

HELMUT THOMÄ, ULM

Über die psychoanalytische Theorie und Therapie neurotischer Ängste*

Übersicht: Nach Auffassung des Autors handelt es sich bei der neurotischen Angst um ein psychosomatisches Phänomen, das im »Angstanfall« – neuerdings als »Panikattacke« bezeichnet – prototypisch auftritt. Freud habe die Unterscheidung zwischen »Realangst« und »neurotischer Angst« aufgehoben, indem er beide in Beziehung zur Situation der Gefahr setzte. Trotz der in *Hemmung, Symptom und Angst* vollzogenen Revision der Angsttheorie seien grundlegende Probleme ungelöst geblieben, was nach Meinung des Autors damit zusammenhängt, daß eine einheitliche Theorie der Angst auf einer zerteilten Grundlage gesucht wurde. Obwohl die Ätiologie einer rein körperlich begründeten Angstneurose als Aktualneurose, die im Angstanfall kulminiert, aufgegeben worden war, sei die Signalangst im Vermeidungsverhalten der Phobie das Musterbeispiel psychoneurotischer Ängste geblieben. Darauf führt der Autor zurück, daß die von Freud mit ihrem Hauptmerkmal, dem Angstanfall, klinisch vollkommen beschriebene Angstneurose – sie wird durch typische physiologische Rückkoppelungen, also im weiteren Sinne psychogen, aufrechterhalten – in psychoanalytischen Studien vernachlässigt wurde. In behandlungstechnischer Hinsicht führt Thomä im Anschluß an Weiss und Sampson den Begriff des Meisterns ein, was bedeutet, die Wiederholungen und Übertragungen des Patienten als Versuch zu verstehen, mit Hilfe des Analytikers traumatische Situationen zu meistern. Bei adaptiver Anwendung der psychoanalytischen Methode können, so Thomä, alle neurotischen Angststörungen mit gutem Erfolg behandelt werden.

Für die neurotischen Angststörungen, die Panikattacken, die Phobien einschließlich der sozialen Phobie und für das generalisierte Angstsyndrom gilt in besonderem Maße Freuds These, daß »die Angst das Grundproblem der Neurosen ist« (1926d, S. 175).

Manche Phobien beginnen mit einem Angstanfall. Regelmäßig findet man auch beim generalisierten Angstsyndrom umschriebene Zuspitzungen beunruhigender körperlicher Sensationen als Angstkorrelate.

* Diese Veröffentlichung ist aus einer Reihe von Vorträgen zur Psychoanalyse neurotischer Ängste hervorgegangen. In die vorliegende, mehrfach überarbeitete Fassung wurden viele Anregungen aus Diskussionen aufgenommen. Eine frühere und vorläufige Fassung wurde in einem Tagungsbericht (Nissen, 1995) publiziert.

Bei der Redaktion eingegangen am 8.2.1995.

Die Herzphobie ist eine besonders dramatische Form eines Angstanfalls, der gerade *nicht* phobisch vermieden werden kann, weil wir unserem Körper nicht davonlaufen können. Ähnliches gilt auch für die äußerst quälende Erythrophobie, mit ihrer offenkundigen Beziehung zur Scham. Die Karcinophobie wächst hingegen im Verborgenen. Psychodynamisch betrachtet, liegen hier Berührungsstellen zur Hypochondrie (vgl. Bräutigam, 1964, 1965). Bei angstneurotischen Körperbildstörungen sind die Affekte leichter zugänglich als bei hypochondrischen Symptomen. Versucht der Zwangsneurotiker seine Rituale zu unterlassen, kann der Angstpegel bis zur Panik anwachsen. Diese Beispiele zeigen folgendes:

Bei großer Variabilität der körperlichen Ausprägung bis hin zum vollständigen Bild der Angstneurose nimmt die Panikattacke unter den Angstkrankheiten eine hervorragende Position ein. Die Gefahr scheint hier ganz von Innen zu kommen. Die Hilflosigkeit ist auf den Körper bezogen, der übermächtig geworden ist und sich jeder Kontrolle entzieht. Körperliche Dysregulationen sind beunruhigend. Noch inniger als mit der Außenwelt sind wir mit unserem Körper verbunden. Doch kann sich dieser auch verselbständigen. Seine autonomen Funktionen entziehen sich dem bewußten Zugriff. Nur beschränkt sind wir Herr im eigenen Haus. Es ist möglich, sich dem Körper und seinen Bedürfnissen zu entfremden. Verdrängungen, Verleugnungen und Projektionen von Selbstanteilen lassen die Gefahren, die vom Körper ausgehen können, in einem besonders unheimlichen Licht erscheinen. Es ist keine seltene Beobachtung, daß Menschen, die sich durch eine kontraphobische Haltung ausgezeichnet haben, nach einem Angstanfall völlig dekompensieren. Deshalb stellte ich die These auf, der Angstneurotiker fürchte sich letztlich vor sich selbst. Tatsächlich ist es nicht einfach, die verleugneten Selbstanteile aus der Projektion zurückzuholen.

Da die »Angst das Grundproblem der Neurosen ist«, haben die Erkenntnisse über Entstehung und Verlauf der Angsterkrankungen die höchste therapeutische Bedeutung weit über die spezielle Nosologie hinaus. Welches Wissen sollte man also in der Begegnung mit dem Patienten so gegenwärtig haben, daß diesem das Meistern erleichtert wird? Ich nenne einige besonders wichtige Gesichtspunkte.

1. In der Evolution hat die Angst im Dienste der *Arterhaltung* als *Selbsterhaltung* beim Bestehen von Gefahren eine ausschlaggebende Bedeutung. Selbstgefühl, Selbstsicherheit und Selbstbehauptung hängen lebensgeschichtlich von der Art und Weise des Ausgangs psychosozialer Konflikte ab. Anerkennung und Erfolg tragen zum Aufbau von Selbst-

vertrauen bei, das Problemlösungen erleichtert (über Selbsterhaltung und Selbstbehauptung vgl. Freud, 1940a).

2. Vom Beginn des Lebens an haben wir ständig Gefahrensituationen zu bewältigen. Wir sind zunächst vollkommen und später mehr oder weniger stark auf Hilfe angewiesen. Freud hat einmal die Frage aufgeworfen, was der Kern der Gefahrensituation sei, und folgende Antwort gegeben: »Offenbar die Einschätzung unserer Stärke im Vergleich zu ihrer Größe« (1926d, S. 199), zur Größe der Gefahr nämlich. Selbsttäuschungen können sich fatal auswirken. Vom Ausgang solcher Vergleiche im zwischenmenschlichen Wechselspiel aller kognitiven und affektiven Prozesse, die weitgehend unbewußt ablaufen, hängt es ab, wie wir gefährliche Situationen bewältigen. Deshalb wurde die Angst in der Psychoanalyse zum prototypischen Affekt. Die neurotische Angst entsteht in einem komplexen kognitiv-affektiven Kontext, der von unbewußt wirksamen »affektlogischen Schemata« (Ciompi, 1986; Wimmer, 1995) gesteuert wird. Die erworbene Disposition (als »trait anxiety« von Spielberger, 1980, bezeichnet) ist wesentlich dafür verantwortlich, welche Stressoren als Gefahrensignal wirken. Deshalb ist die Stressforschung gezwungen, von der ganz individuellen Reaktionsbereitschaft auszugehen und diese zu untersuchen, bevor eine Typologie möglich ist (Fehm-Wolfsdorf, 1993).

3. Bei negativem Ausgang des soeben beschriebenen Vergleichs zwischen Innen und Außen bei der Einschätzung der Machtverhältnisse kann jene Hilflosigkeit entstehen, die Freud als traumatische Situation gekennzeichnet hat. Es ist unerheblich, ob es sich bei dieser Einschätzung um eine reale oder um eine eingebildete Gefahr handelt. Diese Unterscheidung verliert auch in Freuds Werk ihre Gegensätzlichkeit, weil es keine neurotische oder psychotische Angst ohne zwischenmenschlich begründete »Realangst« gibt.

4. Realangst und neurotische Angst unterscheiden sich in einem wesentlichen Punkt: »Die neurotische Angst ist Angst vor einer Gefahr, die wir nicht kennen. Die neurotische Gefahr muß also erst gesucht werden ... Indem wir diese ... unbekannte Gefahr zum Bewußtsein bringen, verwischen wir den Unterschied zwischen Realangst und neurotischer Angst, können wir die letztere wie die erstere behandeln« (Freud, 1926d, S. 198). Die Gefahr, die (Bedrohung) ruft eine »Notfallreaktion« (Canon, 1920) hervor. Die Bewertung der Gefahr führt zu den Verhaltens-tendenzen »Flucht« oder »Angriff«, je nach antizipiertem Kräfteverhältnis von Bedrohung und Bedrohtem. Angst, Wut und Hilflosigkeit sind die emotionalen Korrelate von Angriff und Flucht; sie haben ihrer-

seits über Feedbackschleifen motivierende Funktionen. So kann durch ein Gefahrensignal Angriff oder Flucht ausgelöst werden.

Bei den neurotischen Angstanfällen kommt es zu einer fortgesetzten *Traumatisierung* mit kumulativer Wirkung. Das gelähmte und blockierte Handlungspotential bleibt sozusagen im Stadium des unbewußten Entwurfs stecken. Hierbei entdifferenziert sich für das unbewußte Erleben die zielgerichtete Aktion. Die Wiederholung von Niederlagen stimuliert die blockierte unbewußte Aggressivität, die nun als Triebgefahr im Sinne Freuds die Angst noch erhöht. Es ist also kein Zufall, daß sich Angst und Aggression affektphysiologisch gesehen recht ähnlich sind.

Geht man von der Phänomenologie der von Patienten beschriebenen Ängste aus, scheinen die Gefahren klar zu sein. Im Falle der Angst vor dem Verrücktwerden ist es ein Zustand, dessen vielfältige Beschreibung eben all jene Teilbereiche des Fühlens und Verhaltens enthält, die der Kranke selbst als »verrückten« Kontrollverlust bis hin zur Vernichtung seines Selbstgefühls erlebt. Es scheint also klar zu sein, wovor sich der Angstneurotiker letztlich fürchtet: Vor der Vernichtung seiner Existenz, die im Erleben als soziales Ich oder mehr als Körper-Ich, als Körperbild repräsentiert sein kann. Verleugnet wird die Angst *vor* sich selbst, und in der Symptomatik kommt es zur Angst *um* sich selbst, und um den »bedeutungsvollen Anderen«.

Die erlebte Befürchtung um sich selbst und um den eigenen Körper, die als Gefahr von innen imponiert, ist demnach immer auch auf eine echte äußere Gefahr bezogen, die unbekannt = unbewußt geworden ist. Die Ähnlichkeit von neurotischer Angst und Realangst geht darauf zurück, daß »innen« und »außen« aufs engste miteinander verbunden sind und die klare Unterscheidung von Subjekt und Objekt eine späte Errungenschaft der Entwicklung ist. Die Angst um den »Ich-Verlust« geht immer mit der neurotischen Angst um die Integrität und Präsenz des »bedeutungsvollen Anderen« einher (vgl. Thomä und Kächele, 1985, 1988).

5. Im Falle der neurotischen Angst ist die Gefahr aufgrund von Abwehrprozessen *unbewußt*, also für den Leidenden selbst unzugänglich geworden, so daß dieser wehrlos dem Unbekannten und Unheimlichen ausgeliefert ist. Dies ist der verallgemeinerte Sinn der revidierten Beziehung von Angst und Verdrängung in dem bekannten Satz: »Die Angst macht die Verdrängung und nicht die Verdrängung die Angst« (Freud, 1926d, S. 194). Häufig setzten die Abwehr- und Verdrängungsprozesse beispielsweise im typischen phobischen Vermeiden nach einer Panikattacke ein, die durch frei flottierende Angst gekennzeichnet ist. Munchs »Schrei« signalisiert uns eine Panikattacke, die von einer Frau auf einer

Brücke ganz und gar Besitz ergriffen hat. Das spätere phobische Vermeiden in einer Brückenphobie können wir uns leicht vorstellen.

Um das Ausmaß neurotischer Ängste begreifen zu können, muß man das *Unbewußte* ernst nehmen. Die Einbildungskraft, die von unbewußten Schemata gesteuert wird, bestimmt das Erleben und damit die menschliche Wirklichkeit als einer *psychosozialen Realität*. Die Gesetze der Natur, die Freud im Realitätsprinzip auf den Begriff gebracht hat, setzen zwar Grenzen, ohne aber die kreative Phantasie als Determinante des Erlebens wesentlich einschränken zu können. Es mag paradox klingen, daß ich die neurotische, also die eingebildete Angst für größer halte als die Realangst. Statt langer Reden berufe ich mich auf Goethes »Erlkönig« und auf Gustav Schwabs Ballade »Der Reiter und der Bodensee« als Beispiele für den angstbedingten Tod in absentia einer Realgefahr.

Eine gewisse Distanz zur Gefahr scheint zur vollen Entwicklung neurotischer Ängste konstitutiv zu sein. Im Augenblick einer tatsächlichen Bedrohung wird in erster Linie das Handlungspotential, nicht aber eine Angstwahrnehmung evoziert. Die kognitive Seite des Affekts benötigt zur Entfaltung eine gewisse Distanz des erlebenden Ichs zum aktuellen Geschehen. Schließlich kann in der kontraphobischen Haltung die Distanz sogar zur totalen Verleugnung führen. So werden lebensbedrohliche Höchstleistungen erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht. Im Märchen »Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen« ist die kontraphobische Haltung eines einfältigen jungen Mannes wunderbar dargestellt. Ohne psychoanalytische Deutungen kann man allerdings nicht begreifen, daß dieser Kontraphobiker allen fürchterlichen Abenteuern angstfrei standhielt, aber schließlich, zum Freier der Königstochter erkoren, im Bett das Gruseln lernte. Wovor es ihm gruselte, verrät das Märchen der Gebrüder Grimm.

6. Es ist zutreffender, statt von einem Angstsignal, das bei Bedrohungen ausgelöst wird, von einem Gefahrensignal zu sprechen. Wie Waelder (1963, 1967) begründet hat, handelt es sich hierbei beileibe nicht nur um eine terminologische Finesse. In der Sequenz, die von der Wahrnehmung der Gefahr zu adaptiven Reaktionen führt, ist ein Gefahrensignal ein biologisch notwendiger Teil des Regelkreises, nicht ein Angstsignal. Vom Ausgang des erwähnten Vergleichs zwischen eigener Stärke und Größe der Gefahr, der weitgehend unbewußt abläuft, hängt es ab, ob in einer Notfallreaktion und bei einem Gefahrensignal ein angstvolles Fluchtverhalten oder ein wütender Angriff erfolgt. An das Alternieren von Wut und Angst muß deshalb erinnert werden, weil sich ein solcher Wechsel im menschlichen Verhalten oft nur durch ganz feine Anzeichen verrät.

Das zuverlässige diagnostische Kriterium, daß das Ausmaß neurotischer Ängste der abgewehrten Aggressivität proportional ist, ist in diesem Zusammenhang zu nennen. Wegen der innigen Verbindung von innen und außen in der interaktionellen Verflechtung ist es eine zutreffende Wahrnehmung, daß auch im Unbewußten steckengebliebene Angriffe eine Gefahr von außen, also Gegenangriffe, hervorrufen können und sich somit die neurotische Angst steigert. So bilden sich die typischen Teufelskreise, die auf eine ursprüngliche Intersubjektivität zurückgehen. Diese sich selbst verstärkenden circuli vitiosi werden heutzutage auch als »positive Rückkopplungen« bezeichnet, ohne daß damit eine neue Erkenntnis gewonnen würde. Denn daß »Angstanfälle durch positive Rückkopplungen zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziationen mit Gefahr und der daraus entstehenden Angstreaktion entstehen« (Margraf und Schneider, 1989, S. 22), gehört zum Allgemeinwissen jedes psychosomatisch eingestellten Arztes. In der Erwartungsangst, in der Angst vor der Angst ist die positive Rückkopplung enthalten. Margraf et al. haben durch ihre Veröffentlichungen kein originelles psychophysiologisches Erklärungsmodell vorgelegt, sondern klinische Beobachtungen systematisiert und so schematisiert, daß sich daraus hilfreiche Unterbrechungen des Teufelskreises ableiten lassen. Insofern handelt es sich um einen wichtigen Beitrag zur Psychotherapie von Panikattacken. Zugleich besticht das Erklärungsmodell durch eine bemerkenswerte Simplifizierung der Psychologie und Psychopathologie menschlicher Ängste. Die Rolle interner Angstausslöser wird zwar hervorgehoben. Aber im zugrunde liegenden Attributionsmodell und dem schematisierten psychophysiologischen Regelkreis bleibt ausgespart, warum der »Steuermann« objektiv harmlosen körperlichen Empfindungen zerstörerische Kräfte zuschreibt. Weicht man dieser wesentlichen Frage nicht aus, gelangt man unvermeidlich zu affektiven und kognitiven unbewußten Prozessen, die den »Steuermann« motivieren, überall Gefahren zu wittern. Daß ein um wesentliche Dimensionen menschlichen Erlebens verkürztes psychophysiologisches Angstmodell zu hilfreichen Interventionsstrategien führen kann, ist übrigens nicht verwunderlich. In der Aktualgenese neurotischer Ängste stellt nämlich der sich selbst verstärkende circulus vitiosus, die positive Rückkopplung eine wesentliche Teilursache dar. Diese wurde in der psychoanalytischen Behandlungstechnik vernachlässigt. Freud hat allerdings nicht, wie Margraf und Schneider (ebd., S. 5) behaupten, im Zusammenhang mit der Therapie von Phobien verdeutlicht, daß die von ihm entwickelte Behandlungstechnik bei phobischem Vermeidungsverhalten nicht sehr erfolgreich

sei. An der zitierten Stelle betont Freud (1919a, S. 191) vielmehr die Notwendigkeit einer differentiellen Technik und empfiehlt als besondere Aktivität eine verhaltenstherapeutische Exposition bei Phobien, wie wir heute sagen würden. Welche Aktivitäten bei der Unterbrechung des Teufelskreises heutzutage mit der psychoanalytischen Methode zu vereinbaren sind, ohne den langfristigen Erfolg zu gefährden, ist eine noch immer offene Frage und eines der wichtigen Themen der psychoanalytischen Verlaufs- und Ergebnisforschung.

7. Neurotische Ängste entstehen beim Erwachsenen deshalb, weil von zwischenmenschlichen Beziehungen aufgrund unbewußter Schemata Gefahrensignale in einer Größenordnung ausgehen, die der für die Definition von Realität zuständige sogenannte gesunde Menschenverstand nicht sehen kann. Indem sich Freud der unbewußten Phantasiewelt zuwandte, hat er, wie viele Psychoanalytiker nach ihm, die historische und aktuelle Wahrheit, d. h. den realen Kern in der Therapie von Angstneurosen vernachlässigt. Die Erkenntnis, daß sich Übertragungen an tatsächlich bestehenden Eigenarten des Analytikers oder an der Behandlungssituation festmachen, hat methodische Konsequenzen, die erst in jüngster Zeit gezogen werden. In der modernen Psychoanalyse besteht das Hier und Jetzt im Mittelpunkt der Diskussion. Nun geht es darum, Erkenntnisse in systematischer Weise therapeutisch nutzbar zu machen, die in den folgenden Thesen über den Verlauf seelischer Erkrankungen enthalten sind. Nach Freud projizieren eifersüchtige und verfolgte Paranoiker nach außen, was sie im eigenen Inneren nicht wahrhaben wollen, »aber sie projizieren sozusagen nicht ins Blaue hinaus, nicht dorthin, wo sich nichts Ähnliches findet ..., (sie) verwerten in ihrem ›Beziehungswahn‹ die kleinsten Anzeichen, die ihnen diese Anderen, Fremden geben« (Freud, 1922b, S. 199). Auf Grund unbewußter Erwartungen sucht und findet der Patient in der Umwelt, in der Realität, passende Entsprechungen. Aus Freuds Auffassung spricht die Vieldeutigkeit des Realitätsbegriffs.

»Das erstarrte Ich des Erwachsenen fährt fort, sich gegen Gefahren zu verteidigen, die in der Realität nicht mehr bestehen, ja es findet sich gedrängt, jene Situationen der Realität herauszusuchen, die die ursprüngliche Gefahr ungefähr ersetzen können, um sein Festhalten an den gewohnten Reaktionsweisen an ihnen rechtfertigen zu können. Somit wird es leicht verständlich, wie die Abwehrmechanismen durch immer weiter greifende Entfremdung von der Außenwelt und dauernde Schwächung des Ichs den Ausbruch der Neurose vorbereiten und begünstigen« (1937c, S. 83).

8. Wichtig ist die von Freud getroffene Unterscheidung von *Angstaussbruch* und *Schutzhandlung*. Obwohl die Triebgefahr, die auch kurz als

Triebangst bezeichnet wird, durch Ereignisse gekennzeichnet wird, die von außen, also von anderen Menschen ausgehen, stammt die Triebangst in besonderem Maße von innen. Das Ich als Stätte der Angst reagiert hierbei also auf eine Gefahr, die von innen kommt. Freud hat den Zusammenhang zwischen Triebanspruch und realer Gefahr in den typischen menschlichen Grundängsten beschrieben, die für die Diagnostik aller Angstsyndrome und der Psychoneurosen überhaupt grundlegend sind. Ich zähle diese Angstbedingungen, deren Veränderung die psychoanalytische Therapie anstrebt, hier nur kurz auf. In der Chronologie figuriert bei Freud an erster Stelle die Angst vor dem Verlust des Liebesobjekts mit einer feinen Unterscheidung zwischen der Liebe des Objekts und des Objekts der Liebe (vgl. Bowlby, 1976). Mit dem Objektverlust geht die Trennungsangst einher, die wiederum eine umfassende Bedeutung hat, weil es hierbei um Trennungen von einem bedeutungsvollen Mitmenschen geht, zu dem eine Abhängigkeit besteht. Im Erleben können sich Trennungen auch auf Teile des eigenen Körpers beziehen und dort zum Ausdruck gebracht werden. Deshalb hat Freud auch die Kastrationsangst der Trennung untergeordnet, zu der es heißt: »Der Triebanspruch ist ja nicht an sich die Gefahr, sondern darum, weil er eine richtige äußere Gefahr, die Kastration, mit sich bringt« (1926d, S. 156). Schließlich ist mit der Verinnerlichung von Idealen, von Geboten und Verboten die Gewissensangst zu nennen, die in der psychoanalytischen Terminologie als Überich-Angst bezeichnet wird und als *Sozialangst* in Erscheinung tritt. Diese Angstform hat enge Beziehungen zu bewußten und unbewußten Schuldgefühlen, deren Motivation wiederum auf die Bedeutung aggressiver Affekte verweist (Freud, 1930a, S. 484ff.). Durch unbewußte Schuldgefühle ist die soziale Angst mit den früheren Verlustängsten verbunden. So heißt es:

Verliert er (der Mensch) die Liebe des anderen, von dem er abhängig ist, so büßt er auch den Schutz vor mancherlei Gefahren ein, setzt sich vor allem der Gefahr aus, daß dieser Übermächtige ihm in der Form der Bestrafung seine Überlegenheit erweist. Das Böse ist also anfänglich dasjenige, wofür man mit Liebesverlust bedroht wird; aus Angst vor diesem Verlust muß man es vermeiden. Darum macht es auch wenig aus, ob man das Böse bereits getan hat, oder es erst tun will ... Man heißt diesen Zustand »schlechtes Gewissen«, aber eigentlich verdient er diesen Namen nicht, denn auf dieser Stufe ist das Schuldbewußtsein offenbar nur Angst vor dem Liebesverlust, »soziale« Angst« (ebd., S. 484).

9. Aus verschiedenen Gründen ist es sehr lohnend, den Angstanfall genauer unter die Lupe zu nehmen. Denn bei diesem handelt es sich um die Angstneurose, die Freud (1895b) vor hundert Jahren klinisch vollständig beschrieben hat und die heute »Panikattacke« genannt wird. Es ist medi-

zugeschichtlich gesehen eine bemerkenswerte Tatsache, daß die zentrale Bedeutung von Freuds Beschreibung der Angstneurose als pathophysiologisches Syndrom in der Panikattacke wiederentdeckt wurde, die seelischen Entstehungs- und Verlaufsbedingungen aber in der gegenwärtigen biologischen Psychiatrie weithin unbekannt sind. D. F. Klein (1981) sowie Sheehan und Sheehan (1983) haben biologische Modelle für den Angstanfall entworfen. Das scheinbar spontane Auftreten unterscheidet angeblich den Angstanfall qualitativ von der antizipatorischen Angst, wie man sie bei den Phobien findet. Weil die Panikattacke ohne den geringsten Anlaß, also »endogen« aufzutreten scheint, wird neurophysiologischen Schaltstellen im limbischen System und insbesondere in den Mandelkernen eine ursächliche Relevanz zugeschrieben. Klein et al. (1962, 1981) gingen von der inzwischen widerlegten Annahme aus, daß Imipramin in spezifischer Weise spontan auftretende Panikattacken – im Unterschied zu Phobien und zur generalisierten Angst – unterdrücken kann. Anhand dieser unhaltbaren »pharmakologischen Dissektion« wurde eine qualitative Unterscheidung zwischen Panikattacken und anderen Angstformen getroffen. Aus der therapeutischen Wirksamkeit trizyklischer Antidepressiva auf Panikattacken und wegen der Wirkungsmechanismen dieser Pharmaka wurden im limbischen System auch die Ursachen lokalisiert. Diese falsche ätiologische Theorie der Panikattacken wurde ebenso wie die damit einhergehende einseitige Pharmakotherapie bereits zu Recht aus verhaltenstherapeutischer Sicht kritisiert (vgl. Klein, 1987, sowie Lelliott und Marx, 1987). Um nicht mißverstanden zu werden: Selbstverständlich hat jedes seelische, körperliche und psychosomatische Phänomen und dementsprechend auch die Angst ein neurobiologisches Substrat. An diesem greifen anxiolytische Pharmaka an, wenn auch nicht in einer spezifischen Weise, wie dies zunächst für die Panikattacken angenommen wurde. Aber die Angstattacken beginnen nicht dort aufgrund eines lokalen Paroxysmus. Vielmehr ist die Panikattacke der Prototyp einer Angstreaktion auf eine unbekannte Gefahr, also Teil eines komplexen affektiven und kognitiven Prozesses. Zweifellos kann sich Angst auch sekundär mit harmlosen vegetativen Reaktionen verknüpfen oder diesen zugeschrieben werden. Dann kommt es zu gegenseitiger Verstärkung als jener Angst vor der Angst, die zum Selbstauslöser wird. Spätestens bei den Wiederholungen von Panikattacken werden auch die unbewußten seelischen Dispositionen und Ursachen wirksam, die mit Hilfe der psychoanalytischen Methode seit Freuds Beschreibung der Angstneurose entdeckt wurden. Diese Entdeckungen sind, wie nun zu zeigen sein wird, nicht konsequent genug in die Revision der Angsttheorie eingebaut worden.

10. Bei der Revision der Angsttheorie sah sich Freud gezwungen, den Bedingungszusammenhang zwischen Angst und Verdrängung umzukehren. Die Untersuchung der Phobien sollte, so hoffte Freud, die Auffassung bestätigen, die Libido werde in Angst verwandelt (1926d, S. 137). Diese Erwartung erfüllte sich nicht. Das Gegenteil trat ein. In der Angst der Tierphobie mußte nun eine Realangst, eine Angst vor einer wirklich drohenden oder als real beurteilten Gefahr gesehen werden. »Hier macht die Angst Verdrängung«, nicht, wie Freud früher geglaubt hat, »die Verdrängung die Angst« (ebd.). Das phobisch gefürchtete Objekt wirkt traumatisierend, weil eine Situation der Hilflosigkeit entsteht, ein Angstanfall also, wenn Vermeidung mißlingt. Es liegt auf der Hand, daß fortgesetzte Traumatisierungen das Selbstvertrauen untergraben. Es genügt also therapeutisch gesehen nicht, die in der Hilflosigkeit jeweils enthaltenen und unbekannten aggressiven oder libidinösen Triebregungen bewußt zu machen. Dieser Prozeß ist dann hilfreich, wenn sich gleichzeitig das Selbstvertrauen und der Handlungsspielraum vergrößern.

Es ist eindrucksvoll, wie Freud darum gerungen hat, »die Verbindung zwischen neurotischer und Realangst herzustellen« (1933a, S. 90). Die Verbindung wird durch die oben zitierte Aussage belegt, die neurotische Angst sei Angst vor einer Gefahr, die wir nicht kennen. Bezeichnungen wie Triebgefahr oder Triebangst, die einen äußerst komplexen kognitiven und affektiven Austauschprozeß zwischen Innen und Außen kurzschließen, sind leider auch geeignet, das zu verdecken, was theoretisch oder behandlungstechnisch noch ungelöst ist. Deshalb ziehe ich allgemeine Beschreibungen vor, die theoretisch nicht so vorbelastet sind, wie etwa Freuds These, daß sich die Furcht auf die eigene Libido bezieht (1933a, S. 90). Ohne Zweifel hat die psychoanalytische Triebtheorie wie keine andere zur Aufklärung neurotischer Ängste beigetragen. Trotzdem würde ich eine übergeordnete Beschreibung vorziehen. In der traumatischen Situation der Hilflosigkeit als Realangst haben wir Angst um uns selbst. In solche Situationen geraten Menschen, die wir als neurotisch bezeichnen, scheinbar ohne äußeren Anlaß, weil sie sich vor sich selbst fürchten. Deshalb wittern sie überall Gefahren, die für das subjektive Erleben nicht weniger real sind als es die Realgefahr für den normalen Durchschnittsbürger ist.

Genauer betrachtet handelt es sich um einen intersubjektiven und zirkulären Prozeß: die Angst um sich selbst und vor sich selbst ist stets auch Angst um den »bedeutungsvollen Anderen« (G. H. Mead) und vor ihm. Die unbewußten Austauschprozesse ermöglichen einen raschen Subjekt-Objekt-Wechsel und eine Verkehrung der Täter-Opfer-Beziehung,

also alternierende Identifizierungen. Diese unbewußt ablaufenden Prozesse spiegeln sich in den Beschreibungen der Patienten, wenn man dafür ein Ohr hat. Die neurotische Angst um die seelische und körperliche Integrität, die Angst vor der Ich- oder Selbstfragmentierung ist ein Hinweis für die als bedrohlich erlebte unbewußte Aggressivität. Wo »Vernichtung« in psychopathologischen Phänomenen enthalten und vom Patienten in verschobener Weise erlebt wird, kann auf unbewußte destruktive Phantasien geschlossen werden. Kurz gesagt: Zur neurotischen Todesangst gehört der unbewußte Todeswunsch. Durch Einbeziehung der Bedeutung der Aggression in die Pathogenese neurotischer Ängste, die durch die kleinianische Schule gefördert wurde, ließe sich auch der Begriff der Triebangst als Furcht vor den Folgen der eigenen aggressiven Phantasien oder Impulse erweitern. Bei solchen Erweiterungen werden aber oft unbemerkt alte und falsche Hypothesen mitgeschleppt. So gehört die Annahme, daß Triebe das Ich oder das Selbst gefährden und daß Erregungssteigerungen ohne Abfuhr Vernichtungsängste auslösen, zur metapsychologischen und obsoleten Definition von Hilflosigkeit. Die Triebangst ist auch in der frei flottierenden Angst objektbezogen und wird über Verinnerlichungen – wie ich Dir, so Du mir – im eigenen Selbst einschließlich des Körperbildes wirksam.

In der chronischen Angst, verrückt zu werden, kündigt sich keine Psychose an, und auch die Herzneurosen haben kein erhöhtes Infarktrisiko. Eine entsprechende Aufklärung bringt allerdings nur eine kurze Beruhigung. Der beispielsweise gefürchtete Kontrollverlust bei sensiblen und besonders gewissenhaften Menschen ist ein Indiz für hohe Idealbildungen und Abwehrprozesse. Der befürchtete Kontrollverlust kann im durchschnittlichen Wertsystem Dem-aus-der-Rolle-Fallen, einem harmlosen Fauxpas gleichkommen. Nach schwerer Dekompensation aktualisieren und kumulieren sich verjährte Angstbedingungen. Hier sind die prototypischen Gefahrsituationen zu nennen, die Freud beschrieben hat: Trennungsangst, die sich als Angst vor Objektverlust und Angst vor Liebesverlust untergliedern läßt, Kastrationsangst und Überich- (Gewissens-) Angst.

11. Freud ging bei der Revision der Angsttheorie nicht weit genug. Insbesondere blieb die Beziehung zwischen der libidoökonomisch, also im weiteren Sinn physiologisch verstandenen, oder aus heutiger Sicht richtiger gesagt mißverstandenen, aktualneurotischen Entstehungen der Angst und den Psychoneurosen ungeklärt. Freud (1926a) beendete den vierten Abschnitt von *Hemmung, Symptom und Angst* mit dem Hinweis, daß dieses Problem nicht gelöst sei – »non liquet«.

Wie die Übersichten von Compton (1972a,b, 1980) zeigen, haben in der Folgezeit viele namhafte Analytiker versucht, die Unklarheiten der Angsttheorie zu beseitigen und ihre Erklärungskraft für die Entstehung und Therapie von Angstsyndromen zu erhöhen. Wegen der zentralen Bedeutung der Angst beim Einsetzen von unbewußten Abwehrprozessen, also der Verdrängung, Projektion, Verleugnung etc. und damit bei der Entstehung aller seelischen und psychosomatischen Erkrankungen, kommt dem »non liquet« Freuds ein besonderes Gewicht zu. Für die Lösung des Problems hat es sich auch in diesem Fall ungünstig ausgewirkt, daß die meisten Versuche systemimmanent geblieben sind, also sich innerhalb der traditionellen Metapsychologie bewegt haben. Charakteristisch hierfür ist der Vorschlag von Rangell (1959, 1968), durch eine »einheitliche Theorie« die frühen und die späten Annahmen Freuds unter ein Dach zu bringen. Um in dieser für die Theorie und Praxis der Psychoanalyse zentralen Fragen weiterzukommen, müssen m. E. einige falsche metapsychologische Voraussetzungen aufgegeben werden, die bei den meisten Interpretationen der Angsttheorie mitgeschleppt wurden und die Verwirrung aufrechterhalten haben.

Das Lust-Unlust-Prinzip, der Gesichtspunkt der Homöostase und die Perspektive der Selbsterhaltung sind regulative Prinzipien, die es ermöglichen, psychosoziale und biologische Phänomene in einen Funktionszusammenhang zu stellen. Besonders Kant hat gelehrt, diese regulativen Prinzipien nicht mit Erklärungen zu verwechseln. Es macht also einen großen Unterschied aus, ob wir das Auftreten von Angst unter dem Gesichtspunkt der Selbsterhaltung im Zusammenhang mit einer Realgefahr betrachten oder ob wir die Angst als ein Abfuhrprodukt aufgestauter und irgendwie transformierter Libido glauben erklären zu können. Freud hat beide Wege eingeschlagen. Damit hängen die Unklarheiten des vorhin zitierten »non liquet« zusammen, die noch beträchtlich dadurch erhöht wurden, daß den Vorstellungen über die Besetzung, Verschiebung und Abfuhr von Energie und deren Transformation in Affekte eine wissenschaftliche Reputation im Sinne einer kausalen Erklärung zugeschrieben wurde. Das Verständnis dieser Emotion, deren Bedeutung für die Selbsterhaltung biologisch begründet ist, ist also mit allen Unsicherheiten der Triebtheorie, insbesondere bezüglich der Beziehung zwischen Trieb und Affekt, belastet. Die Bindung von Affekten an die Triebtheorie und ihre Begrifflichkeit macht die Angst zu einem Produkt der Triebbesetzung bzw. der Abfuhr. Rapaport bot seine große Gelehrsamkeit auf, um in einer Übersicht die psychoanalytische Affekttheorie zu ordnen. Wenn es einem Gelehrten wie Rapaport unmöglich ist, eine

überzeugende Theorie vorzulegen (1953, S. 504), liegt der Gedanke nahe, daß die Affekte nicht in den begrifflichen Rahmen des Lust-Unlust-Prinzips mit seinen speziellen triebtheoretischen Hypothesen gepreßt werden können.

Zwar wurde Freuds frühe Erklärung der Angstneurose als körperlich begründete Aktualneurose, wie Wälder hervorhebt, von Analytikern im Laufe der Zeit abgelehnt. Die Veröffentlichungen von Blau (1952), Fenichel (1945), Schur (1953, 1955, 1958), Greenacre (1952), Rangell (1955, 1968), Loch (1959), um nur einige namhafte Autoren zu nennen, zeigen aber, daß metapsychologische Spekulationen über Triebumwandlungen und deren Beziehung zur Angst erhalten und in abträglicher Weise in Theorie und Praxis wirksam blieben. Einige Begriffe der ersten Angsttheorie wurden übernommen, so daß die Revision der Angsttheorie nach Freuds großem Werk nur halbherzig fortgesetzt wurde.

Auf der Grundlage des Lust-Unlust-Prinzips betrachtete Freud bis zuletzt die Geburt als Vorbild für den Angstzustand, weil in ihr wie in jeder Gefahrensituation eine hochgespannte Erregung bestehe, die als Unlust verspürt werde und der man nicht durch Entladung Herr werden könne (1933a, S. 100). Obwohl Freud die Geburtstraumatheorie von Rank (vgl. Thomä, 1990) der Entstehung von Neurosen ablehnte, blieb doch die Umstellung des Neugeborenen vom intrauterinen zum postnatalen Leben das Vorbild späteren Angsterlebens.

Greenacre leitete aus der Metapsychologie eine »basic anxiety« (1952, S. 55) ab. Im einflußreichen Handbuch von Fenichel (1945) findet man den Satz: »Aktualneurotische Symptome bilden den Kern aller Psychoseurosen« (S. 192). Demnach würden alle Psychoneurosen aus einer körperlich begründeten Angst hervorgehen. Rangell glaubt diesen aktualneurotischen Zustand mit einer einheitlichen Theorie der Angst zusammenführen zu können, indem er feststellte: »Triebstau ist die ökonomisch-dynamische Bedingung für Unlust, und die Angst ist eine spezifische Reaktion auf die Gefahr, die diese (oder jede andere gefährliche Situation) zur Folge hat« (Rangell, 1955, S. 399). Die einheitliche Theorie der Angst von Rangell perpetuiert die Probleme, die Freud hinterlassen hat, indem sie das Trauma libidotheoretisch definiert und an der Vermutung festhält, daß die Größe der Erregungssumme und die Unfähigkeit des Organismus, diese nach dem Lustprinzip zu erledigen, der Gefahrensituation ihre Bedeutung verleihe. Freud selbst hat die Revision der zweiten Angsttheorie nicht fortgeführt, sondern eher ein Stück rückgängig gemacht (vgl. 1933a, S. 100f.). Die dort beschriebene »zweifache Herkunft der Angst, einmal als direkte Folge des traumatischen Mo-

ments, das andere Mal als Signal, daß die Wiederholung eines solchen droht«, könnte zwar in eine einheitliche Theorie übergeführt werden, wenn es zuträfe, daß der aktualneurotische Kern eine ökonomische, d.h. körperlich begründete und inhaltsleere Unlust, bis zur Angst gesteigert, die Ursache von Psychoneurosen wäre. Diese Annahme läßt sich aber nicht mit der modernen Affekttheorie vereinbaren und führt klinisch in die Irre. Angst ist primär ein psychosomatisches Phänomen. Rein physiologisch ausgelöste Angstanfälle, z.B. nach Injektion adrenalinhaltiger Anästhetika beim Zahnarzt, werden zur neurotischen Panikattacke, wenn und weil sich damit in Sekundenschnelle seelische Inhalte verknüpfen, oder in moderner Terminologie ausgedrückt: Mit dem Herzklopfen wird Ohnmacht oder Tod attribuiert.

Die heutige kritische Auseinandersetzung mit der Angsttheorie kann nicht umhin, die Beziehung zwischen Trieb und Affekt zu entwirren. Damit wird der Bedeutung des Angstaffekts ebensowenig Abbruch getan wie der Rolle der Triebgefahr in der Entstehung von Neurosen bzw. bei der Aktivierung der Verdrängung und anderer Abwehrmechanismen. Interdisziplinäre Untersuchungen haben den Boden dafür geebnet, die Revision der Angsttheorie fortzuführen und in Einklang mit dem heutigen Wissen über die Psychophysiologie der Angst und ihre Beziehungen zu anderen Affekten zu bringen (Krause, 1983; Scherer und Ekman, 1984; Busch et al., 1991; Cooper, 1985).

Die begriffliche Unterscheidung der Affekte von der Triebtheorie führt zu einer Entwirrung jahrzehntelang mitgeschleppter Widersprüchlichkeiten und erhöht die klinische Erklärungskraft der psychoanalytischen Theorie nach vielen Richtungen. Nun erweist sich auch die scheinbar endogen entstandene Panikattacke und die »frei flottierende Angst« als Psychoneurose. Die sogenannte Panikattacke, der von Freud beschriebene Angstanfall, ist also der Prototyp primär psychosomatischer Angstkrankheiten. Die erlebte Todesangst entsteht aufgrund von Verschiebungen und anderen unbewußten Abwehrprozessen (vgl. Mentzos, 1985).

12. Die heutigen Panikattacken sind mit den von Freud vor hundert Jahren beschriebenen Angst- bzw. Aktualneurosen symptomatisch identisch. Nach deskriptiver Klassifikation, die sich heute nach der neuesten Ausgabe des DSM (Akronym für *Diagnostic Statistical Manual*) richtet, gelangt man zu den wesentlichen und nach wie vor faszinierenden Fragen über Entstehung und Verlauf sowie zur Therapie der Angstkrankheiten. Freuds falsche Auffassung der Angstneurosen als »Aktualneurose« (1898a, S. 509), die auch nach der Revision der Angsttheorie in *Hem-*

mung, Symptom und Angst (1926d) nicht überwunden wurde, hatte gravierende medizingeschichtliche Auswirkungen. Es ist ein geringer Trost, daß die heutige neurobiologische Theorie der Panikattacken sich als ebenso falsch herausstellen wird wie Freuds libidoökonomische Erklärung der Angstneurosen. Unzureichende oder falsche ätiologische Theorien führen zu therapeutischen Einseitigkeiten oder Fehlern. So läßt der Pharmakopsychiater Klein die Panikattacken »spontan« oder »endogen« im limbischen System entstehen, nicht aber als Teil des Funktionskreises der Angst als »bio-psycho-sozialem Warnsystem« (Hoffmann, 1994, S.27). Tatsächlich ist der Angstanfall in ein komplexes affektives und kognitives Feld eingebettet. Deshalb können neurotische Ängste sowohl von verschiedenen Stellen des psychophysiologischen Regelkreises ausgelöst als auch therapeutisch unterbrochen werden. Wächst beispielsweise die Selbstsicherheit bei der Unterbrechung der Angst vor der Angst, verändert sich auch eine chronifizierte, überhöhte Reaktionsbereitschaft. So wesentlich die neurophysiologischen Schaltstellen und das limbische System in der Entstehung von Angst sind, so verfehlt ist es, einen lokalen zerebralen Paroxysmus als Ursache des Angstanfalls anzunehmen. Diese falsche Erklärung wird nicht dadurch richtiger, daß trizyklische Antidepressiva (Imipramin) die Transmission unterbrechen und gezielt eingesetzt werden können. Bei diesen Psychopharmaka besteht nicht wie bei den Anxiolytika der Diazepamreihe die Gefahr der Abhängigkeit. Ebenso wie die Betarezeptorenblocker bei paroxysmalen Tachykardien als Angstäquivalenten sollte jedwede Medikation bei Angstneurosen einem psychotherapeutischen Behandlungsplan zu- und untergeordnet werden. Unter psychoanalytischen Gesichtspunkten sind angstdämpfende Mittel sinnvoll oder notwendig, wenn dadurch die Meisterung neurotischer Ängste erleichtert oder ermöglicht wird. Angstüberflutete Patienten benötigen diese Unterstützung, um zum Nachdenken über Gefahren fähig zu sein. Weltanschauliche Scheuklappen jedweder Art sollten abgelegt werden. Im Interesse der Therapie auf einen Methodenpurismus vorübergehend zu verzichten, kommt im übrigen auf längere Sicht auch der strenggenommenen Psychoanalyse zugute (Milrod, 1995; Roose und Stern, 1995; Roose und Glick, 1995). Die mit medikamentösen Hilfsmitteln erzielte größere Sicherheit erleichtert die Annäherung an das Unheimliche. Solange die Stimme des Vaters kein Gehör findet, ist der Erbkönig so übermächtig wie in Goethes Ballade. Nicht jedes Mittel ist recht, um gesund am Ziel anzukommen. Der Aufbau einer hilfreichen Beziehung, der sich im günstigen Fall Hand in Hand mit der Wirksamkeit von Deutungen vollzieht, wird er-

leichtert, wenn der Analytiker keinen Ausschließlichkeitsanspruch stellt und anderes und andere gelten läßt. Patienten sind sehr hellhörig für unsere Einstellungen. Das gemeinsame Ziel, nämlich neurotische Ängste durch Aufklärung zu heilen und zu meistern, wird auf einem schwierigen Weg erreicht. Soweit es um das *psychologische Verständnis* der Angst geht, kann uns mit Freud nichts gleichgültiger sein als die »Kenntnis des Nervenweges, auf dem ihre Erregungen ablaufen« (1933a, S. 408).

In ihrem einflußreichen Übersichtsreferat »Current Pharmacotherapy of Anxiety and Panic« sprechen Rickels und Schweizer (1987) von einem Wandel der psychiatrischen »Weltanschauung« aufgrund der pharmakopsychiatrischen Konzeption der Angst. Diese Weltanschauung wird der Auffassung pathologischer Angst als »neurotisch« mit der Implikation des intrapsychischen Konflikts und bedrohlicher libidinöser und aggressiver Triebe gegenübergestellt. Weltanschauliche und berufspolitische Positionen führen zu einer verzerrten Darstellung oder gar zu einer vollkommenen Ausblendung anderer Theorien. Um von der Psychoanalyse einmal abzusehen, in der sich gegenwärtig eine tiefgreifende Reform der Theorie der Angstkrankheiten mit erheblichen Auswirkungen auf die Therapie vollzieht (vgl. Lichtenberg, 1991), die weder von der Neuropsychiatrie noch von der Verhaltenstherapie zur Kenntnis genommen wird, sei folgendes Beispiel genannt. Als Verhaltenstherapeuten haben Basoglu und Marks (1989) den Protagonisten einer »endogenen« Entstehung der Panikattacken (D. F. und J. F. Klein) sowie Sheehan (1982) überzeugend nachgewiesen, daß diese reinen Pharmakopsychiater verhaltenstherapeutische Erkenntnisse einfach ignorieren. Beide Richtungen finden freilich zueinander im Ignorieren des psychoanalytischen Beitrags zur Entstehung und Therapie von Angstkrankheiten beispielsweise durch lapidare Hinweise auf das Fehlen kontrollierter Therapiestudien (Frommberger et al., 1995). Zu dieser aufs Ganze gesehen außerordentlich mißlichen Lage haben freilich auch Psychoanalytiker durch ihr Übergehen unbequemer kritischer Veröffentlichungen beigetragen.

Therapeutische Prinzipien unter der Leitidee des Meisterns. – Psychoanalytische Erkenntnisse über Entstehung und Verlauf neurotischer Angstsyndrome müssen sich therapeutisch bewähren. Es liegt auf der Hand, daß die von mir beschriebenen komplexen pathogenetischen Bedingungen an vielen Stellen verändert werden können und müssen, um Symptombesserungen und Heilungen zu erreichen. Die psychoanalytische Theorie öffnet also ein weites Feld therapeutischer Strategien und Techniken. Ich möchte die psychoanalytische Therapie im allgemeinen

und insbesondere bei den Angstsyndromen unter die Leitidee des Meisterns stellen.

Im deutschsprachigen technischen Vokabular der Psychoanalyse kommt das Verb »meistern« und die »Meisterung« im Zusammenhang mit neurotischen Ängsten bisher nicht vor. Aus dem Bewältigen, aus dem Binden neurotischer Ängste bei Freud (1920g, S. 36) ist durch Stracheys Übersetzung »to master« geworden. Nun wäre allemal das Original einer Rückübersetzung vorzuziehen, wenn sich nicht inzwischen mit dem Meistern eine ätiologisch und therapeutisch sehr brauchbare Theorie verknüpft hätte, nämlich die sogenannte »Mastery Theory« von Weiss und Sampson (1986). Im Anschluß an Freuds Beobachtung, daß Angstträume von Unfallneurotikern und andere Wiederholungen traumatischer Situationen dem Lustprinzip widersprechen, erhoben Weiss und Sampson das Meistern und das Problemlösen zu einem Prinzip auch des unbewußten Seelenlebens. Der Wiederholungszwang als allgemeines Kennzeichen aller seelischen und psychosomatischen Erkrankungen erweist sich unter diesem Gesichtspunkt als eine Reihe fortgesetzter, wenn auch mißlungener Versuche, traumatische Situationen zu bewältigen. Diese Versuche werden von der Hoffnung getragen, passiv erlebte Traumata in abgeschwächter Reproduktion zu wiederholen und nun den Ablauf selbständig leiten zu können. Mit dieser Auffassung hat Freud (1926d, S. 200) eine Funktion des Spiels von Kindern, die peinliche Eindrücke spielerisch reproduzieren, verallgemeinert, indem er sagte, daß der Mensch vom passiven Erleiden zum aktiven Gestalten übergehe, um so »seine Lebensindrücke psychisch zu bewältigen« (1926d, S. 200).

Eine der Ableitung des Wiederholungszwangs vom Todestrieb in jeder Hinsicht überlegene Erklärung liegt auch für die Wiederkehr traumatischer Ereignisse im Traum vor. Freud sah darin – sowie in der traumatischen Neurose – einen Bewältigungsversuch des Ich, das seelische Gleichgewicht wiederherzustellen. Anfänglich hatte Freud (1905d, S. 93) einen »Bemächtigungstrieb« angenommen, den später Hendrick (1942, 1943a, 1943b) vergeblich wiedereinzuführen versuchte. Man denke an den Erwerb neuer Fertigkeiten, an die immense kindliche Neugierde oder auch die Bewegungslust. Daß Freud am kindlichen Spiel die Wiederholung in den Mittelpunkt seiner Interpretation rückte, nicht aber die in ihr sich vollziehende lustvolle Erprobung neuer Handlungen und Wahrnehmungen, trug zu Einseitigkeiten des Theorie- und Praxisverständnisses bei. Denn die Kenntnis der Bedingungen für Fixierung und Regression sowie für die damit verbundenen Wiederholungen ist nur die eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite steht die Frage

nach der Veränderung. *Rerum novarum cupido*: Lust will nicht nur Ewigkeit und Wiederholung des Gleichen. Wir sind begierig, Neues zu erfahren und zu begreifen, und wagen uns um so weiter ins Unbekannte hinaus, je größer die Sicherheit ist. Da Schritte auf unvertrautem Gebiet mit Unbehagen und Angst einhergehen können, ist es wesentlich, in der therapeutischen Situation günstige Veränderungsbedingungen (im Unterschied zu den Entstehungsbedingungen) zu schaffen.

Ist der Verlauf aller seelischen Erkrankungen durch den ungünstigen Ausgang solcher Reproduktionsversuche bestimmt, die als Wiederholungszwang fatale Auswirkungen haben, geht es in der psychoanalytischen Therapie darum, diesen *Circulus vitiosus* zu unterbrechen. Lebens- und Krankheitsgeschichten zeigen, daß Patienten nicht in der Lage sind, neurotische Ängste zu meistern. Sie benötigen einen hilfreichen anderen Menschen, der sein Expertenwissen in der psychoanalytischen Begegnung zur Verfügung stellt. Übertragungen, wie Wiederholungen in der analytischen Therapie bezeichnet werden, stellen sich aufgrund bereitliegender unbewußter Klischees oder Schemata in der jeweiligen therapeutischen Beziehung in typischer Weise ein. Das behandlungstechnische Problem besteht also nicht darin, wie der Patient in die Übertragung hinein-, sondern wie er aus dieser wieder herauskommt. Diese Aufgabe kann nicht einseitig gelöst werden. Wie der Patient aus der Übertragung herauskommt, ist im höchsten Maße vom Beitrag des Analytikers zum Verlauf der Therapie abhängig. So ist das Meistern spezieller Übertragungsformen, die allesamt als Wiederholungen auf einen Nenner gebracht werden können, eine gemeinsame Aufgabe für die beiden Beteiligten.

Die speziellen Probleme in den Analysen von Panikattacken, Phobien und generalisierten Angstsyndromen sind leichter zu lösen, wenn man in der Lage ist, den gegenwärtigen Erkenntnisstand für den einzelnen Patienten nutzbar zu machen.

Glücklicherweise kann man auch als Anfänger hilfreich sein. Selbst eine falsche Theorie braucht dem Erfolg nicht im Wege zu stehen, wenn eine vertrauensvolle Beziehung entsteht. Vor rund vierzig Jahren habe ich erstmals Panikattacken erfolgreich deshalb behandelt, weil diese Patienten meine Toleranz für karthartische Ausbrüche zu ihrer Zufriedenheit testeten und ich also einer Übertragungserwartung nicht entsprochen hatte (Thomä, 1978). Diese Patienten wurden damals nicht als solche mit »Panikattacken« behandelt. Sie kamen vom Internisten mit der Diagnose Hyperthyreose oder vegetative Dystonie. Ich bereitete im Anschluß an Alexanders Forschungen und unter besonderer Berücksichtigung der

von Ham et al. (1949) beschriebenen kontraphobischen Einstellung eine Monographie über die Psychosomatik der Hyperthyreose vor. Noch rechtzeitig wurde klar, daß diese Pseudo-Hyperthyreosen alle wesentlichen Merkmale der von Freud vor hundert Jahren beschriebenen »Angstneurose« aufwiesen. Wir verstanden allerdings diese Patientinnen als Psychoneurosen und ihre freiflottierenden Ängste als »Reaktivierung frühkindlicher nicht *gemeisterter* Ängste« (v. Kries, 1957, S. 61, von mir hervorgehoben). Heute geht es um den Beitrag des Analytikers zur bestmöglichen Meisterung von Ängsten und Gefahren in der therapeutischen Beziehung.

Eagle faßt die »Mastery theory« folgendermaßen zusammen:

»Statt anzunehmen, daß der Patient in erster Linie von dem Verlangen motiviert sei, unbewußte infantile Wünsche zu befriedigen, geht die Mount-Zion-Gruppe um Sampson und Weiss von der radikal verschiedenen Vorstellung aus, daß die Patienten in die Therapie mit dem bewußten und unbewußten Verlangen kommen, frühe Konflikte, Traumata und Ängste zu *meistern*, und mit unbewußten *Plänen*, wie dies erreicht werden könne. Zu diesem Zweck versucht der Patient, *sichere Voraussetzungen* zu finden oder herzustellen, um seinen Plan verwirklichen zu können ... Dementsprechend veranstalten Patienten – weitgehend unbewußt – *Tests*, die der Therapeut entweder besteht oder nicht. Fällt er durch, folgen darauf eher gesteigerte Angst, es werden Abwehren mobilisiert, und abgewehrte unbewußte Inhalte tauchen in geringerer Zahl auf. Besteht er hingegen die Prüfung, so verringert sich die Angst, Gefühle vertiefen sich, und es besteht eine größere Wahrscheinlichkeit, daß abgewehrte Inhalte verstärkt auftauchen« (Eagle, 1984, S. 125f.).

Gerade weil der eigene Tod nicht als persönliche Erfahrung erlebt werden kann, ziehen Beginn und Ende des Lebens als Geheimnisse viele Vorstellungen an sich. Bei jeder genaueren Untersuchung eines Angstneurotikers ergibt sich, daß die erlebte *Todes- oder Vernichtungsangst* eine verhüllte *Lebensangst* zum Ausdruck bringt. Damit eröffnet sich der psychoanalytische Zugang zur Entstehung von Hilflosigkeiten als Kennzeichen aller traumatischen Situationen. Die Angst vor dem Tod oder die Angst vor dem Verlust der körperlichen oder seelischen Existenz – als Angst vor dem Herzstillstand oder vor psychotischem Kontrollverlust – verwandeln sich in der Therapie in lebensgeschichtliche Situationen von Gefahr- und Hilflosigkeit, die seinerzeit nicht *gemeistert* werden konnten und die nun unter günstigeren Bedingungen überwunden werden können. Regelmäßig ergibt sich ein Behandlungsverlauf, der auch Rückschlüsse auf die Entstehung neurotischer Ängste erlaubt: Die neurotischen Todesängste, die in ihren vielfältigen Ausformungen zum Sinnbild von Verlassenheit, Verlust und Zerstörung geworden sind, denen der Kranke sich passiv unterworfen hat, lassen sich in lebensgeschichtliche Zusammenhänge einfügen. In der Übertragung kann die In-

tensität von Ängsten hohe Grade erreichen. Die behandlungstechnischen Regeln sind so zu modifizieren, daß die Transformation symptomgebundener in interaktionelle Ängste dem Wohle und der Heilung des Patienten entgegenkommt. Zur Orientierung möge die folgende allgemeine Regel gelten: Je schwerer eine Angstkrankheit ist, je länger diese das Selbstvertrauen unterhöhlt hat und zur alles durchdringenden Existenzangst geworden ist, desto größer ist auch das in der therapeutischen Beziehung aktualisierte Potential interaktioneller Ängste.

Die Angst, den Analytiker durch irgendeine Bemerkung oder durch eine Handlung verletzt zu haben, führt regelmäßig zur Zunahme körperlicher Angstkorrelate. Ein kurzes Beispiel muß genügen. Eine Patientin hatte eine perfekt funktionierende kontraphopische Lebenseinstellung in der Kindheit aufgebaut und jahrelang ihr Selbstgefühl von vollkommener Selbst- (und dazu gehört auch immer: Fremdkontrolle) abhängig gemacht. Nach Ausbruch einer schweren Angstkrankheit und mehrmonatiger stationärer psychiatrischer Behandlung litt die Patientin unter anderem an sehr beunruhigenden Störungen ihres Körperbildes. Bei heftigen Wutausbrüchen gegen mich, für die von außen gesehen unscheinbare Anlässe genühten, kam ihr das gute Bild, das trotz allem von mir in ihr entstanden war, abhanden. Schuldangst und Verlustangst folgten auf dem Fuße. Vor allem aber verstärkten sich in solchen Situationen ihre Körperbildstörungen. Die Patientin hatte nicht nur das Bild von mir zerstört und mich verletzt, sondern auch das eigene Körperbild beschädigt. Dieses Beispiel zeigt, wie sich unbewußte interaktionelle Prozesse auf innere Repräsentanzen auswirken, die wir uns als Bild vorstellen, das durch Affekte gefärbt und in diesem Fall aggressiv übermalt und ausgelöscht wurde. Die Patientin konnte den Zusammenhang zwischen Objektverlust und Körperbildstörung und ihrer Wut begreifen und lernte, diesen Automatismus zu verändern. Im Sinne der Meisterungshypothese gelang es auch, durch mein Verhalten eine korrektive emotionale Erfahrung zu vermitteln und die unbewußten Erwartungen der Patientin zu widerlegen. Allerdings genügt es meines Erachtens nicht, in solchen Augenblicken jene freundliche Toleranz zu bewahren, die seit Stracheys Übersetzung als Neutralität bezeichnet wird. Es gibt eine Art von Neutralität mit der sich Psychoanalytiker dem Patienten gegenüber unglaublich machen. Die Schwäche des Meisterungsmodells von Weiss und Sampson sehe ich darin, daß die Rolle des Analytikers so festgelegt wird, als gebe es keine Gegenübertragung. Tatsächlich fehlt dieser Begriff im Sachregister ihres Buches, und im Text sind mir auch keine indirekten Hinweise aufgefallen. Dieser Mangel wurde von Weiss (1994) in jüngster Zeit ausgeglichen.

Die Entdeckung der typischen Angstbedingungen und ihrer nachhaltigen Wirkung über die Zeit – trotz »Verjähmung« – hinweg gehört zu wichtigsten Erkenntnissen der Psychoanalyse. Vernachlässigt wurde hierbei, der jeweiligen Aktualgenese neurotischer Ängste im Leben und vor allem dort nachzugehen, wo es um die Veränderung geht, nämlich um das Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung. Die psychoanalytische Methode blieb meines Erachtens jahrzehntelang weit hinter ihrem therapeutischen Potential zurück, weil versäumt wurde, die Regeln und den Beitrag des Analytikers daraufhin zu untersuchen, ob diese die Überwindung verjährter Angstbedingungen anlässlich ihrer momentanen Entstehung in optimaler Weise erleichtern. Daß gerade die schwerkranken Angstneurotiker unter einer Ich-Schwäche leiden, besagt nichts anderes, als daß die Toleranzgrenze für Emotionen herabgesetzt ist und scheinbar banale Wünsche als »Triebangst« ein Gefahrensignal auslösen und in Angst einmünden. Deshalb ist in manchen Fällen vorübergehend eine unterstützende anxiolytische Medikation erforderlich (vgl. Thomä und Kächele, 1988). Diese Beschreibung hat die behandlungstechnische Konsequenz, die Hilfs-Ich-Funktion des Analytikers voll einzusetzen. Chronische Ängste führen zu einem Verlust an Vertrauen und Selbstsicherheit. In seiner Hilfs-Ich-Funktion kann der Analytiker dazu beitragen, daß der Patient durch Anerkennung dessen, was er gerade noch kann, ermutigt wird, seinen Spielraum auszudehnen. Diese direkte und indirekte Unterstützung ist durch die speziellen psychoanalytischen Mittel der Interpretation zu untermauern. Selbstsicherheit und Selbstvertrauen wachsen beispielsweise in dem Maß, wie sog. »oberflächliche« Ängste, die von Freud als Sozial- und Über-Ich-Ängste bezeichnet wurden, abgebaut werden können.

Bei chronischen schweren Angstneurosen mit Panikanfällen haben fortlaufende kränkende Niederlagen das unbewußte Aggressionspotential so erhöht, daß es kaum mehr harmlose Wünsche gibt. So ist die Angst, an einem Herzschlag sterben zu können, unbewußt häufig mit Aggressionen gerade gegen die Menschen verknüpft, auf deren Schutz der Kranke angewiesen ist. Das daraus resultierende Dilemma würde selbstverständlich nur antitherapeutisch verstärkt, wenn man aufgrund des eben genannten Zusammenhangs sofort zur Deutung von Wut schreiten würde. Hilfreiche Interventionen müssen sich an der Integrationsfähigkeit des Patienten in bezug auf Affekte orientieren. Das Selbstvertrauen wächst in der Beziehung zum Analytiker, wenn dieser seine Anregungen aus der Position des Hilfs-Ich gibt. *Ambivalenzen* wirken stets angststeigernd und sollten deshalb dort beim Namen genannt werden, wo sie

dem Patienten zugänglich sind. Damit wächst die *Unterscheidungsfähigkeit* des Patienten für unbewußte Phantasien, die bei Licht besehen weniger unheimlich sind als im Dunkel der Nacht und der Angst. Je diffuser die frei flottierende Angst ist, desto weniger kann sie gemeistert werden. Desto wichtiger ist es deshalb, mit dem Patienten herauszufinden, wo die Angst in objektbezogene Furcht (= Realangst) übergeführt und damit auch ein Handlungsspielraum zur Überwindung der Hilflosigkeit gewonnen werden kann. Dieser psychodynamische Prozeß geht Hand in Hand mit einer phänomenologischen Differenzierung von Angst und Furcht. Je mehr es gelingt, die Angst einzugrenzen und zu erkennen, wovor sich der Patient fürchtet und daß er im Grunde vor sich selbst Angst hat, desto größer werden auch die Möglichkeiten, mit der Tücke des Objekts – und vor allem der eigenen als neurotischer Angst vor sich selbst – fertig zu werden. Neurotische Angst ist Angst vor sich selbst. Bei adaptiver Anwendung der psychoanalytischen Methode und auf der Grundlage moderner Entwicklungs- und Affekttheorien können Patienten, die an Panikattacken und anderen neurotischen Angstkrankheiten leiden, nach meiner Erfahrung und im Gegensatz zu zurückliegenden pessimistischen Einschätzungen beispielsweise von Richter und Beckmann (1969) durchaus erfolgreich psychoanalytisch behandelt werden. Nach der Integration unbewußter Phantasien bleibt die Realangst übrig, ohne die es kein menschliches Leben gäbe.

(Anschrift des Verf.: Prof. Dr. Helmut Thomä, Wilhelm-Leuschner-Str. 11, 89075 Ulm)

Summary

On the Psychoanalytic Theory and Therapy of Neurotic Anxieties. – In the author's view anxiety is a psychosomatic phenomenon that develops into neurotic anxiety when unconscious psychic components come into play. He regards it as impossible to make a clear-cut distinction between neurotic anxiety and real anxiety given that anxiety neuroses also display an element of historical and continuing actuality and can thus be said to have »real« foundations. In his discussion of treatment techniques, Thomä introduces following Weiss and Sampson the concept of »mastering« to refer to the necessity of understanding the repetitions and transferences of the patient as an attempt to master traumatic situations with the assistance of the analyst. In his view it is not sufficient to make the patient aware of libidinous and aggressive drives but rather to broaden the scope of action available to the patient.

BIBLIOGRAPHIE

- Basoglu, M., und Marks, I. M. (1989): Anxiety, panic and phobic disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 2, 235–239.
- Blau, A. A. (1952): In support of Freud's syndrome of »actual« anxiety neurosis. *Internat. J. Psychoanal.*, 33, 363–372.
- Bowlby, J. (1976): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München (Kindler).
- Bräutigam, W. (1964): Typus, Psychodynamik und Psychotherapie herzphobischer Zustände. *Z. psycho-som. Med.*, 10, 276–285.
- (1965): Analyse der hypochondrischen Selbstbeobachtung. *Nervenarzt*, 409–415.
- Busch, F., et al. (1991): Neurophysiological, Cognitive-Behavioral, and Psychoanalytic Approaches to Panic Disorder: Toward an Integration. *Psa. Inquiry*, 11, 316–332.
- Cannon, W. B. (1920): Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York (Appleton).
- Ciampi, L. (1982): Affektlogik. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Compton, A. (1972a): A study of the psychoanalytic theory of anxiety. I. The development of Freud's theory of anxiety. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 20, 3–44.
- (1972b): A study of the psychoanalytic theory of anxiety. II. Developments in the theory of anxiety since 1926. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 20, 341–394.
- (1980): A study of the psychoanalytic theory of anxiety. III. A preliminary formulation of the anxiety reponse. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 20, 739–773.
- Cooper, A. (1985): Will neurobiology influence psychoanalysis? *Amer. J. Psychiat.*, 142, 12, 1395–1402.
- Eagle, M. (1984): Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse. München/Wien (Verl. Int. Psychoanalyse) 1988.
- Fehm-Wolfsdorf, G. (1994): Streß und Wahrnehmung. Bern (Huber).
- Fenichel, O. (1945): Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York (Norton).
- Freud, S. (1895b): Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als »Angstneurose« abzutrennen. *G. W. I*, 313–342.
- (1898a): Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. *G. W. I*, 489–516.
- (1905d): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *G. W. V*, 27–145.
- (1920g): Jenseits des Lustprinzips. *G. W. XIII*, 1–69.
- (1922b): Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. *G. W. XIII*, 193–207.
- (1926d): Hemmung, Symptom und Angst. *G. W. XIV*, 111–205.
- (1930a): Das Unbehagen in der Kultur. *G. W. XIV*, 419–506.
- (1933a): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *G. W. XV*.
- (1937c): Die endliche und die unendliche Analyse. *G. W. XVI*, 57–99.
- (1940a): Abriß der Psychoanalyse. *G. W. XVII*, 63–147.
- Frommberger, J., J. Angenendt und M. Berger (1995): Psychotherapie und Pharmakotherapie: Alternativen oder Ergänzungen in der Angstbehandlung. In: G. Nissen (1995), 68–76.
- Gediman, H. (1984): Actual neurosis and psychoneuroses. *Int. J. Psychoanal.*, 65, 191–202.
- Greenacre, P. (1941): The predisposition to anxiety. In: *Trauma, Growth and Personality*. New York (Norton) 1952, 27–82.
- (1952): The biological economy of birth. In: *Ebd.*, 3–26.
- Ham, G. C., F. Alexander, und H. T. Carmichael (1951): A Psychosomatic Theory of Thyreotoxicosis. *Psychosom. Med.*, 13, 18–30.
- Hendrick, I. (1942): Instinct and the ego during infancy. *Psa.Q.*, 11, 33–58.
- (1943a): Work and the pleasure principle. *Psa.Q.*, 12, 311–329.
- (1943b): The discussion of the »instinct to master«. A letter to the editors. *Psa.Q.*, 12, 561–565.

- Hoffmann, S. O. (1994): Angststörung. *Psychotherapeut*, 39, 25–32.
- Kohut, H. (1977): *The restoration of the self*. New York (Int. Univ. Pr.).
- Klein, D. F. (1981): Anxiety reconceptualized. In: D. F. Klein und J. Rabkin (Hg.): *Anxiety: New research and changing concepts*. New York (Raven Pr.), 235–265.
- , D. C. Ross, und P. Cohen (1987): Panic and avoidance in agoraphobia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 377–385.
- Krause, R. (1983): Zur Auto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. *Psyche*, 37, 1016–1043.
- Kries, I. v. (1957): Zur Differentialdiagnose der Angstneurose und Angsthysterie. *Psyche*, 11, 28–63.
- Lichtenberg, J. (Hg.) (1991): Recent developments in the concept and treatment of phobias and panic states. *Psychoanal. Inquiry*, 11, No. 3.
- Loch, W. (1959): Begriff und Funktion der Angst in der Psychoanalyse. *Psyche*, 13, 801–816.
- Margraf, J., und S. Schneider (1989): *Panik, Angstfälle und ihre Behandlung*. Berlin/Heidelberg (Springer).
- Mead, G. H. (1934): *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1968.
- Mentzos, S. (Hg.) (1984): *Angstneurose*. Frankfurt a.M. (S. Fischer).
- Milrod, B. (1995): The continued usefulness of psychoanalysis in the treatment armamentarium for panic disorder. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 43, 151–162.
- Nissen, G. (Hg.) (1995): *Angsterkrankungen, Prävention und Therapie*. Bern (Huber).
- Rangell, L. (1959): On the psychoanalytic theory of anxiety. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*
- (1967): The metapsychology of psychic trauma. In: *Psychic Trauma*. New York (Basic Books), 51–84.
- (1968): A further attempt to resolve the »problem of anxiety.« *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 16, 371–404.
- Rapaport, D. (1953): On the psychoanalytic theory of affects. *Int. J. Psychoanal.*, 34, 177–198.
- Richter, H. E., und D. Beckmann (1969): *Herzneurose*. Stuttgart (Thieme).
- Rickels, K., und E. Schweizer (1987): *Current Pharmacotherapy of Anxiety and Panic*. In: *Psychopharmacology*. New York (Raven Pr.).
- Roose, S., und R. Glick (Hg.) (1995): *Anxiety as Symptom and Signal*. Hillsdale (The Analytic Pr.).
- , und R. Stern (1995): Medication and training cases. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 43, 163–170.
- Scherer, K., und P. Ekman (Hg.) (1984): *Approaches to Emotions*. Hillsdale (Erlbaum).
- Schur, M. (1953) *The ego in anxiety*. In: *Drives, Affects, and Behavior*. New York (Int. Univ. Pr.), 67–103.
- (1955): Comments on the metapsychology of somatisation. *Psy. Study Child*, 10, 119–164.
- (1958): The ego and the id in anxiety. *Psy. Study Child*, 13, 190–220.
- Sheehan, D. V., und K. H. Sheehan (1983): The classification of phobic disorders. *Int. J. Psychiat. Med.*, 12, 243–266.
- Spielberger, C. D. (1980): *Stress und Angst*. Weinheim (Beltz).
- Thomä, H. (1990): Zur Wiederentdeckung des Geburtstraumas in der peri- und pränatalen Psychologie. *Forum Psychoanal.*, 6, 260–269.
- (1995): Zur Psychoanalyse neurotischer Angstsyndrome. In: G. Nissen (1995), 28–37.
- , und H. Kächele (1985, 1988): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bd. 1 und Bd. 2. Berlin/Heidelberg (Springer).
- Waelder, R. (1960): *Die Grundlagen der Psychoanalyse*. Bern/Stuttgart (Huber) 1963.
- (1967): Inhibitions, symptoms, and anxiety: forty years later. *Psy. Q.*, 36, 1–36.
- Weiss, J. (1994): *How psychotherapy works*. New York (Guilford Pr.).

- , und H. Sampson (1986): The psychoanalytic process. New York/London (Guilford Pr.).
- Wimmer M. (1995): Biologisch-ethologische Komponenten von Emotionalität. In: G. Nissen (1995), 89–108.