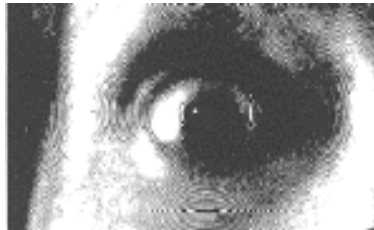


## Krankheitsbild: Angstneurose



Unbestimmte Angst zu haben oder sich vor konkreten Dingen zu fürchten, kennen

wir alle. Angst gehört zur angeborenen, gefühlsmäßigen Grundausstattung eines jeden Menschen. Sie weist auf subjektiv wahrgenommene Gefahren hin. Das Gefühl der Angst ruft die Tendenz hervor, vor einer wahrgenommenen Gefahr zu flüchten, ihr aus dem Weg zu gehen oder sich ihr zu unterwerfen, um so einer möglichen Bedrohung zu entgehen. So etwa, wenn man in einen Banküberfall verwickelt wird und aus Angst versucht, zu fliehen (wenn dies möglich ist) oder sich dem Bankräuber unterwirft, d.h. seinen Anweisungen Folge leistet, aber auch wenn man einen Konflikt mit seinem Vorgesetzten hat und versucht, ihm aus Angst aus dem Weg zu gehen oder sich widerspruchslos dem Chef unterwirft.

### Körperliche Reaktionen

Angst löst nicht nur eine gewisse Verhaltenstendenz aus (Flucht oder Unterwerfung), sondern führt auch zu speziellen körperlichen Reaktionen: Beschleunigung der Pulsfrequenz, Ansteigen des Blutdrucks, Schweißausbrüche, Gesichtsröte, tiefe und forcierte Atmung, etc... unser Körper "läuft" quasi mit "voller Kraft", was ja bei tatsächlich gefährlichen Situationen auch sehr sinnvoll ist. Dies erklärt auch, warum es für die Betroffenen auch körperlich so anstrengend ist, "zuviel" Angst zu haben.

### Sinnvolle Angst

Angst ist also ein ganz normaler und sehr sinnvoller Affekt, der die Überlebenschancen eines Menschen stark erhöht. Auffällig und problematisch ist es nur, wenn ein Mensch "zuviel" Angst hat, wenn er etwa Angst empfindet, obwohl er sich nicht in einer gefährlichen Situation befindet oder er ein Maß von Angst spürt, das zu der "objektiven Situation" in keinem Verhältnis steht (etwa bei Menschen, die unter Platzangst, Prüfungsangst oder unter der medizinisch unbegründeten Angst leiden, eine unheilbare Krankheit zu haben). Schwierig ist es auch, wenn man "zuwenig" Angst empfindet, wenn also tatsächlich gefährliche Situationen nicht als beängstigend und damit gefährlich wahrgenommen werden. Im ersten Fall ist es für den Betroffenen sehr anstrengend diese Ängste und die körperlichen Begleitreaktionen auszuhalten und er wird in der Regel darunter leiden. Im zweiten Fall kann dies zu einem draufgängerischen und leichtsinnigen Verhalten führen, weil man nicht in der Lage ist, gefährlichen Situationen aus dem Weg zu gehen. Leiden wird dieser Mensch dann evtl. unter den Folgen seines Verhaltens, wenn er Situationen falsch einschätzt und ihm Unfälle passieren.

### Angstneurosen

Nun aber zu den Angstneurosen. Bei den Angstneurosen kann man unterscheiden zwischen:

**Panikstörungen**, bei denen gehäufte Angstfälle auftreten, die fünf Minuten bis zu einer Stunde dauern können, und bei denen für die Betroffenen kein Anlass erkennbar ist.

Zwischen diesen Angstattacken besteht im Prinzip Angstfreiheit.

**Generalisierten Angststörungen**, bei denen ein durchgängig bestehender erhöhter (chronischer) Angstpegel besteht, ohne dass besondere Angstanfälle auftreten.

Ein besonderes Problem bei Angstneurosen ist die Ungerichtetheit der Ängste, die Tatsache, dass man nicht sagen kann, wovor man Angst hat. Dies ist ein zusätzlich sehr quälender Aspekt, der sehr schlecht ausgehalten werden kann. Deshalb werden die Ängste unbewusst doch an Dingen oder Situationen festgemacht, wie etwa die Befürchtung, der eigene Körper könnte versagen (Angst vor einem Herzstillstand bei der sog. Herzneurose, Angst ohnmächtig zu werden, Angst vor Hirnblutungen etc.). Es steht hier nicht immer Todesangst im Vordergrund, sondern häufig die Vorstellung umzufallen oder sonst wie in eine starke Situation der Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit zu geraten.

Häufig bilden sich typische äußere Konstellationen heraus, die einen Angstanfall auslösen können. So z.B. in einem engen Aufzug zu fahren, auf offenen weiten Plätzen zu stehen, mit vielen Menschen in einem Raum zu sein etc. Angstneurosen können so auch in sog. Phobien übergehen, bei denen sich Ängste auf konkrete Dinge oder Situationen beziehen.

## Ursachen von Angstneurosen

Nach analytisch/tiefenpsychologischem Verständnis liegt der bewusst erlebten und dar-

gestellten Angst vor dem Verlust der physischen Existenz als Todesangst (z.B. in der Herzneurose) eine Angst vor dem Verlust der psychischen Existenz zugrunde. Diese Angst ist noch schwerer zu ertragen als Todesangst. Dies ist deshalb so, weil sie schwer vorstellbar, verwirrend und mit Gefühlen der absoluten Hilflosigkeit, Verlassenheit und Verzweiflung durchsetzt ist. Der "Vorteil" besteht für den Angstneurotiker darin, dass er Angst in einer verständlicheren und etwas einfacher zu ertragenden Variante erlebt, die er dann Vertrauenspersonen zeigen kann (z.B. als Angst vor einem Herzanfall).

Aus der ursprünglichen Selbstverlustangst wird also eine Angst vor dem angeblichen Versagen körperlicher Funktionen oder eine Angst vor dem Angstanfall selbst.

Aber woher kommt diese Angst? Während ein Kind die Abwesenheit seiner Bezugsperson zwischen dem 10. und 18. Lebensmonat durch Ablenkung und Verleugnung zu ertragen versucht, lernt das Kind ab dem 24. Monat diese Situation durch ein verinnerlichtes Bild der Bezugsperson zu bewältigen. Es bildet sich das, was Psychologen als Objekt Konstanz bezeichnen. D.h. auch wenn

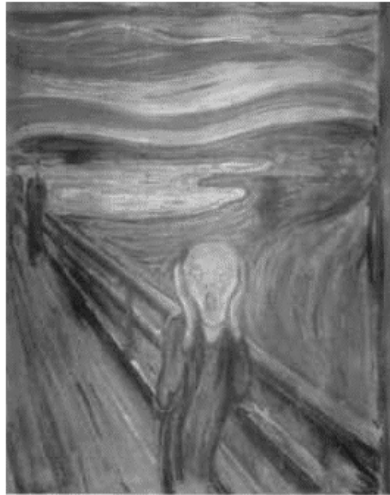
die Mutter weg ist, weiß das Kind dass sie existiert. Es kann in seiner Vorstellung ein Bild von ihr hervorrufen und weiß, dass - auch wenn sie jetzt nicht da ist - sie wiederkommen wird, weil es diese Erfahrung schon häufiger gemacht hat. Nicht umsonst ist das Verstecken und Gefunden werden ein beliebtes Kinderspiel dieser Altersphase. Hier lernen Kinder sozusagen spielerisch, dass - auch wenn die Mutter weg ist, - sie doch gleich wieder da ist.



## Kritische Entwicklungsphasen

Erleidet ein Kind in der Entwicklungsphase, in der es noch von der Nähe und Zuwendung seiner Pflegepersonen abhängig ist, es also noch keine ausreichende Objektkonstanz entwickelt hat, eine faktische (z.B. längerer Krankenhausaufenthalt der Mutter) oder symbolische Trennung (z.B. Abwendung vom Kind wegen Geburt eines Geschwisterkindes), so wird diese Trennung beim Kind existentielle Ängste auslösen. Es ist ja eben noch nicht in der Lage, sich selbst, ohne die Bezugsperson, ausreichend zu stabilisieren. Die Bezugsperson hat also eine wichtige und nicht ersetzbare Funktion zur Aufrechterhaltung des Selbst- und Sicherheitsgefühls. Fällt diese Funktion weg, dann entsteht Angst um die psychische Existenz. Daher sind angstneurotische Patienten in der Regel auch stark von äußerer Sicherheit gewährenden Objekten abhängig. Sie hatten in ihrer Entwicklung nicht die Chance, das Bild einer/s verlässlichen Mutter/Vater zu verinnerlichen, sie wurden verlassen oder fühlten sich verlassen, bevor dies geschehen konnte. Solche Patienten suchen Sicherheit garantierende Personen, um die mangelnde Ausbildung ihrer Objektkonstanz zu kompensieren.

Wenn man verlassen wird, so macht das ärgerlich und aggressiv. Gleichzeitig rufen Ärger und Aggression aber die Befürchtung hervor, dass, wenn man sie zeigt, die Mutter oder der Vater erst recht nicht mehr kommen oder sie sich noch mehr abwenden werden. Der angstneurotische Patient hat die Fantasie, dass seine Aggression das Objekt zerstören könnte und hält sie daher zurück.



## Behandlungsmöglichkeiten

Zur Behandlung von Angstneurosen kann man sowohl auf tiefenpsychologisch / analytische Therapiekonzepte, als auch auf verhaltenstherapeutische Konzepte zurückgreifen. Die Verhaltenstherapie hat sich insbesondere bei Panikattacken und bei Phobien als recht effizient erwiesen. Mitentscheidend für die Therapiewahl sollte aber die grundsätzliche Intention des Patienten selbst sein. Möchte er eher sein Symptom behandeln, spricht dies für eine Verhaltenstherapie, möchte er sein Symptom verstehen, für eine tiefenpsychologisch / analytische Therapie. Bei schweren Störungen ist auch eine medikamentöse Mitbehandlung zur aktuellen Entlastung des Patienten angezeigt.

Auch in Beratungsstellen können Betroffene eine erste Hilfestellung bekommen und ein Heilungsprozess kann eingeleitet werden bzw. es kann mit dem Betroffenen erarbeitet werden, wie und wo ihm am Besten geholfen werden kann.

■ Peter Kälble

