

**Tab. 2-1:** Versuch einer Neueinteilung von Angststörungen (diese Übersicht weicht von der teilweise unbefriedigenden Klassifikation der ICD-10 leicht ab)

<b>Ungerichtete Ängste</b>
• Panikstörung
– Untertyp Herzangststörung
• Generalisierte Angststörung
<b>Gerichtete Ängste</b>
• Phobien
– Agoraphobie
– Soziale Ängste
– Spezifische Ängste
• Hypochondrien
• Umweltängste

scheint die Unterscheidung von Vorteil. Die Hypochondrien mit ihren körperbezogenen Ängsten werden in der ICD-10 schlecht begründet den Somatoformen Störungen zugeordnet, was konzeptuell mehr als unbefriedigend ist. Die häufigen Umweltängste fehlen vollends. Mein Vorschlag geht dahin, sich dieser Mängel und der Vorläufigkeit der aktuellen Klassifikation bewusst zu sein, sich ihrer aber dennoch zu bedienen. Ihre Vorzüge sind größer als ihre Nachteile.

## 2.2 Psychodynamische Konzeptionen der Entstehung von Ängsten

Ängste sind ein hochwertiges evolutionäres Erbe des Menschen. Sie halfen unseren Vorfahren in der Form von Realängsten erfolgreich durch ihre, verglichen mit der unseren, objektiv viel gefährlichere Umwelt zu kommen. Die Furchtlosen gerieten unter das Mammut oder wurden vom Säbelzahn tiger erbeutet – und starben aus. Das Überleben unserer Art gründete sich auf der sinnvollen Bereitschaft

für „Signalängste“ und der adäquaten Reaktion auf diese. Das hat zwei praktische Folgen:

- Wir reagieren auch heute, wie in früheren Phasen der Evolution sinnvoll, mit Angst weiterhin mehr auf den sichtbaren Blitz und den hörbaren Donner, während die zeitgenössischen Bedrohungen zum Teil unsichtbar sind (terroristische Attacken, Radioaktivität, Toxine u. a.).
- Auf uns ist eine Bereitschaft zur Entwicklung pathologischer Angstformen übergegangen (die im vorangehenden Abschnitt kurz benannt wurden).

Ängste haben auch ein starkes konstitutionelles Moment. Es besteht keine Frage, dass es Persönlichkeiten gibt, bei denen Ängste leichter ausgelöst werden, und andere, bei denen sie schwerer ausgelöst werden. Ängste haben eine enge Beziehung zur erlebten Biografie, zum Ausmaß erlebter Traumatisierungen, zu den möglichen Identifizierungen. Die Identifizierung mit einer sicherheitsvermittelnden Bindungsperson stellt eine der wirksamsten Bedingungen für die eigene Angstkontrolle dar. Körperliche Hilflosigkeit, depressive Verstimmungen sowie junges und hohes Alter begünstigen die Entstehung von Ängsten (vgl. Abb. 2-1).

Freud ist mit seiner Annahme, die „Angst (sei) das Grundphänomen und Hauptproblem der Neurose“ (1926a, S. 175) weiterhin auf dem aktuellen Stand des Verstehens. Dabei besteht eine gewisse Schwierigkeit durch die Tatsache, dass gesunde und pathologische Ängste weder vom Affekt noch von den körperlichen Reaktionen her zu differenzieren sind. Nur die Kenntnis der realen sowie psychischen und sozialen Umstände erlaubt die Unterscheidung.

Gesunde Ängste sind

- realitätsbezogen, was den Auslöser angeht;
- im Ausmaß angemessen;
- sistierend, wenn der angstmachende Anlass entfällt.

Pathologische Ängste

- basieren auf Fehlattributionen hinsichtlich der Auslöser (Verkennungen, Fantasie);

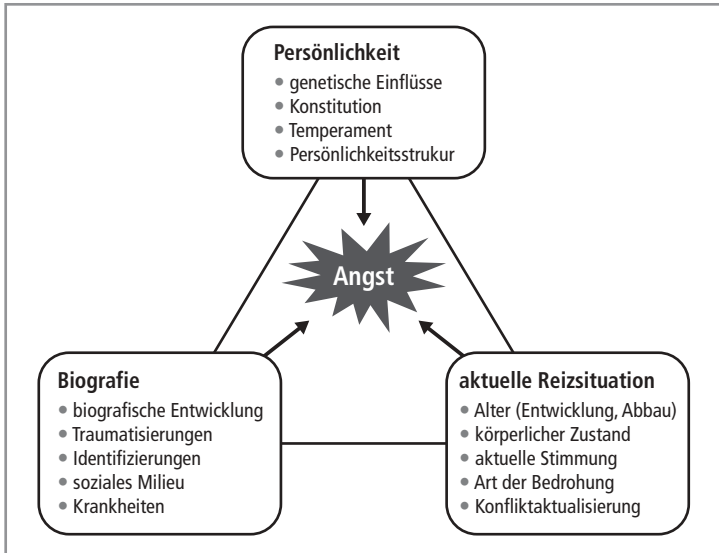


Abb. 2-1: Modell der Komplexität der Entstehung von Ängsten

- stellen mit Bezug auf die Verhältnismäßigkeit Überreaktionen dar;
- dauern an, auch wenn der Angstauslöser entfallen ist;
- haben eine Tendenz zur Ausweitung und Organisation in den Rahmen beschreibbarer Störungsbilder hinein.

Zentral in Freuds Modell der Angstentwicklung steht das Gefühl einer realen (= gesunden) oder vermeintlichen (= neurotischen) Bedrohung. Die „neurotischen Symptome werden geschaffen, um das Ich der Gefahrensituation zu entziehen“ (Freud 1926a, S. 175). Bei den Phobikern zum Beispiel geschähe dies mittels der Vermeidung, bei den Hypochondern mittels Antizipation der Krankheit, bei den Zwangsgestörten mittels Ritual. Diese Sichtweise erlaubt einen produktiven Umgang mit einem Großteil der Ängsterscheinungen und deren intrapsychischer Dynamik.

Genau genommen sind es drei unterschiedliche Angstmodelle, die im Rahmen der Psychoanalyse entstanden, davon wurden noch zwei von Freud selbst ausgearbeitet. Sie sind nicht nur weiterhin gut in der Praxis einsetzbar, sondern im Rahmen neuerer Kenntnisse auch, zumindest in wesentlichen Teilen, durchaus aktuell. Diese Modelle ergänzen sich gegenseitig mehr, als dass sie einander ausschließen und können an dieser Stelle nur sehr verdichtet dargestellt werden. Im Kern geht es darum, dass jedes dieser Modelle den Schwerpunkt auf einem anderen Aspekt der Angstentstehung hat, aber keines das andere überflüssig macht. Das erste Modell stellt die Wirkung starker Affekte bei der Angstausslösung ins Zentrum, das zweite hebt auf die bedingende Schwäche der Hintergrundstruktur (Persönlichkeitsstruktur) für die Angstentstehung ab, und das dritte Modell fokussiert auf den angstausslösenden Aspekt von bedrohter Bindung und Trennung.

### **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)

### **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)