

## Ängste – psychodynamische Perspektiven

Phänomene Psychodynamik Behandlung

### *Angst, ein psychosomatisches Phänomen?*

Sind nur psychopathologische Formen der Angst ein psychosomatisches Phänomen oder ist es auch die „gesunde“ Angst?

Wenn wir rückblickend einschätzen wollen, ob bei einer Person ein „normales“ Erleben von Angst, also ein „gesunder“ Umgang mit Angsterleben stattgefunden hat, oder ob eine psychopathologisch-neurotische Angstform angenommen werden muss, ist einiges zu berücksichtigen: situativ angstauslösende Gegebenheiten, psychosoziale Umstände, die latente oder spontane psychische Verfassung der Betroffenen und vieles mehr.

Ein Beispiel: Bei einem plötzlichen lauten Knall im Straßenverkehr erschrickt man, dreht sich blitzschnell um in Richtung des wahrgenommenen Geräuschs, sieht ein Auto und denkt sofort: Ah, ein Auspuff hat wohl gekracht, und man setzt seinen Weg fort. Der Affekt des Erschreckens klingt ab, weil man bemerkt hat, dass mit dem Knall keine Gefahr verbunden war. Hier haben wir also ein Beispiel für einen als „normal“ zu bezeichnenden spontanen Angstanflug, der nach Realitätsüberprüfung rasch abklingt.

„Normal“ meint auch im psychoanalytischen Verständnis von Angst in erster Linie: eine den Selbsterhalt sichernde, biologisch begründete Reaktion. Oder wie Helmut Thomä es ausdrückt: „Die Realangst ist die psychosomatische Mutter aller Ängste.“<sup>1</sup>

Eine dem selbsterhaltenden Zweck dienende „normale“, psychisch „gesunde“ Reaktion bzw. Reaktionsbereitschaft, sollte sich innerhalb einer gewissen Bandbreite individueller Empfindsamkeit bewegen. Ein leicht schreckhafter Mensch wird von einem Angstausröser emotional vielleicht stärker erregt als ein eher phlegmatischer Charakter. Ausprägungen des jeweiligen Temperaments sind wir gewohnt zu erkennen und einzuordnen. Analog hierzu könnten wir auch bestimmen, in welcher Bandbreite sich eine individuelle Empfindsamkeit für Angstausröser bewegt. Ein Unterschreiten einer so angenommenen Bandbreite erhöht bei einem gegebenen Auslöser das Risiko der Selbstgefährdung, ein Überschreiten hingegen könnte eine nötige Reaktionsbereitschaft lähmen oder gar blockieren. Oberhalb und unterhalb der anzunehmenden Bandbreite „normaler“ psychischer Regulationskompetenz für Angstausröser beginnen psychopathologische Angstphänomene.

Sollten Angstausröser innerhalb einer bestimmten Bandbreite gut regulierbar erscheinen, können wir auf eine strukturpsychologisch einigermaßen gut integrierte Angst-Reaktionskompetenz der Selbstregulation schließen – und auf eine hinreichend entwickelte Autonomie.

Wenn aber unser Knall jemanden „zu Tode erschrecken“ lässt, und trotz eines Erkennens der Harmlosigkeit der Schallquelle, spontan z.B. Kriegshandlungen – selbst erlebte oder auch nur aus dem Fernsehen stammende – assoziiert werden, und wenn entsprechende Bilder und Gefühle den Betroffenen noch über Stunden belasten, dann können wir von einer pathologischen Reaktion auf den Auslöser ausgehen, weil die Relation zwischen Ereignis und Reaktion deutlich unangemessen erscheint.

„Unangemessen“ heißt freilich nicht, dass wir schon erkennen könnten, welche inneren Vorgänge durch den Auslöser getriggert wurden. Denn, so Thomä weiter: „Aufgrund unbewusst gesteuerter Zuschreibungen werden harmlose äußere und körperliche Reize als lebensbedrohlich erlebt, weil der Teufelskreis neurotischer Ängste durch eine große Unbekannte gesteuert wird. Es handelt sich kurz und bündig um die Angst vor sich selbst.“<sup>2</sup>

Erste Hypothesen über solche unbekanntenen Selbstanteile, also innere, unbewusste Vorgänge, stellte Freud in seinem zweiten Signalangst-Konzept auf. Wir werden uns damit ausführlich beschäftigen.

---

<sup>1</sup> Thomä, H. (2003): *Sitzt die Angst in den Mandelkernen?* In Roth, G. Polka, U (Hrsg.): *Angst, Furcht und ihre Bewältigung*, BIS-Verlag (Oldenburg) S. 89.

<sup>2</sup> ebd., S. 99.

Im „pathologischen“ Fall, ohne erkennbar affektabklingende Wirkung, kann man bezüglich der intrapsychischen Selbstregulation von einer eher mäßig oder gar gering integrierten Kompetenz ausgehen. Die Reaktion auf die Schallquelle aus unserem Beispiel trifft hier gleichsam auf eine strukturell und konfliktdynamisch latente Labilität, die eingeschränkt in ihrer Funktionalität sein dürfte im Vergleich zur „normalen“ Reaktion.

Die Ausgangsfrage, ob die Angst ein psychosomatisches Phänomen ist, dürfte damit bejaht sein. Beide geschilderten Reaktionsweisen manifestieren sich in einer Mischung aus körperlichen (vegetativen) und psychischen (emotionalen) Phänomenen, die oft metaphorisch geäußert werden, wie: „Mir stockte der Atem“, „mir schoss das Blut in den Kopf“, „mir wurde schwindelig“, „mein Herz raste“ und „ich hatte Panik, Todesangst, war außer mir“. Bei solch bildhaften Schilderungen körperlicher und emotionaler Sensationen können wir davon ausgehen, dass hier auch der assoziative Cortex beteiligt war und somit auch Vorstellungen und Phantasien (zumindest ab einem Alter von etwa drei Jahren – dazu später).

### *Angst als psychosomatisches Phänomen – dargestellt in unterschiedlichen Konzepten*

Bei psychodynamischen Therapien von Angststörungen wird in der Regel vorgeschlagen, am Erleben des „Grundgefühls“ Angst anzusetzen, die individuelle Affektregulation zu untersuchen, dabei die Entwicklungsgeschichte sowie psychosoziale Faktoren zu explorieren und auf unterschiedliche Angstsymptomatiken angepasste Behandlungsstrategien zu entwerfen.

Eine solches prozessorientiertes, und psychodynamische Annahmen berücksichtigendes Modell stammt von Sven Olaf Hoffmann<sup>3</sup>:

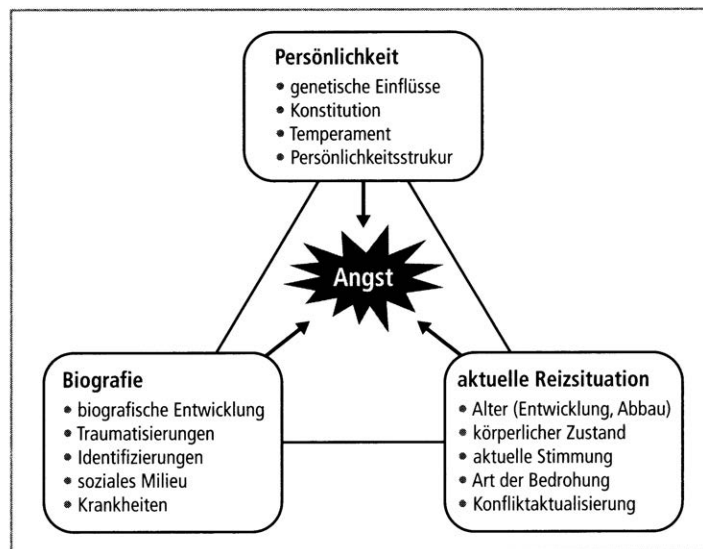


Abb. 2-1 Modell der Komplexität der Entstehung von Ängsten

Ein neurobiologisch-neurophysiologischer Ansatz, hauptsächlich weiterentwickelt von Gerald Hüther, hat in den 90er Jahren viel Beachtung gefunden. In seinem bekannten Buch „Biologie der Angst“ lautet der Untertitel programmatisch: „Wie aus Stress Gefühle werden“. Demnach können wir hier ein hierarchisches Konzept erwarten, in dem Angst als ein Sekundärphänomen von Stress gesehen wird. Schauen wir uns diesen Entwurf genauer an: Der „**Stress-Reaktions-Prozess**“<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Hoffmann, S.O. (2008): *Psychodynamische Therapie von Angststörungen*, Schattauer (Stuttgart), S. 15

<sup>4</sup> Hüther, G. et al (1996): *Psychische Belastung und neuronale Plastizität*: Zsch. psychosom. Med. 42, 107-127, Vandenhoeck & Ruprecht (Göttingen)

(Siehe im Anhang **Einf F2**: Schematische Darstellung neurobiologischer Regulationsvorgänge. Hier wichtig: aktivierende und hemmende Regelkreise. Die Amygdala als hirnorganischer Vermittler zwischen Stress und Angst. Auf dem Beiblatt **F3a** sind Zitate aus relevanten Texten von Hüther et al dargestellt, sowie eine kompakte Beschreibung des Stress-Reaktions-Prozesses aus Benecke & Staats.<sup>5</sup>)

Vergleicht man den „Stress-Reaktions-Prozess“ von Hüther mit angstdynamischen Entwürfen, z.B. von Hoffmann, zeigen sich folgende methodologische Differenzen:

Der „Stress-Reaktions-Prozess“ ist

- 1) hierarchisch aufgebaut – **Stress erzeugt Angst**, und
- 2) psychodynamische Annahmen tauchen nicht auf, auch nicht in einem erweiterten „**Bio-psycho-sozialen-Entwicklungsmodell**“ von Rothenberger und Hüther (1997) – dazu Näheres weiter unten im Abschnitt: *Von frühen zu adoleszenten Angstformen*

Vertreter psychodynamischer Konzepte haben versucht, diese methodologische Inkompatibilität zu überbrücken, indem sie folgendes vorschlugen:

Hoffmann (1999) äußerte sich in einem Beitrag zu phobischen Störungen noch sehr allgemeinen hinsichtlich neurobiologischer Beteiligungen an Angstphänomenen folgendermaßen:

„Viele Menschen nahmen lange, bevor sie bewußte Ängste wahrnehmen, v.a. vegetative **Angstäquivalente** wie Schwindel, Benommenheit, Kreislauferscheinungen, Herzsensationen, Schweißausbrüche u.a. wahr.“<sup>6</sup>

Michael Ermann spricht diesem Zusammenhang über: „**Angstkorrelate**“<sup>7</sup> Hierzu wäre mit Stavros Mentzos anzumerken, dass als Korrelate normale psychophysiologische Begleiterscheinungen einer bewussten Angst gelten, Angstäquivalente hingegen anstelle der Angst auftraten [Beispiel: Angstanfall im Schlaf-(traum) als Äquivalent einer elementaren Angst].<sup>8</sup>

Wir können somit festhalten, dass hinsichtlich somatischer Angstphänomene beide Begriffe Gleichwertiges bezeichnen. Bei **Angstäquivalenten** würde jedoch „der Affekt *kognitiv nicht mehr erlebt*“, wie Benecke/Staats es ausdrücken.<sup>9</sup>

Helmut Thomä meint, dass zwischen dem Erleben von Angst und dem neurophysiologischen Prozess „lediglich eine Beziehung, eine **Kovarianz** oder **Korrelation** anzunehmen“<sup>10</sup>, und die Herstellung eines **ursächlichen** Zusammenhangs (= Stress erzeugt Angst) falsch sei. (Hervorh. R.H.).

Hier wird also vorgeschlagen, durch *verbindende Fachbegriffe* etablierte psychodynamisch-emotionale Modelle mit neurobiologisch/-physiologischer Stressregulation zusammenzubringen.

Einen anderen Weg schlägt Mentzos vor, der ebenfalls die Frage der Angstkorrelate abwägt. Er entscheidet sich dafür, die Angstneurose weiterhin zu den Psychoneurosen (Abwehrmuster: Verdrängung, Verschiebung, Vermeidung) zu zählen, weil „trotz der nicht zu leugnenden Bedeutung der [...] psychosomatischen Mechanismen, mir die Verwandtschaft mit den Phobien, der Mechanismus der Verschiebung und die Tatsache, dass hier bis zu einem gewissen Grad die Angst als echtes psychoneurotisches Symptom zu verstehen ist, mehr ins Gewicht fallen.“<sup>11</sup>

<sup>5</sup> Benecke, C. & Staats, H. (2017): *Psychoanalyse der Angststörungen*, Kohlhammer (Stuttgart) S. 93ff.

<sup>6</sup> Hoffmann S.O. (1999): *Die phobischen Störungen (Phobien)* Forum Psychoanal 15, S. 242f. (Hervorh. R.H).

<sup>7</sup> Ermann M. (2019): *Angst und Angststörungen*, Kohlhammer (Stuttgart) S. 98

<sup>8</sup> Mentzos, St. (2009): *Lehrbuch der Psychodynamik, Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*, Vandenhoeck & Ruprecht (Göttingen) S. 117

<sup>9</sup> Benecke, C. & Staats, H. (2017) aaO, S. 33: „Hier ist es nicht mehr die Angst vor der Prüfung, die als Auslöser der Symptome gesehen wird und ihnen eine Bedeutung gibt. Stattdessen treten die Symptome isoliert von kognitivem Erleben von Angst auf. Sekundär kann dann das körperliche Erleben von Angst eine Zuordnung als Quelle der Angst erhalten. Auf diese Art bekommt die Angst wieder eine Begründung – als Angst vor körperlichen Symptomen, dem Schwindel, dem Herzerasen oder einem plötzlich einsetzenden Stuhl – oder Harndrang.“

In diesem Sinne können **Angstkorrelate** auch Phänomene von nur kurzer Dauer sein, wie bei Hyperventilation, rasch abklingend, ohne Symptomstärke zu erreichen.

<sup>10</sup> Thomä, H. (2003) aaO, S. 107

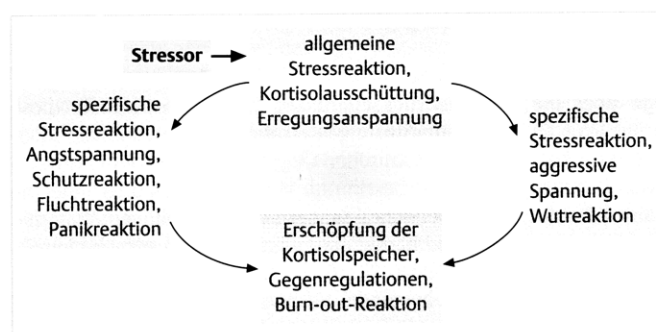
<sup>11</sup> Mentzos, St. (2009) aaO, S. 118.

Sein Verständnis einer „echten“ psychoneurotischen Symptomatik umfasst ausdrücklich strukturelle Aspekte auf allen Ebenen der Integration.

All diese fachbegrifflichen Vorschläge ergeben noch keine methodologisch befriedigende Modellbildung, die z.B. nach den Kriterien der heutigen „Mixed-Method-Forschung“ in unserem Fachgebiet als methodenintegrativ gelten könnte.

Daher schlage ich vor, einen integrativen Ansatz über unterschiedliche Vulnerabilitäten zu versuchen. Dazu können wir das *psychosomatische* Stressmodell von Gerd Rudolf heranziehen, bei dem zusätzlich zu der uns bekannten *psychischen* Vulnerabilität zunächst Aspekte einer *somatischen* Vulnerabilität beschrieben werden:

„Wenn im Leben eines Menschen, insbesondere in seiner Kindheit, äußere Belastungen auf ihn eingewirkt haben, die ihn in eine anhaltende **Angstspannung** oder **Wutspannung** versetzten, so kann diese Bereitschaft langfristig im Körper gespeichert werden. Begriffe wie ‚Leibgedächtnis‘, ‚Handlungsgedächtnis‘, ‚vegetatives Gedächtnis‘ versuchen den Sachverhalt zu erfassen.“<sup>12</sup>



Typische Gesten und Körperhaltungen (Bewegungsmuster, Schultern hochziehen, Körperhaltung und -bewegungen) seien Ausdruck prägender Erfahrungen, aus denen sich affektive Signale von Angst und Wut ableiten lassen. Wenn z.B. Physiotherapeuten von Bewegungsblockaden und Muskelverspannungen reden, meinen sie, dass eben bestimmte Bewegungsabläufe nicht oder nur eingeschränkt möglich sind.

Oder wie Rudolf es ausdrückt: Motorische Handlungsimpulse werden durch Gegenimpulse unter Kontrolle gehalten und blockieren so Teile des Bewegungssystems. Dies kann natürlich auch bei Überforderungsblockaden der Fall, aber eben auch entwicklungsbedingt sein.

Drei Typen solch somatisch repräsentierter „eingefrorener“ Impulse treten besonders hervor: **Fluchtimpulse** und **Schutzreaktionen** (klein machen, Kopf einziehen = Ausdruck aggressiver Wehrlosigkeit),

**Aggressive Impulse** (Zähne zusammen beißen, Muskulatur anspannen = Ausdruck von Ärger und Wut, unterdrückt aus Angst vor Strafe) und

**Regressive Impulse** (statt sich gehen zu lassen, ein autoaggressives Sich-Zusammenreißen).

So lassen sich aus Stressreaktionen über **Angst-** und **Wutspannungen** vulnerable Beziehungserfahrungen somato-psychischer Genese ableiten, die als körperliche Introjekte gelten und/oder durch Identifikationen erworben sein können.

<sup>12</sup> Rudolf, G., (2000<sup>4</sup>): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage* Thieme (Stuttgart) S. 287. **Anm.:** Mir war bei einigen Behandlungsfällen aufgefallen, dass es den PatientInnen leichter fiel, über körperlich repräsentierte Stressreaktionen zu reden als über ihre Ängste. Daher meine Vermutung: Es könnte ein vorbewusstes „Bedürfnis“ nach Exploration körperlicher Angstspannungen vorgelegen haben.

## Von frühen zu adoleszenten Angstformen

### 1) Säugling und Kleinkind: angeborene Vulnerabilität?

Eine biologisch oder genetisch begründete, angeborene Ängstlichkeit wird oft postuliert, ist aber angesichts der Vielfalt von Lust- Unlustäußerungen im ersten Lebensjahr auch durch genaue Beobachtungen nur vage abgrenzbar (Schwankungen liegen zwischen 40 bis 70% erbgenetischer Anteile gegenüber den epigenetischen – z.B. Traumata, vorgeburtliche strukturelle Angst).

Wir können eventuell aus den sich später entwickelnden Furcht- und Angstzeichen (automatisiertes Fluchtverhalten, aversive Reaktionsmuster usw.) auf mögliche Anlagen schließen, aber dies setzt die motorischen und kognitiven Fähigkeiten des älteren Kindes voraus. Ähnlich hat es schon Freud in seiner zweiten Angsttheorie (1926) angedeutet, indem er erst ab einer gewissen Reife der Ichentwicklung klinisch relevante Angstformen (Objektverlust-, Kastrations- und Über-Ich-Ängste) annahm.

Dennoch geht ein heute maßgebliches psychodynamisches Konzept zur *Entstehung von Panikattacken* von einer angeborenen und/oder erworbenen Vulnerabilität aus.<sup>13</sup> Eingehende Untersuchungen eines Forscherteams (Shear et al, 1991/1993) in der einschlägigen Literatur und Ergebnisse aus psychoanalytischen Interviews mit Panikpatienten, legten ein psychodynamisches Vulnerabilitäts-Schema nahe, in dem eine angeborene *neurophysiologische Irritabilität durch alles Neue* als Voraussetzung für die Entwicklung einer Panikstörung gesehen wird.<sup>14</sup>

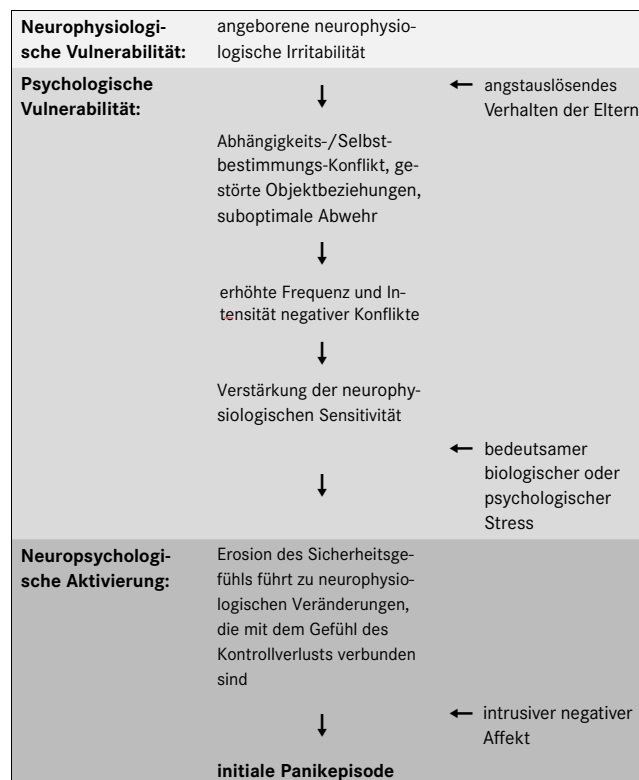


Abbildung 1: Das psychodynamische Modell der Panikstörung nach Shear et al., 1993

In diesem Modell nach Shear et al ist eine psychosomatische Vulnerabilität gemäß dem Modell von Rudolf *nicht* enthalten. Daher schlage ich vor, bei vermuteter angelegter Ängstlichkeit, die

<sup>13</sup> Subic-Wrana, C. Milrod, B. Beutel, M. E. (2012): *Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie*, Hogrefe (Göttingen) S. 15f. (Hervorh. R.H.)

<sup>14</sup> Shear et al., (1993): *A Psychodynamik Model of Panic Disorder*. American Journal of Psychiatry, 150, 859-866.

„Eine Voraussetzung für die Entwicklung einer Panikstörung ist eine **angeborene neurophysiologische Irritabilität** durch alles Neue, die das Explorationsverhalten mindert und die eine Abhängigkeit von den Eltern verstärkt.“

Zit aus: Subic-Wrana, C. Milrod, B. Beutel, M. E. (2012) aaO, S. 15f. (Hervorh. R.H.).

„neurophysiologische Irritabilität“ neben der somatischen und der psychodynamischen Vulnerabilität als eine dritte, strukturell einschränkende Vulnerabilität in Betracht zu ziehen.

#### *Entwicklungsbedingte Vulnerabilität:*

Was wissen wir aus Beobachtungen der frühen Interaktionen von Säuglingen mit ihren Bezugspersonen, aus Beobachtungen eines *asymmetrischen Beziehungssystems*, das sich hoffentlich besonders durch Erfahrungen des Säuglings von vielfältigem engen Kontakt, von Nähe und Vertrautheit auszeichnet? „Der kompetente Säugling“ (Dornes 1993) lädt die Bezugsperson mit seinem bekannten Säuglingscharme (Kindchenschema), einer Art natürlicher Attraktivität (unterstützt durch das Neuropeptid *Oxytocin* - das Bindungshormon) zu Interaktionen ein, der sich eine psychisch gesunde Bezugsperson kaum entziehen kann.

Sollte sich z.B. die Kontakt und Nähe gewährende Person entfernen, kann beim Säugling ein spontanes Unbehagen auftreten, das von den Säuglings-Affektforschern als „*distress/pain*“ bezeichnet wird, wie auch bei schmerzlichen Eingriffen. Diese unterschiedlichen Ausdrucksformen von Unbehagen, in Form von Quengeln, Weinen, Unwohlsein, die sich natürlich von Anfang an zeigen, lassen sich im ersten Lebenshalbjahr meist durch Beruhigen, Körperkontakt und Trösten zum Abklingen bringen, und werden deswegen als gewisse Vorläufer (vierter bis sechster Monat) des erst etwa ab dem siebten Lebensmonat voll entwickelten Ausdrucks von Furcht und Angst (v.a. Fremden- und Trennungsangst) angesehen – so referiert von Martin Dornes<sup>15</sup>.

Eine gewisse Unterstützung für diese Einordnung liefert die *Bindungstheorie*, wonach die Bindung an die primäre Bezugsperson erst etwa mit einem halben Jahr ausgeprägt ist, und dass deshalb auf Trennungen expliziter reagiert würde als in der Zeit davor. Zudem befindet sich der Säugling nun allmählich in der Krabbelphase, kann sich also selbst von der Bezugsperson wegbewegen, womit auch Angstanzeichen verbunden sein können. Die Entwicklung hin zur Objektpermanenz scheint, so Dornes einen Beitrag zur Entwicklung von Trennungsangst zu leisten, weil damit das Vermissen des Objekts spezifisch wird und so Sicherheits- Trost- und narzisstische Bedürfnisse frustriert würden.

Die beim Kind dominanten *Bindungsmuster* (sicher, unsicher-ambivalent, unsicher-vermeidend) bestimmen die Art, wie Kinder ihre Welt erkunden und wie sie sich in ängstigenden Situationen regulieren.

M.E. liefert auch der Stand der kognitiven Entwicklung, einhergehend mit der Kompetenz zu *früher Triangulation*<sup>16</sup> einen Beitrag, da, nach Abelin, der Säugling mit etwa 18 Monaten zu begreifen beginnt, dass die Bezugsperson auch dann noch existiert, wenn sie nicht in Reichweite ist. Hier wird angenommen, dass die Ahnung oder das Bewusstsein der Weiterexistenz außerhalb des Wahrnehmungsfeldes Voraussetzung dafür sei, etwas vermissen zu können.

Ähnliches kann man vom „Fremdeln“ annehmen, der Angst vor nicht vertrauten Personen mit etwa acht Monaten. Diese kann logischerweise erst dann auftreten, wenn der Säugling zwischen vertraut und unvertraut unterscheiden kann, d.h. wenn die Repräsentanzen von primären Bezugspersonen dafür hinreichend ausgebildet sind, also Kompetenzen, die erst etwa ab Mitte des zweiten Lebensjahrs zu erkennen sind.

Dornes zählt m.E. zu Recht die frühen Angstanzeichen zu den *nicht-symbolisierten* Gefühlen. Während *symbolisierte* Gefühle mit Phantasien verknüpft seien (hui, ein Monster), würden sich eben nicht-symbolisierte Gefühle als „realistische Ängste“ ausdrücken. Diese basierten auf Wahrnehmungen innerer und/oder äußerer bedrohlicher Reize, z.B. vor Dunkelheit oder Körpersensationen (zeitlich begrenzt) auf die angstausslösende Situation.

Nach diesen Befunden aus der Säuglingsforschung kann man Melanie Kleins Annahmen zur angeborenen Phantasietätigkeit und destruktiven Projektionen des Säuglings und Kleinkindes, als historisch betrachten.

---

<sup>15</sup> Dornes M. (1997): *Die frühe Kindheit*, Fischer TB-Verlag (Frankfurt/Main) S. 183f.

<sup>16</sup> Nach neuen Konzeptualisierungen (D. Bürgin, M. Rotmann, K. v. Klitzing), die als Ergebnis aus Beobachtungsstudien hervorgehen, wird der Vater als gleichwertig neben der Mutter gesehen und die Triade als eine Urform menschlicher Beziehungsmuster. (aus Wiki)

## 2) Kindergarten-, Schul- und frühes Jugendalter

Beim drei- bis vierjährigen Kind hat mit der Fähigkeit zum Symbolisieren auch die *Autonomieentwicklung* begonnen. Nun können *Verlust- und Versagensängste* im Zuge früher Ich-Funktionen beim Umgang mit wichtigen Bezugspersonen eine große Rolle spielen.

Erfahrungen des Kindes angesichts elterlicher *Einschränkungen* seiner Autonomiestrebungen können auch zu Ängsten vor einengender Nähe führen. Solche Einschränkungen können sich schon auswirken, wenn das Kind – wie bei Helikoptereltern – rund um die Uhr ängstlich überwacht wird, wenn alltägliche Situationen als gefährlich dargestellt werden, und es daran gehindert wird, angemessene eigene Erfahrungen, auch mit Gleichaltrigen, z.B. auf dem Weg zur Schule und zurück, zu machen.

Auch starke Schwankungen bei der emotionalen Beteiligung an der Entwicklung des Kindes in diesem Alter, können die Bildung innerer Repräsentanzen in der Weise beeinträchtigen, dass „innere Bilder“ schwach, ambivalent oder nur gering verfügbar sind. In ängstigenden Situationen fällt es dann schwerer, sich erinnernd auf Erfahrungen eigener Kompetenz zu beziehen, um so die Ängste zu regulieren.

Trennungsängste, die typischerweise ab dem Kindergartenalter oder frühen Schulalter auftreten, zeigen sich anders als die erwähnte Trennungsangst im Alter zwischen dem 6. und 8. Monat. Hier handelt es sich um ausgeprägte Ängste vor Trennungen von wichtigen Bezugspersonen, v.a. wegen der Sorge, dass den Bezugspersonen etwas Schlimmes zustoßen und somit die Trennung für immer sein könnte. Kinder weigern sich dann, das Zuhause zu verlassen, in den Kindergarten oder in die Schule zu gehen und klammern sich in ihrer Verzweiflung an Gegenständen in der Wohnung fest. Diese Kinder haben auch großes Heimweh in Ferienzeiten, denken ständig an Zuhause, können nicht schlafen, essen kaum und werden apathisch. Dies wären ab dem Kindergartenalter typische Angstformen, die als klinisch relevant gelten, wenn sie länger als vier Wochen anhalten.

*Weitere Angstformen:*

- Angst vor Liebesverlust, die aus fortgesetzten Ablehnungs-, Missbilligungs- und Beschämungserfahrungen stammt
- Strafangst, die sich im Zuge psychischer und physischer Gewalt, aggressiven Missbilligungen und massiven Einschränkungen altersentsprechenden Verhaltens ausbilden kann
- Vielfältige körperbezogene Ängste (Körperschema, Aussehen, Geschlecht) können sich z.B. aufgrund emotionaler Deprivation oder auch massiver Überstimulation und entsprechend hochgradigen Ambivalenzproblemen (v.a. bei der narzisstischen und libidinösen Besetzung des Körperelbst) entwickeln, was sich später in körperbezogenem Selbsthass und Selbstverletzungen ausdrücken kann.

Ganz allgemein können bei solchen Entwicklungsschicksalen Gewissensängste (Über-Ich-Bildung) auf allen Strukturniveaus entstehen.

## 3) Spezifische Phobien bei Kindern

Phobien sind intensive Angstreaktionen auf Objekte oder Situationen, von denen keine realistische Gefahr ausgeht. Begleitet wird diese, wie bei Erwachsenen auch, von körperlichen Reaktionen wie Schweißausbrüchen oder Erhöhung der Herzfrequenz. Betroffene Kinder weinen oder schreien dann plötzlich oder klammern sich an die Bezugsperson. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. Angstauslösende Objekte können sein: Fremde und Fremdes, Tiere, auch Dunkelheit, Unwetter (v.a. Gewitter), später dann auch Ängste vor Verletzungen, Blut, großen Höhen, engen Räumen. Als Schutzmaßnahme kann ein Vermeidungs- und Rückzugsverhalten entwickelt werden.

*Soziale Ängstlichkeit, Sozialphobien bei Kindern und Jugendlichen*

Hier empfinden Kinder (gelegentlich schon ab 8 Jahren) und Jugendliche eine andauernde Angst davor in sozialen Situationen ausgesetzt zu sein: z.B. sich in der Klasse zu melden, in der Öffentlichkeit zu essen oder zu sprechen, Bekannte auf öffentlichen Veranstaltungen zu treffen oder sich peinlich zu

benehmen und aufzufallen. Symptome sind u.a. Erröten oder Zittern, Angst vor Erbrechen, Stuhl- oder Harndrang. Reaktiv: Rückzug und Vermeiden sozialer Interaktionen.

#### *Generalisierte Ängste*

Sie beginnen bei Kindern und Jugendlichen meist schleichend und können sich bis hin zu ausgeprägter Ängstlichkeit und Beunruhigung entwickeln, woraus im Erwachsenenalter eine ängstliche und/oder depressive Persönlichkeit entstehen kann. Angstbesetzte Themen können sein: Schularbeiten, mögliche Krankheiten und Unglücksfälle oder auch unangemessene Selbstvorwürfe. Verbunden hiermit sind oft körperliche Beschwerden wie häufiges Kopf- und Bauchweh. Kompensatorisch können Rückzugstendenzen, die Einnahme einer Außenseiterrolle mit wenig Kontakt zu Gleichaltrigen sowie Perfektionismus-Streben und auch Substanzabhängigkeit beobachtet werden.

#### *Stress-Reaktionen im Kindesalter – kindliche Gehirnentwicklung aus Sicht der Neurobiologie:*

Laut Hüther/Rothenberger erfolgt die postnatale Hirnreifung in vielfältigen Wechselwirkungen zwischen neuronaler Aktivität und sensorischer Umgebung und dabei in variierenden Geschwindigkeiten. Besonders rasche Reifungsphasen werden als kritische oder vulnerable beschrieben, und zwar wegen nicht optimal zusammenspielender Anteile entwicklungsstimulierender und -hemmender Reize und Substanzen. Schwere Kontaktdeprivation im ersten Lebensjahr kann z.B. zu verspätetem Krabbeln, Laufen, Sprechen führen:

„Wie alle lebenden Systeme entwickelt sich das Gehirn nur dann, wenn neuartige Bedingungen auftreten, die die Stabilität der bereits etablierten Interaktionen ergänzen oder aber in Frage stellen. Solche Bedingungen werden oft von dem sich entwickelnden System selbst verursacht (z.B. durch Proliferation neuronaler Zellen, Auswachsen von Nervenzellfortsätzen, Sekretion von wachstumshemmenden bzw. stimulierenden Substanzen usw.).“<sup>17</sup> Siehe: Beiblatt: Entw F2 (Anhang)

Was wir schon über den *Stress-Reaktions-Prozess* wissen, wird hier auf die Gehirnentwicklung des Kindes bezogen. Daher werden wir uns kurz fassen:

Treten deutliche innere oder äußere Stimuli auf, die von bereits etablierten Interaktionen abweichen, erfolgen gegenregulatorische Gehirnaktivitäten. Sind diese Stimuli „erträglich ängstigend“, so dass das Kind sie als „Herausforderung“ empfinden kann, also eine *kontrollierbare Stress-Reaktion*, werden über viele Wiederholungen die betreffenden Aktivierungsmuster verstärkt und stabilisiert. Sind die Stimuli hingegen derart, dass das Kind mit seinen bisherigen Strategien scheitert und es z.B. von Ängsten überflutet wird, liegt eine *unkontrollierbare Stress-Reaktion* vor, die mit der systemischen *Destabilisierung* auch eine *Reorganisation* anstößt.

#### **4) Relevanz dieser Erkenntnisse und Befunde zur Gehirnentwicklung für psychodynamische Entwicklungsmodelle:**

Zunächst wird unter „Entwicklung“ hier *nicht* verstanden, wie sich ein Kind in seinem jeweiligen Umfeld zusammen mit den wichtigen Bezugspersonen entfaltet und welche altersentsprechenden (psycho-emotionale) strukturelle Kompetenzen gebildet werden. Die Autoren entwerfen ausdrücklich eine *Entwicklungs-Psychopathologie* unter Bedingungen von „psychosozialen Stress im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung“ (aus dem Titel des Aufsatzes).

Wenn wir deren Erkenntnisse mit unseren psychodynamischen Struktur-Entwicklungsmodellen zusammen denken, müssten wir zusätzlich zur Exploration von Vulnerabilitäten für eine strukturelle Diagnostik mögliche *vulnerable Einwirkungen* auf die Gehirnentwicklung (wie Traumata, Deprivation, Misshandlungen und Missbrauch) berücksichtigen, daraus den Grad struktureller Integration ermitteln und entsprechende generalisierte Abwehrformen (Vermeidung, Spaltung, Leugnung) psychodynamisch beschreiben.

---

<sup>17</sup> Rothenberger, A./Hüther, G. (1997): *Die Bedeutung von psychosozialen Stress im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung*, aus: Prax. der Kinderpsychol. Kinderpsychiat 46: 623-644, Vandenhoeck & Ruprecht (Göttingen) S. 627f.



## **Zur Psychodiagnostik von Angststörungen**

Freuds zwei große diagnostische Kategorien „Angstneurosen“ und „Angsthysterien“ versuchte man zunächst in eine Vielzahl an Angstformen zu untergliedern. Vor fast vier Jahrzehnten führten statistische Untersuchungen zu der Einsicht, dass eigentlich nur drei große Gruppen voneinander abzugrenzen wären, wie S.O. Hoffmann berichtet. Heute werden Freuds „Angstneurosen“ in ICD-10 teils als Panikstörungen, teils als „Generalisierte Angststörung“ (F41.1) beschrieben, die „Angsthysterien“ als „phobische Störungen“ (F40.01). Hoffmann stellt zudem klar, dass Freuds „Angstneurose [...] eindeutig kliniknäher und für die Praxis befriedigender“ sei. Sein Vorschlag einer Unterteilung der Angststörungen in ungerichtete und gerichtete Ängste sei von Vorteil für die weitere einschlägige Forschung, denn z.B. die „Hypochondrien mit ihren körperbezogenen Ängsten werden in der ICD-10 schlecht begründet den Somatoformen Störungen zugeordnet, [...] die] häufigen Umweltängste fehlen vollends.“<sup>18</sup>

### **Spezielles zur Panikstörung**

Gemäß F41.0 spricht man von einer Panikstörung, wenn unvorhersehbare wiederholte Panikattacken (Angstanfälle) auftreten, die dort näher spezifiziert sind. Auffällig ist häufig bei der Schilderung der oft klar beschriebenen *ersten* Panikattacke, dass der mentale und emotionale Zustand unmittelbar davor nicht oder nur schwer nachvollziehbar erinnert werden kann. Allenfalls ein körperliches Unwohlsein, Stress, leichter Schwindel und dgl. werden erwähnt. Das ist gemeint mit dem Hauptkriterium zu F41.0, dass die *Attacken nicht vorhersagbar* gewesen sein müssen, also Momente in einer Art Kognitions- und Gefühlsblockade. Dies gilt ausdrücklich für die *erste* Panikattacke, so dass man die Feststellung: „Eine Panikattacke ist per se keine psychische Störung“<sup>19</sup> darauf einschränken sollte. Vor *wiederholten* Attacken werden hingegen teils heftige Affekte erlebt, speziell bei Angst vor einem drohenden Anfall. Hier trifft dann wieder Mentzos Argument zu, dass der psychische Anteil, z.B. die Angst, trotz der körperlichen Beteiligung doch das vorherrschende Symptom der Störung ausmache.<sup>20</sup>

Einigkeit besteht darüber, dass Panikstörungen auch zusammen mit depressiven Störungen auftreten können. Dann sei es besser, sie nicht als Hauptdiagnose, sondern als sekundäre Folge der depressiven Störung zu verstehen und zu diagnostizieren. Ähnlich sei die Panikstörung bei vorliegender Phobie dieser unterzuordnen und als Ausdruck der Schwere der Phobie zu werten.<sup>21</sup>

Ein Modell des Angstanfalls, das neurobiologische und psychodynamische Aspekte zusammenfasst stammt von Shear et al 1993, leicht modifiziert in Hoffmann (2008, S. 18). Siehe: Anhang **Abb. 2-2** Hoffmann betont hierzu die zentrale Rolle der (unbewussten) negativen Affekte (Ärger, Wut, Eifersucht, Neid, Hass usw.) für die Psychodynamik – vertieft im nächsten Abschnitt.

### **Generalisierte Angststörung**

Gemäß F41.1 ist das wesentliche Symptom eine generalisierte und länger anhaltende ungreifbare Angstreaktion auf alltägliche Ereignisse, nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen und Situationen beschränkt, also frei flottierend.

Diese Angstspannung geht häufig einher mit Schwindel, Zittern, Atemnot, Spannungskopfschmerz, Herzklopfen, Schlafstörungen, Unfähigkeit, sich zu entspannen und weiteren vegetativen Sensationen. Äußerungen von Sorgen um Angehörige, denen etwas zustoßen könnte, Befürchtungen, zusammenzubrechen usw. *Generalisiert und als länger anhaltend* wird diese Symptomatik eingeordnet, wenn sie mindestens sechs Monate andauert und in diesem Zeitraum klinisch bedeutsames Leiden verursacht.

<sup>18</sup> Hoffmann, S.O. (2008): aaO, S. 13

<sup>19</sup> Benecke, C. & Staats, H. (2017): aaO, S. 25

<sup>20</sup> Mentzos, St. (2009) aaO, S. 114

<sup>21</sup> so z.B. Rudolf, G. & Henningsen, P. (Hrsg. 2008<sup>6</sup>): aaO, S. 178

Häufig äußern die Betroffenen Zweifel daran, ob die Wahrnehmung der Symptome und die ständige Besorgnis angemessen ist. Es scheint aber die Fähigkeit eingeschränkt, dies vertieft zu reflektieren, denn dominant bleibt oft der Handlungsdruck, zu funktionieren, sich z.B. um vermeintlich bedrohte Angehörige zu kümmern.

*Wichtig:* Schilderungen der Symptomatik können auf ein schweres Überforderungssyndrom, eine schwere Belastungsreaktion (z.B. burn-out) oder eine Erschöpfungsdepression hinweisen, weil Ängste eben auch bei diesen Störungen eine wesentliche Rolle spielen.

### **Soziale Phobie**

Diese Angststörung ist gekennzeichnet durch irrationale, teils massive (an Panik grenzende) Ängste vor und in tatsächlichen Kontakten mit anderen Personen, sei es einzeln oder im sozialen Rahmen (Gruppen), gelegentlich auch bei Online-Kontakten (chats) und sogar im Antizipieren von Begegnungen. Die oft imaginären Befürchtungen drehen sich meist um Be- und Entwertungen jeder Art, um ein Gesehen- oder Beobachtet-Werden. Die Furcht, dadurch beschämt zu werden, was andere in einem sehen, über einen denken könnten, zieht sich oft wie ein roter Faden durch das Alltagserleben. Äußerliche Kleinigkeiten (z.B. Kleidung) können dazu führen, dass sich eine Routine der ständigen Vermeidung des Blickkontakts entwickelt.

Ein generelles Vermeidungsverhalten kann zu sozialem Rückzug bis hin zu totaler Selbstisolation führen. An dieser Art des Angsterlebens ist besonders quälend und zermürend, dass das situativ Unangemessene und Irrationale meist klar bewusst ist, und dass das Bewusstsein der Störung noch zur Selbstverurteilung und -beschämung beiträgt.

Körperliche Begleiterscheinungen können die typischen Stresssymptome sein, wie Anspannung, Atemnot, Zittern, Schweißausbrüche, Herzrasen, Harndrang usw.

Die soziale Phobie (F40.1) gilt als eine der häufigsten Angststörungen und zieht nicht selten Sekundäreffekte nach sich, z.B. depressive und Aufmerksamkeit-Defizit-Störungen, sowie Substanzabhängigkeit.

*Diagnostische Hilfestellungen kann das Strukturierte Klinische Interview SCID-I (2019) leisten.* (Modul F – Angststörungen: Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Angststörung, Generalisierte Angststörung, Substanz-/Medikamenteninduzierte Angststörung)

### **Spezifische Phobien – Agoraphobie**

Wenn Ängste „an und vor Orten auftritt, die nicht selbständig verlassen werden können, an denen im Fall einer Panikattacke keine Hilfe zur Verfügung steht oder aus denen eine Flucht nur mit dem Erleben von Beschämung möglich ist, wird Agoraphobie diagnostiziert. Solche Orte und die mit ihnen verbundenen Situationen werden vermieden.“<sup>22</sup> Das kann sich darin zeigen, dass die Wohnung, das Haus nicht oder nicht alleine verlassen wird, Geschäfte und Orte, an denen andere Menschen sein können, nicht oder nicht alleine aufgesucht werden, Reisen jeder Art nicht stattfinden können.

Und wichtig: Ein Vermeiden angstbesetzter Orte und Situationen, oder die Begleitung durch vertraute Personen kann zu völliger Angstfreiheit führen.

Die hierbei anzunehmende „zentrale Angstphantasie“ antizipiert einen Ohnmachtsanfall, eine Panikattacke oder eine Herzattacke in der Öffentlichkeit und die Vorstellung, damit in einen *Zustand ausgeprägter Hilflosigkeit* zu geraten bzw. letztlich daran zu sterben.“<sup>23</sup> Gelegentlich können auch Ängste vor einem Beschämt-Werden das Vermeidungsverhalten dominieren. Anbahnen kann sich die Entfaltung einer zentralen Angstphantasie auch auf dem Weg über vegetative Angstäquivalente (Schwindel, Kreislaufschwäche, Schweißausbrüche, Herzrasen usw.) wie in den diagnostischen Kriterien von F40.0 unter B. beschrieben.

---

<sup>22</sup> Benecke, C. & Staats, H. (2017) aaO, S. 25

<sup>23</sup> Hoffmann, S.O. (1999) aaO, S. 242

Die Agoraphobie ist die häufigste, klinisch wichtigste Form sog. *gebundener Angststörungen*. Sie tritt in einem hohen Prozentsatz bei Frauen zutage, man weiß nicht weshalb. Auch kann sich eine Agoraphobie aus einer länger bestehenden Panikstörung entwickeln.

Was versteht man unter „gebundenen“ Ängsten? Es sind Ängste, die an Situationen und/oder Objekte gebunden auftreten. Ihre verbreiteten Störungsformen: Soziale Phobie, Situationsphobie und Isolierte Phobie. „Ungebundene“ Ängste hingegen sind solche, die bei Panikattacken und der Generalisierten Angststörung auftreten.

Die jeweilige Fähigkeit zur Angstbindung läßt sich als strukturelle Kompetenz der Selbstorganisation untersuchen, indem eingeschätzt wird, zu welchem Integrationsgrad die Fähigkeit entwickelt wurde, auftretende Angstauslöser mit relevanten Objekten oder Situationen verbunden erfassen zu können. Die entsprechenden Störungsbilder bei mäßig bis gut integrierter Kompetenz wären die Phobien, ab gering integrierter Kompetenz dominieren diffuse Angstformen, wie sie bei emotional instabilen oder ängstlichen Persönlichkeitsstörungen feststellbar sein können.

### **Spezifische Phobien – Hypochondrie**

Deskriptiv gilt Hypochondrie gemäß F45.2, als „eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Erkrankungen zu leiden, manifestiert durch anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit den körperlichen Phänomenen.“

Im DSM-5 wird Hypochondrie als Krankheitsangststörung bezeichnet und mit ähnlichem Leiden und entsprechenden Phänomenen beschrieben wie in ICD-10.

Peter Henningsen schreibt, um Hypochondrie besser von mono- bzw. polysymptomatischen Verlaufsformen abzugrenzen, wäre der Ausdruck „Gesundheitsangststörung“ geeignet, weil doch ein Leiden an ängstlich getönten Ursachenüberzeugungen dominiere.<sup>24</sup>

Eine Vermutung auf eine hypochondrische Erkrankung können wir haben,

- 1) wenn jemand überzeugend vorträgt, dass er oder sie an einer angstmachenden somatischen oder psychischen Symptomatik leidet, die nicht objektivierbar erscheint, und
- 2) zudem betont, von dieser Symptomatik befreit – also gesund – werden möchte, uns TherapeutInnen aber unausgesprochen vermittelt, dass wir ihn/sie von der subjektiven Gewissheit des Erkranktseins nicht werden abbringen können.

Bei näherer Exploration des Leidens solcher PatientInnen zeigt sich in der Regel, dass Lebensgefühl, Realitätsbewältigung und Autonomiestreben empfindlich und zunehmend eingeschränkt erscheinen, wie Mathias Hirsch beschreibt<sup>25</sup>. Und eine starke emotional aufgeladene Fokussierung auf den eigenen Körper, auf begrenzte Körperstellen, auf bestimmte Organe bei Kontrolle der Organfunktionen oder unterschiedlichste psychisch-emotionale Vorgänge gingen oft einher mit Rückzug und Vermeidung sozialer Kontakte.

Auslöser für hypochondrische Ängste seien, so auch Hirsch, häufig bedeutsame Einschnitte und Veränderungen der Lebenssituation: Heirat und/oder Schwangerschaft, das erste Haus, wichtige Prüfungen oder sonstige private oder beruflich einschneidende Ereignisse, also Umbruchsituationen, bei denen Vertrautes mit Neuem integriert werden will.

*Hypochondrie – ihre Stellung im Cluster spezifischer Phobien:*

Hirsch unterscheidet die Hypochondrie als eine Angsterkrankung, die auf der Überzeugung besteht, „die Krankheit bereits akquiriert, in sich, im Körper zu haben“ und der Phobie, „bei der sich das „angstmachende Böse (noch) außen“<sup>26</sup> befindet, z.B. sich noch infizieren zu können, wie mit Coronaviren.

Bei den Phobien ist also das mit Angst Besetzte als *nicht internalisiert* definiert.

---

<sup>24</sup> Henningsen P. (2008) in: Rudolf, G. & Henningsen, P. (Hrsg. 2008<sup>6</sup>): aaO, S. 235

<sup>25</sup> Mathias Hirsch (2010) Buchtitel: „*Mein Körper gehört mir ... und ich kann mit ihm machen, was ich will!*“ Psychosozial-Verlag (Gießen)

<sup>26</sup> ebd, S. 253f.

Eine Differenzierung aus psychodynamischer Sicht: Bei Hypochondrie werden Organe, wie Zonen der Haut, Bindegewebsanteile, die Muskulatur oder beliebige Körper- und Organfunktionen zu *psychischen Objekten* und ambivalent (libidinös/aggressiv) besetzt, während bei Phobien Objektbesetzungen an Äußerem (am sozialen Umfeld, räumlichen Gegebenheiten wie Enge oder Weiten, bestimmten Tiere, Wetterphänomenen usw.) stattfinden.

Eine weitere Besonderheit im Umgang mit gesundheitsängstlichen Menschen zeigt sich oft in einer hochgradigen Ambivalenzdynamik im therapeutischen Setting. Wenn Ärzte und/oder Psychotherapeuten konsultiert werden, zeigt sich rasch eine spezifische Art von Hilfewünschen: Vordergründig soll eine vermeintliche Erkrankung bestätigt und diese auf irgendeine magische Art entfernt werden, *nicht* aber durch übliche Untersuchungen und aufgrund einer Diagnose.

Hierin wird die Ambivalenz deutlich zwischen:

„Ich habe eine symptomwertige Erkrankung“ und „sicher bin ich mir aber nicht“, sowie:  
„Entferne sie!“ und „Tue es ja nicht!“

Hirsch spricht hier von einer „doppelten Angst“, mit der wir als Behandelnde konfrontiert werden. Und weiter: Wir sollten die vermeintliche Ursache der Angst irgendwie entfernen, aber die Überzeugung, erkrankt zu sein, nicht antasten, denn die würde zum Weiterleben gebraucht, „und wenn sie auch den Tod bedeutete.“<sup>27</sup>

Diese Ambivalenz macht verständlich, weshalb jeder noch so kleine Befund (z.B. harmloses Knötchen in der Brust) zu einer spontanen (vorübergehenden) Entlastung des Leidens beiträgt, weil damit in der Sichtweise der Patientin nicht etwa das Knötchen, sondern die als angstmachend phantasierte Körperzone (Brust) als imaginär abgespaltenes Objekt bestätigt wird. Der Versuch, diese Sichtweise zu korrigieren mit der Bemerkung: „Ein harmloses Knötchen, nicht behandlungsbedürftig“, würde zu heftigen Reaktionen führen mit dem Vorwurf, nicht richtig untersucht worden zu sein oder zu stillem Kontaktabbruch und Behandlerwechsel.

Gegenübertragungen angesichts der übertragenen Ambivalenz kann man beschreiben als konkordante ängstliche Fürsorge, im Wechsel mit ärgerlich unwilligem Widerstand, sich auf die Interaktionsdynamik einzulassen. Daher die verbreitete Zurückhaltung und Unlust nicht weniger TherapeutInnen mit hypochondrischen PatientInnen zu arbeiten.

Zu den Angststörungen gehören schließlich auch Ängstliche Persönlichkeitsstörungen (F60.6.) und Abhängige Persönlichkeitsstörungen (F60.7).

Sie unterscheiden sich bekanntlich dadurch, dass Symptome und Auffälligkeiten nicht auf *Erkrankungsepisoden* begrenzt sind, sondern sich nachweislich lebensgeschichtlich von Kindheit an entwickelt und manifestiert haben.

Die diagnostisch relevanten Kriterien sind in den einschlägigen Manualen klar beschrieben, und für die Zuordnung der Angstformen ist kein anderes als das hier beschriebene Vorgehen erforderlich.

---

<sup>27</sup> ebd, S. 254

## Zur Psychodynamik der Angststörungen<sup>28</sup>

Wir hatten festgestellt, dass aus psychoanalytischer Sicht Angst ein psychosomatisches Phänomen ist. Es gibt aus verschiedenen psychoanalytischen Theorieentwürfen (z.B. Triebtheorie, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie) unterschiedliche Typen psychodynamischer Hypothesen zur Entstehung von Angst.

1) Triebtheorie: Nach Freuds erster Angsttheorie entsteht Angst aus unbefriedigten und zudem *verdrängten* libidinösen Triebregungen. Eine *konfliktbedingte* Genese.<sup>29</sup>  
Schema: Aus Verdrängung (Abwehr) wird Angst > Panik.

### **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“ → Angst (eher Panik)

Schrittweise erläutert: Eine äußere belastende Situation → Stimulation von verbotenen oder gefürchteten Triebimpulsen (z.B. Aggression) → diese Triebimpulse laufen den internalisierten Normen zuwider → Anspannung steigt, es kommt zum Signal einer Gefahr (auch Angstsignal genannt) → Versuch regressiven Ausweichens → dadurch Aktualisierung infantiler unbewältigter Triebkonflikte → Spannung steigt weiter → bisherige Abwehr versagt → Angst als Symptom.

2) Defizitmodell der Ich-Psychologie: Freuds zweite Angsttheorie kehrt die erste um: „Hier macht die Angst die Verdrängung, nicht, wie ich früher gemeint habe, die Verdrängung die Angst“ (Freud 1926, S. 137).

### **Strukturbedingte Genese pathologischer Ängste** **(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)

Schrittweise erläutert: Gemäß dem zweiten Strukturmodell vermittelt das Ich zwischen triebbezogen-libidinösen Anforderungen des Es und den verinnerlichten Realitätsbezügen und Normen des Über-Ich. Je nach regulativer Ichstärke gelingen oder misslingen Kompromissbildungen. Defizite der Ich-Entwicklung treten als Gefährdung des Ich zu Tage und dies drückt sich in Angst aus > diffuse, generalisierte Angst.

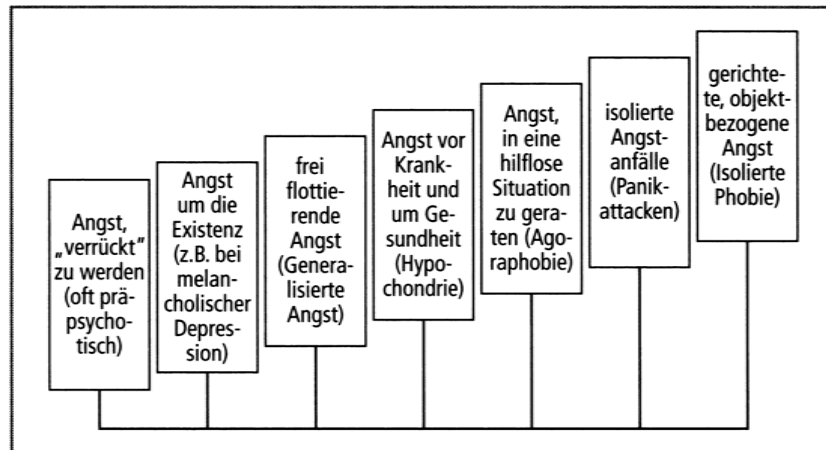
Hier wird eine Regulationskompetenz angenommen, die z.B. aggressive Tendenzen aktivieren kann, um sich gegen Beängstigendes zu wehren, gleichzeitig können aber auch weitere Ängste vor einer solchen Aktion auftauchen. Wenn diese Regulationskompetenz insgesamt, also auch in ihrer ambivalenten Konfliktspannung, neurotisch eingengt ist, kann es zu einer weiteren Angstverstärkung kommen, bis hin zu einem Angstanfall.

<sup>28</sup> Zur Erinnerung: Psychodynamiken, die psychopathologischen Phänomenen zugeordnet werden, sind der Versuch, etwas zu beschreiben, das man nicht messen, sehen, nachweisen kann. Es sind Annahmen über innerpsychische Vorgänge, um modellhaft abzubilden, wie es zu lebensbeeinträchtigenden und -schädigenden Entwicklungen gekommen sein könnte, und was idealerweise eine lebensdienliche Art und Weise des Umgangs mit uns selbst oder anderen wäre.

Der Ausdruck *unbewusste* Angst ist also eine Sammelbezeichnung für Annahmen über intrapsychische Vorgänge von der Genese bis zur Manifestation von Angst.

<sup>29</sup> Die Darstellungen zu Pkt. 1 bis 3 sind entnommen aus: Hoffmann, S.O. (2008) aaO, S. 16-19

Darstellung einer auf die *Qualität der Ich-Struktur* bezogenen Organisation von Ängsten.



**Abb. 2-3:** Auf die Ich-Struktur bezogenes Modell der Organisiertheit von Ängsten (die unterstellte Qualität der Ich-Struktur steigt nach rechts an) (mod. nach Eckhardt-Henn et al. 2004)

3) Objektbeziehungstheorien und Bindungstheorie: Hier wird angenommen, dass aus Erfahrungen in bedeutsamen Objektbeziehungen internalisierte Repräsentanzen zur Formung eines Kernselbst geführt haben, das erfahrungs- und verarbeitungsabhängig gut oder weniger gut integrierte strukturelle Kompetenzen ausgebildet hat. Je nach Integrationsgrad werden diese inneren Instanzen des Selbst als sicher und stabil oder als unsicher und leicht labilisierbar erfahren.

Erfahrungen in der frühen Lebenszeit betreffen zunächst die Ausbildung der Bindungskompetenz als Basis für Beziehungsfähigkeit. In der Bindungstheorie von John Bowlby (mit den Bindungsstilen: sicher, unsicher ambivalent, unsicher vermeidend, desorganisiert) wird ein Spektrum von eingeschränkter zu defizitärer Bindungskompetenz beschrieben, die ab der Kategorie unsicher ambivalent mit entsprechenden Angstformen korreliert.

**Ethologisch bedingte Genese pathologischer Ängste  
(3. Signalangsttheorie, nach Bowlby)**

evolutionär konstituiertes Bindungsbedürfnis → Gefährdung/  
mangelnde Ausbildung der primären Bindungssicherheit in der  
Biografie → Bedrohungserlebnis: „Beziehungsverlust“, „Verlassensein“ = Signal → Auslösung des autochthonen Affektes  
„Angst“ → Angst

Es gibt eine Reihe weiterer Objektbeziehungstheorien, die den verinnerlichten Objektrepräsentanzen verschiedene Funktionen zuschreiben.

Z.B. spricht Karl König von einem inneren steuernden Objekt und misst dessen Steuerungsfähigkeit am strukturellen Integrationsgrad.

Selbstpsychologische Konzepte (Kohut, Lichtenberg und andere) fokussieren auf die Selbstwertregulation und damit auf die narzisstische Entwicklungslinie. Bezüglich der Angst geht es v.a. um Beschämung, Schuld, Scham und darum, wie ausgeprägt die Kompetenz zu deren Regulation, entwickelt ist in Abhängigkeit von regulierenden Selbstobjekten.

Kernbergs Konzept arbeitet mit Objektbeziehungsdynaden (S–O), denen er gegensätzliche Affektdynamiken (z.B. libidinöse/aggressive) Impulse zuschreibt, die konflikthaft mit anderen Dyaden interagieren.

Da alle Objektbeziehungstheorien entwicklungsorientiert konzipiert sind, erfassen sie *struktur- und konflikt-dynamische* Kompetenzen, Einschränkungen und Defizite. Im Zuge einer Behandlungsplanung bei Angststörungen sollte für jede Störungsform geklärt werden, zu welchen Anteilen (also z.B. überwiegend strukturell oder konflikthaft) dies psychodynamisch zu beschreiben ist, einschließlich Abwehr- und Bewältigungsstrategien, also bisheriger Kompensationen.

4) Gerd Rudolf hat in seinem Konzept des *Grundkonflikts der Autonomie* allen Angstformen einen zentralen Platz eingeräumt.<sup>30</sup> Zu den Leitauffekten zählt er: *Körpernahe Angst, katastrophisierende Gedanken, Panikattacken*.

Eine innere Konflikt-dynamik der Autonomie aufgrund bestehender Einschränkungen autonomer Kompetenzen wird folgendermaßen beschrieben: Tendenzen eigenverantwortlicher Lebensführung stehen im inneren Konflikt mit der Abhängigkeit von Normen, Erwartungen und vor allem Bestätigungen von anderen. Aufgrund dieser Konfliktspannung droht bei Betonung der Eigenständigkeit Objekt- und Beziehungsverlust (Ablehnung), bei Rücknahme eigener Impulse hingegen werden Autonomieschwächen verstärkt erlebt, weil eigenmächtiges Gestalten als innerer Entwicklungsmotor Druck erzeugt. Versagens- und Ohnmachtserfahrungen sind die Folge des Verzichts auf eine angemessene Selbstbehauptung.

Im Angstsymptom steckt nun, so Rudolf, die Kompromissbildung bezogen auf die beschriebene innere Konfliktspannung: *Die Vorstellungsinhalte bleiben verdrängt (Freud) und die vegetative Erregung wird bewusst*. Folglich wird der Sinn dieser Erregung nicht verstanden, da sozusagen die kognitive Anbindung fehlt. Die daraus resultierende Schwächung, Hilflosigkeit und Ohnmacht appelliert an das Umfeld und sichert damit die durch die Eigenständigkeitsimpulse bedrohten Beziehungen. Um die angstgebeutelte Person kümmert man sich.

Hier haben wir die Konfliktspannung zu bearbeiten, um die Autonomiekompetenz zu erweitern – dazu später.

Bei *Phobien* sei, so Rudolf weiter, eine abgewandelte Psychodynamik der Vermeidung zu konzipieren, weil sich die Angst auf symbolisch überdeterminierte Objekte (Platz, Spinne, Umweltphänomene, z.B. Chemtrails) bezieht.

Bei *traumainduzierten Angststörungen* wie der posttraumatischen Belastungsstörung, sei es sinnvoll die strukturelle und konflikt-dynamische Verfassung aus der Zeit *vor* dem traumatischen Ereignis und nach ersten Verarbeitungsversuchen zu ermitteln. Z.B. mag dabei herauskommen, wie durch das Trauma die strukturelle Kompetenz eingeschränkt oder beschädigt worden sein könnte.

Wenn bei Angststörungen *Zwangssymptome* erkennbar sind, kann man psychodynamisch davon ausgehen, dass die Angstspannung mittels Zwangsgedanken oder -handlungen gebannt werden soll und eine klassische Verschiebung auf äußere, belanglose Vorkommnisse annehmen. Wichtig wäre aber, genauer zu explorieren, ob eine gewisse Zwänglichkeit schon vor Ausbruch der Angststörung vorgelegen hatte und deswegen dieser Selbstrettungsversuch nahe lag, oder ob gleichzeitig mit der Angststörung eine Zwangsstörung begonnen hat.

---

<sup>30</sup> Rudolf, G. & Henningsen, P. (Hrsg. 2008<sup>6</sup>): aaO, S. 172ff

Um die Komplexität dieser Vorschläge pragmatisch angehen zu können, empfiehlt es sich, zunächst das jeweilige Strukturniveau nach dem Schema von Rudolf oder auch gemäß Achse 4 ODP-3 zu ermitteln, und danach die konflikt-dynamische Zuordnung vorzunehmen. Zusätzlich zu den hier dargestellten psychodynamischen Aspekten auf unterschiedlichen Strukturniveaus werden von Rudolf auch die kompensatorisch entwickelten Bewältigungsversuche beschrieben.<sup>31</sup>

(Siehe Anhang: **Psyd F5a+b**)

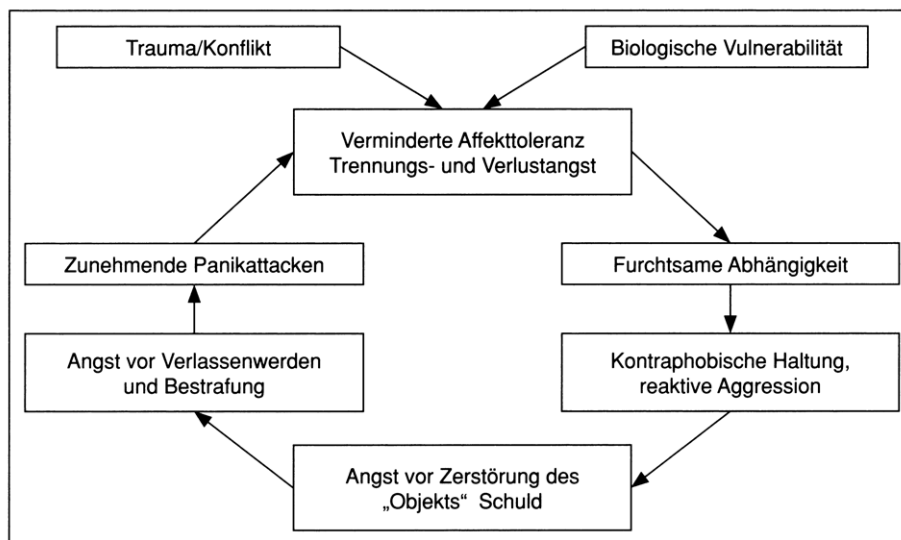
Erweiterte Konzepte:

Bei *Panikstörungen* sind psychodynamische Besonderheiten aufgefallen. Wie oben dargestellt, ist die typische Vulnerabilität vor dem *initialen* Panikanfall überwiegend struktur- und objektbezogen.

Wenn diese strukturelle Einschränkung der Selbstregulation unter massiven Stress (neurobiologisch: unkontrollierbar) gerät, kann eine Angstattacke die Folge sein.

Ein Beispiel: Eine plötzliche Klarheit über einen nicht mehr länger zu übersehenden Treuebruch kann schlagartig einen völligen Kontrollverlust auslösen, begleitet von heftigen Gefühlen wie Wut und Hass auf das Objekt von dem eine strukturkompensatorische Abhängigkeit besteht. Jegliche emotionale Steuerung und Reflexionsfähigkeit fällt weg. Folge: →Panikattacke.

Mit einer solch initialen Panikattacke kann sich die zuvor schon schwache Abwehr noch weiter abschwächen, und die „Paniksymptome werden zur Quelle des körperbezogenen Katastrophierens, das die neurophysiologische Angstspannung erhöht und neue Panikattacken triggert. Im Dienste der Vermeidung lenkt das körperbezogene Katastrophieren die Aufmerksamkeit weg von den Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühlen, die die Panikattacke ursprünglich ausgelöst haben.“<sup>32</sup> Die Psychodynamik bei diesen weiteren Panikzuständen wird zu einem „Teufelskreis aus Abhängigkeit und Angst“<sup>33</sup>.



**Abbildung 3:** Teufelskreis aus Abhängigkeit und Angst nach Einsetzen der initialen Panikattacke; nach Milrod (Beutel, Dietrich & Wiltink, 2005)

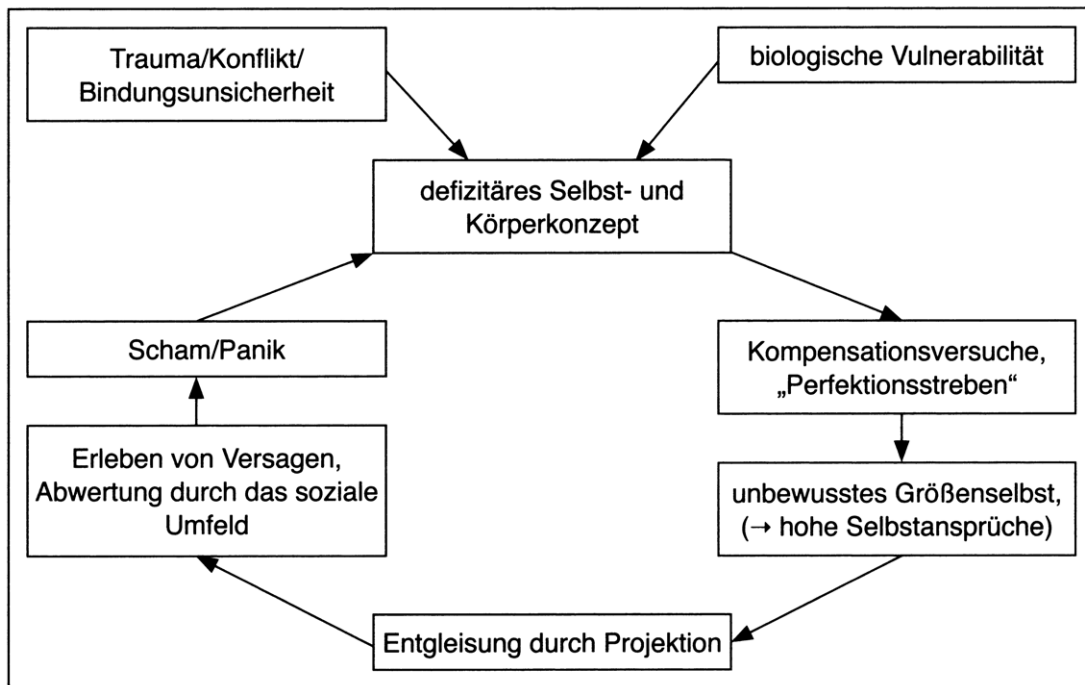
<sup>31</sup> Rudolf, G. & Henningsen, P. (Hrsg. 2008<sup>6</sup>) aaO, S. 182f.

<sup>32</sup> Subic-Wrana, C., Milrod, B., Beutel, M.E. (2012): aaO, S.17.

<sup>33</sup> ebd., S. 18.



Für die *Soziale Phobie* wurde ebenfalls eine erweiterte Psychodynamik beschrieben, die im folgenden Schema dargestellt ist:



**Abbildung 1:** Psychodynamisches Teufelskreismodell der Sozialen Phobie (modifiziert nach Hoffmann, 2002)

Schrittweise erläutert: Der Teufelskreis beginnt, wenn sich aus biologischer Vulnerabilität (z.B. angelegte Ängstlichkeit) und frühen Entwicklungsdefiziten (einschließlich früher Kompensationsversuche) ein psychisch und körperlich schwaches Selbst auf niedrigem Integrationsgrad gebildet hat.

Die weiteren innengesteuerten Kompensationsversuche lassen häufig überhöhte Ansprüche an sich selbst, oft verbunden mit Leistungs- und Erfolgsstreben erkennen. Dies kann Ausdrucksformen eines narzisstisch aufgeblasenen Größenselbst annehmen, wie es die Selbstpsychologie konzipiert hat.

Wenn die überhöhten Ansprüche noch zusätzlich im Sinne von Erwartungen anderer auf sie projiziert werden, können Angstzustände vor Versagen und Abwertung eintreten.

Solche Angstzustände können einhergehen mit großer Scham, dem Leitaffekt bei dieser Störungsart.

Der Teufelskreis schließt sich, indem das schwache Selbst bestätigt wird und sich damit die Angststörung verfestigt.

### *Zur spezifischen Psychodynamik und Vulnerabilität der Agoraphobie:*

#### 1) Klassisches Konfliktmodell – Freud: „kleiner Hans“

Die psychodynamische Hypothese Freuds bei der Pferdephobie des „kleinen Hans“ lautete: Verschiebung einer unbewussten (ödipalen) Angstspannung (Begehren der Mutter/Furcht vor Bestrafung für inzestuöse Wünsche) nach außen (später als: *Externalisierung* bezeichnet) auf das beißende Pferd mit anschließender Vermeidung des äußeren angstmachenden Objekts. Wie Anna Freud später schrieb, war dies eine defensive Lösung, und sie nahm zusätzlich an, dass vor der Externalisierung noch eine symbolische *Verdichtung* (entsprechend der Traumarbeit und Abwehrvorgängen – bei Bildung der Phobie „aus dem unbewussten Gedanken“, Freud) stattgefunden haben muss.

#### 2) Defizitmodelle:

Zunächst wurde von Autoren der Ich-Psychologie auf (Entwicklungs-)Defizite der Ich-Struktur rekurriert.

Für Eduardo Weiss war für die Psychodynamik der Agoraphobie die „Regression zu einer abhängigen Bindung an eine Mutterfigur“ wesentlich.<sup>34</sup>

In diese Richtung – aber wesentlich differenzierter – gehen auch John Bowlby und andere Autoren vor, auf die er sich beruft, und die Agoraphobie bei Erwachsenen in eine Reihe stellen mit der Schulphobie von Kindern, und beide als *Pseudophobie* bezeichnen:

Leidet eine Person unter Phobie, dann fürchtet sie die *Gegenwart* einer Situation, vor der sich andere Leute viel weniger fürchten, die sie aber entweder unter allen Umständen zu *vermeiden* sucht oder *vor der* sie sich sofort *zurückzieht*. Leidet eine Person unter Pseudophobie, dann fürchtet sie sich vor der *Abwesenheit oder dem Verlust* einer Bindungsfigur oder einer anderen sicheren Basis, *auf die* sie sich normalerweise *zubewegen* würde.<sup>35</sup>

Bowlby formuliert hier eine auf die Strukturentwicklung bezogene Bindungsvulnerabilität und schlägt auf der Basis der obigen Definition vor, die Angststörungen, bei welchen solche Vulnerabilitäten exploriert werden können, eben als Pseudophobien, im Grunde als Angstzustände zu bezeichnen.

Mit dieser Annahme untersuchte Bowlby den Fallbericht zur Analyse des „kleinen Hans“ durch Freud und fand einige vulnerable Erfahrungen, die er als bisher unbeachtete „Angstbindung“ an seine Mutter einordnet. Diese hatte häufiger angedeutet und dann auch explizit geäußert, sie denke daran, die Familie zu verlassen<sup>36</sup>. Und Hans habe ihr eines Morgens nach dem Aufwachen weinend erzählt: „Wie ich geschlafen hab’, hab’ ich gedacht, du bist fort und ich habe keine Mammi zum Schmeicheln (=liebkosten).“<sup>37</sup> Zudem habe sie latente Ängste des Jungen geschürt, z.B. im Alter von 3 ½ angedroht, seinen „Wiwimacher“ vom Arzt abschneiden zu lassen, falls er sein Spielen damit nicht unterlasse.<sup>38</sup>

Der psychodynamische Kern bestünde also in diesem Fall eher in einer ambivalenten Angstbindung an die Mutter, und diese Annahme Bowlbys habe sich auch durch Exploration und Therapie v.a. von Trennungsängsten bei Kindern bestätigen lassen.

Wie schon erwähnt, hat sich heute Bowlbys Beobachtung der Funktion Sicherheit vermittelnder Objekte als angstmindernd fest etabliert. Eine angstdämpfende Funktion können auch Haustiere, eine Tavorpille in der Tasche oder imaginäre Objekte bekommen.

---

<sup>34</sup> Weiss, E. (1964) *Agoraphobia in the Light of Ego Psychology*, (Grune & Stratton) New York, zit. nach: Hoffmann, S.O. (1999): aaO, S. 240.

<sup>35</sup> John Bowlby (1976) *Trennung*, Kindler (München) S. 313

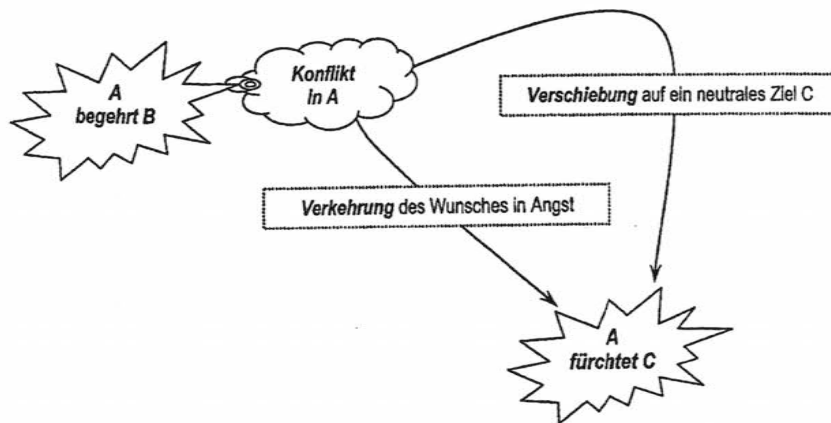
<sup>36</sup> Freud (1909b) S. 279

<sup>37</sup> ebd., S. 259 u. 351f.

<sup>38</sup> ebd., S. 245 (Später kam es dann auch zu Trennung und Scheidung).

3) Darauf aufbauend verbindet Michael Ermann in einem psychodynamischen Modell zur Pathogenese phobischer Angststörungen<sup>39</sup> die Konfliktodynamik mit spezifischen Objektbezügen und -bedürfnissen:

### Phobische Angstverarbeitung und phobische Angstbindung:



Beispiel: A begehrt B: gleichzeitig erfolgt ein unbewusstes Triggern von Erfahrungen im Zusammenhang mit Begehren (z.B. Rivalität, Hingabe, mit Affekten wie Hass, Liebe, Wut) und ruft Ängste auf; diese erzeugen eine anwachsende innere Konfliktspannungen bis sie das Begehren dominieren => *Verkehrung*.

Zur weiteren Affekt- und Konfliktabschwächung erfolgt eine *Verschiebung* auf ein neutral erlebtes, konfliktbezogen harmloses Objekt oder äußere Situation C; dieses oder diese wird nun gefürchtet und stellt damit gleichsam einen Ersatz für eine unbewußte konflikthafte Vorstellung über B dar.

Phobische Angstbindung beruhe wesentlich auf *Konditionierungen*<sup>40</sup>. „Dabei wird eine zunächst diffuse Angst mit einer bestimmten Situation, in der sie auftritt, verknüpft und durch Vermeidungsverhalten sogar verstärkt. Diese ursprüngliche Angst ist neurotisch, z.B. eine Vernichtungsangst oder eine Konfliktangst. Der Ausgangspunkt der Entstehung der Phobie ist also auch hier ein neurotischer Konflikt oder ein Strukturdefizit. [...] Durch Verknüpfung mit bestimmten Angstbedingungen, z.B. Situationen in denen man sich ausgeliefert fühlt (Plätze, Vortragssäle), wird die diffuse Angst deshalb organisiert und gerichtet. Aus der diffusen entsteht eine phobische Angst. Die Angstbedingung (z.B. bei der Agoraphobie der Aufenthalt außerhalb des Hauses) ist dabei ein konditionaler Faktor, während die Angstursache im ursprünglichen neurotischen Konflikt zu sehen ist.“<sup>41</sup>

Ein **Fallbeispiel** von phobischer Angstverarbeitung und Angstbindung bei dem dieses Schema herangezogen wurde:

Bei einer Patientin fiel ein burn-out-artiges Überforderungssyndrom mit Erschöpfungszusammenbruch zusammen mit einer starken Bindungsverunsicherung hinsichtlich ihrer Chefin. Die Patientin hatte als „rechte Hand“ einer Chefin einer Event-Organisation gearbeitet. Ihr wurde gekündigt, weil es angeblich der Einpersonen-Firma nicht gut ging. Und sie hatte sich nicht nur mit übertriebenem Einsatz eingebracht (auch getrieben von latenten Versagensängsten), sondern zog auch erhebliche Anteile ihres Selbstwerts aus der Arbeit und dem Lob der Chefin. Sie war für sie eine Art Mutterfigur. Die Kündigung stürzte sie in eine schwere Selbstwertkrise mit phobischer und depressiver Symptomatik. Die Phobie ließ es nicht zu, dass sie ohne Begleitung außer Haus ging (z.B. zu den Therapiesitzungen) die unbedingte Begleitung durch ihren Mann oder ihre Mutter waren erforderlich.

Das zunehmende Bedürfnis der Patientin bei der Chefin (mütterliche Art) sein zu wollen, war nur

<sup>39</sup> Ermann, M. (2007<sup>5</sup>) *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Kohlhammer (Stuttgart) S. 215

<sup>40</sup> Wenn *Konditionierungen* infrage kommen, sollte auch an möglicherweise zugehörige Vulnerabilitäten gedacht werden.

<sup>41</sup> Ermann, M. (2007<sup>5</sup>) aaO, S. 216.

über das Arbeiten mit ihr möglich, und wurde durch überzogenes Engagement (viele unbezahlte Überstunden) erfüllt. Mit der Zeit überdeckten verschiedene Versagensängste, v.a. hinsichtlich der Erfüllung ihrer Beziehungswünsche, sowie faktisches Versagen bei der Erledigung der Arbeitsaufgaben, ihre anfänglichen Hoffnungen => phobische *Verkehrung*.

Durch die Kündigung wurde die latente Bindungsschwäche getriggert; Bindungsunsicherheit und Verlustängste (latent mäßig integrierte Struktur) oder auch Ängste vor Selbstverlust breiteten sich aus und es fand ein Zusammenbruch der Selbstorganisation (latent gering integrierte Struktur) statt. Reaktiv erfolgte die Verschiebung auf ein Außen, das es hinfort zu vermeiden galt => phobische *Angstbindung*.

Nur begleitende Bindungsfiguren hoben die Vermeidung, das Haus zu verlassen, vorübergehend auf. Darin kann man auch den psychischen Wert solcher Bindungsfiguren erkennen. Warum wurde gerade diese Art der Vermeidung gewählt? Vielleicht wegen des Vertrieben-worden-Sein aus dem von der Patientin sehr geschätzten Büro, in dem sie mit ihrer Chefin zusammen war. Nachdem diese Besetzung nicht länger möglich war, besetzte sie ihre Wohnung, aus der sie von niemandem vertrieben werden konnte.

Die ambulante Behandlung musste eingestellt werden, weil sich die Symptomatik so verstärkt hatte, dass die Patientin auch in Begleitung nicht mehr zu den Sitzungen erscheinen und auch zu Hause nicht mehr allein bleiben konnte und aufhörte, Nahrung zu sich zu nehmen. Sie ließ sich selbst in eine Klinik einweisen. Nur ihre Mutter durfte sie dorthin bringen.

#### *Zur spezifischen Psychodynamik und Vulnerabilität der Hypochondrie*

Bernd Nissen, einer der erfahrensten Autoren zu Gesundheit-Angststörungen, hat eine „psychoanalytische Bestandsaufnahme“<sup>42</sup> unterschiedlicher psychodynamischer Annahmen zusammengestellt und zeigt auf, dass es keine allgemein gültige Psychodynamik zur Hypochondrie gibt. Daher haben wir – je nach unseren theoretischen Präferenzen – mehrere Psychodynamiken zur Auswahl. Nachstehend möchte ich zwei davon vorstellen:

1) Ute Rupprecht-Schampera schlägt eine „Objektbeziehungstheorie der Hypochondrie“ vor, weil es bisher nicht gelungen sei, die „Spezifität der Hypochondrie aus dem Beziehungsgeschehen heraus zu beschreiben.“<sup>43</sup> Dieser Feststellung kann man nicht zustimmen, denn aus welchen anderen Erfahrungen heraus sollten psychodynamische TherapeutInnen ihre Beobachtungen und Empfindungen beschreiben? Außerdem gehen alle einschlägigen Autoren bei psychodynamischen Annahmen von der Interaktionsdynamik in den Sitzungen aus.

Die Autorin sieht die Spezifität der Hypochondrie in einer Abwehr, deren Dynamik sich aus besonders gelagerten Identifikationen und/oder spezifischen Introjektbildungen speisen würde, geht also verallgemeinernd von einer latent geschwächten oder gar defizitären psychopathologischen Struktur aus, die mittels Abwehr geschützt wird. Diese verinnerlichte Form der Abwehr blockiere Autonomie-Impulse und behindere Expansionsbedürfnisse des Selbst.

Entsprechend stelle sich die hypochondrische Interaktion in der therapeutischen Situation (im oben erwähnten Beziehungsgeschehen) dar. Im Unterschied zu Freud u.a., die Hypochondrie als Aktualneurose ohne wesentlichen symbolischen Ausdruckswert verstanden hätten, sei sie der Meinung, dass sich „*im hypochondrischen Symptom eine symbolische Darstellung des unbewussten Konflikts und der introjizierten Kommunikationsformen erkennen lässt* [und somit ... eine] *expressive Darstellung der Sorge des Kernselbst um das Körperselbst* angesichts der autodestruktiven Vorgänge.“<sup>44</sup>

Dies sei eine Ebene des symbolischen Ausdrucks und zudem eine „*szenische Darstellung der unechten,*

---

<sup>42</sup> Nissen, B. (Hg. 2005<sup>2</sup>): *Hypochondrie*, Psychosozial-Verlag (Gießen, 2003)

<sup>43</sup> ebd, S. 180 (kursiv im Orig.)

<sup>44</sup> ebd, S. 190 (kursiv im Orig.)

von Neid und Hass geprägten und destruktiven (Über)Fürsorge des Primärobjektes, die aber vom Subjekt in ihrer Unechtheit und Double-Bind-Funktion nicht wahrgenommen werden darf.“<sup>45</sup> Letzteres könnte in aggressiv getönten Gegenübertragungen ihren Ausdruck gefunden haben.

Psychogenetisch würde hier also die für die Hypochondrie spezifische Art der Identifikation und/oder Introjektbildung aus Erfahrungen mit ängstlich-überfürsorglichen Objekten bestehen, also einem „doppelbödigen mütterlichen Verhalten, das äußerlich mütterliche Funktionen perfektioniert und Fürsorge um das Kind betont, auf der verborgenen, unbewussten Ebene jedoch das unabhängige Funktionieren der Kindes untergräbt und sabotiert“<sup>46</sup>, in Verbindung mit gezielter Strenge, Machtausübung und Kontrolle (teils Helikopterverhalten).

Bei diesem ätiologisch-vulnerablen Gepäck können, z.B. in oben erwähnten Schwellensituationen wie: Hausbau=> Selbstbestimmung, sich festlegen, ankommen; lebensbestimmende Prüfungen => Identitätswechsel; Schwangerschaft, Familiengründung => Identitätserweiterung um Partner- und Elternschaft usw., heftige Verlustängste bezüglich des Primärobjekts und oder der Selbstbestimmung (Identität) ausbrechen, worauf auch Hirsch hinweist.<sup>47</sup>

2) Nach Simona Argentieri Bondi zeige sich das Psychopathologische der Hypochondrie „immer in dem Konstruieren von Bedeutungen“,<sup>48</sup> die PatientInnen dem Körper und den körperlichen Funktionen zuordneten. Angesichts dieser Eigentümlichkeit der Hypochondrie gehe sie von einer „patologia dell'interpretazione“, also einer verzerrten oder **Fehlinterpretation**<sup>49</sup> aus, die sich „auf der Ebene körperbezogener Fantasien“<sup>50</sup> ausdrücke. Derartige Verzerrungen körperbezogener Phantasien, die emotional hochgradig besetzt seien, zeigten sich auch in den typischen Verwirrungen zwischen normalen und pathologischen Empfindungen.

Sie versteht Hypochondrie also nicht hinsichtlich der (immer gleichen) Inhalte, „sondern in Bezug auf die Denkformen, in welchen sie zum Ausdruck kommen.“<sup>51</sup>

Zur Entwicklung von Hypochondrie führende „Denkformen“ können in einer ersten phantasierten subjektiven „Verarbeitung“ unspezifischer Erfahrungen gebildet werden, aus denen dann ein imaginäres Objekt *geschaffen* werde, das nicht etwa schon vorgelegen habe. Ähnlich wie durch wissenschaftliche Phantasie und Überzeugungskraft der Weg (vbw -> bw) in zukünftiges Wissen und Rationalität gebahnt und beschritten werden kann, können auch psychisch-imaginäre Objekte mit der Zeit immer stabiler konfiguriert und irgendwann als faktisch vorhanden empfunden werden, sich dann z.B. in Form konkreter Vorstellungen, Glaubensinhalte (Mission) oder sogenannter alternativer Wahrheiten äußern. An Hypochondrie leidende Patienten können sich bekanntlich „zäh an dem Mikro-System ihres Denkens festklammern.“<sup>52</sup>

---

<sup>45</sup> ebd. S. 190f. (kursiv im Orig.)

<sup>46</sup> ebd. S.201.

<sup>47</sup> Hirsch, M. (2003) in: Nissen, B. (Hg. 2005<sup>2</sup>): aaO, S. 79f.

<sup>48</sup> Argentieri Bondi, S. ([1998] 2003): *Hypochondrie als Denkstörung*, in: Nissen, B. (Hg. 2005<sup>2</sup>): aaO, S. 157.

<sup>49</sup> Wie mir eine italienische Kollegin bestätigte, wurde der deutsche Titel des Aufsatzes nicht korrekt übersetzt: „L'ipocondria come patologia dell'interpretazione“ ist keine „Denkstörung“, sondern eine Art Fehlinterpretation.

Argentieri Bondi geht weder von einer Entwicklung einer Aktualneurose aus wie bei psychosomatischen Störungsbildern, noch von einer Konversion wie bei Hysterie und begründet dies so: „Die *Konversion* ist in der Tat immer potenziell umkehrbar, sie ist Teil eines psychischen symbolisierbaren Inhalts, der aus Spaltungen zwischen Vorstellung und Affekt und schließlich auch aus der Verdrängung hervorgegangen ist. Die *psychosomatische Erkrankung*, im eigentlichen Sinne des Wortes, ist Ausdruck der gespaltenen – oder nicht integrierten – körperlichen und seelischen Funktionen; diese Bereiche wurden aus den Ausdrucksformen und dem psychischen Umlauf ausgeschlossen und sind demzufolge aus der Seele und den Konflikten, die auf der Ebene der Symbolisation [besser: Symbolisierung] niemals Ausdruck gefunden haben, ausgegrenzt. Die *Hypochondrie* hingegen wurde als eine Verzerrung der körperlichen Empfindungen und Wahrnehmungen begriffen.“ (Anm.: Hier ist anstelle „Denkstörung“ von einer „Verzerrung“ die Rede, das geht schon eher in Richtung „Fehlinterpretation“. R.H.)

<sup>50</sup> ebd. S. 156 (kursiv im Orig.)

<sup>51</sup> ebd. S. 160

<sup>52</sup> ebd. S. 161

*Kommentar:* Beim Erschaffen „imaginärer Objekte“, die sich demnach bei Hypochondrie körperlich manifestieren, dürften auch neurobiologische und -physiologische Vorgänge mitgewirkt haben, wie wir aus der bisherigen Beschäftigung mit Angstphänomenen wissen. Berücksichtigen wir dies für die Entwicklung der „körperbezogenen Phantasien“, dann wäre es eine Entwicklung körperlicher Ausdrucksformen, entweder als psychovegetative Korrelate (Schwindel, Herzasen, Durchfall, Schlafstörungen..., die affektiv so erlebt werden) oder Äquivalente (wenn diese vorgenannten Korrelate der Angst affektiv nicht erlebt werden, also die Symptome isoliert vom kognitiven Erleben von Angst auftreten)<sup>53</sup>. Weil Angstkorrelate nicht als Störung gelten, da sie meist nur kurz andauern, kommen hier allein die aus Korrelaten chronifizierten Äquivalente in Frage. Und bei Chronifizierungen verändern sich auch neurobiologische Aktivierungsmuster.<sup>54</sup>

Wenden wir diese Erkenntnisse auf die psychodynamischen Annahmen von Argentieri Bondi an, so wäre das, was körperbezogen phantasiert, konstruiert und falsch dechiffriert wird, auch als ein neurobiologisch gefestigtes Muster einzuordnen und dementsprechend zu behandeln.

Psychogenetisch hält Argentieri Bondi die Hypochondrie auch für eine Störung primärer Fürsorge, was ja auch in der Erkrankungsbesorgnis, die den TherapeutInnen präsentiert wird, zum Ausdruck komme. Eltern, die unfähig zur Unterscheidung zwischen dem *Sorge tragen* und dem *sich Sorgen machen* seien, zwingen ihre Kinder in ein Netzwerk von unendlichen hygienischen Vorschriften und Vorsichtsmaßnahmen, was auch im Dienste der Erhaltung symbolischer Beziehungsmuster stehe: „Mittels einer unermüdlichen Kontrolle umgeht das Elternteil seine Angst vor der Trennung, hält den anderen in seinem Machtbereich gefangen und zwingt diesen seinerseits dazu, immer an seinen geliebten Verfolger zu denken.“<sup>55</sup>

Darüber hinaus habe es elterlicherseits an einem hinreichenden Aufnehmen der mit früher Körperlichkeit verbundenen archaischen Ängste gemangelt, wodurch sich frühe körperbezogene Phantasien, möglicherweise mit Todesängsten vermischt, gebildet haben könnten, wie Bernd Nissen betont.<sup>56</sup>

#### *Weitere Ergänzungen zur Vulnerabilität*

Als psychodynamisch denkende TherapeutInnen orientieren wir uns an psychogenetischen Wahrscheinlichkeiten, z.B. Introjekten, Identifikationen, Resultaten von Schutz- und Abwehrvorgängen, die zur Symptombildung und -fixierung beigetragen haben könnten. Anerkannt ist, dass in der frühen Kindheit, in der konkretistische Inkorporationen wahrscheinlicher sind als später, Introjekte lange unauffällig ruhen können. Wenn im Leben hohe psychische Belastungen auftreten (Trennungen, Identitätsanforderungen, Bedrohungen durch äußere Gefahren usw.) können körperlich repräsentierte Introjekte, entwicklungs-traumatische Erlebnisse und Verinnerlichungen regressiv reaktiviert werden. Dies kann beim Erwachsenen aufgrund seiner jeweils entwickelten Abwehrstruktur zu automatischer (unbewusst bleibender) Abwehr von emotionalem Stress führen und sich in spontaner hypochondrischer Symptomzuspitzung manifestieren.

Bernd Nissen fasst eine vielfach bestätigte Reihe psychogenetischer Aspekte zusammen: reale Trennungsüberforderungen bis -traumata, v.a. in der frühen Mutter-Kind-Beziehung; anwesend/abwesende Mütter und Väter; unvorhersehbare plötzliche Kontakt-/Beziehungsumschläge z.B. zwischen übertrieben zugewandt und kalt distanziert; ein Umschlag zwischen passgenauer Einfühlung in die Bedürfnisse des Kindes und völlig unangemessenen Empathieversuchen; ein klastrophobisches Hineingezogen-Werden v.a. in die Welt und Belange der Mutter (Parentifizierung); erotisch-sexuell erregende, angstmachende Verwirrungen, z.B. beim Mitbekommen sexueller Aktivitäten der Eltern; und nicht zuletzt zerrüttete Familienverhältnisse.<sup>57</sup>

Zu möglichen Verarbeitungsversuchen des Kindes merkt Nissen an: Weil traumatische Trennungsüberforderungen fast immer mit Erregungsüberflutungen einhergingen, könnte es sein, dass diese von den Betroffenen zum Selbstschutz sexualisiert würden und vorzeitig auch auf genitale Bereiche übergreifen. Sie persistierten dann in der Okkupation mit perversen Fantasien.

<sup>53</sup> So die bereits erwähnte Differenzierung von Benecke, C. & Staats, P. (2017): aaO. S. 33f.

<sup>54</sup> ebd. S. 35

<sup>55</sup> Argentieri Bondi, S. (2003) aaO. S. 166

<sup>56</sup> Nissen, B. (2015) aaO. S. 37

<sup>57</sup> Nissen, B. (Hg. 2005<sup>2</sup>) aaO. S. 225ff. (verkürzt und leicht abgeändert)

## Zur Behandlung von Angststörungen

In der 2021 überarbeiteten Version 2 der S3-Leitlinie zur **Behandlung von Angststörungen**, die unter Mitwirkung von maßgeblichen Vertretern der Psychodynamischen Psychotherapie stattfand, wird als Basisbehandlung von Angststörungen empfohlen (Auszug):

- aktives flexibles und ggf. stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodells, Klärung aktueller Motivation und der Therapieerwartung des Patienten
- Vermittlung eines Verständnisses der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose
- Ermutigung zur Auseinandersetzung mit Auslösern der Angst anstelle Vermeidung
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen und Entlastung von zurzeit überfordernden Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation

### Grundzüge der Behandlungsführung

Wir sollten uns, wie auch bei sonstigen psychopathologischen Problemen, besonders bei allen Angststörungen auf teils höchst verunsicherte und hilfsbedürftige Patienten einstellen, die in hohem Maße verletzlich sein können. Alle nachstehend dargestellten Behandlungsempfehlungen sollten daher in einer den Patienten annehmenden und verstehen wollenden, emotional umsichtigen Haltung gestaltet werden, z.B. nach dem folgenden Rollenschema von G. Rudolf.<sup>58</sup>



Abb. 4.1 Rollen von Patient und Psychotherapeut.

Im Sinne der obigen Vorschläge sollte bereits in der probatorischen Vorarbeit bei der Anamnese eine umfassende Aufklärung auf der Symptomebene erfolgen (Art der Angststörung, z.B. Phobie, generalisierte Angststörung, Panikstörung) entsprechend den Erkenntnissen bei der Exploration. Die somatischen „Angstäquivalente“ sollten dabei angemessen berücksichtigt und gewürdigt werden, um deutlich werden zu lassen, dass wir die psychisch-emotionalen Empfindungen als mit den körperlichen Ausdrucksformen gleichwertige verstehen, wie Mentzos es ausdrückt, als normale Bipolarität<sup>59</sup>. Wie einleitend beschrieben, sollten wir auch körpersprachliche Angstphänomene als äquivalent zu unbewussten Angstformen berücksichtigen.

Es hat sich gezeigt, dass es Patienten wesentlich leichter fällt, über die *körperlichen* Belastungen ihrer Störung zu reden, weil die psychisch-emotionalen Anteile (oft von Scham und Aggressionen durchzogen) nicht so leicht offenzulegen sind, vor allem nicht zu Beginn der Behandlung. Daher sollten wir die Schilderungen somatischer Beschwerden nicht als ein Ausweichen oder Vermeiden sehen, sondern verständnisvoll ernst nehmen.

<sup>58</sup> Rudolf, G. (2006): *Strukturbezogene Psychotherapie*, Schattauer (Stuttgart), S. 120ff.

<sup>59</sup> Mentzos, St. (2009) aaO: „Der von der biologischen (aber auch der sozialen) Evolution geförderte dynamische Aufbau unserer körperlichen und seelischen Verfassung führt eben zu[r...] eigentlich normalen Bipolarität, welche Erneuerung, Anpassungsfähigkeit, überhaupt Fortschritt ermöglicht und deswegen auch selektiert wurden.“ S. 280.

Möglichst früh sollte versucht werden, herauszufinden, welche beziehungsregulierende Funktion (intrapsychisch und interpersonell) die Symptomatik in verschiedenen Kontexten haben könnte: in wichtigen Beziehungen, im Tätigkeitsumfeld mit Abhängigen, Erwartungen und Verpflichtungen, bei der Interpretation von Gefahren und Bedrohungen usw.

Daraus können wir grob das Strukturniveau einschätzen und einen ersten Eindruck davon bekommen, mit welchen Interaktionsdynamiken wir in der späteren Behandlung zu rechnen haben. Daraus werden wiederum Hypothesen über verinnerlichte und in der Therapie zu erwartende externalisierte Objektbeziehungsdyaden (Selbst-Objekt-Interaktionen) gebildet.

Wenn dann im Laufe der Behandlung diese Interaktionsdynamiken projektiv oder sonstwie inszeniert auftauchen, sollten sie interpretiert und kommentiert werden, z.B. als dyadische Präferenz, und so bewusst werden. Denn ein emotional-kognitives Verständnis für diese innere Verfassung ist nötig für eine Weiterentwicklung hin zu triadischen Kompetenzen und damit einhergehender Änderung der Angstschwere.

Werden jedoch in den probatorischen Sitzungen triadische Interaktionen als unproblematisch verinnerlicht deutlich, können wir eine überwiegend konflikt-dynamische Behandlungsführung planen. Ein vertieftes und differenzierteres Verständnis, wie der Patient aktuell auf strukturell unterschiedlichen Ebenen psychisch funktioniert, kann auch zur Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit beitragen. Stets sollte erfragt werden, ob bisher Versuche unternommen wurden, sich angstmachenden Situationen auszusetzen und sich dabei selbst zu beobachten. Wenn dies noch nie der Fall war, kann man anregen, dies versuchsweise in der Phantasie mit einer nur wenig ängstigenden Situation zu probieren.

Daraus kann man einerseits auf die bereits vorhandenen Fähigkeiten des Patienten zur aktiven, autonomiestärkenden Bearbeitung der Störung schließen, und andererseits können wir für die Behandlungsplanung einschätzen, in welchem Ausmaß stützende Interventionen nötig sein werden (z.B. bei geringem Integrationsgrad). Wie auch bei anderen Störungsbildern, können wir erwarten, dass bei gestärkter Autonomie die Affektregulation, hier die der Ängste, innerhalb einer Belastbarkeitsspanne stattfinden kann, die im neurobiologischen Konzept als „kontrollierbar“ und herausfordernd bezeichnet wird.

#### *Weiteres zur Behandlungsführung:*

Weil das Ziel einer jeden Angstbehandlung sein sollte, aus den pathologischen Störungsanteilen heraus wieder zu einer normalen Angstregulation zu kommen, ist eine entwicklungsfördernde therapeutische Haltung unter Einsatz der bekannten Hilfs-Ich-Funktionen erforderlich. Beispielsweise kann der Therapeut bei der Bearbeitung der (gerade bei Angststörungen) immer wieder nötigen Realitätsprüfung unterstützend wirken, indem er Verständnisversuche des Patienten realitätsangemessen kommentiert. Dies kann dem Behandelnden helfen, Perspektive und Behandlungsweg klarer zu erkennen und damit Sicherheit und Zuversicht beim Patienten fördern.

Rudolf hat vier therapeutische Haltungen (wenn auch in erster Linie für strukturbezogenes Arbeiten) vorgeschlagen<sup>60</sup>, die sich aber wegen des bei Angststörungen erforderlichen aktiven Engagements auch für konflikt-dynamisches Arbeiten bestens bewährt haben:

- 1) *Sich hinter den Patienten stellen:* In dieser imaginierten Position kann der Therapeut versuchen nachzuempfinden, wie der Patient seine Objektwelt erlebt (Identifikation) und ihm dieses Erleben zur Verfügung stellen. Z.B.: „Ich kann nachvollziehen, wie andere Sie mit ihren Erwartungen bedrängt haben ...“
- 2) *Sich neben den Patienten stellen:* Aus dieser Position kann der Therapeut versuchen, die Selbstsicht des Patienten zu teilen, indem eine geteilte Aufmerksamkeit auf die geschilderten Probleme stattfindet. Eine gemeinsame Perspektive könnte angestoßen werden, indem z.B. gesagt wird: „Nun hatten Sie

---

<sup>60</sup> Referiert nach: Rudolf, G. (2006) aaO. S. 122.



schon einige Möglichkeiten des Umgangs mit ... angedeutet, was meinen Sie, wollen wir nicht versuchen, eine davon in Gedanken durchzuspielen, um zu sehen, was dabei rauskommt?“

3) *Sich dem Patienten gegenüberstellen*: Aus dieser Position können Spiegelungen, Antworten (emotionale Resonanzverfahren) und Konfrontationen stattfinden. Z.B. „Ja, ich kann Sie mir gut vorstellen, wie Sie das ... angehen (Spiegelung), aber lassen Sie uns hier erst einmal beleuchten, ob sich daraus nur Vorteile oder auch Nachteile für Sie ergeben könnten.“ (Antwort, Resonanz im Sinne von Besorgnis).

4) *Dem Patienten vorangehen*: Eine perspektivisch antizipatorische Position aus der heraus der Therapeut vorwegnimmt, welche weiteren Schritte anstehen könnten. Z.B. „Jetzt haben Sie gerade von Erfahrungen berichtet, aus denen man schließen kann, dass die frühere Scheu vor länger dauernden Kontakten und unangenehmen Gefühlen in den Begegnungen mit Ihren Kollegen nachgelassen hat. Wenn sich das weiterhin bestätigt, sollten wir uns damit beschäftigen, wie die weitere Entwicklung aussehen könnte.“

Diese vier Perspektivenwechsel, angewendet in einer kohärenten und authentischen therapeutischen Haltung, dürften für die meisten Angststörungen eine hinreichend gute Behandlungsführung ermöglichen. Und zwar, wie gesagt, sowohl für die Arbeit an der Strukturstabilisierung, als auch an den konflikt-dynamischen Anteilen.

---

### **Stichworte zur strukturierten Behandlung von *Panikstörungen***

- akute Symptomatik differenziert explorieren
- initiale Panikattacke mit Begleitumständen und Gefühlen genau beschreiben lassen
- Belastungserfahrungen vor der ersten Panikattacke (Verlust, Beziehungsgefährdung, Überforderung) erfassen
- unmittelbare emotionale Reaktionen auf die Anfälle explorieren, gab es z.B. Besonderheiten bei nachfolgenden Panikanfällen
- herausfinden, ob präventive Schritte zur Verhinderung weiterer Panikanfälle stattfanden
- Selbstbeschreibungen über typische emotionale Regulationsvorgänge und Gefühlsbewertungen anregen (Aggressionslatenz, Selbstunsicherheiten, Ärger, Selbsthass, negatives Selbstbild etc.)
- Vulnerabilität erfassen, diese mit der Angststörung verbinden, und Verständnis für innere unbewusste Beiträge (v.a. negative Affekte) zum Störungsbild schaffen
- subjektive Bedeutung der Panikanfälle explorieren, indem man zu assoziativem Betrachten der Geschehnisse anregt, z.B. über tagtraumähnliches Phantasieren
- sind Angstlust-Tendenzen erkennbar (Erregungen sexueller Art, Selbstverurteilung und -verletzung, sadistische/masochistische Züge)
- Konflikte und Vermeidungstendenzen jeder Art ansprechen und bearbeiten
- zum Ende der Therapie hin mit der Möglichkeit von erneutem Ausbruch der Symptomatik rechnen und die anstehende Trennung rechtzeitig bearbeiten

### **Behandlungsvorschläge bei *Generalisierter Angststörung***

Wie beschrieben, ist die Hauptsymptomatik eine generalisierte und länger anhaltende, nicht fassbare Angst, auf alltägliche Ereignisse, nicht beschränkt auf bestimmte Umgebungsbedingungen und Situationen, frei flottierend. Somatische Begleitphänomene sind häufig Schwindel, Zittern, Atemnot, Spannungskopfschmerz, Herzklopfen, Schlafstörungen, Unfähigkeit, sich zu entspannen und weitere vegetative Phänomene. Es werden vielfach Sorgen geäußert, dass Angehörigen etwas zustoßen dass man wegen Ängsten zusammenzubrechen könnte, usw.

Das heißt für uns TherapeutInnen:

*Sich einstellen auf eine Behandlung von PatientInnen mit überwiegend strukturellen Einschränkungen!*

- Symptomatik hinsichtlich angstauslösenden und -verstärkenden Erfahrungen explorieren, dazu äußere Begleitumstände und emotionale Auswirkungen beschreiben lassen (Abhängigkeiten?)
- strukturelles Interview oder Tests durchführen, um strukturelle Einschränkungen zu spezifizieren (Bindung, Impulssteuerung, Objektbewertung usw.)
- untersuchen, in wieweit biografische Beziehungserfahrungen halt- und sicherheitsgebend waren, weitere Vulnerabilität erfassen, diese verständnisvoll mit der Angststörung verbinden
- Therapieplan (voraussichtliche Dauer und Therapieziel) besprechen, Therapievereinbarung unter Einbeziehung erwartbarer Ausfälle, Abbrüche usw. schließen
- therapeutisch immer wieder fokussieren auf negative Affekte (Wut, Ärger, Selbsthass sowie die Ängste selbst – Angst vor der Angst) und auf deren Funktion als Auslöser und Verstärker der generalisierten Angstsymptomatik
- wenn sich Fortschritte abzeichnen, die eigenen Beiträge des Patienten besonders betonen
- ansonsten die übliche Arbeit am Widerstand und an der Übertragung unter Nutzung der Gegenübertragung – nach den struktur- und konflikt-dynamischen Behandlungsprinzipien

### **Behandlungsvorschläge bei Sozialer Phobie**

- Symptomatik hinsichtlich situativ angstauslösenden und -verstärkenden Erfahrungen explorieren
- die ganze Palette der Reaktionsbildungen und Vermeidungsstrategien (kontraphobisches Verhalten?) erfassen und das Wissen um die Fehlinterpretation der Ursachen für die phobischen Zustände bestätigen („ich bin doch nicht verrückt!“)
- klären, ob in der Entwicklung des phobischen Geschehens akut- oder entwicklungs-traumatische Ereignisse stattgefunden haben, um eventuelle strukturelle Einschränkungen zu erfassen
- Vulnerabilität explorieren, auf die Panik beziehbare Erfahrungen besprechen und Verständnis schaffen für innere unbewusste Beiträge (v.a. negative Affekte) zum Störungsbild
- beachten, ob sich in der Beziehung ein kooperatives Grundgefühl entwickelt (Wir-Gefühl), dieses rückmelden und wertschätzen
- aufklären, dass der Affekt der Scham zentral ist für die Aufrechterhaltung des phobischen Geschehens, und wie dieses Gefühl häufig mit Versagensängsten vor überfordernden Erwartungen von anderen und einem selbst einhergeht
- Kontaktvermeidung und sozialen Rückzug den vorhandenen Beziehungskompetenzen gegenüberstellen und eine Erweiterung dieser Kompetenzen anregen
- immer wieder auf das gestörte Selbstbild fokussieren und dabei die überzogenen Ansprüche sowie deren Projektion auf andere aufzeigen
- Mut machen zur Konfrontation mit solchen Umständen und Personen, die gemieden werden, damit die Kompetenz zur angemessenen Gestaltung (mit guten Gefühlen) sozialer Interaktionen verbessert wird

Empfehlung:

Den Abschluss der Therapie rechtzeitig beginnen, und betonen, dass die Fortschritte auf die kooperative Beziehung zurückzuführen sind, auf die der Patient sich eingelassen hat.

### Behandlungsvorschläge bei *Agoraphobie*<sup>61</sup>

Agoraphobie kann bei Personen, die strukturell mäßig bis gut integriert sind, als Konfliktpathologie und bei solchen mit geringerem Integrationsgrad, z.B. als eine Persönlichkeitsstörung eingeordnet werden. Bei derartigen Störungsbildern können strukturelle Beeinträchtigungen der Objektabhängigkeit, z.B. mit Sehnsucht nach einem „steuernden Objekt“<sup>62</sup> zum Angstschutz und nach Selbst-Objekt-Beziehungen (Kohut) dominieren.

Einzelne Schritte der *Behandlungsvorbereitung*:

Analyse der Symptomatik und der angstausslösenden Situation(en)

Klärung des der Angstausslösung zugrundeliegenden assoziativen Feldes bzw. der Verbindung mit (unbewussten) Phantasien

Aufdeckung und Bearbeitung der mit dem assoziativen Feld verbundenen unbewussten Konflikte

Speziell zu klären wären:

- das assoziative Umfeld der angstausslösenden Situationen, insbesondere die mit diesen unbewusst verbundenen negativen Affekte
- das Ausmaß der Vermeidung (der Patient nivelliert, bagatellisiert, lenkt ab)
- die Möglichkeit einer Wahrnehmungsverweigerung (der Patient bekommt Angst und kann deswegen nicht mehr klar sehen und denken)

„Eine Behandlung von Phobikern ohne Aufgabe der Vermeidung kann kaum von Erfolg sein.“ (Freud 1919)

Die Behandlung sollte daher beginnen mit **selbst gesteuerter** Angstexposition in der Sitzung mit:

- der Aufforderung, sich - trotz der Angst und so gut es möglich ist - die bedrohliche Szene genau anzusehen („um so genau zu sehen, was wirklich passiert“)
- dem Angebot, in der folgenden Stunde darüber detailliert zu sprechen („um zu verstehen, was dahinter steht“)
- der Möglichkeit, in der Phantasie „den Therapeuten mit in die Situation zu nehmen“.

Neben diesen Klärungen und Vorarbeiten ist es wichtig die PatientInnen aufzuklären über das Phänomen der „Angst vor der Angst“ (Grund für die Exploration des ersten Angstanfalls) sowie eine Aufklärung über den Abwehrvorgang der Vermeidung und seine angsterhaltende Funktion

(etwa: „Das ist eine der heute am besten belegten Ursachen für die stabile Erhaltung von Angst“)

### Behandlungsvorschläge bei *Hypochondrie*

Wie Argentieri Bondi beschreibt, sollte sich die therapeutische Arbeit auf die Analyse der Angst, der Besorgnis und der subjektiven Theorien bezüglich der Genese und Funktion der Symptomatik richten. Dazu gehört auch die Untersuchung der von PatientInnen erwarteten „Heilung“ der Beschwerden, also vornehmlich eine Arbeit mit den Vorstellungen, Phantasien und Symbolisierungen, die rund um die Erkrankungsfixierung dargestellt werden. Dabei ist es besonders wichtig, sie ernst zu nehmen, keine Zweifel an ihren Ansichten aufkommen zu lassen und sich damit auf „die jeweilige subjektive Welt“ einzulassen, um so gleichsam die Körperklage anzunehmen. Ein Zwischenziel könnte darin gesehen werden, von der somatischen Annahme zu einer psychosomatischen zu gelangen. Durch das In-Worte-Fassen der „eigentümlichen“ Gedankenkonstruktionen bezüglich des hypochondrischen Geschehens kann in der Beziehungsdynamik eine beidseitige Vertrautheit mit diesem Geschehen entwickelt werden, was dazu führt, dass ko-konstruktiv ein gewisser Sinn des Geschehens bewusst werden kann.

Ähnliches spricht auch Bernd Nissen an, wenn er empfiehlt, statt des klassischen Verstehens die „Erschaffung von ‚träumerischen Räumen‘ [...] in denen binokulare Funktionen bewusst und unbewusst zu denken sowie Fantasien“<sup>63</sup> zu fördern und zu stärken.

Nach längerer Behandlung kann man sich auch Übertragungsdeutungen der aktuellen Interaktionsdynamik aus der sog. Perspektive eines Dritten überlegen.

---

<sup>61</sup> Referiert und zitiert nach: Hoffmann, S.O. (2008) aaO, S. 98ff.

<sup>62</sup> König, K. (1981) *Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen*, Vandenhoeck & Ruprecht (Göttingen)

<sup>63</sup> Nissen, B. (2010) *Hypochondrie*, Forum Psychoanal 26, S. 14

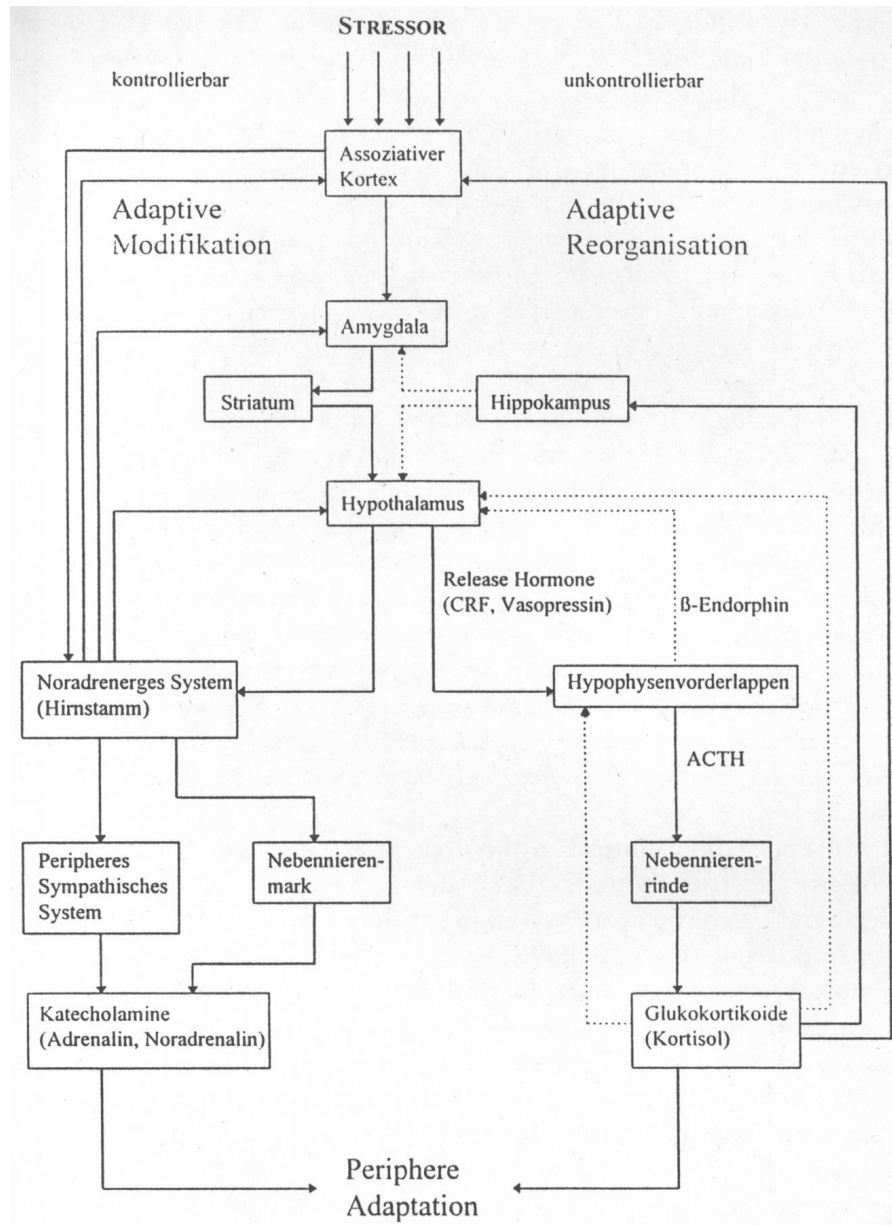


Abbildung 1: Integrierte Darstellung der wichtigsten am Streß-Reaktions-Prozeß beteiligten zentralen und peripheren Systeme  
 (—→ = Aktivierung, .....→ = Hemmung)

Hüther, G. et al (1996): Psychische Belastung und neuronale Plastizität: Zsch. psychosom. Med. 42, 107-127, Vandenhoeck & Ruprecht

## F3a

Zitate aus: G. Huether, St. Doering, U. Rürger, E.Rüther und G.Schüßler (1996), S. 113f.

*„Der Streß-Reaktions-Prozeß wird durch eine physiologische und/oder psychische, reale, imaginierte oder antizipierte Belastung ausgelöst und ist charakterisiert durch die ständige Wechselwirkung und Rückkopplung zwischen einer mehrphasigen kognitiven und emotionalen Bewertung der Belastung im Hinblick auf ihre Bedeutung für das Individuum und einer Sequenz physiologischer, kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Reaktionen mit dem Ziel der Bewältigung. Im Zuge dieses Prozesses kann es zu spezifischen physiologischen, kognitiven, emotionalen bzw. verhaltensbezogenen Veränderungen des Individuums kommen.*

Falls es dem Individuum gelingt, den Streß-Reaktions-Prozeß aus eigener Kraft zu beenden, wollen wir im folgenden von *kontrollierbarem Streß* sprechen, falls der Prozeß bei fehlender oder unzureichender Fähigkeit zur Kontrolle und Beendigung durch das Individuum bestehen bleibt, gebrauchen wir den Begriff *unkontrollierbarer Streß*. Diese Begriffsdefinition [...] beinhaltet jedoch ausdrücklich neben den physiologischen Komponenten der Streßreaktion auch die anderen obengenannten Anteile des Prozesses, wie die Art der Belastung, die Bewertung und die nicht-physiologischen Reaktionen“ [z.B. Angst! R.H.] S. 113f.

Aus der Zusammenfassung:

*„Wir kommen in unserer Arbeit zu dem Schluß, daß kontrollierbarer Streß durch **adaptive Modifikation neuronaler Verschaltungen die Stabilisierung und Fazilitation\* geeigneter Bewertungs- und Bewältigungsmuster unterstützen** kann, während unkontrollierbarer Streß über die **Extinktion ungeeigneter Verhaltensmuster und der zugehörigen neuronalen Verschaltungen zur Reorganisation neuronaler Netzwerke und entsprechender Verhaltensmuster führen** kann. Kontrollierbare wie unkontrollierbare Streßbelastungen erhalten so eine neue Bedeutung: Beide bilden eine essentielle Voraussetzung für menschliche Anpassungs- und Entwicklungsprozesse und können damit allerdings auch zur Ursache von Fehlentwicklungen und Erkrankungen werden.“ (Hervorh. R.H.) S. 108.*

\* **Fazilitation:** Einige Sekunden bis Minuten lang anhaltende Verstärkung der Neurotransmission nach vorausgegangener Aktivität in der präsynaptischen Endigung.

## Nähere Erläuterungen

Entnommen aus: Benecke, C. & Staats, H., Psa. v. Angststörungen, S. 94f.  
(gekürzt, ergänzt und hervorgehoben R.H.)

*Sofortreaktionen* auf Situationen, die starke Angst auslösen, werden im Gehirn wie Traumata innerhalb des limbischen Systems in den Mandelkernen (Amygdala) gespeichert. Hier sind sie wenig löschar. Reaktionen auf diese Reize erfolgen *rasch* und *bevor das bewusste Denken im Cortex einsetzt*. Eine solche schnelle und auch nach Jahren ohne Exposition noch erhaltene, schwer löschar Reaktion ist entwickungsgeschichtlich sinnvoll. Sie führt zugleich dazu, dass die bewusste Wahrnehmung und Reflexion der Gefahr der Reaktion nachhinkt: Spaziergänger erschlagen im Wald auch immer wieder Blindschleichen, selbst wenn sie wissen, dass diese ungefährlich und zu schützen sind.

*Zum Stress-Reaktions-Prozess*: In einem Zustand von Stress/Angst ist das kreative Verknüpfen von Assoziationen in der Großhirnrinde, das wir zum Lösen von Problemen benötigen, eingeschränkt. Andere Teile des Gehirns sind besonders aktiv. Das Erleben von Angst führt zu einer Abfolge von hormonellen Reaktionen. Zunächst werden kortikale und limbische Strukturen des Gehirns aktiviert, was als ein unspezifisches »Arousal« durchaus lustvoll – etwa als Angstlust oder (auch sexuell getönte) Erregung erlebt wird. Damit geht die Ausschüttung von adrenergen Transmittern einher. Wird die Situation bewältigt und geht die Erregung zurück, wird das mit der Bewältigung der Situation verbundene Verhalten neurobiologisch verstärkt: Die beteiligten Synapsen vergrößern sich und/oder bilden unter dem Einfluss der ausgeschütteten Transmitter weitere Verzweigungen aus. Hier finden wir neurobiologische Vorgänge, die mit dem Aufsuchen von (leicht) ängstigenden Situationen, mit »Herausforderungen« [„kontrollierbarer Stress“ bei Hüther et al] verbunden sind.

Hält dagegen die stressauslösende Situation an, erschöpfen sich die adrenergen Speicher. Es kommt in einer zweiten Phase der Reaktionen zur Aktivierung des HPA-Systems (Hypothalamus – Hypophyse – Nebennierenrinde) und in einer sich verstärkenden Reaktion zur Ausschüttung von Corticoiden im ganzen Körper. Corticoidrezeptoren im Gehirn werden ebenfalls erreicht. Corticoide sorgen – mit anderen Substanzen – für einen *Abbau von Synapsen im Gehirn und für einen Untergang von Nervenzellen*. Erlebt wird massive Ohnmacht und Verzweiflung [„unkontrollierbarer Stress“ bei Hüther et al] .

Auch dieses Geschehen hat biologisch sinnvolle Effekte. Er führt zu einer *Reorganisation von Nervenzellen, zu einer Art »struktureller« Veränderung*. Bestehende Reaktionsmuster werden abgeschwächt und aufgelöst. Das schafft „Raum“ für bisher nicht erprobte neue Bewältigungsmuster, mit denen dann ängstigende Situationen bewältigt werden können. Das Erleben einer erfolgreich bewältigten Herausforderung führt dann über die Ausschüttung von Katecholaminen und den Rückgang des Arousal zu einem raschen Lerneffekt mit der Ausbildung neuer, anderer synaptischer Verknüpfungen.

# Psydy F5a

Tab. 2.11 Konflikte und Bewältigungsversuche in Abhängigkeit vom Strukturniveau.

Strukturniveau	Angstsinhalte
<p><i>relativ reifes Strukturniveau</i> (ödyal bzw. phallisch): angstausslösend sind intrapsychische Konflikte; es sind Konflikte, die sich zwischen der unbewussten Affekt- und Bedürfniswelt, den normativen Instanzen des Über-Ichs, den steuernden Instanzen des Ichs und den Selbst- und Objektrepräsentanzen ereignen</p>	<p><i>Angst vor der eigenen Triebhaftigkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor verdrängten libidinösen und aggressiv-destruktiven Regungen</li> <li>• Angst vor regressiven Impulsen (symbiotisch, oral-kannibalistisch, exhibitionistisch, voyeuristisch, anal-sadistisch, narzisstisch, inzestuös)</li> <li>• Bewältigungsversuch: forcierte Triebabwehr, Externalisierung („die anderen tun es“)</li> </ul> <p><i>Angst vor Schuld, Gewissensangst (Über-Ich-Angst)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor äußeren Vorwürfen, Strafandrohungen oder vor Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen.</li> <li>• Bewältigungsversuch: Unterordnung unter Autoritäten als externalisiertes Über-Ich, Delegation moralischer Verantwortung an andere, Idealisierung von Gehorsam</li> </ul> <p><i>Angst vor Verlust der körperlichen Integrität</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kastrationsangst, Angst vor Schädigung durch strafende Objekte, Angst vor Schmerzen und Leiden</li> <li>• Bewältigungsversuch: Festhalten an der narzisstischen Allmacht</li> </ul>
<p><i>mittleres Strukturniveau:</i> angstausslösend sind Konfliktsituationen, in denen das Selbst mit den Objekten um die richtige Form der Beziehung bzw. um seine Autonomie kämpft</p>	<p><i>Angst vor Verlust der Liebe des Objektes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst, für das wichtige Objekt nicht mehr liebenswert zu sein; Angst abgelehnt, zurückgewiesen zu werden</li> <li>• Bewältigungsversuch: betonte Unterordnung und Anpassung an die Objekte, Sich-Anbieten und Zur-Verfügung-Stellen</li> </ul> <p><i>Angst vor Verlust des Selbstwerts</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor Beschämung, Angst, das Gesicht zu verlieren; Angst vor narzisstischen Kränkungen, Angst, zu versagen</li> <li>• Bewältigungsversuch: Bemühen um narzisstische Selbstaufwertung</li> </ul> <p><i>Angst vor Verlust der Autonomie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor Abhängigkeit, Vereinnahmung, Unterwerfung, Sich-selbst-aufgeben-Müssen</li> <li>• Bewältigungsversuch: forcierte Autonomie</li> </ul> <p><i>Angst vor Verlust des Objekts</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trennungsangst; Angst, das lebensnotwendige Objekt zu verlieren; Angst vor Verlust der Sicherheit, Geborgenheit, Harmonie; Angst vor Hilflosigkeit, Verlassenheit; Angst, dem übermächtigen bösen Objekt ausgeliefert zu sein (Verfolgung, Vergiftung, Vernichtung)</li> <li>• Bewältigungsversuch: Bemühen um harmonische Beziehungen zu den Objekten, Festhalten an Idyllen</li> </ul>

# Psyde F5b

## frühes Strukturniveau

### Angst vor Überwältigung durch Objekte

- Angst vor Verfolgung, Beschädigung, Unterwerfung, Gequältwerden und Zerstörtwerden
- Bewältigungsversuch: Misstrauen gegen andere, Projektion eigenen Hasses (Selbsthasses) auf Fremde (Feindbilder), kämpferische Abgrenzung nach draußen

### Angst vor Beschädigung der Objekte

- Angst, die Objekte zu verletzen, zu zerstören (z. B. durch eigene Autonomieansprüche)
- Bewältigungsversuch: anklammernde Bindung, Fürsorglichkeit in Reaktionsbildung

## frühes Strukturniveau

### Angst vor Nähe

- Angst vor Verschmelzung von Selbst und Objekt; Angst, die eigene autonome Existenz zu verlieren; Angst, aufgefressen, verschlungen zu werden
- Bewältigungsversuch: Vermeidung von Nähe, Abwehr von Nähewünschen, Kontrolle und Entwertung der Objekte

### Angst vor Selbstverlust

- Angst vor Nichtsein, vor der Leere, vor Auflösung, vor dem Nichts; Existenzangst, Todesangst
- Bewältigungsversuche: Selbstaktivierung (motorische oder sensorische Aktivität), Selbststimulierung (Selbstverletzung)

aus: Rudolf, G. & Henningsen, P. (2008), S. 182f.

Angst-Bewältigungsversuche in Stichworten: (leicht geändert nach Rudolf, G. 2008, aaO, S.183f.)

*Verdrängung* von Angstvorstellungen: „Ich habe vor nichts und niemand Angst“

*Verleugnung* von Gefahren: „Davon habe ich nichts gelesen“ (lebensbedrohliche Gefährdung)

*Vermeidung* jeglicher Risiken.

*Somatisierung*.

*Aufbau von Omnipotenzphantasien*: „Ich bin doch immun!“

*Forcierte Autonomie*: „Ich komme allein zurecht, brauche niemanden“ (Angst vor Bindung und Nähe)

*Externalisierung von Triebgefahren*: Angriffe, Attacken gegen andere, Herabsetzungen von anderen als Projektion (Zuschreibung) eigener aggressiv-destruktiver sexueller und habgieriger Impulse.

*Externalisierung von Über-Ich Aspekten*: „Ich bin nur Gott gegenüber verantwortlich, nur ihm habe ich zu dienen.“ (Idealisierte Unterwerfung, dadurch keine Notwendigkeit für Verantwortung für eigenes Tun – keine Ängste.)

*Selbst-„Medikation“* (Alkohol, Drogen, Rauchen etc.)

*Selbststimulation*: Exzessiver Sport, gestörtes Essverhalten, endängstigende Selbstverletzungen etc.

*Altruismus*: (z.B. aufwändig für stete Harmonie in Beziehungen sorgen, um Konflikte und Differenzen nicht zur Kenntnis nehmen zu müssen – von potentiell Trennendem und Verlust.