

1 Einleitung

*»Angst ... (ist das) ... Grundphänomen und Hauptproblem der Neurose«
Sigmund Freud (1926)*

Angst ist im psychoanalytischen Denken ein zentraler Faktor bei der Entstehung psychischer Störungen. Theorien zum Verstehen von Angst wurden weiterentwickelt, kontrovers diskutiert und aufgrund neuer Befunde oder Theorien verworfen. Zur Beschreibung der individuellen Psychodynamik eines Patienten gehören fast regelhaft Hypothesen zu bewussten und nicht bewussten Ängsten und den mit ihnen verbundenen Beziehungsproblemen, Abwehrmechanismen und Bewältigungsversuchen.

Freud (1916–17) beschreibt Angst an vielen Stellen als die Ursache neurotischer Erkrankungen, weil »psychische Krankheitssymptome überhaupt nur gebildet werden, um der sonst unvermeidbaren Angstentwicklung zu entgehen« (S. 419).

Auch zur Behandlung von Patienten mit Angststörungen gibt es zahlreiche Konzepte mit einem aus der Behandlungspraxis erwachsenen klinisch empirischen Hintergrund. Die lebendige theoretische Diskussion um das Verstehen von Ängsten und die Behandlung von Menschen mit Angststörungen steht in einem Widerspruch zu der vergleichsweise geringen Anzahl von empirischen Untersuchungen psychodynamischer Therapien, die den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin genügen. Hier will dieses Buch ansetzen. Es nutzt Ergebnisse aus eigenen Untersuchungen zur psychodynamischen Behandlung von Angstpatienten (Benecke, 2006), Manualisierungen von Therapien für Patienten mit Angststörungen (z. B. Hoffmann, 2008; Leichsenring et al., 2008a; Leichsenring et al., 2015; Leichsenring & Salzer, 2014; Leichsenring et al., 2005b) und die aktuelle S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen (Bandelow et al., 2014). Diese Daten, Konzepte und Emp-

fehlungen diskutieren wir mit ihren Verbindungen zu psychoanalytischen Theorien. Psychodynamische Ansätze zur Behandlung von Patienten mit Angststörungen stellen wir in ihrer Entwicklung und in Verbindung mit weiteren therapeutischen Ansätzen dar. Fallbeispiele und die praxisnahe Darstellung therapeutischer Vorgehensweisen sollen zu einer empirisch informierten, störungs- und strukturspezifisch angelegten psychodynamischen Therapie von Patienten mit Angststörungen beitragen.

Wir beginnen mit einer kurzen Darstellung der Angststörungen in den aktuell gültigen Klassifikationen (ICD-10, DSM-5). Epidemiologische Daten und Komorbiditäten (innerhalb der Angststörungen und mit weiteren psychischen Störungen) werden berücksichtigt und klassische psychoanalytische Konzeptualisierungen von Angsterkrankungen (z. B. »Angstneurose«, »Angsthysterie«, »phobischer Charakter«) vor diesem Hintergrund so diskutiert, dass Unterschiede und Gemeinsamkeiten zur ICD/DSM sowie Vorzüge und Nachteile der unterschiedlichen Klassifikationssysteme deutlich werden.

Ausführlicher werden dann – ausgehend von Freuds Angsttheorien und deren Veränderungen – die klassischen psychoanalytischen Modelle zu Angststörungen mit ihren Verbindungen zu aktuellen Modellen und Behandlungsformen dargestellt. Dabei werden empirische Befunde der Affektforschung, der Psychotherapieforschung, der Entwicklungspsychologie sowie, kurzgefasst, der Neurobiologie einbezogen.

Der zweite Teil des Buches beschreibt vor dem Hintergrund dieser Modelle und Theorien die Behandlung von Patienten mit Angststörungen. Therapeutische Ansätze aus der Verhaltenstherapie, den humanistischen Verfahren, psychopharmakologische und suggestive Therapien sowie weitere für die Behandlung von Angststörungen genutzte Vorgehensweisen werden mit ihren Verbindungen zu psychodynamischen Verfahren skizziert. Dann stellen wir die derzeit vorliegenden psychoanalytischen Behandlungskonzepte ausführlicher dar, und zwar sowohl manualisierte Kurztherapien als auch analytische Langzeitbehandlungen bei Angststörungen. Bei Langzeittherapien gehen wir besonders auf die Behandlung von Patienten ein, bei denen Angststörungen gemeinsam mit affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen auftreten. »Reine« Angststörungen sind selten, Komorbiditäten der Regelfall (► Kap. 2.3).

Die Indikationsstellung wird anhand von konflikt- und strukturbezogenen Merkmalen so diskutiert, dass Entscheidungen innerhalb einer breit angelegten Matrix von Informationen getroffen werden können. Dabei wird auch die empirische Befundlage bezüglich der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Behandlung von Angsterkrankungen dargestellt.

2 Angst und Angststörungen

Einführung

Angst kann verstanden werden als Ergebnis einer Einschätzung der Größe einer Gefahr im Vergleich mit der Einschätzung der eigenen Kompetenzen. Sie tritt damit je nach Situation, vorangegangenen Erfahrungen und erworbenen Kenntnissen in interindividuell ganz unterschiedlicher Stärke auf. Als evolutionär verankerte psychische und somatische Reaktion erfüllt sie überlebensnotwendige Funktionen, indem sie den Organismus in die Lage versetzt, Gefahrensituationen adaptiv zu bewältigen (ausführlich zu Emotionen in dieser Buchreihe: Benecke & Brauner, i. Vb.).

Ohne die Fähigkeit, mit Angst reagieren zu können, wären wir in hohem Maß gefährdet. In Bezug auf Angststörungen braucht es daher Kriterien, um zwischen normaler Angst und pathologischer Angst zu unterscheiden. Angst, auch wenn sie auf einen Beobachter »übertrieben« wirken mag, ist nicht notwendigerweise ein Hinweis auf eine Erkrankung. Dies gilt auch für Ängstlichkeit als ein überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal. Angst kann erregend wirken, als lustvoll erlebt und aktiv aufgesucht werden – als Angstlust oder »Thrill« (Balint, 1959). Ein aktives Bewältigen ängstigender Situationen erhält und stärkt Kompetenzen. Bei der Betrachtung von Angst werden wir daher in der Regel auf ein Gefüge von miteinander interagierenden Faktoren stoßen, die im Alltag zu einem mehr oder weniger leicht störbaren Gleichgewicht von Ressourcen, Herausforderungen und Aktivitäten führen.

Lernziele

- Funktionale und dysfunktionale Erscheinungsformen von Angst kennen und den Kategorien der diagnostischen Manuale zuordnen lernen
- Das Problem der Komorbiditäten bei Angststörungen verstehen – methodisch als ein »Artefakt« deskriptiver diagnostischer Systeme und inhaltlich als einen zentralen Faktor für das therapeutische Vorgehen und den Erfolg von Psychotherapien bei Angststörungen
- Psychoanalytische Diagnosen von Angststörungen kennen lernen, sie in ihrem Bezug zu den verschiedenen Theorien der Psychoanalyse einordnen und nutzen können

2.1 Funktionale und dysfunktionale Aspekte von Angst

Angst ist mit vielfältigen Reaktionen verbunden. Die Ausschüttung von Hormonen und Veränderungen in der Aktivierung des vegetativen Nervensystems führen zu körperlichen Veränderungen, die sich zunächst grob als Vorbereitung für Kampf- und Fluchtreaktionen beschreiben lassen. Angst hat hier – wie andere Affekte – mehrere Dimensionen:

1. Sie ist mit mehr oder weniger bewussten Erfahrungen, inneren Repräsentanzen und mit Kognitionen verbunden, die zur Steuerung individuellen Verhaltens beitragen.
2. Veränderungen der Durchblutung und die Aktivierung und Hemmung körperlicher Funktionen sichern körperliche Voraussetzungen für Kampf oder Flucht.
3. Über interpersonelle Signale aktiviert sie Unterstützung innerhalb eines sozialen Systems.

Die verschiedenen Dimensionen von Angst sind eng miteinander verbunden. Diese wechselseitige Beeinflussung trägt zur Regulation von Angst bei – das Singen im Wald reduziert die Angst eher als ein vorsichtiges Vermeiden von Geräuschen. So kann Angst auf ganz unterschied-

liche Art und Weise reguliert und bewältigt werden. In der Regel spielen dabei sowohl intrapsychische als auch interpersonelle Faktoren eine Rolle. Einige dieser Möglichkeiten werden im Folgenden aufgeführt (vgl. Rudolf, 2000).

- Angst – beziehungsweise die angstauslösende Situation – kann vermieden werden. Dies ist ein häufiges, naheliegendes und kurzfristig sehr erfolgreiches Verhalten. Langfristig trägt es zum Teufelskreis der Entwicklung von Angststörungen in für viele Störungen charakteristischer Weise bei (► Abb. 2.1). Es geht mit der Rückbildung von anderen Kompetenzen in der Bewältigung von Angst einher und ist oft in interpersonell wirksame Regelkreise der Verhaltensregulation eingebunden.
- Angst – oder genauer: die angstauslösenden Vorstellungen – können im Interesse der Bewältigung einer Aufgabe verdrängt werden. Dieser Vorgang wird manchmal als »Heldenhaftigkeit« beschrieben. Diese kann durch Interaktionen in Gruppen weiter verstärkt werden.
- Die Verleugnung von Angst tritt regelhaft auf, wenn in Notfallsituationen Handlungsfähigkeit erhalten bleiben soll. Oft ist der Affekt dann deutlich, wenn die Notfallsituation beendet ist. Der Notfallhelfer bei einem Autounfall handelt überlegt und ruhig, bis der Notarzt da ist; dann bricht er erschüttert und weinend zusammen.
- Omnipotenzphantasien tragen dazu bei, sich ängstigenden Situationen mit Aussicht auf Erfolge stellen zu können – sie sind etwa in der Adoleszenz häufig zu beobachten und tragen zum Erproben von Grenzen und zum Entwickeln von Kompetenzen bei, können aber auch zu selbstgefährdendem Verhalten führen.
- Existentielle Konflikte können durch die Betonung einer Seite so reguliert werden, dass bedrohliche und ängstigende Aspekte wenig erlebt werden – manchmal werden diese Erlebensweisen interpersonell dann bei anderen Menschen gesucht oder ausgelöst und dort kontrolliert. Zu diesen Möglichkeiten zählt etwa der Aufbau einer betonten Autonomie, aus der heraus andere beschützt werden, oder der Verzicht auf Selbständigkeit mit der beständigen Suche nach einem Begleiter, der Schutz gibt.
- Ängstigende innere Motive, Affekte und Impulse können externalisiert werden. Sie werden dann z. B. auf andere Menschen projiziert und dort bekämpft. Dies ist zunächst einfacher als die Auseinander-

setzung mit einer inneren, nicht durch Handeln allein zu bewältigenden Gefahr.

- Die körperlichen Auswirkungen von Angst können von den angstauslösenden Vorstellungen und Situationen gelöst werden und dann als »Ursache« oder Begründung der Angst erlebt werden. Angst vor einem schwer regulierbaren oder wenig differenzierten Gefühl (etwa einer bei Zurückweisungen auftretenden Wut, die interpersonell nicht erkennbar werden soll) geht mit einem erhöhten Herzschlag einher. Die körperlichen Begleitaspekte dieser Angst (und auch der mit ihr verbundenen Wut) werden dann – unter Verlust des Zusammenhangs mit inneren Bildern und mit sozialen Zusammenhängen – zu einer Angst vor der nicht kontrollierbaren Steigerung des Herzschlags, für die ärztliche Hilfen in Anspruch genommen werden: Angst wird »somatisiert« (► Kap. 2.1.6).
- Alkohol und andere Drogen können im Sinne einer Selbstmedikation zur Bewältigung von Angst eingesetzt werden. Die Bewältigung sozialer Ängste durch Selbstmedikation geht dann mit dem Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung einher.
- Selbstverletzendes Verhalten kann im Rahmen einer Selbststimulierung zur Bewältigung von Angst eingesetzt werden.
- In Beziehungen kann es gelingen, sich als Helfer gegenüber anderen Menschen anzubieten, und damit als »sicherndes Objekt« selbst nicht Angst zu empfinden, sondern anderen dabei zu helfen, diese zu bewältigen – eine mögliche Falle für Therapeuten bei der Behandlung von Patienten mit Angststörungen.

Wenn Angst im Sinne der Selbst- und Arterhaltung dazu dient, die eigene Stärke mit der Größe der Gefahr zu vergleichen, wird unmittelbar deutlich, dass sich Selbsttäuschungen fatal auswirken können. Angst ist die Wahrnehmung von etwas Bedrohlichem. Die qualitative Nähe des Erlebens von Angst zur Aggression wird deutlich. Zugleich ist die von Angst ausgelöste Bewegung (weg vom Objekt) anders als in der hin zum Objekt gerichteten Bewegung des »adgredi« (siehe auch Dahl, 1995).

Beide Affekte bleiben im Erleben aber eng miteinander verbunden. Erworbene Dispositionen und erbgenetische Anlage bestimmen als »trait anxiety« zunächst, was als Auslöser von Angst (Stressor) angesehen wird. Mental repräsentierte Erfahrungen, Situationen meistern zu können,

reduzieren diese Stressoren oder verknüpfen sie mit anderen Affekten. Angstlust oder »thrill« entsteht, »Funktionslust« wird gesucht und reduziert Angst. Ein Patient mit einer latenten Angststörung beschreibt in diesem Sinn: »Wenn ich nicht jede Woche drachenfliege, bekomme ich Angst«.

Situationen nicht meistern zu können, entmutigt dagegen. Sowohl ein Überbehüten mit fehlenden Gelegenheiten prädisponiert zur Entwicklung pathologischer Angst, als auch eine wiederholte Überforderung, aus der heraus kein Erleben von Sicherheit und der Bemeisterung einer Situation, des Abklingens von Spannung erlebt wird. Das Risiko der Entwicklung von pathologischer Angst steigt dann, wenn Angst erlebt wird, ohne dass es zu einer zielgerichteten Reaktion (Flucht oder Kampf) kommen kann. Eine Situation der Hilflosigkeit kann traumatisierenden Charakter entwickeln. Bei Wiederholungen kommt es dann zunehmend leichter zu weiteren Traumatisierungen. Die zunächst zielgerichtete Reaktion der Angstentwicklung verliert ihre Bedeutung und wird vor dem Hintergrund eines Erlebens von Hilflosigkeit mit etwas verknüpft, das bessere Möglichkeiten der Bewältigung verspricht. Sekundär kann diese Angst sich dann ausbreiten und weiter entdifferenzieren zu einer »Angst vor der Angst«. Phantasie und Vorstellungsvermögen bieten so zunächst die Möglichkeit, die reale Angst durch eine neurotische zu ersetzen. Sie tragen aber auch dazu bei, dass diese neurotische Angst dann stärker als die reale Angst werden kann (siehe etwa Goethes Ballade *Erlkönig* oder Orwells Roman *1984*; Beiträge zum Thema »Neurotische und reale Angst« auch in Rüger, 1984).

Pathologische Angst kann damit durch einen oder mehrere der folgenden Aspekte gekennzeichnet sein:

- Die Angstreaktion tritt in unangemessenen Situationen auf und wird von den betroffenen Personen ungewöhnlich intensiv und häufig erlebt.
- Die Angstreaktionen treten konsistent und lange anhaltend oder überdauernd auf.
- Es kommt zu einer Erwartungsangst, der »Angst vor der Angst«.
- Die betroffene Person verliert die Kontrolle über die Angst und beginnt zu vermeiden und sich zurückzuziehen.
- Der Leidensdruck der betroffenen Person erhöht sich dermaßen, dass die Lebensqualität negativ beeinträchtigt wird.

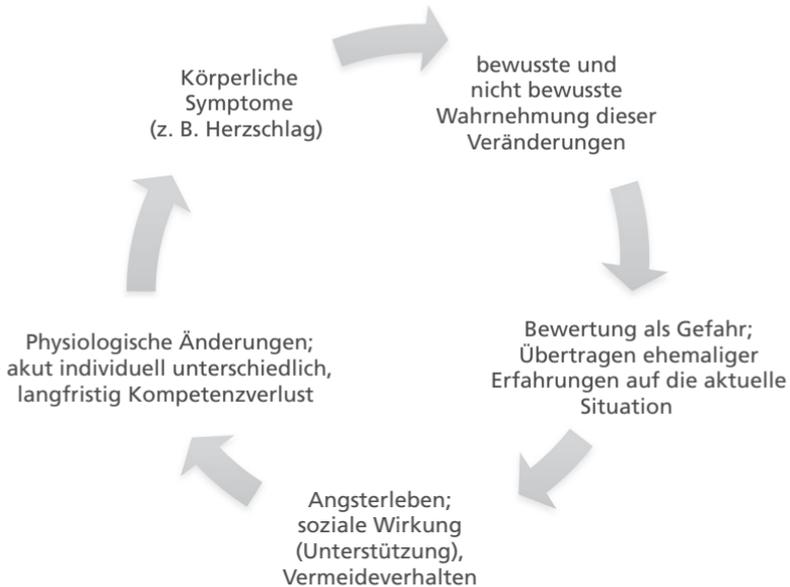


Abb. 2.1: Sogenannter »Teufelskreis« der Angststörungen (in Anlehnung an Schneider & Margraf, 1998, modifiziert und um psychodynamische Faktoren ergänzt).

Krankhafte Angstzustände treten auch als *sekundäre Angstsyndrome* im Rahmen einer Vielzahl von Erkrankungen auf, sowohl als Folge psychischer Erkrankungen (z. B. bei affektiven Störungen, psychotischen Störungen oder Substanzabhängigkeit) als auch bei somatischen Erkrankungen (z. B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit Angina pectoris, bei Hyperthyreose oder neurologischen Krankheiten wie der Chorea Huntington). Diese sekundären Ängste und ihre Behandlungsmöglichkeiten werden im Rahmen dieses Buches nicht dargestellt.

Bei den *primären Angstsyndromen*, den Angststörungen im engeren Sinne, werden für eine erste Orientierung meist zwei Gruppen unterschieden:

- Objekt- und situationsunabhängige Ängste: Dazu gehören die sogenannten »frei flottierenden« Angstformen (z. B. die Generalisierte Angststörung oder Panikattacken).

- Objekt- und/oder situationsbezogene Ängste: Sie sind gegeben, wenn die Angst als Furcht vor bestimmten Objekten und Situationen auftritt, die dann vermieden werden können (z. B. bei spezifischen Phobien oder einer sozialen Phobie). So tritt in einem – eingeschränkten – Alltagsleben keine Angst auf. Die Patienten erfüllen damit auch die Kriterien formalisierter Diagnosesysteme für Angst oft nicht.

Diese Unterscheidung macht zwar phänomenologisch Sinn, ist unter psychoanalytischer Perspektive allerdings nicht haltbar, da sich auch bei den scheinbar »aus heiterem Himmel« auftauchenden Angstzuständen fast immer mehr oder weniger spezifische Auslöser finden lassen. Diese Auslöser können intrapsychisch oder interpersonell verortet werden. Sie sind in der Regel nicht oder nur in Teilen bewusst.

2.2 Klassifikation von Angststörungen und Kriterien nach ICD und DSM

Die Diagnose von Angststörungen kann nach ganz unterschiedlichen Kriterien erfolgen. Wir behandeln im Folgenden zunächst die deskriptiven Kriterien der diagnostischen Manuale ICD-10, DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001) und DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2014). Schwierigkeiten einer solchen atheoretischen, beschreibenden Zuordnung zeigen sich in der hohen Anzahl von Diagnosen, die den meisten Patienten mit Angststörungen zugeordnet werden. Dieser Befund kann als Problem der »Komorbiditäten« (► Kap. 2.3) beschrieben werden. Es kann aber auch als Ausdruck einer geringen Validität der deskriptiven diagnostischen Kategorien diskutiert werden. Dieser Kritikpunkt kommt psychoanalytischen Konzepten entgegen, die sich nicht allein an beobachtbaren Merkmalen orientieren, sondern psychodynamische Zusammenhänge für diagnostische Zuordnungen berücksichtigen. Werden etwa bei Panikstörungen unbewusste oder durch Abwehr unkenntlich gemachte Gründe für das Auftreten von Angst berücksichtigt, verändert sich das Bild. Die diagnostischen Manuale verlieren dann ihre –