum Mentalisieren führt also zu einer intentionalen Interpretation der Realität, das heißt von den direkt beobachtbaren oder unmittelbar erlebten Effekten eines Verhaltens (teleologische Interpretation) Abstand nehmen zu können und nach den dahinter liegenden Motiven und Repräsentanzen zu fragen, die der Handlung zugrunde liegen.

Die Qualität der Affektabstimmung zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen, und damit das kindliche Sicherheitsgefühl, kann durch ein Bindungstrauma oder auch durch ein physisches oder sexuelles Trauma schwer beeinträchtigt werden und es unterbleibt zumindest teilweise, die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit.

Angst aktiviert das Bindungssystem, ist sie stark wird die unmittelbare Verfügbarkeit der beruhigenden Bezugsperson gesucht. Die Exploration ist dabei auf Überlebensnotwendiges eingeeengt. Durch Erleben sicherer Bindung kann sich die Aufmerksamkeit weg von der primären Bezugsperson auf Neues, Unbekanntes, Irritierendes, also auf die neugierige Exploration der Umwelt und auf die innere Realität richten. Diese Erfahrungen helfen bei der Entwicklung eines stabilen und kohärenten Selbst mit stabilen Repräsentanzen, beim Aufbau eines stabilen Identitätsgefühls und innerer Objektkonstanz.

Die größten Entwicklungsschritte der Mentalisierungsfähigkeit finden in der Regel bis zum 5. Lebensjahr statt, werden jedoch später noch vertieft und sind auch im Erwachsenenalter möglich, dann aber langsamer zu erlernen. Es werden dabei drei Wahrnehmungsmodi der Realität unterschieden: der Äquivalenzmodus, der Als-ob-Modus und der reflektierende/mentalisierte Modus.

Das Motto des „Äquivalenzmodus“ lautet: „Was ich fühle, das ist so!“ d.h. Affekte und Phantasien bzw. deren Vorläufer und die äußerer Realität sind in ihrer Bedeutung kognitiv nicht voneinander zu unterscheiden, Stress zeigt sich z.B. unmittelbar körperlich, oder körperliche Reize spiegeln sich unmittelbar im Gefühlsausdruck, ohne die Zwischenstufe gedanklich zu verarbeiten. Innen = Außen. Im „Als-ob-Modus“ entkoppeln sich Innen und Außenwelt, es entsteht ein innerer Spielraum.

Mit innerem Abstand werden die Handlungen anderer, später auch die eigenen wahrgenommen. Mit zunehmenden kognitiven Fähigkeiten breitet sich das

Spielfeld auf Abstraktes aus, das Gedankenspiel kommt hinzu. Der Als-ob-Modus erlaubt drastisch gesagt lieber Ideen statt Menschen sterben zu lassen. Wenn die Integration von Außen- und Innenwelt auf Dauer blockiert ist, entstehen schlimmstenfalls emotionale Überflutung (Äquivalenzmodus) oder fantasielose, innerlich leere, dissoziative, autistische oder auch im Extremfall psychotische Zustände, quasi ein Mischzustand von Äquivalenz- und Als-ob-Modus). Auf dem Boden sicherer Bindungserfahrungen und hinreichend gutem Containment verbunden mit einer gelungenen Affektabstimmung und adäquatem, auf das Kind eingestimmten und markiertem Feedbacks durch wichtige Bezugspersonen entsteht beim Kind ein integrierter, reflektierter Umgang mit der Realität, der „reflektierender oder mentalisierender Modus“ genannt wird. Er vereint Außen- und Innenwelt, Affekt, Kognition und Fantasietätigkeit und ermöglicht schließlich Metakognitionen.

Da die Mentalisierungsfähigkeit von der Qualität der Objektbeziehung abhängt sollte das Feedback im optimalen Fall kontingent und markiert sein. Mit markiertem Feedback ist gemeint, dass die Eltern dem Kind seine mentalen Zustände verarbeiten und damit leicht verfremdet zurückspiegeln, also für das Kind Containing-Funktion übernehmen, markiertes Feedback reguliert die Intensität der kindlichen Affekte. Markierung entsteht meist nicht bewusst. Kontingentes Feedback bedeutet, dass die elterliche Reaktion genau auf den mentalen Zustand des Kindes abgestimmt ist. Nicht kontingentes Feedback fördert die Bildung von Repräsentanzen ohne Bezug zur Realität im Sinne des Als-ob-Modus. Kinder koppeln dann bei ihrer Repräsentanzenbildung ihr eigenes Verhalten, oder ihre Gefühle mit dem nicht dazu passendem Zustand der Bezugsperson. Es entsteht dabei eine partielle Ersatzidentität die von der Arbeitsgruppe um Fonagy als „fremdes Selbst“ bezeichnet wird.

Das fremde Selbst kann später in Situationen von Angst, Ratlosigkeit oder Nähe wieder aktiviert werden. Dann ist das Kohärenzerleben bedroht, die Angst nimmt zu und Externalisierung kann nötig werden als Schutz des Selbst vor Fragmentierung.

Die Folgen einer gestörten Mentalisierung finden sich nun auch in Angststörungen z.B. in Form einer gestörten Affektwahrnehmung und Regulation, in einer ungenügenden Spannungsregulierung bzw. Fähigkeit zur Selbstberuhigung im Hypermentalisieren, d.h. im panischen Nachdenken und ruhelosem Grübeln, im Pseudomentalisieren (Psychologische Kommunikation, die von außen nur oberflächlich angelernt wirkt, ohne dass tatsächlich Mentalisieren stattfindet, als Ausdruck unbewusster Anpassung an die vermuteten Wünsche der sozialen Umgebung, von der ängstliche Patienten meist gehalten, beruhigt oder geschont werden) oder im Angewiesensein auf die unmittelbar spürbare Präsenz des anderen. Welche therapeutischen Implikationen ergeben sich also nun für (u.a.) Angststörungen:

Wer für Mentalisierungsvorgänge keine Repräsentanz entwickelt oder sie momentan nicht verfügbar hat, hat Schwierigkeiten Interpretationen seines Unbewussten zu nützen. Er ist entweder gefährdet, deutende Interventionen als völlig unverständlich, überfordernd oder gar feindlich zu erleben, denn für ihn zählt nur die äußere, unmittelbar spürbare Realität, oder er kann sich lediglich intellektuell mit dem theoretischen Gehalt beschäftigen, ohne affektiven oder Handlungsbezug. Aus diesem Grund werden in der MBT schrittweise in einem dialektischen Prozess zwischen Sicherheit spüren einerseits und sich auf unbekanntes Gebiet vorwagen andererseits, die Voraussetzungen für einen reflektierenden mit Bedeutungen spielenden Umgang mit Realität erarbeitet, vorher aber keine klassischen Deutungen unbewussten Materials gegeben. Vielmehr geht es um das in einem kreativen Prozess gemeinsame Herausarbeiten von Bedeutungen, in dem verschiedene Sichtweisen benützt werden, um eine plurale Realitätssicht zu erfassen, das geschieht von der bewusstseinsnahen Oberfläche des Gesprächsinhalts aus, ohne lange Gesprächspausen ohne Mitteilung großartiger Erkenntnisse, oder perfekt geschliffener, besserwisserischer Formulierungen.

Grundlage der MBT ist daher, alles zu fördern, was unmittelbares Mentalisieren im Hier und Jetzt ermöglicht, sie kann dabei auch ein Behandlungsbaustein oder ein Aspekt im Rahmen einer bekannten Methode sein.

Allgemeine Strategien der Mentalisierungsförderung sind: Die Vermittlung von Sicherheit und die Deaktivierung des Bindungssystems, die Vermittlung von Neugier und die Aktivierung des Explorationssystems, die Förderung von Austausch und die Sicherung des Explorationsprozesses, sowie die Förderung des Kohärenzerlebens.

Als spezielle Interventionstechniken sind z.B. das „Prinzip Frage“ also eine neugierige Grundhaltung zu nennen, die sowohl direktes Nachfragen, als auch alle anderen Interventionen beinhaltet, die zur Fortsetzung des explorativen Prozesses anregen.

Weiters das „Prinzip Colombo“, daher die Verwendung alltagsprachlicher Formulierungen, kurzer und einfach verständlicher Formulierungen ohne eine längeres ableiten in Fantasien um somit beim Patienten eine forschende Haltung zu verinnerlichen.

Das Prinzip der selektiven Authentizität, also die selektive Selbstöffnung (sich einbringen, aber nicht öfter als in einem normalen Alltagsgespräch) hilft vor allem bei Patienten, die noch nicht über ganzheitliche Selbst- und Objektrepräsentanzen und ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit verfügen den Therapeuten als Ganzobjekt wahrzunehmen, wodurch die Mentalisierungsfähigkeit gefördert wird.

Das Prinzip Container, also Kontingentes und markiertes Feedback seitens des Therapeuten. Kontingent bedeutet, dass die Interventionen des Therapeuten inhaltlich genau auf den mentalen Zustand des Patienten abgestimmt sind,

markiert bedeutet dass der Therapeut dass was er beim Patienten wahrnimmt, abgemildert oder in einem etwas anderen Modus spiegelt, er reguliert damit quasi die Intensität der Gefühle des Patienten, denn wenn der Patient mit seiner Angst oder Wut den Therapeuten ansteckt, dann fördert dies beim Patienten den Äquivalenzmodus und die Eskalation.

Das Prinzip Tangente, daher bewusstseinsnahes Intervenieren heißt, dass Bewusstheit in einer Art Zwiebelschalentaktik schrittweise erarbeitet wird, Maßstab für die Schrittgröße ist dabei das Vermögen des Patienten, Affekte und Kognitionen zu mentalisieren. Widerstand gegen Bewusstwerdung kann dabei als Defizit an verinnerlichter mentalisierender Aktivität im Umgang mit den wichtigen Bezugspersonen angesehen werden. Die Interventionen zielen nicht direkt auf einen unbewussten, angstmachenden Kern, sondern auf den Bereich, der einer gemeinsamen Bearbeitung in einem mittleren Bereich gut zugänglich ist. So wird auf naheliegende Themen des Hier und Jetzt fokussiert, nach dem Erklärungsmodell des Patienten gefragt, die Exploration wird vom gesprochenen Wort aus weiterentwickelt, nicht vom vermuteten Unbewussten.

Patienten mit stark eingeschränkter Mentalisierungsfähigkeit können klassische Deutungen bzw. „tiefe“ Deutungen häufig nicht für sich nützen, Deutungen können dabei als reine Theorie ohne Bezug zu lebendigen Affekten erlebt werden, als Beruhigung wirken, ohne dass deren Inhalt verstanden wird, oder es kann zu einem Antriggern von affektiver Überforderung kommen.

Demgegenüber wird in der MBT die gemeinsame Suche nach Bedeutungen propagiert. Verschiedene bewusstseinsnahe Sichtweisen und Erklärungen werden mit den dazugehörigen Affekten verbunden und nach Versuch und Irrtum diskutiert. Ist ein höheres Strukturniveau erreicht, so ist ein flexibler Übergang zu einer mehr interpretativen Interventionstechnik möglich. Erst wenn in der therapeutischen Beziehung ausreichende Bindungssicherheit und Haltefunktion erreicht wurden und Affekte entsprechend reguliert werden können, sind situative und später auch genetische Deutungen angebracht.

Beim MBT wird aufmerksam beobachtet dass die Integration von äußerer und innerer Realität zunimmt, es geht dabei um einen Wechsel von Innen- und Außensicht, um einerseits eine realitätsferne Innenschau, andererseits ein Verhaften in der konkretistischen Außenorientierung zu vermeiden.

Zusammengefasst werden also folgende Interventionen empfohlen: Eine leicht verständliche Sprache, kurze Interventionen ohne lange Schweigepausen, Offenheit und Neugier, die selektive Selbstöffnung mit Hilfs-Ich-Funktion, die Gabe von kontingentem und markiertem Feedback, bewusstseinsnahes intervenieren und nur dann Unbewusstes deuten, wenn Mentalisierung gut möglich ist, eine mentalisierende Interpretation der Übertragung, ein Wechsel von Innen- und Außensicht und die Einstimmung der Interventionen auf den Wahrnehmungsmodus der Realität und auf die momentan förderliche affektive Intensität.

Daher empfiehlt sich bei der MBT ein stufenweises Vorgehen: Patienten im Äquivalenzmodus benötigen Beruhigung und Entängstigung, bei Patienten im Als-ob-Modus ist kognitive Exploration und Differenzierung möglich. Im reflektierenden Modus geht es um die Integration von Affekt und Kognition, um Metakognition, Übertragung und unbewusste Motive. Jeder Schritt baut auf dem vorhergehenden auf.

Die MBT stellt somit auch bei Angst in ihren unterschiedlichen Ausprägungen auf unterschiedlichen Strukturniveaus eine wichtige behandlungstechnische Ergänzung im therapeutischen Setting dar.

### Literaturverzeichnis:

- Bolm, T. (Anfang 2009) Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) – Praxisleitfaden für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Deutscher Ärzteverlag.
- Dilling H./Mombour W./Schmidt M.H. WHO- Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, 7. Auflage. Huber.
- Diercks, C. / Schlüter, S. (Hg.) (2009) Angst. Sigmund-Freud-Vorlesungen 2009. Mandelbaum Verlag.
- Freud, S. (1895b) Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. G.W., Bd. I, S. 315-342.
- Freud, S. (1895f) Zur Kritik der „Angstneurose“. G.W., Bd. I, S. 355-376.
- Freud, S. (1908f) Vorwort zu „Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung“ von Dr. Wilhelm Stekel, Verlag Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien 1908. G.W., Bd. VII, S.467-468.
- Freud, S. (1909b) Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. G.W., Bd. VII, S. 241-377.
- Freud, S. (1916-17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G.W., Bd. XI.
- Freud, S. (1919h) Das Unheimliche. G.W., Bd. XII, S. 229-268.
- Freud, S. (1926d) Hemmung, Symptom und Angst. G.W., Bd. XIV, S. 111-205
- Laplanche, J (1980) Problématiques I : L'angoisse , Paris, PUF, (Quadrige, 1998).
- Meyer, G (2005) Konzepte der Angst in der Psychoanalyse, Band 1-2. Brandes & Apsel.
- Mentzos, S. (1984) Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Geist und Psyche Fischer.
- Mertens W./Waldvogel B. (2000) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Kohlhammer.
- Schönhals Hart, H. (2006) Angstneurose heute. Psyche 60: 193-214
- Vorderholzer U./Hohagen F. (2010) Therapie psychiatrischer Erkrankungen – State of the Art. Urban & Fischer.