

## Kontroverse

STAVROS MENTZOS, FRANKFURT AM MAIN, UND HELMUT THOMÄ, LEIPZIG

### Können Psychogenese und Psychodynamik der Angstneurose auf eine Neidproblematik reduziert werden?

PSYCHE-Leser werden einen von Helen Schoenhals Hart verfaßten Artikel mit dem attraktiven Titel »Angstneurose heute« (Heft 3, 2006) besonders neugierig und erwartungsvoll zu lesen beginnen. Die Enttäuschung dürfte jedoch im Laufe der Lektüre aus zwei Gründen wachsen. Die Entstehung angstneurotischer Symptome während einer Analyse wird vorwiegend auf das kleinianische Verständnis unbewußten Neids in der Übertragung zurückgeführt. Schon kasuistisch muß gefragt werden: Kann Neid allein eine Angstreaktion erzeugen? Wegen des anspruchsvollen Titels würde der Leser vor allem erwarten, daß wenigstens der Versuch unternommen wird, die Beiträge führender psychoanalytischer Richtungen zur Lösung des Grundproblems von Neurosen, nämlich der Angst, zu integrieren. Schoenhals übergeht alle neueren Entwicklungen des Verständnisses neurotischer Ängste in und außerhalb der Psychoanalyse. Besonders negativ wirken sich zwei Unterlassungen aus: Weder wird die psychoanalytische Forschung zur Affektlehre erwähnt, um die sich im deutschsprachigen Raum R. Krause (1997 und 1998) und U. Moser (1978, 1999 und 2005) verdient gemacht haben, noch fällt ein einziges Wort zur modernen psychoanalytischen Entwicklungspsychologie (Dornes 1997, 2006). Man sollte es nicht für möglich halten, daß über die Angstneurose heute geschrieben werden kann, ohne das Werk von John Bowlby (1969, 1973, 1980) zu erwähnen. Statt dessen belebt Schoenhals obsolet gewordene Probleme von Freuds Angsttheorie, indem sie diese in Bions Terminologie umformuliert.

#### *Von Freuds Angsttheorie zur Gegenwart*

Das Syndrom der Angstneurose, in den modernen internationalen klassifikatorischen Systemen, dem DSM und dem ICD, als Panikattacke geführt<sup>1</sup>, wurde schon vor über hundert Jahren von Sigmund Freud (1895b, f) vollständig beschrieben. Das Interesse aller Psychotherapeuten an der Angstneurose ist unverändert groß. Die damaligen Annahmen Freuds zur Entstehung von Angstneurosen wurden in der zweiten Angsttheorie (1926d) revidiert. Diese Revision ließ aber viele Fragen ungelöst. So beendete Freud den vierten Abschnitt von *Hemmung, Symptom und Angst* mit dem Hinweis, daß das Problem der libidoökonomischen Entstehung von Aktualängsten, das heißt der im weiteren Sinne physiologisch entstandenen Angstneurosen und der seelisch entstandenen Phobien als »Signalangst«, nicht gelöst sei – non liquet (1926d, S. 139). Auch in der *Neuen Folge zur Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse* (1933a) hielt Freud an

<sup>1</sup> Es würde zu weit führen, hier auf die Vor- und Nachteile dieser Systeme einzugehen (Thomä 2002; Beutler u. Malik 2002; OPD Task Force 2001).

der »zweifachen Herkunft der Angst, einmal als Folge des traumatischen Moments, das andere Mal als Signal« fest (S. 101). Im Kontext heißt es: »Nur die Größe der Erregungssumme macht einen Eindruck zum traumatischen Moment, lähmt die Leistung des Lustprinzips, gibt der Gefahr ihre Bedeutung« (S. 100). Kurz gesagt: Das traumatische Moment wurde als Triebstau definiert. In diesem Sinne sagte Rangell: »Triebstau ist die ökonomisch-dynamische Bedingung für Unlust, und die Angst ist eine spezifische Reaktion, die diese (oder jede andere) gefährliche Situation zur Folge hat« (1955, S. 399). Und im damals einflussreichen Handbuch von Fenichel (1945) findet man den Satz: »Aktualneurotische Symptome bilden den Kern aller Psychoneurosen« (S. 192).

Spätere Veröffentlichungen, beispielsweise von Blau (1952), Schur (1953, 1958), Greenacre (1941), Rangell (1955, 1968) und Loch (1959) zeigen, daß metapsychologische Spekulationen über Triebumwandlungen und deren Beziehung zur Angst erhalten blieben, die besonders das psychoanalytische Verständnis von Panikattacken erschwerten (Compton 1972a, b, 1980 und 1998; Ermann 1984). Ergebnisse und Theorien anderer, nicht psychoanalytischer Methoden und Ergebnisse neurobiologischer Grundlagenforschung, die zum Teil Freud bestätigt haben, zu einem anderen Teil neue Fragestellungen inspirierten, haben die Diskussion bereichert (Thomä 2002).

Es geht letztlich um das, was psychodynamisch gesehen das Gemeinsame *aller neurotischen Ängste* ist, nämlich die Angst vor Selbst- oder Objektverlust anlässlich von Trennungen. Die enge Beziehung zwischen Trennung und Angst kommt auch darin zum Ausdruck, daß die Bezeichnung Trennungsangst beide Erfahrungen zusammenführt. Die Trennungsangst ist nach Freud die ursprünglichste Angst (1926d, S. 167). Angst ist eine biologisch begründete Reaktion auf eine Gefahr, die das Überleben sichert und damit die Evolution ermöglicht hat. »In der Realgefahr entwickeln wir zwei Reaktionen, die affektive, den Angstausbruch und die Schutzhandlung« (Freud 1926d, S. 198). Die Realangst ist das psychosomatische Muster aller Ängste. Um zu einem tieferen Verständnis menschlicher Ängste zu gelangen, ist der biologisch begründete Begriff der Selbsterhaltung, um psychosoziale Dimensionen zu erweitern. In der Psychotopobie, der Angst, verrückt zu werden, geht es um den Verlust der psychosozialen Selbsterhaltung (Hoffmann 2000).

Wesentlich ist, daß die Fremden- und Trennungsangst, die etwa mit 7 Monaten beginnt, von Freud letztlich triebtheoretisch erklärt wird: »Die Einsamkeit sowie das fremde Gesicht erwecken die Sehnsucht nach der vertrauten Mutter; das Kind kann diese libidinöse Regung nicht beherrschen [...], sondern verwandelt sie in Angst (1933a, S. 89). Der biologisch begründete Angsteffekt als Anzeichen einer Gefahr verliert in Freuds Argumentation seine Eigenständigkeit und wird von ihm triebpsychologisch erklärt: Die Vorstellung wird von dem »ihr anhaftenden Libidobetrag« getrennt: »Ihr Affektbetrag aber wird regelmäßig in Angst verwandelt, und zwar gleichgültig, von welcher Art er sein mag, ob Aggression oder Libido« (1940a, S. 90). Mit dieser Verwandlungshypothese ist die spätere Kontroverse mit Bowlby (1969, 1973) verbunden, die unseres Erachtens heutzutage zu dessen Gunsten entschieden ist (Dornes 1997, 2006). Damit ist die klinische Erfahrung, daß neurotische Ängste bei Kindern und Erwachsenen in einem »Zweifrontenkrieg« entstehen und aus unbewußten Gründen erhalten bleiben, in den Mittelpunkt getreten. Bemerkenswert sind die letzten Worte Freuds zur

Angsttheorie im nachgelassenen *Abriß der Psychoanalyse*: »Das Ich kämpft also auf zwei Fronten, es hat sich seiner Existenz zu wehren gegen eine mit Vernichtung drohende Außenwelt wie gegen eine allzu anspruchsvolle Innenwelt. Es wendet die gleichen Methoden der Verteidigung gegen beide an, aber die Abwehr des inneren Feindes ist in besonderer Weise unzulänglich. Infolge der ursprünglichen Identität und des späterhin innigsten Zusammenlebens gelingt es schwer, den inneren Gefahren zu entfliehen. Sie verbleiben als Drohungen, auch wenn sie zeitweilig niedergehalten werden können« (1940a, S. 130). Diese inneren Gefahren werden dramatisch im Angstanfall und bei somatoformen Störungen erlebt. Abgekürzt läßt sich also sagen, daß die neurotische Angst ein Fluchtversuch des Ich ist, der bei den Gefahren, die von innen kommen, mißlingt, weil man sich selbst nicht entkommen kann.

Unter phänomenologischen Gesichtspunkten haben basale menschliche Emotionen, wie Angst, Freude, Trauer, Wut, Ekel und Überraschung, eine qualitative Eigenständigkeit (Krause 1998; Ploog 1999; Shapiro u. Emde 1992; Thomä u. Kächele 2006). Sobald man Emotionen im Kontext des Erlebens untersucht, kommt auch die Triebhaftigkeit ins Spiel. Insofern kann man im klinischen Jargon kurz von »Triebangst« sprechen, die im »Zweifrontenkrieg« und im Kampf ums biologische und psychosoziale Überleben in der Beziehung zwischen Innen und Außen aufgelöst wird.

#### *Nur Neid? Gegen den theoriegeleiteten Reduktionismus*

Neid, zumal unbewußter Neid, ist ein sehr häufiges und starkes Element in der Psychodynamik vieler psychischer Störungen. In diesem Punkt hat Melanie Klein durch ihre Insistenz auf den Neid sicher viele Psychoanalytiker verschiedener Richtungen für seine Bedeutung sensibilisiert. Neid ist aber eine Form narzißtisch relevanter Aggression, hat primär gleichsam die »Funktion«, das Selbst vor einer Selbsterniedrigung durch den Vergleich mit anderen zu schützen, kann u. U. pathologische Ausmaße annehmen und auch in gewisser Hinsicht eine negative therapeutische Reaktion hervorrufen, wie wahrscheinlich Helen Schoenhals angenommen hat. Nun sind aber nicht nur Neid, sondern auch andere Formen aggressiver Impulse und direkter oder indirekter, bewußter oder unbewußter Intentionen nicht selten in der Psychodynamik der Angstneurose enthalten. In der damaligen Veröffentlichung über Angstneurose (1984), deren Herausgeber einer von uns beiden (S. M.) war, ist übrigens neben einer Arbeit von Schoenhals, *mit der die Autorin ihre heutige Ansicht vergleicht*, ein Artikel von Markert enthalten, der auf die Bedeutung der Aggression bei der Angstneurose besonders aufmerksam gemacht hat.

Seither, also in den letzten 22 Jahren, hatte ich [S.M.]<sup>2</sup> die Gelegenheit, mehrere Dutzende von Angstneurotikern intensiv zu behandeln und dabei, neben vielen anderen neuen Einsichten, auch festgestellt, daß tatsächlich öfters Aggression in der Psychodynamik der Angstneurose beteiligt ist. Angstneurotiker befürchten unbewußt, daß sie das Objekt, von dem sie abhängig sind, zerstören könnten.

Besonders eindrucksvoll habe ich den Zusammenhang zwischen Angst und be-

<sup>2</sup> Wenn wir über unsere Erfahrungen als Therapeuten sprechen, verwenden wir die Ich-Form.

fürchteter Zerstörung des Objekts im folgenden kurz zu beschreibenden Fall erlebt: Eine ca. 30jährige Lehrerin mit häufigen angstneurotischen Anfällen (heute würde man von Panikattacken sprechen) hatte zu dem Zeitpunkt, als sie mich konsultierte, etwa 6 Jahre verschiedene analytische, tiefenpsychologisch orientierte, verhaltenstherapeutische und andere Behandlungen hinter sich. Die Symptomatik blieb unbeeinflusst. Auch ich hatte in einer einjährig tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wenig erreichen können. Aus diesem Grunde entschloß sich die Patientin, an einer von mir geleiteten Gruppentherapie teilzunehmen. Sie identifizierte sich mit mutigen Gruppenmitgliedern und begann, aggressive Impulse und Phantasien gegen den bis dahin hoch idealisierten Analytiker zu entwickeln. Es kam zu einer dramatischen Veränderung. In einer Sitzung war die Patientin sehr aufgeregt, wurde rot im Gesicht, stand plötzlich auf und verließ den Raum. Die zurückgebliebene ratlose Gruppe und der Therapeut versuchten das Verhalten der Patientin in absentia zu verstehen. Zum Glück brauchten sie nicht lange zu spekulieren. Nach 10 Minuten klopfte die Patientin an der Tür, kam rein, setzte sich und war nach ca. weiteren 5 Minuten in der Lage zu erzählen: Sie habe plötzlich eine regelrechte Wut gegen den Gruppenleiter bekommen, es nicht mehr aushalten können und, als sie draußen im Korridor stand, gedacht: Ich könnte ihm den Hals umdrehen!

Nachdem sie noch einige Minuten darüber gesprochen hatte und sich sowohl vom Therapeuten als auch von der Gruppe verstanden fühlte, konnte die Gruppensitzung fortgesetzt werden. Die erstaunliche Tatsache ist, daß die Patientin von diesem Moment an ihre Panikattacken verloren hat! In ihrem Fall war es offensichtlich sehr wichtig, daß sie es zumindest einmal gewagt hat, das idealisierte und Sicherheit gebende Objekt zu attackieren, sozusagen das große Risiko auf sich zu nehmen, auch ohne dieses Objekt leben zu können und nicht sterben zu müssen. Eine Störung, die über 8 Jahren bestanden hatte, war mit einemmal verschwunden. Weder davor noch nachher waren Anzeichen für eine nicht aufgedeckte Neidproblematik festzustellen.

Ein anderer Patient bekam seine erste Panikattacke, als er im Auto in Anwesenheit der Mutter im Sommer anstelle der kalten Luft die warme Luft aufdrehte und plötzlich glaubte, nicht mehr atmen zu können und bald sterben zu müssen. Es bestand eine starke ambivalente Beziehung zur Mutter. Er hatte seinen Vater ziemlich früh verloren und die Mutter als bis zur »Erstickung« besitzergreifend erlebt, und dies alles freilich (wie typischerweise in solchen Fällen) bei einer gleichzeitigen Abhängigkeit. Er konnte nicht lange von der Mutter weg sein. In einer langen analytischen Therapie konnten keine wesentlichen unbewußten Neidimpulse auf die Mutter nachgewiesen werden.

Auch zu meinen (H. T.) frühesten und eindrucksvollsten Erfahrungen gehören psychoanalytische Therapien von Angstneurosen, die in den frühen 1950er Jahren unter der Fehldiagnose Hyperthyreose an die Heidelberger Psychosomatische Klinik überwiesen worden waren. Wir verstanden diese Patientinnen schon damals als Psychoneurosen und ihre »frei flottierenden« Ängste als »Reaktivierung frühkindlicher, nicht gemeisterter Ängste«, also nicht als »physiologisch« verursachte Aktualneurosen im Sinne Freuds. Von Kries (1957) schrieb darüber eine Dissertation. Eine von mir vorbereitete psychosomatische Monographie über die Hyperthyreose konnte nicht zu Ende geführt werden, weil die Kranken an einer Angstneurose litten.

Unvergeßlich ist mir die katamnestic gesicherte Heilung einer schweren Angstneurose, über die ich als Muster einer von A. Mitscherlich konzipierten »systematischen Krankengeschichte« 25 Jahre später berichtete (Thomä 1978). In der 84. von insgesamt 181 Sitzungen kam es zu einer dramatischen Katharsis mit aggressiven Ausbrüchen gegen mein Schweigen als Ausdruck meiner Behandlungstechnischen Unsicherheit: »Die Patientin wird immer unruhiger und sagt dann plötzlich: Warum sagen Sie nichts? Es tritt ein schwerer Erregungszustand auf. Sie setzt sich im Bett auf: Sie wollen mich hypnotisieren, ich spüre es ganz deutlich, meine Angst nimmt zu, ich erlebe alles nochmals, die Vergewaltigungsszene, die Dolantinspritze, ich lasse mich nicht zwingen. Dann bricht abgehakt aus ihr heraus: Ich kenne mich selbst nicht mehr, ich habe eine solche Wut, ich könnte Ihnen eine Ohrfeige hauen, ich möchte Sie rauswerfen. O Gott, was sage ich. – Sie hält sich den Mund zu. – Ich habe Angst vor meiner Reue. – Schimpft dann aber weiter: Ich kann nichts machen, die Wut sitzt, eine solche Wut hatte ich noch nie, wie gehe ich mit Ihnen um, das ist mir jetzt ganz egal, mich ärgert die Mücke an der Wand, das ist ja so, wie wenn der Vater mit der Mutter geschimpft hat, aber mir wird es dabei so leicht, ich habe keine Kopfschmerzen mehr; alles ist vorbei, auch das Herzklopfen« (S. 260).

Oft mißlingt es, den ersten Angstanfall als ganzheitliche psychosomatische Reaktion nachzuweisen. Ina B. erinnerte sich jedoch ganz genau: Am 28.1. 1950 wurde sie wegen Fieber und Koliken in ein Krankenhaus gebracht. Bei einer Dolantinspritze bekam sie den ersten schweren Herzanfall. Es wurde ihr ganz leicht bei der Spritze, der Geist wurde ganz hell, sie bekam keine Luft mehr und hatte nichts mehr gesehen. Alles zog von unten hoch ans Herz. Der Puls ging ganz rasend, wohl etwa 150 in der Minute, dann mußte sie alle 10 Minuten auf die Schüssel. Bei diesem Anfall hatte sie viele Tote um sich gesehen, besonders deutlich waren 2 Frauen, die an Unterleibsgeschichten gestorben sind. Die eine im Anschluß an das Wochenbett, die andere, mit 17 Jahren, an einer Unterleibstuberkulose. »Seither habe ich besonders Angst bei den Herzanfällen, ich glaube nicht mehr, mit dem Leben davonzukommen. – Meine Mutter nahm mich nach Hause, ich war ungefähr 1 Woche zu Hause, dann erkrankte ich an einer schweren Angina. Am 10.5. wurde ich im Krankenhaus aufgenommen. Am 2. 6. 50 wurde die Gallenblase mit 6 Steinen entfernt. Seither habe ich nur noch die schweren Angstzustände mit Herzklopfen« (Thomä 1978, S. 260).

Zusammenfassend konnte in diesem Fall festgestellt werden: Im Gewand der Büsserin war die Patientin von Reaktionsbildungen beherrscht. Ihre Angst um die beiden Frauen (als Objekt- und als Selbstverlust) hing mit ihren Todeswünschen gegen eine jüngere Schwester zusammen, mit deren Schwangerschaft und deren befürchteten tödlichen Ausgang sie sich identifiziert hatte. Am Ende der Behandlung meinte die Patientin: »Ich habe meine Rolle wirklich so gut gespielt, daß es schien, als sei diese Rolle kein Theater gewesen, sondern das Echte.« Und: »Im Gewand der Büsserin trug ich Neid und Eifersucht« (1978, S. 275). Diese Entdeckung einer Reaktionsbildung beeindruckte mich als unerfahrenen Anfänger nachhaltig.

Bei der letzten Katamnese, etwa 25 Jahre nach Abschluß der Therapie, war die Patientin symptomfrei.

*Schulbedingte iatrogene Auswirkungen auf Behandlungsverläufe*

Schwerwiegender als der Reduktionismus in der Psychogenese von Angstanfällen, die allein auf die Beobachtung von Neidgefühlen in der Übertragung zurückgeführt werden, sind unsere Zweifel an der von Schoenhals vorgelegten Theorie neurotischer Ängste und der daraus abgeleiteten Behandlungstechnik. Die vorliegenden Angaben aus einer langen, von Schoenhals durchgeführten hochfrequenten Analyse erlauben zwar keine sinnvolle Diskussion ihrer Behandlungstechnik. Bemerkenswert ist aber, daß die Patientin, die wegen Unzufriedenheit und Depression analysiert wurde, erst nach fünfjähriger Behandlung, also nach etwa 850 Sitzungen, eine angstneurotische Symptomatik entwickelte. Wenn es zum Gegenteil einer »wohlätigen Wirkung«<sup>3</sup> (Freud 1927d, S. 293) einer Analyse kommt, d. h. statt Besserung oder Heilung ein neues Symptom entsteht, müßte zumindest zu dessen »Aktualgenese« Stellung genommen werden. Im Sinne von Freuds Junktim-These müßte also im behandelnden Analytiker das gesamte Wissen über die Entstehung negativer therapeutischer Reaktionen abgerufen werden können. Wir empfehlen besonders auf systemimmanente, d. h. schulspezifische Sackgassen oder Verschlechterungen zu achten (Rosenfeld 1987). In diesem Zusammenhang ist es erstaunlich, daß erst in jüngster Zeit in Erwägung gezogen wird, daß neben persönlichen Gegenübertragungen schulbedingte theoretische Voreingenommenheiten zu anti-therapeutischen Gegenübertragungen führen (Purcell 2004). Anscheinend kam es im beschriebenen Fall zu einer chronischen negativen therapeutischen Reaktion. Denn die von Schoenhals widergegebenen Vignetten stammen aus dem neunten Analysejahr, also nach etwa 1500 Sitzungen. Ausschnittsweise wird aus einigen Behandlungsstunden über den zerstörerischen Neid in der Übertragung berichtet. Der weitere Verlauf der Analyse und ihr Ergebnis werden nicht kommentiert. Wir vermuten, daß Schoenhals die Neidproblematik einseitig in den Mittelpunkt der Analyse gestellt hat, ohne die positive Übertragung im Sinne der Dankbarkeit ausreichend zu thematisieren. Bekanntlich hat M. Klein ihrer berühmten Monographie den Titel »Neid und Dankbarkeit« gegeben. Unseres Erachtens sind viele Patienten besonders dankbar dafür, wenn Analytiker offen für die »Plausibilität« (Gill 1982) ihrer Kritik sind. Wir halten es also für wahrscheinlich, daß diese Seite der Dankbarkeit in den Neiddeutungen von Schoenhals zu kurz kam.

Wir kommen nun zu unserer Behauptung, daß Schoenhals die unvollständige Revision der Angsttheorie Freuds übernommen und in die Terminologie Bions übersetzt hat. Unsere Kritik geht also über den Reduktionismus der Angstneurose auf unbewußte Neidprobleme beträchtlich hinaus. Der Darstellung von Schoenhals ist zu entnehmen, daß die ungelösten Probleme zwischen der ersten und zweiten Angsttheorie Freuds in der kleinianischen Schule bis zum heutigen Tag bestehen und sich durch Bions Beiträge zur psychoanalytischen Theorie neurotischer Ängste noch verstärkt haben. Der von Freud beschriebene Angst-

<sup>3</sup> In der berühmten Junktim-These Freuds von Heilen und Forschen nimmt die »wohlätige Wirkung« einen zentralen Platz ein (Freud 1912e, 1927a, S. 293). Der Nachweis des therapeutischen Erfolgs ist unseres Erachtens eine wesentliche Bedingung von Freuds These. In der psychoanalytischen Literatur wird das Junktim häufig unvollständig zitiert, so daß der Eindruck entsteht, das Junktim erfülle sich von selbst.

anfall ist unseres Erachtens ein primär psychosomatisches Geschehen, auch wenn die unbewußten seelischen Bedingungen beim ersten Auftretens nicht in jedem Fall nachgewiesen werden können. Die erlebte Hilflosigkeit wirkt als Trauma – es entwickelt sich ein *circulus vitiosus*.<sup>4</sup> Die Aufklärung tieferer Bedingungen neurotischer Ängste hat in der Psychoanalyse zu einer Vernachlässigung der Bedingungen geführt, durch die Symptome in der Aktualgenese aufrechterhalten werden. In den neueren psychoanalytischen Forschungen, die im DSM unter Angstsyndromen klassifiziert sind, wird der Anteil der Aktualgenese besonders im Verlauf und bei der Festigung der Symptomatik voll berücksichtigt, wodurch die Therapie optimiert wird (Hoffmann 1994, 1999; Milrod 1995; Milrod et al. 1997; Thomä 1995; Thomä u. Kächele 2006).

In der modernen Psychoanalyse, wie sie im Ulmer Lehrbuch und mit Hinweis auf die Veröffentlichung von Mentzos (1984) vertreten wird, wird die Aktualgenese voll berücksichtigt. Dort heißt es beispielsweise: »Dem Angstanfall folgt bei jeder Chronifizierung ein *circulus vitiosus* als intersubjektiver Prozeß. Die Angst um sich selbst und vor sich selbst ist stets auch Angst um den »bedeutungsvollen Anderen« (G. H. Mead) und vor ihm« (Thomä u. Kächele 2006, Bd. 2, S. 366). In Gefahrsituationen kommt es zu einer Risikoabschätzung, die Freud mit folgenden Worten beschrieben hat: »Offenbar die Einschätzung unserer Stärke im Vergleich zu ihrer Größe« (1926d, S. 199), zur Größe der Gefahr nämlich. Die Wiederholung der Niederlagen stimuliert die blockierte unbewußte Aggressivität, die nun als sogenannte Triebgefahr die Angst noch erhöht. Die Unterbrechung dieses *circulus vitiosus* ist also therapeutisch wesentlich.

Schoenhals beruft sich nicht nur auf Bion, sondern auch auf zeitgenössische repräsentative englische Kleinianer wie Britton (1989), Rey (1979) und Steiner (1987) und deren Rezeption durch Plänters (2003). In der psychoanalytischen Literatur werden Namen nicht selten zu Trägern von Wahrheiten, so daß das schulgebundene Zitieren zu einem name-dropping wird. Alles ergibt sich scheinbar konsequent aus der Akzeptanz von Freuds Vorstellung, »daß eine Triebenergie direkt in einen physiologischen Zustand der Angst umgewandelt wird [...] und sehr nahe an dem klinisch beobachteten Phänomen« liegt (Schoenhals 2006, S. 208). Wir bezweifeln solche Transformationsprozesse sowohl in der Theorie Freuds als auch in der Terminologie Bions und ihrer Wiedergabe durch Plänters, auf den sich Schoenhals durch folgendes Zitat bezieht: »Plänters (2003) hat darauf hingewiesen, daß Bions Modell von »Container-Contained« und sein Begriff der Alpha-Funktion an diese erste Angsttheorie des energetischen Modells Freuds anknüpfen und sie weiterführen könnten. Was die Alpha-Funktion betrifft, wäre es leicht und auch hilfreich, sich vorzustellen, daß die aufgestaute Triebenergie nach Freuds Auffassung den angesammelten Beta-Elementen in Bions Theorie entspricht. Es ist nicht unbedingt die Libido selbst, die sich ansammelt, aber das klinische Bild zeigt, daß etwas sich ansammelt und sich in einem körperlichen Erregungszustand niederschlägt. Dieses Etwas ist demnach das,

<sup>4</sup> In der kognitiv-behavioralen Therapie von Panikstörungen steht die Unterbrechung dieser *circuli vitiosi* im Mittelpunkt. Die verhaltenstherapeutische Expositionstherapie hat sich die zweimal von Freud erhobene Forderung (1910d, S. 108f., und 1919a, S. 191), Phobiker müßten sich den Angstsituationen *in vivo* stellen, zu eigen gemacht (s. hierzu Thomä 2001 und Hoffmann 2002).

was Bion Beta-Elemente nannte, »unverdaute Fakten« (Bion 1962b, S. 53)« (Schoenhals 2006, S. 208). Schoenhals (S. 209) bezieht sich auch auf Britton, der in einer Weiterführung von Bions Theorie meinte, daß Beta-Elemente auch in Form psychosomatischer Symptome abgeführt werden können.

Wir verzichten auf weitere ausführliche Wiedergaben, weil wir der Meinung sind, daß sich über die Bionsche Metaphorik nicht sinnvoll streiten läßt. Hinshelwood hat unseres Erachtens zutreffend festgestellt, daß Bions Konzepte als mathematische Axiome aufzufassen sind, deren Wirklichkeitsbezug demgemäß offen ist.<sup>5</sup> Sie eignen sich für jede Form rein subjektiver metaphorischer Anwendung. Ähnlich verhält es sich mit der Inthronisation der Gegenübertragung als ausschließlichem diagnostischen Kriterium (Schmithüsen 2004, S. 294). Damit endet jede rationale Falldiskussion schon vor ihrem Beginn. Im Zeitalter eines grenzenlosen psychoanalytischen Pluralismus kann sich jeder etwas anderes unter Alpha- und Beta-Elementen vorstellen. Gleichzeitig können alle in Bions pseudomathematischen Formeln ihre Gemeinsamkeit finden. Mit Hilfe dieser Idee wird uns auch verständlich, daß nicht wenige Analytiker von Bions Ideen fasziniert sind.

Die große Bedeutung von Melanie Klein für die Entwicklung der Psychoanalyse, insbesondere das Konzept »internalisierter Objekte«, sind unbestritten. Allerdings ist unklar, inwieweit auch in der zeitgenössischen kleinianischen Schule die klinische Theorie weiterhin vom hypothetischen Todestrieb beeinflusst wird. Beispielsweise zitiert Plänklers wohl zustimmend sadistische Phantasien als Manifestationen des Todestribs und als primäre Angstquelle (Plänklers 2003, S. 497). Es ist unseres Erachtens schlicht falsch, wenn Schoenhals von einer frappierenden Ähnlichkeit zwischen psychotischen und neurotischen Ängsten spricht (S. 212) und Plänklers (2003) psychotische Objektbeziehungen einer großen Gruppe neurotischer Ängste zuordnet (S. 507). Es ist mehr als bedenklich, wenn Konzepte als bestätigt hingestellt werden, obwohl die Interpretationsgrundlage hierfür dürftig ist und konkurrierende, klinisch besser und breiter gestützte Begriffe zur Verfügung stehen. Eine solche auf die eigene Schule reduzierte Psychoanalyse scheint uns auch deswegen unzeitgemäß, weil diese in ihrer modernen Form dabei ist, sich nach innen und außen zu öffnen. In einer Zeit interdisziplinärer Brückenschläge machen wir uns unglaublich, wenn sich die Psychoanalyse auf das nicht überprüfte (und zum Teil nicht überprüfbare) »Wissen« einer einzelnen Schule beruft. Der Pluralismus innerhalb der IPV macht »true controversies« (Bernardi 2002) unerlässlich, zu denen auch C.L. Eizirik (2006) in seiner Antrittsrede als Präsident der IPV aufgefordert hat. Hierzu möchten wir durch unsere Kritik beitragen.

Anschrift der Verf.: Prof. Dr. med. S. Mentzos, Beethoven Str. 15, 60325 Frankfurt/M.  
E-Mail: s.mentzos@t-online.de;  
Prof. Dr. med. Dr. h. c. H. Thomä, Funkenburgstraße 14, 04105 Leipzig.  
E-Mail: thomaeipzig@t-online.de

<sup>5</sup> Hinshelwood spricht von Bions »mathematischem Interesse [...] in einem eigenartigen Sprung entwickelte Bion den neutralen Begriff der Alpha-Funktion als eine Art psychoanalytisch-algebraischer Formel, die [...] ursprünglich aber bedeutungsleer ist (Hinshelwood 2004, S. 321).



# BIBLIOGRAPHIE

- Bernardi, R. (2002): The need for true controversies in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 83, 851–873.
- Beutler, L.E., u. M.L. Malik (Hg.) (2002): Rethinking the DSM. A Psychological Perspective. Washington (Am. Psychological Association).
- Bion, W. (1962a): Eine Theorie des Denkens. In: E.B. Spillius (Hg.): Melanie Klein heute. Band I. Stuttgart (Verl. Intern. Psychoanal.) 1990, 225–235.
- (1962b): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1990.
- Blau, A.A. (1952): In support of Freud's syndrome of »actual« anxiety neurosis. *Int J Psychoanal* 33, 363–372.
- Bowlby, J. (1969): Bindung. Frankfurt/M. (Fischer) 1986.
- (1973): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München (Kindler) 1976.
- (1980): Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt/M. (Fischer) 1983.
- Britton, R. (1989): Introduction to Bion. Fünf Einführungsseminare im Rahmen der Frankfurter Psychoanalytischen Vereinigung. Unveröffentl. Ms.
- Busch, F., A.M. Cooper, G.L. Klerman, R.J. Penzer, T. Shapiro, M.K. Shear (1991): Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: Toward an integration. *Psychoanal Inq* 11, 316–332.
- Compton, A. (1972a): A study of the psychoanalytic theory of anxiety. I. The development of Freud's theory of anxiety. *J Am Psychoanal Ass* 20, 3–44.
- (1972b): A study of the psychoanalytic theory of anxiety. II Developments in the theory of anxiety since 1926. *J Am Psychoanal Ass* 20, 341–394.
- (1980): A study of the psychoanalytic theory of anxiety. III. A preliminary of the anxiety response. *J Am Psychoanal Ass* 28, 739–773.
- (1998): An investigation of anxious thought in patients with DSM-IV agoraphobia/panic disorder: rationale and design. *J Am Psychoanal Ass* 46, 691–721.
- Dornes, M. (1997): Die frühe Kindheit. Frankfurt/M. (Fischer).
- (2006): Die Seele des Kindes: Entstehung und Entwicklung. Frankfurt/M. (Fischer).
- Eizirik, C.L. (2006): Psychoanalysis as a work in progress. *Int J Psychoanal* 87, 645–650.
- Ermann, M. (1984): Die Entwicklung der psychoanalytischen Angstkonzepte und ihre therapeutischen Folgerungen. In: U. Rüger (Hg.): Neurotische und reale Angst. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 25–35.
- Fenichel, O. (1945): Psychoanalytische Neurosenlehre. 3 Bde. Olten/Freiburg (Walter-Verlag) 1975.
- Freud, S. (1895b): Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als »Angst-Neurose« abzutrennen. *GW I*, 313–342.
- (1895f): Zur Kritik der »Angstneurose«. *GW I*, 357–376.
- (1910d): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. *GW VIII*, 104–115.
- (1912e): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW VIII*, 376–387.
- (1919a): Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW XII*, 183–194.
- (1926d): Hemmung, Symptom und Angst. *GW XIV*, 111–205.
- (1927a): Nachwort zur *Frage der Laienanalyse*. *GW XIV*, 287–296.
- (1933a): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW XV*.
- (1940a): Abriß der Psychoanalyse. *GW XVII*, 63–145.
- Gill, M.M. (1982): Die Übertragungsanalyse. Frankfurt/M. (Fischer) 1996.
- Greenacre, P. (1941): The predisposition to anxiety. In: P. Greenacre (Hg.): Trauma, and Personality. New York (Norton) 1952, 27–82.
- Hinshelwood, R.D. (1989): Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Stuttgart (Verl. Intern. Psychoanal.) 1993.

- Hoffmann, S.O. (1986): Die Ethologie, das Realtrauma und die Neurose. *Z Psychosom Med Psych* 32, 5–26.
- (1994): Angststörung. *Psychotherapeut* 39, 25–32.
  - (1999): Die Phobischen Störungen. Eine Übersicht zum gegenwärtigen Verständnis ihrer Psychodynamik und Hinweise zur Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 13, 237–252.
  - (2000): Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In: O.F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart/New York (Schattauer), 227–236.
  - (2002): Die Psychodynamik der sozialen Phobien. *Forum Psychoanal* 18, 51–71.
- Krause, R. (1997): *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*. Bd. 1: Grundlagen. (Stuttgart) Kohlhammer.
- (1998): *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*. Bd. 2: Modelle. Kohlhammer (Stuttgart).
- Kries, I. v. (1957): Zur Differentialdiagnose der Angstneurose und Angsthysterie. *Psyche – Z Psychoanal* 11, 28–63.
- Loch, W. (1959): Begriff und Funktion der Angst in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 13, 801–816.
- Mentzos, S. (1984) (Hg.): *Angstneurose*. Frankfurt/M. (Fischer).
- Milrod, B. (1995): The continued usefulness of psychoanalysis in the treatment armamentarium for panic disorder. *J Am Psychoanal Ass* 43, 151–162.
- , et al. (1997): *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington (Am. Psychiatric Press).
- Moser, U. (1978): Affektsignal und aggressives Verhalten. Zwei verbal formulierte Modelle der Aggression. In: *Psyche – Z Psychoanal* 45, 325–334.
- (1999): Selbstmodelle und Selbsteffekte im Traum. *Psyche – Z Psychoanal* 53, 220–248.
  - (2005): Transformation und affektive Regelung in Traum und Wahn. *Psyche – Z Psychoanal* 59, 718–765.
- OPD Task Force (2001): *Operationalized Psychodynamic Diagnostics. Foundations and Manual*.
- Plänkers, T. (2003): Veränderungen im psychoanalytischen Verständnis der Angst. *Psyche – Z Psychoanal* 57, 487–522.
- Ploog, D. (1999): Evolutionsbiologie der Emotionen. In: H. Helmchen et al. (Hg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Heidelberg (Springer), 525–553.
- Purcell, S. (2004): The analyst's theory : A third source of counter-transference. *Int J Psychoanal* 85, 635–652.
- Rangell, L. (1955): On the psychoanalytic theory of anxiety. *J Am Psychoanal Ass* 3, 389–414.
- (1967): The metapsychology of psychic trauma. In: S. Fürst (Hg.): *Psychic Trauma*. New York (Basic Books), 51–84.
  - (1968): A further attempt to resolve the »problem of anxiety«. *J Am Psychoanal Ass* 16, 371–404.
- Rey, H. (1979): Schizoide Phänomene im Borderline-Syndrom. In: E.B. Spillius (Hg.): *Melanie Klein heute*. Bd. I. Stuttgart (Verl. Int. Psychoanalyse) 1990, 253–287.
- Roose, S., R. Glick (Hg.) (1995): *Anxiety as Symptom and Signal*. Hillsdale (The Analytic Press).
- Rosenfeld H (1987): Sackgassen und Deutungen. Therapeutische und antitherapeutische Faktoren bei der psychoanalytischen Behandlung von psychotischen und neurotischen Patienten. Stuttgart (Klett-Cotta) 1998.
- Schmithüsen, G. (2004): Psychoanalytische Einzelfallstudie zu frühem Trauma und Zeiterleben. *Psyche – Z Psychoanal* 58, 293–320.
- Schoenhals, H.H. (2006): Angstneurose heute. *Psyche – Z Psychoanal* 60, 193–214.
- Schur, M. (1953): The ego in anxiety. In: R.M. Loewenstein (Hg.): *Drives, Affects, and Behavior*. New York (IUP), 67–103.

- (1958): The ego and the id in anxiety. *Psychoanal Study Child* 13, 190–220.
- Shapiro, Th., U.R. Emde (Hg.) (1992): *Affect: Psychoanalytic Perspectives*. New York (IUP).
- Steiner, J. (1987): The interplay between pathological organizations and the paranoid-schizoid and depressive positions. *Int J Psychoanal* 68, 69–80.
- Thomä, H. (1978): Von der »biographischen Anamnese« zur systematischen Krankengeschichte«. In: S. Drews et al. (Hg.): *Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag*. Frankfurt/M. (Suhrkamp), 254–277.
- (1995): Über die psychoanalytische Theorie und Therapie neurotischer Ängste. *Psyche – Z Psychoanal* 49, 1043–1067.
- (2001): Störungsspezifische Behandlungsmethoden bei Angstanfällen und Phobien. In: *Symptom-Konflikt-Struktur: Rückkehr einer alten Debatte: Psychoanalyse als Behandlungsmethode im Spannungsfeld zwischen Störungsspezifität und krankem Individuum. Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung in Bad Homburg vom 21.–24. 11. 2001*, 119–132.
- (2002): »Sitzt die Angst in den Mandelkernen?« In: G. Roth, H. Opolka (Hg.): *Angst, Furcht und ihre Bewältigung*. Oldenburg (bis), 87–123.
- , u. H. Kächele (2006): *Psychoanalytische Therapie*. 3 Bde. Heidelberg (Springer).

## Erwiderung

HELEN SCHOENHALS HART, FRANKFURT AM MAIN

Ich bin Stavros Mentzos und Helmut Thomä dankbar für ihren Beitrag und die Anregung auf eine weitere Diskussion. Ich bedauere sehr, wenn bei den Autoren der Eindruck entstanden ist, ich hätte mit meinem Artikel eine umfassende ätiologische Erklärung der Angstneurose geben wollen, greife aber gern den Hinweis auf, daß der Titel tatsächlich den Eindruck nahelegen kann und darum korrigiert werden sollte. Aus meinen Ausführungen hätte allerdings deutlich werden können, daß ich keineswegs Neid zur Determinante aller Angstneurosen erkläre. Meine Schlußfolgerung ist eher vorsichtig: »Es waren auch nicht immer Neidgefühle [...] Oft waren es auch Scham-, Schuld- und vor allem tiefe Traurigkeitsgefühle« (S. 205f.); oder: »Wenn ich heute einen Patienten mit angstneurotischen Symptomen behandle, denke ich zumindest an die Möglichkeit einer vorhandenen Neidproblematik bei mangelndem Containment« (S. 215). Mit der Kritik an Freuds zwei Angsttheorien, die bis heute ungelöste Probleme aufwerfen, stimme ich überein. Die weitere Kritik an der Kleinschen Orientierung wirkt allerdings leider selbst wiederum von Vorurteil belastet.

Anschrift der Verf.: Dr. med. Helen Schoenhals Hart, Westendstr. 92, 60325 Frankfurt/M.  
E-Mail: helen.schoenhals@t-online.de