Perspektiven der Angst

Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

März 2010

eingereicht von: Birgit Tretow

eingereicht bei: Dr. Christoph Kolbe

Helmut Dorra

angenommen am: von:

Abstract

Angsterkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Angst kann aus unterschiedlichen Perspektiven wahrgenommen werden. Zu den wichtigsten Störungsbildern zählen die Sozialphobie, die generalisierte Angststörung, die Agoraphobie und Panikerkrankungen. Erscheinungsform, Verlauf, Verbreitung und diagnostische Aspekte zur Klassifikation, Differenzialdiagnostik und Komorbidität dieser Störungen werden skizziert. Die wichtigsten neuronalen Prozesse, die mit Angsterkrankungen verbunden sind, zeigen die biologische Perspektive der Angst. Neben diesen medizinischen Perspektiven wird das Phänomen Angst aus Sicht der Existenzphilosophie von Heidegger und Kierkegaard als grundlegend und zum Menschsein gehörend verstanden. Aus Sicht der Existenzphilosophen verstanden, ist Angst nicht nur eine Erkrankung, sondern birgt auch die Möglichkeit auf die Tiefenschichten des Daseins zu verweisen und zu gelangen. Die Existenzanalyse greift sowohl den Gedanken des Verweises auf die Tiefenschicht des Daseins, als auch das Einschränkende und Störende der Angst in der Angsttherapie auf. Anhand eines detaillierten Fallbeispiels zur Angsttherapie werden die wichtigen existenzanalytischen Behandlungsmethoden dargestellt. Dem ausführlichen, praktischen Behandlungsbeispiel ist eine Übersicht des existenzanalytischen Verständnisses der Angst und den Methoden der Existenzanalyse zur Angsttherapie vorangestellt.

Schlüsselworte

Angst, Angsttherapie, Existenzanalyse, Methoden der Angsttherapie, Fallbeispiel Angsttherapie, Angst in der Existenzphilosophie, Biologie der Angst

Abstract

Anxiety disorders belong to the common mental disorders. Anxiety can be perceived in different prospects. The most important psychiatric disorders are social phobia, generalized anxiety disorder, agoraphobia and panic disorders. Appearance, characteristics, prevalence and diagnostic aspects of classification, differential diagnosis and comorbidity are outlined. The most important neuronal processes which are combined with anxiety disorders illustrate the biological view of anxiety. In addition to this medical point of view the existential philosophy perspective of Heidegger and Kierkegaard perceives the phenomenon anxiety as constitutive for personhood. Existential philosophy purposes anxiety not only as an indisposition it also recovers the opportunity to refer to the deep rooted level of existence. Existential therapy of anxiety picks up the deep routed meaning of anxiety as well as the restricting and annoying parts of the disorder. On basis of a detailed case study of anxiety therapy the important existential-analytical methods of treatment are pictured. Preceding the detailed case study a summary of existential understanding of anxiety and existential methods of therapy are given.

Keywords

Anxiety, therapy of anxiety, existential analysis, methods of anxiety therapy, case study, anxiety in existential philosophy, biology of anxiety

Inhalt

1 Einleitung ... 3

2 Perspektiven von Angst ... 8

2.1 Angst aus existenzphilosophischem Blick ... 8

2.2 Biologie der Angst ... 11

2.2.1 Beteiligte Hirnregionen ... 12

2.2.2 Die hormonale Angstachse ... 14

3 Angsterkrankungen ... 19

3.1 Soziale Phobie ... 21

3.1.1 Beschreibung der Störung ... 21

3.1.2 Klassifikation ... 23

3.1.3 Epidemiologie und Verlauf ... 23

3.1.4 Differenzialdiagnostik ... 24

3.1.5 Komorbidität ... 25

3.2 Generalisierte Angststörung ... 26

3.2.1 Beschreibung der Störung ... 26

3.2.2 Klassifikation ... 27

3.2.3 Epidemiologie und Verlauf ... 27

3.2.4 Differentialdiagnose ... 28

3.2.5 Komorbidität ... 29

3.3 Agoraphobie und Panikstörung ... 30

3.3.1 Beschreibung der Panikstörung ... 30

3.3.2 Klassifikation Panikstörung ... 31

3.3.3 Differenzialdiagnostik ... 31

3.3.4 Beschreibung der Agoraphobie ... 31

3.3.5 Klassifikation Agoraphobie ... 32

3.3.6 Epidemiologie und Verlauf ... 33

3.3.7 Differentialdiagnostik ... 33

3.3.8 Komorbidität ... 34

4 Existenzanalyse der Angst ... 35
4.1 Grundangst ... 35
4.2 Erwartungsangst ... 37
4.3 Spezifische Ängste der Grundmotivationen ... 37
4.3.1 Die erste Grundmotivation ... 38
4.3.2 Die zweite Grundmotivation ... 39
4.3.3 Die dritte Grundmotivation ... 40
4.3.4 Die vierte Grundmotivation ... 41
4.4 Existenzanalytische Methoden der Angsttherapie ... 41
4.4.1 Dereflexion ... 42
4.4.2 Personale Positionsfindung (PP) ... 43
4.4.3 Paradoxe Intention (PI) ... 44
4.4.4 Tor des Todes ... 45
4.5 Prozess der Angsttherapie - Personale Existenzanalyse (PEA) ... 46
5 Praxisbeispiel ... 51
5.1 Erste Kontaktaufnahme und deren Phänomenologie ... 51
5.2 Die Patientin Britta und ihre Symptomatik ... 52
5.3 Elternhaus & Familie ... 53
5.4 Erste Fäden einer therapeutischen Arbeit ... 54
5.5 Die Angst kommt im Gewandt körperlicher Symptome ... 56
5.6 Der Kern der Angst ... 60
5.7 Mit der Angst kämpfen ... 63
5.8 Zum Grund der Angst ... 65
5.9 Angst vor dem Rückfall ... 68
5.10 Reflektion zur Begleitung ... 69
6 Resümee ... 72
7 Literaturverzeichnis ... 75
8 Abbildungsverzeichnis ... 81
9 Tabllenverzeichnis ... 82

1 Einleitung

„Angst um das eigene Sein ist ein Grundzug des erwachten Menschen.“ *Carl Jaspers*

Angst ist ein normal menschlicher Gefühlszustand, genauso wie Wut, Trauer, Ärger oder Freude. Angst ist die biologisch sinnvolle Reaktion auf bedrohlich und unkontrollierbar erlebte Situationen. Sie veranlasst den Menschen auf Gefahren zu reagieren, sie zu meiden oder zu überwinden. Als angemessene Reaktion auf Gefahr stellt Angst einen notwendigen, wenn auch allermeist sehr unangenehm erlebten Bestandteil unseres Lebens dar. Ohne die Fähigkeit zur Angstreaktion bei Gefahr, wäre der Mensch schutzlos und dem Tod hilflos ausgeliefert. Dieses biologisch verankerte Alarmsystem sichert unser Überleben, genauso wie unsere Fähigkeit, Schmerzen zu empfinden oder Fieber zu entwickeln. Angst gehört zu den Grundbefindlichkeiten menschlichen Seins und es wird immer nur möglich sein, mehr oder weniger mit ihr zu leben, aber nie ohne sie. Ohne Angst ist das Leben in Gefahr.

Der Begriff Angst taucht im 8. Jahrhundert mit dem indogermanischen Wort „anghu“, zuerst auf, was soviel wie „beengend“ bedeutet und entwickelt sich weiter über das althochdeutsche Wort „angust“. Verwandt ist es mit den lateinischen Worten angustus - angustia, was übersetzt werden kann mit „Enge, Beengung, oder Bedrängnis und dem lateinischen „angor“, was übersetzt „das Würgen“ bedeutet. Im Englischen gibt es das Wort Angst als so genanntes Wortexport: angst-ridden. Es wird im Sinne von „beherrscht sein von Angst“ oder „geritten von Angst“ verwendet und ist gleichbedeutend mit Existenzangst (Kluge, 1999).

Mit Gelassenheit - Ataraxie - begegneten die antike Stoa oder auch die Epikureer der Angst, die diese für ein künstliches Gefühl hielten. Für Augustinus entstand das Gefühl der Angst durch Gottesferne und ließ sich nur durch Glauben wieder aufheben (Holzamer, 1990).

Angst zeigt sich in unterschiedlichster Qualität. Ängstliche Anspannung steigert die Konzentration und in dieser noch eher harmlosen Form beschreibt Balint das Phänomen als Angstlust (Balint, 1956).

Nimmt die Angst zu - überschwemmt sie - droht sich der Mensch zu verlieren, verändert er sich in seinem Selbst- und Beziehungserleben. Kognitiv und emotional überfordert, z.B. in traumatischen Situationen, kann es sogar zu vorübergehendem Identitätsverlust kommen. Angst ist immer ein Signal der Bedrohung für unsere Identität - das Ich - unser Leben. Unser Körper bildet die Angst ab als unangenehmen Erregungszustand. In Situationen der Angst - Angst vor Verlust, Misserfolg, Sorge um die Zukunft - stehen uns verschiedene Bewältigungsstrategien und Mechanismen zur Verfügung. Einige werden auch als

Abwehrmechanismus bezeichnet. Distanzieren, Rationalisieren, Abspalten, Projektion, Entwerten, Intellektualisieren und Verdrängung sind Beispiele für solche Abwehrmechanismen. Diese Bewältigungsmechanismen helfen uns, die Angstsituationen zu bestehen; wir setzen sie ein, sobald Angst auftritt, mit ihnen meistern wir unseren Angstalltag (König, 1997). Gelingt es nicht, diese Strategien angemessen einzusetzen, können sich u.a. Angststörungen oder Phobien entwickeln. Ein Bewältigungsmechanismus ist aber nicht gleichzusetzen mit dem Ziel der Angstfreiheit. Angstfreiheit wäre eine Utopie und würde unserem Menschsein sogar eine wichtige Orientierungsquelle vorenthalten. Menschsein ist mit Angst verbunden. Aufgabe ist es, sinnvoll mit der Angst umzugehen, Mechanismen und Strategien hilfreich zu nutzen. Der Angst entrinnen zu wollen ist ein vergeblicher Versuch, sich auszurüsten für Angstsituationen, eine mutige Alternative, nur leider viel zu selten bewusst eingeübt (Kast, 1996).

Neurophysiologisch wird Angst als generalisierter Erregungszustand definiert, der sich auf psychischer und physischer Ebene durch ein Gefühl der Gefahr und Bedrohung zeigt, durch das sich der Mensch existentiell ausgeliefert fühlt.

Die körperlichen Symptome der Angst sind vielfältig. Angst ohne Symptome gleicht eher einer intellektuellen Besorgtheit als tatsächlicher Angst oder gar einer Angststörung, führt Morschitzky (2009) aus. Der englische Psychiater Marks (1993) hat die subjektiven Ausdrucksformen starker Angst umfänglich zusammengetragen. An dieser Stelle sollen nur die eindrucksvollsten wiedergegeben werden, wie: Herzklopfen, Zittern, Muskelverspannungen, Übelkeit, Verzweiflung, Harn- und Stuhldrang, Atemnot, Prickeln in Händen und Füßen, Beklemmung in der Brust, das Gefühl, dass der Magen sich senkt, Angriffslust und Gereiztheit, Unwirklichkeitsgefühle, das Gefühl weit entfernt zu sein, ohnmächtig zu werden, umzufallen. Dauert die Angst an, werden selbst gesunde Menschen müde, langsamer oder ruhelos, appetitlos, der Schlaf ist gestört, furchterregende Situationen werden mehr und mehr gemieden.

Der Biologe Darwin (1872) beschreibt Angst bei Tieren auf sehr eindrückliche Weise. Bei allen Tieren und auch Vögeln bringt Terror den Körper zum Erzittern, Haare stellen sich auf, die Haut wird blass und die Atmung beschleunigt sich. Für Darwin waren diese Reaktionen evolutionsgeschichtlich zu begründen, es ist die Vorbereitung auf Angriffs- oder Verteidigungsverhalten. Seine Erkenntnisse sind theoretische Grundlage für die neurobiologische Forschung. Weltweit populär wurde der amerikanische Physiologe Cannon (1929) bereits um 1930 mit seinen Forschungen zu Angstreaktionen, indem er sie als Kampf-Flucht-Reaktion verstand. Stressforscher beschreiben die unspezifischen Alarmreaktionen des

Körpers bei Angst heute als Notfallreaktionen oder Bereitstellungsreaktionen (Carlson, 2004). Bei akuter Bedrohung ermöglicht Angst eine unbewusste automatische Alarmreaktion des Körpers zur Sicherung von Leib und Leben. Reflektieren darüber, wie ernst die Gefahr ist, könnte nicht wieder gut zu machenden Schaden anrichten.

Von Panik spricht man immer dann, wenn Angst ein so extremes Ausmaß annimmt, dass geordnetes Denken und Handeln nicht mehr möglich ist. Sozialpsychologischen Studien zufolge entsteht Panik, wenn in Menschenmengen Fluchtmöglichkeiten eingeschränkt sind (Morschitzky, 2009).

„Im altgriechischen Volksglauben lebte die Vorstellung vom bocksgestaltigen, in der Landschaft Arkadien heimischen Wald- und Hirtengott Pan (griech. Pan), dessen plötzliche und unsichtbare Nähe als Ursache für jenen undeutbaren Schrecken angesehen wurde, der Menschen in freier Natur oft unvermittelt befällt und sie wie aufgescheuchte Tiere flüchten lässt. Die Griechen nannten solche grundlose Furcht ‚panikos',von Pan her rührend'" (Duden, 1997).

Nun ist Angst nicht nur biologisch bestimmt, sondern auch sozial vermittelt und kulturell verstehbar. Männer haben keine Angst! Das ist ein typischer Glaubenssatz unserer Zeit. Männliche Angst zeigt sich auf psychosomatischer Ebene oder im Alkoholmissbrauch. Frauen dürfen offener ihre Angst zeigen, so das Rollenstereotyp. Angstepidemien, schon bekannt aus früheren Jahrhunderten, ausgelöst durch christliche Glaubensvorstellungen wie die Verdammung im ewigen Höllenfeuer, dem Weltuntergang durch das „Jüngste Gericht" oder die epidemische Angst der Bevölkerung vor Krieg, Pest und Hunger, sind nur einige Beispiele für den ansteckenden Charakter von Angst. Aber auch in unserer Zeit gibt es viele Beispiele, wie Angst sich epidemisch verbreitet mit allen körperlichen Angstreaktionen. Das gesunde Ausmaß an Angst oder die gut dosierte Angst erhöht unsere Aufmerksamkeit und Wachheit und steigert die intellektuelle und motorische Leistungsbereitschaft. Übermäßige Angst blockiert das Denken und Handeln bis hin zu panischen Kurzschlussreaktionen (Morschitzky, 2009).

Die Ängste der Menschen sind so vielfältig wie es Menschen gibt. Was noch heute tragender Grund für mein Leben ist, was mich glücklich sein lässt und mir Geborgenheit schenkt, all das kann morgen schon hinfällig sein. Beziehungen zerbrechen, Menschen werden krank oder sterben. So haben wir tatsächlich allen Grund uns zu ängstigen, und die Wurzel- und Haltlosigkeit der Menschen wird sichtbar. Wenn es aber normal ist, Angst zu haben, es sogar lebensnotwendig ist, dann bedarf es eines anderen Umgangs mit der Angst. Sie ist nützlich und

kann uns sehend machen, wenn wir hinschauen und verstehen wollen, was die Angst uns sagen will. Kast (1996) spricht auch vom Sinn der Angst. Mit allen uns zur Verfügung stehenden Kräften unsere Ängste abzuwehren, diese Überzeugung gilt es zu opfern. Können wir zugeben, dass wir Menschen gefährdet sind, dann wächst auch das Rettende, so Hölderlin. Unser Lebenswille wächst und mit ihm unsere Kreativität, Leben zu gestalten, so werden wir mit der größten Bedrohung, nämlich unserer Sterblichkeit, konfrontiert. Gelingt es, diese Bedrohtheit zu akzeptieren, können wir das Leben wagen, mit allem Risiko, welches es birgt. Dieses Wagnis einzugehen, braucht Gelassenheit. „Gelassenheit beruht auf Vertrauen ins Leben“ (Kast, 1996, S. 218). Entweder konnte ich dieses Vertrauen ins Leben aus liebevoll erlebter Beziehung schöpfen oder im Laufe meines Lebens gewinnen. Neben der Gelassenheit gehört auch die Hoffnung als Gegenspieler zur Angst, wenn Bloch (1996, S. 129) sagt, „die Hoffnung ersäuft die Angst“. Für diese Hoffnung muss der Mensch sich entscheiden, er muss sie erlernen, bereit sein, sich immer wieder dieser Arbeit zu stellen, weil sie angesichts der Angst eine innere Haltung auf Veränderung und Bewegung fordert. So aber kann ein Grundgefühl der Zuversicht wachsen, welches dem Ängstigendem meines Lebens (Kast, 1996) mit Gelassenheit entgegenzutreten wagt.

Der Kern dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Begleitung einer jungen Frau, deren Leben angesichts ihrer Ängste voller Hoffnungslosigkeit schien. Die Freiheit, ihr Leben nach ihren Vorstellungen, Wünschen und Plänen zu verwirklichen, ging immer mehr verloren. Angst wurde zu einem beherrschenden Gefühl, dem sie sich mehr und mehr ausgeliefert fühlte. Ihr Leben wurde ihr unheimlich angesichts der Panik, die wie aus heiterem Himmel über sie herfiel. Der zu frühe Tod der Mutter ließ sie ihr „Ausgesetzt-Sein ans Leben“ erfahren (Längle & Holzhey-Kunz, 2008, S. 129). Wieder ein Zuhause in sich und der Welt zu finden, auch wenn das Leben unberechenbar bleibt und keine endgültige Sicherheit bietet, war Aufgabe für die therapeutische Arbeit mit dieser Patientin. Auf diesem Weg haben wir das Phänomen Angst in seinen unterschiedlichsten Facetten kennengelernt. Welche Spuren hinterlässt Angst in meinem Gehirn? Bin ich diesen Wirkmechanismen ausgeliefert oder kann ich sie beeinflussen? Ist Angst gefährlich? Warum habe gerade ich diese Angst? Kann ich mich ihr entgegenstellen? Was will mir *meine* Angst sagen? Der Weg mit der Angst war mühsam und anstrengend, aber auf dem Weg entwickelte die junge Frau Tapferkeit, sich der Angst zu stellen und lernte neue Begleiter ihres Lebens kennen: Mut, Hoffnung und die Gelassenheit, den Ängsten begegnen zu können, die immer Teil des Lebens sein werden.

Angst um das eigene Sein ist ein Grundzug des erwachten Menschen. So sagt es der Philosoph Karl Jaspers (1974). Aber nicht nur dieser Philosoph hat sich mit Angst als Grundthema

menschlicher Existenz beschäftigt. In einem kurzen Exkurs seien einige Grundgedanken zur Angst aus dem Blickwinkel der Existenzphilosophie beleuchtet. Ein zweiter Blickwinkel wird die biologischen Grundlagen der Angst, die Beteiligung der Hirnstrukturen und die Bedeutung der Erkenntnisse für die Behandlung von Angsterkrankungen in den Fokus nehmen.

Angsterkrankungen gehören mit zu den häufigsten psychischen Störungen (Bandelow, 2006). Daher werden die wichtigsten Störungsbilder Agoraphobie, Panikstörung, generalisierte Angststörung und Sozialphobie in ihren Entstehungs- und Erscheinungsformen in Kapitel 3 differenziert. Dem speziell existenzanalytischen Verständnis von Angst und den therapeutischen und methodischen Herangehensweisen, die sich aus diesem Verständnis heraus ergeben, gilt das Kapitel Existenzanalyse der Angst (Kapitel 4).

Im Zentrum der Arbeit steht die Beschreibung und Darstellung der therapeutischen Arbeit mit der oben erwähnten jungen Frau, die wegen ihrer Angstthematik zu mir in die Praxis kam.

Angst fordert heraus zur Veränderung, Identität wird ins Wachstum gedrängt oder sie lässt den Menschen gelähmt zurück. Den beschrittenen Weg und die angewandten Methoden im Umgang mit der Angst werden im Resümee reflektorisch noch einmal in den Blick genommen.

2 Perspektiven von Angst

2.1 Angst aus existenzphilosophischem Blick

Einige Philosophen haben sich mit der Angst als Bestandteil des menschlichen Daseins auseinandergesetzt. Platon und Aristoteles begriffen die Angst noch primär als physische Reaktionen, die sich auf konkrete Objekte bezieht. So kommt die Angst beispielsweise nicht in Aristoteles Werk „De anima“ (Über die Seele) vor. Anders bei Augustinus, einem Kirchenvater, der 354-430 n. Chr. lebte. Er betrachtete die Angst als eine menschliche Leidenschaft und unterschied verschiedene Stufen der Angst. Auf einer niedrigen Stufe nannte er die Angst vor Strafe. Höher bewertet wird von ihm die Angst vor Schuld. Schuld ist für Augustinus immer an das Verfehlen der Vorgaben Gottes gebunden. Die Angst vor Schuld erwächst aus der Ehrfurcht vor Gottes Vorgaben, an die sich die Menschen halten sollen (Holzamer, 1990).

Von dem dänischen Philosoph Kierkegaard wurde die Angst als zentraler Bestandteil der menschlichen Existenz aufgefasst (Zimmermann, 1977).

Heidegger, der als „Hauptvertreter der Existenzphilosophie neben Karl Jaspers und Max Weber (als Vorläufer) verstanden werden kann“ (Wust, 1946, S. 9), beschäftigte sich ebenfalls mit der Angst als einem zentralen Ausgangspunkt seiner Überlegungen zur menschlichen Existenz (Pfeiffer, 1949).

Sowohl Kierkegaard als auch Heidegger unterscheiden in ihren Ausführungen die Begriffe Angst und Furcht. Die Furcht kennt immer ein klares „Wovor und Warum“. Sie richtet sich auf einen Gegenstand oder einen Umstand, der erfassbar ist. Insofern ist auch eine Flucht davor möglich (Wust, 1946). Die Angst jedoch ist gegenstandslos, sie hat kein „Etwas“. Aus der Gegenstandslosigkeit ergibt sich für Kierkegaard und Heidegger die Angst vor dem „Nichts“. Heidegger beschreibt Angst als ein „ursprüngliches Gestimmtsein, welches das Nichts offenbart“ (Heidegger, 1967, S. 118).

Der Mensch begegnet dem Nichts, steht ihm gegenüber, das Vertraute der Welt entzieht sich, und Fremdheit, oder Gleichgültigkeit breiten sich aus. Der Mensch entgleitet sich selbst, verliert seinen Halt und den Boden, das Netz, in dem das Sein ruht. Heidegger beschreibt diesen Zustand als ein „in der Angst schweben“ oder treffender noch: „den Modus eines bodenlosen Schwebens“ (Heidegger, 1967, S. 177).

Die tiefste Schicht der Angst offenbart ein Gefühl der eigenen Vernichtung. Bricht diese innere Stimmung auf, findet sich mein Seinkönnen vor die Unmöglichkeit der Existenz, das Nichts

gestellt. Hier zeigt sich die Angst nicht mehr in Gestalt der Lebensangst, sondern als Todesangst (Zimmermann, 1977).

Wie kann diese Dimension des Nichts umschrieben werden, wie wird sie erfahrbar?

Das Dasein, das Seinkönnen in der Welt hat an Lebendigkeit und tiefer Emotionalität verloren. Öde, Leere, Gleichgültigkeit und Langeweile treten auf. Die Welt und andere erreichen mich nicht mehr. Bauer (2003, S. 16) spricht von einem Gefühl der „Leergelassenheit".

Diese Leere, dieses Dasein und gleichzeitig Totsein, lässt die Macht des Nichts spürbar und die Angst, die das Nichts im Menschen auslöst, verstehbar werden.

Über diese angstauslösende Erfahrung des Hineinbrechens des Nichts in unser Dasein kommt Heidegger zur konstruktiven Bedeutung der Angst.

Die Angst vereinzelt das Dasein auf sein eigenstes „In-der-Welt-sein" (Heidegger, 1967, S. 177), sie erschließt im Warum des sich Ängstigen „das Dasein als Möglichsein" (Heidegger, 1967, S. 178), als unvertretbares, einmaliges Selbstseinkönnen in seiner individuellen Unverwechselbarkeit. Die Angst führt dem Dasein also einerseits vor Augen, dass es sich im Grunde an nichts in der Welt halten kann, sondern radikal sich selbst überlassen ist, andererseits enthüllt sie gerade darin aber die Möglichkeit des Selbstsein- und Ganzseinkönnens.

In diesem Sinne lässt Heidegger den positiven Aspekt der Angst aufleuchten, der den Menschen bei aller „Unheimlichkeit" (Heidegger, 1967, S. 170) des Daseins in die Verantwortung des entschlossenen, einmaligen, unverwechselbaren Selbstseins ruft.

Es ist die Chance, das Leben aus dem Hineingetauchtsein in das Nichts heraus auf die eigensten Möglichkeiten hin zu entwerfen (Bauer, 2003).

Kierkegaard versteht jeden Menschen als eine aus der Hand Gottes entworfene Originalausgabe. Diese mir von Gott zugedachte Bestimmung gilt es, nun nicht wieder zu verlieren. Meinem mir gegebenen Wesen nach zu existieren heißt, mit aller Leidenschaft meine ureigensten Möglichkeiten, mein Leben zu gestalten, zu ergreifen und nicht in Oberflächlichkeit, wie Streben nach Macht, Ruhm und Besitz zu verfallen. Gelingt es, mich in dieser Tiefendimension des Lebens zu verwirklichen, verleihe ich dem Selbst das, was Gott schon in mir angelegt hat, seine „Ewigkeitsbedeutung". Kierkegaard erweitert so den anthropologischen Imperativ der Antike „Erkenne dich selbst" in den existentiellen Imperativ: „Wähle dich selbst!" (Kierkegaard, 1984, S. 275).

Bei Kierkegaard ist Angst „die Wirklichkeit der Freiheit als Möglichkeit der Möglichkeit“ (Kierkegaard, 1984, S. 42). Ich bin mir als Mensch dieser großartigen Freiheit meines Selbstseinkönnens bewusst geworden und ahne gleichzeitig die fatale Möglichkeit des Verfehlens und Scheiterns dieses Selbstseins vor Gott. Diesem Dilemma sieht Kierkegaard den Menschen ausgesetzt. Wage ich den Sprung in die mir bestimmte Existenz mit der Gefahr der Verfehlung oder verharre ich in der Entscheidungslosigkeit lähmender Unentschlossenheit? Anders als bei Heidegger geht Kierkegaard davon aus, dass sich die Angst im Glauben auflösen lässt. Heidegger betrachtet die Angst als einen Grundzug des Menschen, der sich nicht durch etwas anderes aufheben lässt.

Kierkegaard beschreibt die Angst, die sich durch dieses Dilemma zeigt als ambivalentes Phänomen. Der „Schwindel der Freiheit“ (Bauer, 2003, S. 18) ergreift den Menschen im Angesicht seiner Möglichkeit des ureigenen Selbstseinkönnens oder des Schuldigwerdens im Scheitern dieses Prozesses des Selbstwerdens.

Angst als hemmende und zugleich antreibende Kraft bleibt somit nach Kierkegaard der ewige Wegbegleiter des Menschen, auf dessen Suche nach seiner geistigen Bestimmung und existentieller Aufgabe (Bollnow, 1960).

Auch wenn die Existenzphilosophen sich eher mit der tiefen, bodenlosen letzten Angst auseinandersetzten und weniger mit der Alltagsangst, die den Therapeuten und Psychologen begegnen, wird das existenzphilosophische Anliegen zum Umgang mit der Angst offensichtlich. Die mutige Begegnung mit der Angst soll und muss gelernt werden. Kast (1996, S. 29) spricht auch vom „Mut zur Angst“. Der Angst auszuweichen und ihr nachzugeben hieße, sich dem Leben zu verschließen, denn im aktiven Aushalten der Angst wird ein wichtiges Selbsterleben möglich (Kast, 1996).

Die existenzphilosophische Analyse sucht die Antwort auf die Frage der Angst. In der Angst ist das Selbst des Menschen angesprochen – ist er einsam mit sich und kann sich nicht vertreten lassen? So ergriffen von der Angst, stoßen wir unentrinnbar auf das, was wirklich trägt im Leben, auf die Hoffnung - die Erfahrung -, dass alles neu werden könnte. Kierkegaard spricht hier von jenem letzten inneren Halt, den er „Existenz“ nennt.

Einige Existenzphilosophen leiten Emotionen wie Freude, Hoffnung, Schreck, Kummer von der einen ursprünglichen Emotion Angst ab (Pfeiffer, 1949). Es bleibt allerdings kritisch zu diskutieren, ob dieser Standpunkt berechtigt ist. So beschreibt Kast (1996), dass sich Mut, Zuversicht oder die Hoffnung gegen die Angst stellen. Angst ist nur eine Emotion unter anderen Emotionen. Sie tritt der existenzphilosophischen Überzeugung entgegen, dass Angst

als grundlegende Emotion das Wesen des Menschen ausmache. Gegen das Ausgeliefertsein in der Angst stellt sich auch das Vertrauen ins Dasein und die Gelassenheit, Dasein zu gestalten oder der getroste Mut, Gefährdungen zu widerstehen.

Noack (1965) beschreibt die Existenzphilosophie als Zuspitzung nur einer Seite des menschlichen Lebens. So beschreibt er den vertiefenden Anspruch der Existenzphilosophie, die Verantwortung des Einzelnen zu betonen und das Leben vor der Erstarrung durch endgültig scheinende Ergebnisse zu bewahren. Er fordert eine Korrektur durch eine andere eher verborgende Seite, die er als neu zu gewinnendes Vertrauen in die Welt und das Leben beschreibt.

2.2 Biologie der Angst

Lange Zeit wurde die Genese der Angststörungen, trotz einiger Hinweise auf biologische Grundlagen, vornehmlich als erlernt und durch die Erziehung verursacht verstanden. Das heißt, bei diesen Störungen wurden hauptsächlich psychologische Faktoren als Ursprung angenommen. Durch das aufkommende Paradigma des Bio-Psycho-Sozialen Erklärungsmodells sind für alle Krankheiten auch die biologischen Grundlagen genauer untersucht worden (Carlson, 2004).

Die biologische Psychologie und Psychiatrie versucht bis auf Molekülebene genau, Ursachen psychischer Erkrankungen zu orten. Erstaunlicherweise hat der Altmeister Sigmund Freud diese Entwicklung schon vor Jahren vorausgesagt: „Die Mängel unserer Beschreibungen würden wahrscheinlich verschwinden, wenn wir anstatt der psychologischen Termini schon die physiologischen oder chemischen einsetzen könnten. Die Biologie ist wahrlich ein Reich der unbegrenzten Möglichkeiten, wir haben die überraschendsten Aufklärungen von ihr zu erwarten und können nicht erraten, welche Antwort sie auf die von uns gestellten Fragen einige Jahrzehnte später geben würde. Vielleicht gerade solche, durch die unser ganzer künstlicher Bau von Hypothesen umgeblasen wird“ (Freud, 1957, S. 65).

Seit den 60er Jahren ist die neurobiologische Forschung der Angstentstehung auf der Spur und hat spannende Einsichten über die Regionen des Gehirns gewonnen, die bei auftretenden Ängsten beteiligt sind. Trotzdem fehlt immer noch die eindeutige Kenntnis darüber, wie und wo Angst im Gehirn genau entsteht. Im Folgenden werden wichtige Ergebnisse der Forschung zu möglichen neurobiologischen Ursachen von Angststörungen beschrieben.

Die meisten Erkenntnisse sind mit Panikpatienten gewonnen worden. Der Grund hierfür ist vor allem darin zu sehen, dass diese Patientengruppe sich am häufigsten zu einer Behandlung

anmeldet und damit überhaupt für die Erforschung zur Verfügung stand (Carlson, 2004; Bandelow, 2004).

2.2.1 Beteiligte Hirnregionen

Bei der Erforschung von Angst ist es wichtig, zwischen Realängsten und übertrieben unrealistischen Ängsten zu unterscheiden. Erkenntnisse aus Tierversuchen lassen nur Rückschlüsse auf Gehirnregionen zu, die für Realängste bei Menschen zuständig sind. Es scheint im Gehirn eine Instanz zu geben, die bei tatsächlicher Bedrohung und Gefahr aktiviert wird, um das Überleben zu sichern. Eine andere wiederum ist zuständig für unangebrachte Ängste wie beispielsweise die Angst vor Fahrstühlen, vollen Supermärkten oder Fußgängerzonen. Bandelow (2004, S. 186) unterscheidet die Hirnregionen durch Aufteilung in ein „Ministerium für reale Ängste“ und ein „Ministerium für absurde Ängste“. Viele Teile im Gehirn sind beteiligt, wenn der Mensch in Angst gerät. Ein Geflecht anatomischer Strukturen wird aktiviert. Der amerikanische Psychiater Gorman (Gorman, 2000) spricht von einem Angstnetzwerk. Er zeigt beispielsweise die Beteiligung der Amygdala, des Thalamus und Hypothalamus, des Hippocampus, des zentralen Graus, des Frontalhirns und des Stammhirns. Dieses Netzwerk lässt den Puls rasen, den Schweiß ausbrechen, den Würgegriff am Hals spüren, die Röte ins Gesicht steigen egal, ob nun tatsächlich Gefahr im Verzug ist oder völlig unnötig aus heiterem Himmel eine Panikattacke auftritt.

Bandelow (2004) beschreibt die Informationsverarbeitung in zwei verschiedenen Schaltkreisen. Ängstigende Informationen von außen treffen zuerst auf ein Gebiet im Gehirn, welches eine Art Filterfunktion hat, den Thalamus. Gefahrensituationen aktivieren dann zwei unterschiedliche Schaltkreise. Der eine reagiert eher träge und braucht ungefähr 0,3 Sekunden, um zu reagieren. Dieser ist weit verzweigt. Er reicht bis zur Hirnrinde, wo die einlaufenden Informationen ausführlich und genau verarbeitet werden. Die aufgenommen Informationen werden mit bereits vorhandenen Erfahrungen, gleichen Situationen oder gleichen Objekten verglichen, und das Ausmaß der Bedrohung wird auf dieser Grundlage beurteilt. Angesichts von Todesgefahr dauert dieser Reaktionsweg eine Ewigkeit (des Tigers fette Beute wäre sicher). An diesen Vergleichsprozessen ist der Hippocampus maßgeblich beteiligt. Er gilt auch als wesentlich für Lernprozesse, die bei dieser Informationsverarbeitung stattfinden. Neurowissenschaftler haben nachgewiesen, dass der Hippocampus bei Dauerstress im wahrsten Sinne des Wortes „die Nerven verliert“ (Bandelow, 2004, S. 195) und schrumpft. Langanhaltende traumatische Erfahrungen graben so tiefe Spuren in den Gedächtnisspeicher unseres Gehirns. Hüther (2002) beschreibt dieses Phänomen auch mit dem Begriff der neuronalen Plastizität. Auf diese Weise werden gemachte Erfahrungen

neurobiologisch sichtbar. Abbildung 1 zeigt schematisch den Weg der Informationsverarbeitung.

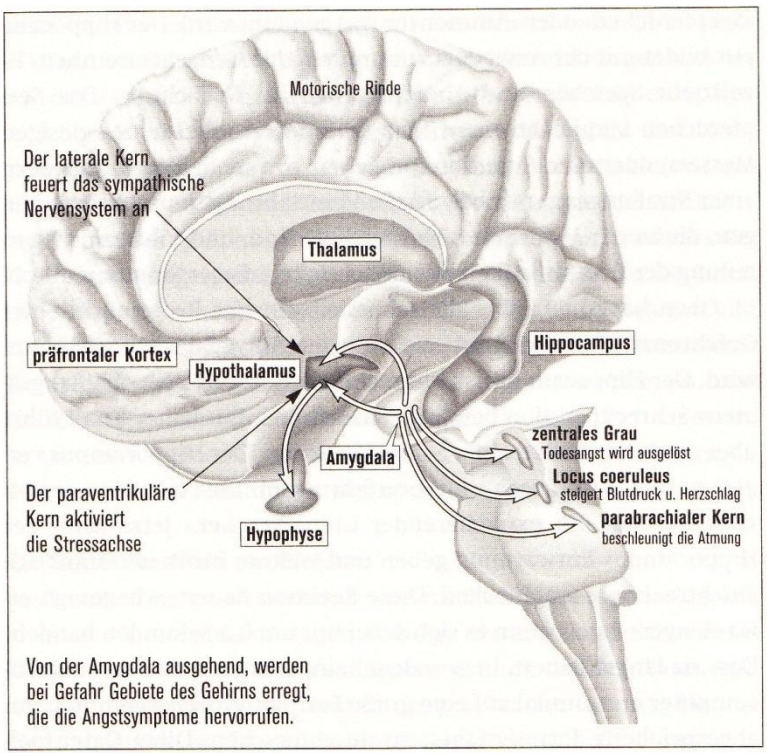


Abbildung 1: Aktivierungsbahnen im Gehirn (Quelle: Bandelow, 2004, S. 193)

Ein zweiter Schaltkreis stellt eine Notfallleitung dar. Sie führt direkt vom Thalamus zur Amygdala und löst die Sofortreaktionen aus. Die Amygdala, auch als Mandelkern mit Sitz im Vorderhirn bekannt, ermöglicht den blitzartigen Alarm unterschiedlichster Körpersysteme, um bei Gefahr zu kämpfen oder zu flüchten. Letzteres System verzichtet auf die genaue Situationsanalyse und nimmt Fehlalarme zugunsten von Leib und Leben billigend in Kauf. Dieser Notfallschaltkreis - organisiert von der Amygdala - reagiert innerhalb einer 33stel Sekunde.

Die Amygdala lässt sich mit einem Flaschenhals vergleichen, den Ereignisse wie einen Tunnel durchqueren müssen, um dort emotional eingefärbt zu werden. Im Langzeitgedächtnis wird das Ereignis gespeichert, welches die Amygdala mit einem heftigen Eindruck versehen hat. Sie scheint zentraler Ort für Angstreaktionen und Panikattacken zu sein. Wird sie gereizt, kommt es zu einem Feuern der Neuronen, und der Körper rüstet sich gegen die Angst auf. Von ihr als Schaltzentrum gehen Nervenbahnen zu vielen unterschiedlichen Hirnzentren, die Schwitzen, Erröten, Herzrasen, Luftnot, Übelkeit, Schwindel oder Brustschmerzen steuern. Diese körperlichen Phänomene sind eben genau die Anzeichen einer Panikattacke (Bandelow, 2004).

2.2.2 Die hormonale Angstachse

Die meisten Körperfunktionen werden über zum Teil sehr komplexe Systeme von Hormonen gesteuert. Bei Angstreaktionen werden unter anderem von der Amygdala Signale zum Hypothalamus, weiter zur Hirnanhangdrüse, der Hypophyse und dann weiter zur Nebennierenrinde gesandt. Der Hypothalamus schüttet das Stresshormon Coricotropin Releasing Hormon (CRH) aus. Dieses Hormon aktiviert dann die Ausschüttung von Adreocorticotropes Hormon (ACTH) in der Hypophyse. Das ACTH wiederum aktiviert in der Nebennierenrinde, dass Kortisol ausgeschüttet wird. Drei der vielen Funktionen, die Kortisol hat, sind:

- dem Körper Energie in Form von Zucker bereitzustellen.
- die Immunabwehr zu drosseln.
- die Wirkung von Adrenalin und Noradrenalin (welche das Nebennierenmark ausschüttet) zu steigern.

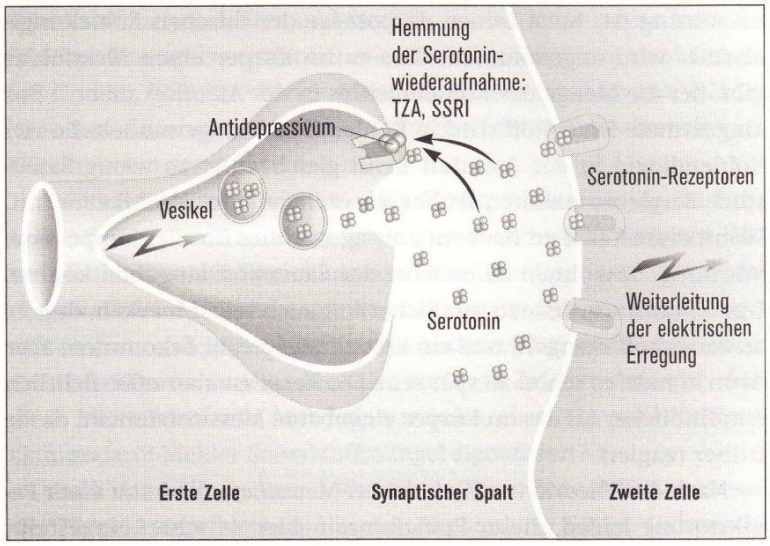
Im Zusammenhang mit Angst hat Kortisol die Aufgabe, den Körper einsatzbereit zu machen für Kampf oder Flucht. Dieses verknüpfte System nennt Bandelow (2004) die Stressachse oder Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN). Für jemanden, der unter Angst leidet, ist sie die „Achse des Bösen“ (Bandelow, 2004, S. 199).

Adrenalin und Noradrenalin wird in den Schaltstellen des sympathischen Nervensystems und im Nebennierenmark gebildet. Sie steigern Puls und Blutdruck. Lange waren Forscher der Meinung, dass Adrenalin im Zusammenhang mit Angst keine Rolle spielt und im Gehirn nicht auftaucht. Erhöht sich allerdings der Kortisolspiegel, wird mehr Adrenalin und Noradrenalin direkt in die Blutbahn geleitet. Natürlich ist bei einer Angstreaktion auch das sympathische Nervensystem involviert, aktiviert vom Hypothalamus, ausgehend von der Amygdala. Typisch für das sympathische Nervensystem sind die nicht zu kontrollierenden Körperreaktionen, die wir eher unangenehm und unsympathisch erleben, die ihren evolutionären Sinn darin haben, in Gefahrensituationen das Überleben zu sichern (Carlson 2004).

Hüther (2002) beschreibt die Angstreaktionen im Kontext von kontrollierbaren und unkontrollierbaren Stressreaktionen. Kontrollierbare Stressreaktionen lösen genauso wie die unkontrollierbaren die Ausschüttung vieler Stresshormone aus. Wird eine Situation vom Menschen als kontrollierbar eingestuft, dann lösen sich Gegenregelungsprozesse aus, die beispielsweise den Kortisol-, Adrenalin- oder Noradrenalinspiegel wieder absenken. Werden jedoch Situationen als unkontrollierbar erlebt, kommt es zu einer „massiven und lang

anhaltenden Stimulation der Kortisolausschüttung“ (Hüther, 2002, S. 38). Gleichzeitig macht Hüther (2002) darauf aufmerksam, dass das zentrale Nervensystem nicht nur Auslöser der Aktivierung der unterschiedlichsten Prozesse, sondern selbst in seiner Funktionsweise auch wiederum davon betroffen ist. Das heißt, während dieser Stressreaktionen ändert sich beispielsweise die Versorgung mit bestimmten Substanzen, die intrazelluläre Kommunikation oder der Sexualhormonspiegel.

Ein weiteres wichtiges Hormon im Zusammenhang mit Angsterkrankungen ist das Serotonin. Auch wenn die genaue Wirkweise von Serotonin im Gehirn noch nicht ganz geklärt ist, vermutet man, dass bei Angsterkrankungen die Serotonin-Nervenübertragung gestört ist. Medikamente können den Stoffwechsel dieses Botenstoffs dahingehend beeinflussen, dass das ausgeschüttete Serotonin im synaptischen Spalt schneller oder langsamer wieder von den Nervenzellen aufgenommen wird. Abbildung 2 zeigt die Wirkweise bei Medikamenten, die die Wiederaufnahme des Serotonins im synaptischen Spalt verhindern. So wird die Wirkung von Serotonin verlängert. Medikamente, die den Serotonin-Stoffwechsel beeinflussen und nicht nur bei Angsterkrankungen, sondern auch bei Depressionen und vielen anderen psychischen Erkrankungen verschrieben werden, sind z.B. die trizyklischen Antidepressiva (TZA) oder die Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Carlson (2004, S. 667) berichtet, dass, “ … obwohl Panik und Angststörungen sehr verschieden sind, bestimmte Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (z.B. Fluoxetin) zu einer erstrangigen Medikation bei der Behandlung beider Störungen wurde (American Psychiatric Association)“.



Wirkung von Medikamenten, die den Serotonin-Stoffwechsel beeinflussen: Der Neurotransmitter Serotonin ist in kleinen Bläschen (Vesikeln) in der ersten Zelle gespeichert. Durch elektrische Impulse wird Serotonin aus diesen Bläschen freigesetzt und in den Spalt zwischen der ersten und der zweiten Zelle ausgeschüttet. An der zweiten Zelle befinden sich Serotonin-Rezeptoren – die Schlösser, in die der Schlüssel Serotonin passt. Durch Bindung der Serotonin-Moleküle an diese Rezeptoren wird die Erregung in der zweiten Zelle weitergeleitet. Nach getaner Arbeit wird das Serotonin wieder in die erste Zelle aufgenommen. Diese Wiederaufnahme wird durch die trizyklischen Antidepressiva (TZA) und selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) gehemmt. So verbleibt mehr Serotonin im Spalt, und die Weiterleitung der elektrischen Erregung wird gefördert.

Abbildung 2: Prinzip der Serotonin Aufnahmehemmung (Quelle: Bandelow, 2004, S. 207)

Die Neurobiologie bietet einige Ansatzpunkte als Erklärungshintergrund für die Entstehung von Angst. Neben der Identifizierung von beteiligten Hormonen und Gehirnregionen werden auch so genannte „Messfühler-Theorien“ diskutiert (vgl. Bandelow, 2004; Wittchen & Hoyer, 2006). Idee dieser Theorien ist, dass bestimmte Rückmeldeprozesse des körperlichen Geschehens aufgrund biochemischer Veränderungen im Gehirn übersensibel eingestellt und nicht in der Lage sind, die Bedrohlichkeit körperlicher Symptome realistisch einzuschätzen. Bandelow (2004) vergleicht dieses Bewertungszentrum mit einem defekten Heizungsthermostat und Klein (1993) beschreibt dies als falschen Erstickungsalarm, weil er eine Art Messfühler für den Kohlendioxidgehalt in der Atemluft annimmt.

2.2.3 Biologische Behandlung: Medikamentöse Therapie

Zu den am häufigsten eingesetzten Substanzen zur Behandlung von Angsterkrankungen gehören die Medikamente, die den Serotoninspiegel erhöhen. Dies sind die Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) und die trizyklischen Antidepressiva (TZA). Die

meisten TZA sind duale Wiederaufnahmehemmer, die auch die Noradrenalinaufnahme verhindern. Eine weitere Gruppe sind die sogenannten Benzodiazepine. Diese haben eine schnellere Wirkung, allerdings ein deutliches Risiko, davon abhängig zu werden. Häufig zur Bekämpfung von Lampenfieber eingesetzte angstnehmende Substanzen gehören zur Gruppe der Betarezeptorenblocker, deren genaue Beeinflussung der zentralnervösen Prozesse nicht ganz klar ist. Abbildung 3 zeigt die verschiedenen Substanzgruppen und deren Wirksamkeit bei der Behandlung der verschiedenen Krankheitsbilder.

Störung	Substanz (Substanzgruppe)						
	Benzo-diazepine	Clomi-pramin	Andere tri-zyklische Anti-depressiva	SSRI	MAO-Hemmer	Buspiron	Betablocker
Phobien	(+)	(+)	(+)	+	+[a]	?	+
Panikstörung	(+)[b]	+	+[c]	+	?	–	?
Generalisierte Angststörung	(+)	(+)	+	(+)	?	+	(+) ?
Zwangsstörung	(+) ?	+	(–)	+	(+) ?	(+) ?[d]	(–)
Posttraumatische Belastungsstörung	(+) ?[e]	(+)	(+)	+	?	?	(+)

+ therapeutischer Effekt gut belegt; (+) wahrscheinlich; ? fraglich; (–) eher unwahrscheinlich; – mit gewisser Sicherheit nach gegenwärtigem Erkenntnisstand auszuschließen.
[a] vor allem wohl bei sozialer Phobie.
[b] Alprazolam hier wohl besonders wirkungsvoll.
[c] Imipramin hier möglicherweise besonders wirkungsvoll.
[d] möglicherweise nur oder besonders wirksam in Kombination mit anderen Substanzen.
[e] Zurückhaltung bei der Therapie wegen des hohen Suchtpotenzials.

Abbildung 3: Übersicht Substanzen und Wirkung bei Angst- und Panikerkrankungen (Quelle: Wittchen & Hoyer, 2006, S. 220)

Die Vor- und Nachteile medikamentöser Behandlung werden häufig kontrovers diskutiert. Bandelow (2006) fasst einige Studien zum Behandlungserfolg bei Panikstörungen zusammen. Verglichen wurde in diesen Studien die Wirksamkeit von medikamentöser mit psychotherapeutischer Behandlung. Bei manchen Studien wurden auch Patienten wirksam mit einem Placebo behandelt. Zusammenfassend sagt Bandelow (2006, S. 92): „Da aber mehrere Studien eine Gleichwirksamkeit ergaben und insgesamt die Anzahl der vorliegenden Studien gering ist, sollte daraus zunächst kein deutlicher Vorteil der psychotherapeutischen oder der pharmakologischen Behandlung herausgearbeitet werden“.

Bei Wittchen und Hoyer (2006) wird die medikamentöse Therapie nicht erwähnt. Im Resümee zur Panikstörung ist zu lesen: „Methode der Wahl für die Behandlung der Panikstörung ist eine

kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung. Mit dieser Therapie erreichen etwa 80% der behandelten Patienten stabile Therapieerfolge“ (Wittchen & Hoyer, 2006, S. 778).

Davison, Neale und Hautzinger (2002, S. 169) fassen die Diskussion so zusammen: „In aktuellen Vergleichsstudien zur Behandlung der Panikstörung mit Arzneimitteln oder mit Psychotherapie stellte sich heraus, dass sich langfristig kognitiv-verhaltensorientierte Behandlungen [….] besser bewähren als Behandlungen mit trizyklischen Antidepressiva, Monoaminoxidasehemmern und Benzodiazepinen. Wie bereits erwähnt, erleiden die Patienten nach Absetzen der Medikamente in aller Regel einen Rückfall.“

Deutlich wird aus diesen Zusammenfassungen, dass psychotherapeutische Methoden ein fester Bestandteil der Behandlung von Angsterkrankungen sind und wahrscheinlich auch bleiben werden.

3 Angsterkrankungen

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Krankheiten auch in Deutschland. Tabelle 1 zeigt die 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen der erwachsenen Deutschen. Die Daten wurden über ein standardisiertes klinisches Interview nach den DSM-IV Kriterien ermittelt und im Rahmen des Bundesgesundheitssurveys 1998 erhoben. Demnach sind 19,8% der Frauen und 9,2% der Männer von einer Angststörung betroffen. Angststörungen sind also die häufigste Klasse psychischer Störungen. Bei den Männern sind nur die jungen Männer noch häufiger von einer Substanzstörung betroffen. Die häufigsten Angststörungen sind spezifische Phobien (10,8%) und die am wenigsten auftretenden Störungen die Zwänge (0,9%). Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie und die generalisierte Angststörung treten etwa gleich häufig auf.

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenz der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Deutschland

Diagnose (DSM-IV)	Frauen				Männer				Gesamt		
	Ge-samt	18–34	35–49	50–65	Ge-samt	18–34	35–49	50–65			
	%[a]	%	%	%	%	%	%	%	%	95% KI[j]	in Mio.[k]
Psychische Störung aufgrund medizinischer Krankheitsfaktoren	**1,9**	**2,0**	**1,7**	**2,1**	**0,8**	**0,5**	**0,2**	**1,7**	**1,3**	**1,0–1,7**	**0,6**
Irgendeine Substanzstörung[b]	**1,7**	**2,9**	**1,7**	**0,6**	**7,2**	**12,3**	**5,3**	**3,6**	**4,5**	**3,9–5,2**	**2,2**
Nikotinabhängigkeit	9,5	11,8	11,8	4,8	11,0	15,1	11,7	5,4	10,2	9,3–11,3	5,0
Alkoholmissbrauch/ Abhängigkeit	1,3	1,9	1,6	0,4	6,8	10,7	5,5	3,7	4,1	3,5–4,8	2,0
Missbrauch/Abhängigkeit illegale Substanzen	0,5	1,1	0,1	0,2	1,0	2,5	0,3	0,0	0,7	0,5–1,0	0,3
Psychotische Störung[c]	**2,5**	**3,2**	**1,9**	**2,4**	**2,6**	**2,6**	**3,2**	**1,9**	**2,6**	**2,1–3,1**	**1,2**
Irgendeine affektive Störung	**15,4**	**13,4**	**16,8**	**15,9**	**8,5**	**9,4**	**8,5**	**7,6**	**11,9**	**11,0–13,0**	**5,8**
Major Depression	11,2	9,5	12,7	11,3	5,5	6,0	5,5	4,8	8,3	7,5–9,2	4,0
Dysthyme Störung	5,8	3,7	6,1	7,6	3,2	2,6	3,4	3,8	4,5	3,9–5,2	2,2
Bipolare Störungen[d]	1,1	1,2	1,5	0,5	0,6	1,0	0,7	0,0	0,8	0,6–1,2	0,4
Irgendeine Angststörung[e]	**19,8**	**20,0**	**19,4**	**19,9**	**9,2**	**8,0**	**10,0**	**9,7**	**14,5**	**13,4–15,6**	**7,0**
Panikstörung[f]	3,0	3,4	3,4	2,4	1,7	1,0	2,0	2,1	2,3	1,9–2,8	1,1
Agoraphobie (ohne Panikstörung)	3,1	2,0	2,9	4,4	1,0	0,9	1,1	0,9	2,0	1,7–2,5	1,0
Soziale Phobie	2,7	3,1	2,7	2,2	1,3	1,9	0,7	1,4	2,0	1,6–2,5	1,0
Generalisierte Angststörung	2,1	1,1	2,9	2,2	1,0	0,5	0,9	1,8	1,5	1,2–1,9	0,7
Spezifische Phobie[g]	10,8	11,9	9,7	10,7	4,5	4,2	4,7	4,6	7,6	6,9–8,5	3,7
Zwangsstörung	0,9	1,0	0,9	0,8	0,6	0,4	1,0	0,3	0,7	0,5–1,0	0,4
Irgendeine somatoforme Störung[h]	**15,0**	**14,9**	**15,2**	**14,7**	**7,1**	**5,7**	**7,3**	**8,6**	**11,0**	**10,1–12,1**	**5,4**
Unterschwellige somatoforme Störung	5,5	4,1	5,1	7,4	3,1	2,1	3,6	3,8	4,3	3,7–5,0	2,1
Schmerzstörung	11,4	11,2	12,2	10,7	4,9	4,0	4,5	6,4	8,1	7,30–9,1	4,0
Essstörungen[i]	**0,5**	**1,0**	**0,5**	**0,0**	**0,2**	**0,2**	**0,3**	**0,1**	**0,3**	**0,2–0,6**	**0,2**
Irgendeine der genannten	**37,0**	**38,0**	**36,5**	**36,5**	**25,3**	**27,4**	**25,9**	**22,2**	**31,1**	**29,7–32,6**	**15,1**

(Quelle: Wittchen & Hoyer, 2006, S. 69)

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch im amerikanischen Raum. Die Ergebnisse der Studie von Kessler et al. (1994) zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des National-Clinic-Survey (NCS)

Störungen	Total			
	Lebenszeit		12-Monats-Prävalenz	
	%	SE	%	SE
Affektive Erkrankungen				
Major Depression Episode	17,1	0,7	10,3	0,6
Manische Episode	1,6	0,3	1,3	0,2
Dysthymie	6,4	0,4	2,5	0,2
Irgendeine affektive Störung	19,3	0,7	11,3	0,7
Angsterkrankungen				
Panikstörung	3,5	0,3	2,3	0,3
Agoraphobie ohne Panikstörung	5,3	0,4	2,8	0,3
Soziale Phobie	13,3	0,7	7,9	0,4
Einfache Phobie	11,3	0,6	8,8	0,5
Generalisierte Angststörung	5,1	0,3	3,1	0,3
Irgendeine Angststörung	24,9	0,8	17,2	0,7
Substanzmissbrauch				
Alkoholmissbrauch ohne Abhängigkeit	9,4	0,5	2,5	0,2
Alkoholabhängigkeit	14,1	0,7	7,2	0,5
Drogenabusus ohne Abhängigkeit	4,4	0,3	0,8	0,1
Drogenabhängigkeit	7,5	0,4	2,8	0,3
Irgendein/e Drogenmissbrauch/-Abhängigkeit	26,6	1,0	11,3	0,5
Andere Störungen				
Antisoziale Persönlichkeit	3,5	0,3	k.A.	k.A.
Nichtaffektive Psychose	0,7	0,1	0,5	0,1
Irgendeine NCS-Störung	48,0	1,1	29,5	1,0

(Quelle: Bandelow, 2006, S. 19)

Die deutlich höheren Werte im Vergleich zu den deutschen Daten für die soziale Phobie mit 7,9% sind wahrscheinlich auf das ältere und unschärfere Manual des DSM-III und die methodischen Besonderheiten der Studie zurückzuführen (Bandelow, 2006).

Aus inhaltlicher Nähe zum unten beschriebenen Fallbeispiel sind die Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie und die generalisierte Angststörung nachfolgend genauer beschrieben.

3.1 Soziale Phobie

3.1.1 Beschreibung der Störung

„Krankhafte Schüchternheit oder Kontaktangst“, so wird die soziale Phobie oft vom Volksmund umschrieben. Phillip Zimbardo versteht unter Sozialangst „... eine exzessive Sorge um die negative Bewertung, die durch einen Konflikt von Annäherung an persönliche Ziele einerseits und deren Vermeidung aufgrund des Strebens andererseits entsteht“ (Zimbardo, 1977; zitiert nach Stangier, Heidenreich & Peitz , 2003, S. IX).

Schon Charles Darwin (1872) beobachtete das Phänomen des Errötens bei Kleinkindern und erklärte es als Reaktion auf erhöhte Selbstaufmerksamkeit, wenn sich diese der Beobachtung anderer bewusst wurden.

Diagnostisch wird zwischen isolierten (auf spezifische Situationen bezogen) und generalisierten (auf alle sozialen Situationen bezogen) sozialen Phobien unterschieden. In ihrer Erscheinungsform sind soziale Phobien äußerst vielfältig und nicht immer klar zu erkennen. Als zentrales Merkmal steht die Überzeugung oder Erwartung im Vordergrund, sich in Begegnung mit anderen Menschen zu blamieren. Gefühle von Scham und Angst, verbunden mit starker körperlicher Anspannung und körperlichen Symptomen wie Erröten, Schwitzen, Stottern oder Zittern führen meistens zur Vermeidung der gefürchteten Situationen, wie Handlungen vor anderen, die bewertet und beobachtet werden (Leistungssituationen) oder Interaktionssituationen wie z.B. Unterhaltungen. Die Vielgestaltigkeit der Sozialphobie macht es auch für Spezialisten oft schwer, sie genau zu diagnostizieren. Ist auch eine grundlegende Selbstunsicherheit in Beziehung zu anderen und ein negatives Selbstbild offensichtlich, so kann die gleiche Person in den meisten Lebensbereichen sozial äußerst kompetent auftreten. Depression, Schlaflosigkeit und Sucht überlagern oft das Störungsbild der Sozialphobie und können so im Vordergrund stehen, dass die zugrunde liegende Angst verborgen bleibt (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003).

Soziale Phobie wird auch als die „Stille Störung“ (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003, S. 6) beschrieben. Magee et al. (1996) berichten eine durchschnittliche Zeit von 18 Jahren vom Beginn der Störung bis zum Aufsuchen eines Therapeuten. Berufliche und persönliche Probleme, Überforderung am Arbeitsplatz, Einsamkeit, Versagensängste, Depressionen oder Suchtprobleme stellen die häufigsten Anlässe für das Aufsuchen von Hilfe dar. Das scheint deshalb so zu sein, weil Angst selbst als zur Person gehörig und als Charakterschwäche von den Patienten verstanden wird. Daher nehmen die Patienten an, dass die Angst durch Therapie nicht veränderbar ist. Personen mit sozialer Phobie nehmen sich und ihre Fertigkeiten verzerrt

wahr, bewerten sich übermäßig negativ. Die Erwartung von Ablehnung ist ihre Grundüberzeugung, begleitet durch ein negatives Selbstbild und den Anspruch von Perfektionismus an soziale Standards. Der hohe Anspruch an sich und das eigene Können, verbunden mit dem negativen Selbstbild, begünstigt eine Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und Ablehnung (Wittchen & Hoyer, 2006).

Charakteristische Emotion der sozialen Phobie ist vor allem die Angst, nicht nur in kritischen Situationen, sondern auch schon im Vorfeld befürchteter sozialer Ereignisse, die sich so zur Angst vor der Angst immer mehr hochschaukelt. Auch Schamgefühle, Verlegenheit, Verletzlichkeit, Sorgen und Unsicherheit in übermäßiger Ausprägung behindern soziale Anpassung und führen mehr und mehr zu Rückzug und Vereinsamung (Bandelow, 2006).

Die körperlichen Symptome, die Personen mit einer sozialen Phobie erleben, können denen der Panikstörung entsprechen, wie Herzklopfen, Muskelanspannung, Übelkeit, Erleben von Kontrollverlust. Typisch sind aber auch die für Außenstehende wahrnehmbaren Symptome wie Schwitzen, Erröten und Zittern. Das objektive Ausmaß der Symptome steht in der Regel in starker Diskrepanz zum subjektiven Erleben (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003).

Herausragendes Merkmal auf der Verhaltensebene ist das anhaltend rigide Ausweichen sozialer (bedrohlicher) Situationen. Dieses durchgängige Vermeidungsverhalten ist ein wesentlicher Faktor für die Aufrechterhaltung der Störung, da die tiefe Überzeugung der eigenen negativen und unrealistischen Bewertung durch andere Erfahrungen nicht widerlegt werden kann (Wittchen & Hoyer, 2006).

Die Bandbreite auslösender sozialphobischer Symptome ist groß und betrifft vor allem Leistungs- und Interaktionssituationen: öffentlich reden, vor anderen essen, trinken oder schreiben, einen Raum betreten, in dem sich bereits andere Personen aufhalten, mündliche Prüfungen. Immer sind es Begebenheiten, in welchen sich der Sozialphobiker den Blicken und Bewertungen anderer ausgeliefert fühlt. Unterhaltungen am Telefon, Sprechen mit Autoritätspersonen oder Fremden und besonders auch die Kontaktaufnahme auf Partys oder in Gesellschaften sind Interaktionssituationen, die die Furcht auslösen, sich unpassend zu benehmen oder etwas Falsches und Dummes zu sagen (Wittchen, 1997).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass soziale Phobien weitaus häufiger verbreitet sind als angenommen wird, und die Lebensqualität der Betroffenen schwer beeinträchtigt ist.

Sozialphobie wird auch die „Krankheit der verpassten Chancen“ (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003, S. 20) genannt. So ist es nicht verwunderlich, dass Personen mit dieser Störung oft einen

geringeren Bildungsstand haben, folglich über geringeres Einkommen verfügen und niedrigeren sozialen Schichten angehören. Niedrigere Arbeitsproduktivität, Arbeitslosigkeit und Unterqualifikation im Beruf, verursacht durch Sozialphobie, ist typisch, da berufliche Positionen, die intensiveren Kontakt zu Kollegen fordern oder Führung von Menschen gemieden werden (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003).

Partnerschaft und Ehe ist ebenfalls ein schweres Thema für Menschen mit einer sozialen Phobie. Hemmungen, Personen des anderen Geschlechts überhaupt anzusprechen, verhindern oft schon eine Beziehung. Häufig wohnen sie noch im Haus der Eltern und sind weniger attraktiv aufgrund niedriger beruflicher Qualifizierung und geringerer finanzieller Sicherheit. Freundschaftliche Beziehungen gelingen kaum, soziale Netzwerke werden häufig nicht geknüpft, das Leben findet in Einsamkeit statt (Wittchen & Hoyer, 2006).

Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken prägen nicht selten den Alltag dieser Menschen, aufgrund der starken Beeinträchtigung in allen wichtigen psychosozialen Bereichen (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003).

3.1.2 Klassifikation

Erst in der 3. Auflage des DSM-III wurde die soziale Phobie als eigenes Störungsbild in das Manual aufgenommen. Vorher wurde sie als „phobische Neurose“ eingeordnet, obwohl bereits Marks und Gelder (1966) viele Jahre zuvor eine spezifische Beschreibung des Störbildes vorgelegt haben. Im DSM-IV ist sie unter Ziffer 300.23 „Soziale Phobie“ zu finden und wird vergeben, wenn die Symptome in wenigen oder nur bestimmten Situationen auftreten. Die zusätzliche Kodierung „Generalisiert“ kann benutzt werden, wenn die Ängste viele verschiedene soziale Situationen betreffen (APA, 2000).

Im ICD-10 werden die situativen Aspekte der Sozialphobie weniger genau beschrieben. Unter Ziffer 40.1 werden nur drei Kriterien eher allgemeiner Art beschrieben, die inhaltlich allerdings deutlich mit den Kriterien des DSM-IV überlappen (WHO, 1999).

3.1.3 Epidemiologie und Verlauf

Soziale Phobien stellen in den USA hinter Major Depression und Alkoholabhängigkeit die dritthäufigste psychische Störung und die häufigste Angststörung dar. Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse des National Comorbidity Survey aus der Untersuchung von Magee et al. (1996).

Verbreitung und Verlauf der Sozialen Phobie – Ergebnisse des National Comorbidity Survey in den USA (Magee et al., 1996)

- Lebenszeitprävalenz: 13,3 %
- Jahresprävalenz: 7,9 %
- Dritthäufigste psychische Störung nach Alkoholabhängigkeit und Depression
- 40 % generalisierter Subtyp, 36 % Redeangst, 24 % andere nichtgeneralisierte Soziale Phobien
- Bei Frauen 1,4-mal häufiger
- Beginn: in 75 % der Fälle vor dem 16. Lebensjahr
- Verlauf: chronisch, im Durchschnitt 20 Jahre
- Ungünstig: niedriges Bildungsniveau, früher Beginn und Komorbidität.

Abbildung 4: Verbreitung und Verlauf der sozialen Phobien (Quelle: Stangier, Heidenreich & Peitz 2003, S. 17)

In der Regel beginnt die soziale Phobie während der Pubertät (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003; Bandelow, 2006). Einige Patienten berichten auch schon aus frühen Kinderzeiten, in denen sie sich unangemessen ängstlich und vermeidend erlebt haben (Bandelow, 2006).

In 75% aller Fälle beginnt die Störung schon vor dem 16. Lebensjahr, ein Beginn nach dem 25. Lebensjahr ist eher selten. Die Ursachen für einen in der Regel fast 20-Jährigen chronischen Verlauf der Störung können in der aussichtslosen Sichtweise der Patienten auf die typischerweise unveränderbare, schicksalhafte Problematik zu suchen sein. Die häufig gemachte Erfahrung nicht ernst genommen zu werden, lässt viele Menschen gar nicht erst den Versuch einer Therapie unternehmen. Die Ängste werden oft gekonnt hinter einer Fassade verborgen (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003).

3.1.4 Differenzialdiagnostik

Die schwierigste aber wichtige Differenzialdiagnose gegenüber der Sozialphobie ist die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung. In der Diagnosestellung finden sich starke Überschneidungen beider Störungen in vielen Hauptkriterien. Stangier, Heidenreich und Peitz (2003) unterstützen die Kontinuitätshypothese von Reich (2000), dass die beiden Diagnosen lediglich unterschiedliche quantitative Ausprägungen einer Dimension von sozialer Angst darstellen. Sie diskutieren, die Vermeidend-Selbstunsichere-Persönlichkeitsstörung als chronische Subform der Sozialphobie zu verstehen.

3.1.5 Komorbidität

Komorbide Erkrankungen sind eine häufige Folge des Verhaltens. 81% aller Patienten mit Sozialphobie leiden gleichzeitig an einer weiteren psychischen Störung, so lautet das Ergebnis der Studie von Magee et al. (1996), das in Abbildung 5 zu sehen ist.

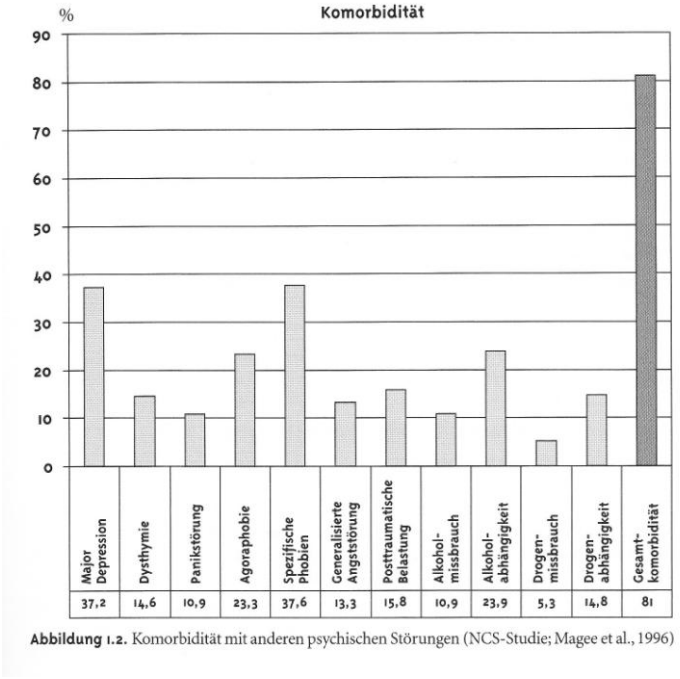


Abbildung 5: Komorbidität bei sozialer Phobie (Quelle: Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003, S. 19)

In drei von vier Fällen tritt dabei die soziale Phobie vor der komorbiden Störung auf. Als grundlegendes Muster bei frühem Beginn der Sozialphobie wurde als folgende Komplikation Depression und Alkoholmissbrauch beobachtet. Späterer Beginn der Störung hat eher andere komorbide Störungen zur Folge. Auf jeden Fall aber stellt die soziale Phobie einen hohen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen dar (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003). Abbildung 6 zeigt die wichtigsten Erkenntnisse dazu.

Komorbidität

- Lebenszeitkomorbidität: 81 %
- 56,9 % andere Angststörungen
- 41,4 % Affektive Störungen
- 39,6 % Substanzmissbrauch/-abhängigkeiten
- Anzahl zusätzlicher Störungen: 19 % eine, 14 % zwei, 48 % drei
- Soziale Phobie vorausgehend: 77 %
- Prävalenz bei depressiven Patienten einer psychiatrischen Ambulanz: 32,4 %.

Abbildung 6: Art der komorbiden Störung bei Sozialphobie (Quelle: Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003, S. 1)

3.2 Generalisierte Angststörung

3.2.1 Beschreibung der Störung

Menschen mit dieser Störung leiden unter anhaltender Angst. Sorgen, bezogen auf die unterschiedlichsten Lebensbereiche, nehmen bis zu zehn Stunden am Tag ein und werden von Anspannung und Nervosität und nächtlichen Schlafstörungen begleitet. Meistens sind es Angstzustände, die nicht durch einen klaren Auslöser gekennzeichnet sind.

Borkovec et al. (1983, zitiert nach Becker & Margraf, 2002, S. 6) beschreiben den Begriff Sorgen als „eine Kette von Gedanken und Vorstellungen, mit negativem Affekt einhergehend und relativ unkontrollierbar. Der Sorgenprozess repräsentiert den Versuch einer mentalen Problemlösung, deren Ausgang unsicher ist, aber die Möglichkeit eines negativen Ausganges beinhaltet“.

Viel Zeit wird mit negativen Gedankenketten und Grübeln verbracht, die nicht zu kontrollieren oder stoppen sind. Mögliche Gefahren und Ereignisse werden immer wieder gedanklich durchgespielt, ohne dass es zu einem beruhigenden abschließenden Lösungsprozess kommen kann. Um die Angst zu reduzieren, springt der Patient von Thema zu Thema und vermeidet die realistische Auseinandersetzung mit einer befürchteten Situation oder dem befürchteten Objekt. Er hält am drohenden Unglück und den bedrohlichen Gedanken fest und gerät in immer größere Hilflosigkeit, wodurch eine lösende und beruhigende Klärung der ängstigenden Situationen letztlich nicht gefunden wird (Becker & Margraf, 2002).

Krankheiten, Familie, Beruf, täglicher Kleinkram sind die Sorgenthemen dieser Menschen. Becker und Margraf (2002, S. 7) sprechen von der „Art der Sorgen“ oder dem „Katastrophieren“, was den Angstpatienten vom „gesund besorgten Menschen“ unterscheidet.

Symptome der Generalisierten Angststörung (GAS) sind hauptsächlich solche, die durch eine starke Aktivierung des zentralen Nervensystems hervorgerufen werden. Zu nennen sind hier hauptsächlich Angst, Sorgen, Anspannung, Hypervigilanz, Reizbarkeit, Nervosität, Schlafstörungen, Muskelverspannungen, Kopfschmerzen oder Übelkeit (vgl. Nisita et al., 1990; Noyes et al., 1992).

3.2.2 Klassifikation

Im DSM-IV stehen eindeutig die exzessiven Sorgen um mehrere Lebensbereiche des Betroffenen im Vordergrund, die nicht als steuerbar erlebt werden. Drei von sechs typischen körperlichen Symptomen der GAS müssen zutreffen.

Das tägliche Leben ist in seiner Qualität deutlich durch Sorgen und Angst beeinträchtigt. Die GAS darf nicht diagnostiziert werden, wenn sie nur im Zusammenhang mit affektiven oder psychotischen oder schweren Entwicklungsstörungen auftritt, oder zurückzuführen ist auf die körperliche Wirkung von Substanzen oder medizinischen Krankheitsfaktoren.

Erforderliche Diagnosekriterien nach ICD-10 (F 41.1) sind allgemeine, beständige Ängste, die nicht auf offenkundige Situationen im Umfeld des Patienten beschränk sind. Mindestens vier von 22 Begleitsymptomen müssen über einen Zeitraum von sechs Monaten bestehen. Eine GAS kann diagnostiziert werden, wenn der Patient über unkontrollierbare Sorgen berichtet, die über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten an der Mehrzahl der Tage andauern. „Der gesund Besorgte“ (Becker und Margraf, 2002, S. 7) ist imstande, sich von seinen Sorgen zu distanzieren und kennt keine körperlichen Symptome, die ihn im Zusammenhang mit seinen Sorgengedanken beunruhigen.

3.2.3 Epidemiologie und Verlauf

Studien belegen, dass Frauen etwas häufiger an GAS erkranken als Männer. So berichten Blazer et al. (1991), dass Prävalenzraten im Mittel 6,8% bei Frauen und 5,6% bei Männern betragen. In der Studie von Wittchen et al. (1994) liegen die Raten der Einjahresprävalenz für Frauen bei 4,3% und für Männer bei 3,1%, für die Lebenszeit liegen sie bei 6,6% für Frauen und 5,1% für Männer.

5% aller Menschen erkranken in ihrem Leben an einer GAS, junge Menschen der heutigen Generation vermehrt im Vergleich zur vorherigen Generation.

Beginn der Störung ist im Allgemeinen im Alter von 20 Jahren, häufiger Mitte bis Ende 20 und Anfang des dritten Lebensjahrzehnts. Dies ist im Vergleich zu anderen Angststörungen, vor allem den Phobien, deutlich später. Ohne ein klar benennbares Ereignis schleicht sich die GAS

ein. Betroffene beschreiben sich als immer schon „etwas ängstlicher“ als andere oder als „sorgenvoller“ (Becker & Margraf, 2002, S.13).

Die Belastung der Störung wird oft unterschätzt. Patienten suchen spät (durchschnittlich zehn Jahre nach Ausbruch) und viel seltener als Patienten mit anderen Angststörungen therapeutische Unterstützung.

Becker und Margraf (2002) berichten, dass Patienten mit GAS doppelt so häufig Suizidversuche hinter sich haben als Panikpatienten. Alkohol- und Medikamentenabusus gehören eng zu diesem Erscheinungsbild. Massion, Warshaw und Keller (1993) zeigten in ihrer Untersuchung mit GAS Patienten außerdem, dass 25% der Betroffenen arbeitsunfähig waren.

Die GAS wurde lange als milde Angststörung verkannt. Zunehmend haben Studien nachgewiesen, dass sie Möglichkeiten des Lebensausdrucks deutlich einschränkt und die Lebensqualität massiv beeinträchtigt (Becker & Markgraf, 2002).

3.2.4 Differentialdiagnose

Die GAS ist vor allem von den Zwangsstörungen abzugrenzen. Zwangsgedanken beschäftigen sich inhaltlich mit Themen wie Kontrolle, Verunreinigung, Versündigung und Ansteckung. Auch sie werden sehr unangenehm und nicht kontrollierbar erlebt und sind ich-dyston und wenig variabel. Angstmindernd und die Zwangsgedanken vorübergehend vertreibend sind typische Zwangshandlungen wie z.B. das Händewaschen. Im Gegensatz dazu gibt es keinen eindeutigen Fokus und kein klar abgegrenztes Thema in der GAS.

Weder bei der GAS noch bei der Panikstörung steht eine bestimmte Situation oder ein entsprechendes Objekt im Fokus der Angst. Bei beiden Störungen bleibt das Vermeidungsverhalten oft unentdeckt, und trotzdem spielt es eine wichtige Rolle. Panik und GAS werden oft als Zustandsangst beschrieben. Kommt es wiederholt zu Panikanfällen verbunden mit „Sorgen“, die nicht um die Panikanfälle kreisen, können beide Diagnosen gestellt werden. In diesem Fall ist genau zu klären, welches die Sorgenthemen sind.

Das sorgende Gedankenkreisen und Grübeln des Depressiven ist im Allgemeinen auf Vergangenes gerichtet, der begleitende Affekt ist eher depressiv niedergeschlagen und weniger ängstlich. Um die Diagnose Depression und GAS zu stellen, fordern die diagnostischen Kriterien auf die Zukunft gerichtete heftige Ängste und Sorgen, wie oben beschrieben und nicht nur das Kreisen um und das Kleben am eigenen Versagen im Vergangenen.

Weiterhin dürfen nicht beide Störungen zeitgleich auftreten. Bei völliger zeitlicher Übereinstimmung darf nur die Diagnose Depression gestellt werden (Becker & Margraf, 2002).

Symptome wie bei einer GAS können auch durch Schilddrüsenüberfunktion oder Medikamente wie beispielsweise Antidepressiva, Antihistaminika, Anästhetika oder Herz-Kreislauf-Mittel ausgelöst werden. Nicht nur während der Einnahme können die beschriebenen Angstsymptome auftreten, auch durch den Entzug von Anxiolytika, Sedativa oder Hypnotika kann es zu extremen Angstzuständen kommen.

Drogen wie Kokain, Halluzinogene oder sogar Koffein lösen während der Einnahme Angstsymptome aus, Alkohol und Kokain während des Entzuges.

Die Diagnose GAS kann nur gestellt werden, wenn die Symptome deutlich anhalten und auch nach Einnahme oder Entzug der Substanzen fortbestehen (Becker & Margraf, 2002).

3.2.5 Komorbidität

Sanderson und Barlow (1990) wiesen in ihrer Studie nach, dass 91% der Patienten mit einer GAS eine zusätzlich Störung hatten, Brown et al. (1993) zeigten bei 85% der Patienten zusätzliche psychische Krankheiten. Die Komorbitität bei dieser psychischen Störung ist als sehr hoch einzuschätzen.

Häufigste nachgewiesene Zweitdiagnose sind spezifische Phobien (29-59%) und Sozialphobien (16-33%) (Becker & Margraf, 2002).

Seltener findet sich als zusätzliche Diagnose die Major Depression (14%), Dysthymie (6-33%) sowie Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabusus (Sanderson & Wetzler, 1991).

Judd, Kessler und Paulus (1998) weisen eine hohe Komorbidität zwischen GAS und Major Depression und Dysthymie nach. Ähnliche Ergebnisse brachte auch die Studie von Brawman-Mintzer et al. (1993), die in Abbildung 7 dargestellt sind.

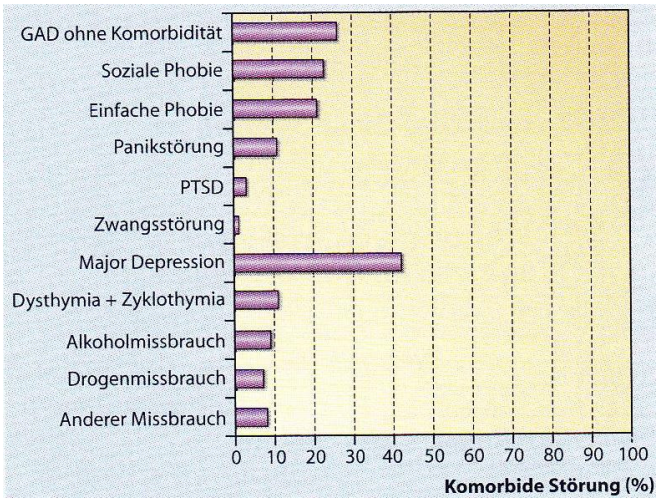


Abbildung 7: Komorbide Diagnosen bei GAS in Prozent (Quelle: Bandelow, 2006, S. 104)

Unterschiedliche Diagnoseschlüssel, verschiedene Messinstrumente oder eine Variabilität der Zeitfenster bei den Messungen könnten Gründe für die unterschiedlichen Ergebnisse in den Komorbiditätsstudien sein (Bandelow, 2006).

3.3 Agoraphobie und Panikstörung

Die Begriffe Panikstörung und Agoraphobie wurden 1980 zum ersten Mal im DSM-III eingeführt. Lange gab es eine verwirrende Vielzahl von Bezeichnungen für Angstzustände, die scheinbar unerklärbar waren. So stand die Bezeichnung „Angstneurose“ für Panik- und generalisierte Angststörung. Agoraphobie mit sozialen oder anderen spezifischen Phobien wurde unter dem Begriff „Herzphobie“ zusammengefasst. Aber auch Definitionen wie Herzneurose, Herzhypochondrie, Kardiovaskuläre Neurose, Angsthysterie waren Versuche, dem so vielfältig auftretenden Phänomen Angst einen Namen zu geben (Bandelow, 2006).

3.3.1 Beschreibung der Panikstörung

Die Hauptmerkmale der Panikstörung sind episodenhafte und zeitlich nicht begrenzte Panikattacken oder Angstanfälle. Typisch ist das plötzliche Erleben unangenehmer oder unerträglicher körperlicher Symptome wie Herzrasen, Schwindel, Druck und Engegefühl im Brustbereich, Schwitzen, Atemnot und Benommenheit. Verbunden mit den körperlichen Symptomen ist häufig die Angst zu sterben, die Angst verrückt zu werden oder die Kontrolle zu verlieren. Mit großer Streubreite beträgt die durchschnittliche Dauer einer Panikattacke 30 Minuten. Physiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass es während einer Panikattacke nur zu einem geringen tatsächlichen Herzfrequenzanstieg kommt. Das dramatische subjektive

Erleben und die bedrohliche, gefährliche Bewertung dieser körperlichen Symptome sind charakteristisch für Menschen mit einer Panikstörung (Wittchen & Hoyer, 2006).

3.3.2 Klassifikation der Panikstörung

Im ICD-10 werden zwei Schweregrade unterschieden. Unter Ziffer F 41.00 die mittelgradige Panikstörung mit wenigstens vier Anfällen in vier Wochen und mindestens vier der beschriebenen Symptome und unter Ziffer F 41.01 die schwere Panikstörung, die dann vorliegt, wenn der Patient über einen Zeitraum von vier Wochen pro Woche mindestens vier Panikanfälle erlebt (WHO, 1999).

Die Bezifferung im DSM-IV lautet: „Panikstörung ohne Agoraphobie“ (300.01), tritt sie zusammen mit der Agoraphobie auf, gilt die Ziffer 300.21 „Panikstörung mit Agoraphobie“ (APA, 2000).

3.3.3 Differenzialdiagnostik

Das Vorliegen organischer Krankheiten ist vor der Diagnose einer Panikstörung dringend auszuschließen. Patienten suchen lange die Ursachen ihrer Beschwerden auf somatischer Ebene und werden so bei vielen Ärzten vorstellig, ohne dass die richtige Diagnose gestellt wird. Unbehandelt verläuft die Panikstörung oft chronisch. Symptomfreie Zeiten wechseln mit mehrmonatigen Episoden häufiger Anfälle ab. Die Symptome verlieren sich im Alter zwischen 45 und 50 Jahren.

3.3.4 Beschreibung der Agoraphobie

Eine Agoraphobie ohne Panikattacken ist in klinischen Stichproben eher selten anzutreffen. In zwei von drei Fällen tritt die Panikstörung mit einer Agoraphobie zusammen auf. Bevor die Agoraphobie auch als eigenständige Angststörung im DSM und ICD-10 aufgenommen wurde, war sie mit sozialen und spezifischen Phobien unter dem Begriff „phobische Neurose“ (Bandelow, 2006, S. 24) zusammengefasst.

„Agora“ (Duden, 1982) ist die griechische Bezeichnung für große, offene oder weite Plätze. Unter Agoraphobie wird allerdings eine Vielzahl von Situationen und Orten zusammengefasst, die Patienten fürchten und vermeiden, weil sie Panikattacken befürchten.

Typischerweise treten in den meisten Fällen zuerst Panikattacken auf, die dann häufig starkes Vermeidungsverhalten nach sich ziehen. Situationen, in denen Panik befürchtet wird, werden rigoros umgangen, in selteneren Fällen immer wieder mit großer Angst durchlitten. Dazu gehören beispielsweise: Menschenansammlungen, öffentliche Orte wie Kaufhäuser, Kinos,

Restaurants, allein reisen und öffentliche Verkehrsmittel, Autofahren, Fahrstühle oder auch Höhen.

Es gibt kein typisches, verbindendes gemeinsames Merkmal für die aufgezählten Situationen. Die verbindende Vorstellung der Betroffenen ist, dass es im Falle intensiver Angst unmöglich wäre, Hilfe zu holen oder der Situation zu entkommen, ohne dass es mit großer Peinlichkeit verbunden wäre. Das Verlassen sicherer Orte, wie dem Zuhause ohne Begleitung, wird meist als sehr bedrohlich erlebt und verglichen mit dem Gefühl „in der Falle zu sitzen“.

3.3.5 Klassifikation der Agoraphobie

Im ICD-10 werden genau festgelegte agoraphobische Situationen beschrieben, die von Betroffenen mit anhaltender und deutlicher Furcht erlebt werden und deshalb, so weit es geht, gemieden. Nach Beginn der Störung müssen mindestens zwei der Angstsymptome gleichzeitig auftreten. Eines der Symptome muss Herzklopfen, Mundtrockenheit, grob- oder feinschlägiger Tremor oder Schweißausbruch sein. Weiterhin müssen sich die Symptome auf die gefürchteten Gedanken oder Situationen beschränken und vom Patienten als übertrieben erlebt werden. Die ICD-10 Diagnose lautet: „Agoraphobie ohne bzw. mit Panikstörung“ (F40.00 und F40.01). Auszuschließen sind organische psychische Störungen, affektive Störungen oder Zwangsstörungen, sowie Schizophrenien, Wahn und Halluzinationen, die ebenfalls durch Furcht oder Vermeidungsverhalten gekennzeichnet sind (WHO, 1999).

Im Gegensatz zum ICD-10 fordert das DSM-IV nicht das Kriterium einer deutlichen Lebenseinschränkung der Patienten durch ihre Angst. Es gibt kein festgelegtes Cluster gefürchteter Situationen. Die Angst bezieht sich auf Orte, die eine Flucht schwer machen oder mit großer Peinlichkeit verbunden sind (Schneider & Margraf, 1998).

Die Bezifferung im DSM-IV bei gleichzeitigem Auftreten der Störungsbilder lautet: „Panikstörung mit Agoraphobie“ (300.21), treten keine Symptome für Panik auf, lautet die Diagnose: „Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte“ (300.22) (APA, 2000).

„Der gravierendste Unterschied zwischen beiden Klassifikationssystemen ist die hierarchische Ordnung der beiden Störungsbilder Panikstörung und Agoraphobie untereinander“ (Schneider & Margraf, 1998, S. 10).

Bandelow (2006, S. 24) bezeichnet die Einteilung nach ICD-10 als „etwas unglücklich“, da Panikattacken erfahrungsgemäß immer zuerst auftreten und sich die Agoraphobie, als Angst vor den Situationen in denen eine Panik auftreten kann, dann erst in Folge entwickelt.

3.3.6 Epidemiologie und Verlauf

Die Epidemiologie der Panikstörung und der Agoraphobie ist ausführlich untersucht. Der Beginn der Störung ist sehr breit gestreut. Der erste Panikanfall kann bereits in der frühen Kindheit aber auch erst im späteren Erwachsenenalter auftreten. Im Mittel liegt der Beginn der Störung im frühen Erwachsenenalter, wie Tabelle 3 zu entnehmen ist.

Tabelle 3: Epidemiologische Daten zur Panikstörung und Agoraphobie

	Panikstörung	Agoraphobie
Lebenszeitprävalenz	2,4 %	5,7 %
7-Jahres-Inzidenz	1,2 %	1,3 %
Beginn der Störung (MW)	24 Jahre	28 Jahre
Geschlechterverteilung (w:m)	2:1	3:1

(Quelle: Schneider & Margraf, 1998, S. 10)

Der Verlauf dieser Störung gilt als eher ungünstig. Wittchen (1991) zeigt in seiner Studie, dass nur 14,3% aller Probanden nach sieben Jahren durch Spontanremission eine Besserung erfuhren. Wittchen und Hoyer (2006, S. 767) merken an: „Der geringe Unterschied zwischen der 12-Monats-Querschnittsprävalenz und der Lebenszeitprävalenz deutet darauf hin, dass es sich bei der Panikstörung um eine zumeist chronisch verlaufende Störung handelt. Frauen haben ein 2fach erhöhtes Risiko gegenüber Männern“.

Alkohol- und Medikamentenmissbrauch und affektive Störungen sind nicht selten Folge einer Agoraphobie. Psychosoziale Einschränkungen sowie häufiges und wechselndes Aufsuchen ärztlicher Spezialisten ist die Regel. Schwerwiegende Lebensereignisse wie Tod oder schwere Erkrankungen nahestehender Menschen, Erkrankungen des Patienten selbst, aber auch Schwangerschaften oder Geburt stehen oft als Erlebnis vor Ausbruch der Störung (Schneider & Margraf, 1998).

„Neben Geschlecht, Lebensalter und Lebensereignissen ist der Familienstand als Risikofaktor belegt (häufiger nach Verlusten durch Trennung, Scheidung, Tod)“ (Schneider & Margraf, 1998, S. 11).

3.3.7 Differentialdiagnostik

Panikattacken werden auch im Rahmen von Zwangssyndromen und posttraumatischer Belastungsreaktion, Sozialphobien und spezifischen Phobien beobachtet. Als deutliche

Abgrenzung der Agoraphobie und Panikstörung zu anderen Angststörungen beschreiben Schneider und Margraf (1998, S. 11) „ … die zentrale Befürchtung während eines Anfalls“.

So fürchten Patienten mit Agoraphobie und Panikstörung eine körperliche oder geistige Katastrophe im Gegensatz zum Sozialphobiker. Inhalt seiner Angst ist hauptsächlich die Bewertung durch andere und damit verbundene Peinlichkeit und Blamage. Angstinhalt der spezifischen Phobien sind bestimmte Objekte oder Situationen, wie kleine Räume, Fahrstühle, Fliegen, Tiere, Donner und die damit verbundenen Aspekte (z.B. der Fahrstuhl bleibt stecken oder das Flugzeug stürzt ab). Im Vordergrund der Agoraphobie steht die Angst vor willkürlichen, spontanen Panikanfällen und deren Folgen (Wittchen & Hoyer, 2006).

Auch bei Zwangstörungen können Panikanfälle ausgelöst werden. Hintergrund ist hierbei eher die Konfrontation z.B. mit Schmutz oder der Vorstellung sich zu beschmutzen. Angst und Panik bei der posttraumatischen Belastungsstörung wird durch einen Reiz ausgelöst, der an das Trauma erinnert. Auch Menschen mit schweren Depressionen haben einen eingeschränkten Lebensrahmen. Allerdings steht im Gegensatz zur Agoraphobie nicht das Erleben intensiver Angst in bestimmten Situationen im Fordergrund, sondern das intensive Gefühl der Überforderung und der Energie- oder Hoffnungslosigkeit (Wittchen & Hoyer, 2006).

3.3.8 Komorbidität

Komorbidität der Panik und Agoraphobie mit affektiven Störungen, Medikamenten- und Alkoholabusus, sowie anderen Angststörungen ist die Regel. Bei unbehandelter Panikstörung zeigten 71,4% eine affektive Störung, 28,6% Medikamenten- und 50% Alkoholabusus. Alkohol- und Medikamentenmissbrauch können als erfolgloser Versuch einer Selbstbehandlung interpretiert werden (Schneider & Margraf, 1998).

Wittchen (1991) fand nur bei 14,2% der Panikpatienten keine Komorbidität.

4 Existenzanalyse der Angst

Angst ist im Verständnis der Existenzanalyse nicht nur ein Problem oder Phänomen, dessen es sich zu entledigen gilt. Die Angst ist ebenso Informationsträger. Längle (1996, S. 12) nennt sie die „via regia in die Tiefe des Daseins“. Es ist damit der Hinweischarakter auf die haltgebenden Wertbezüge gemeint, die freigelegt werden können, wenn die Angst verstanden wird. Diese Tiefe des Daseins ist von Jaspers (1974) beschrieben, wenn er dem Menschen ohne Angst nur Oberflächlichkeit unterstellt. Neben den haltgebenden Werten, die in der Angst geborgen sein können, ist auf der anderen Seite das Thema der Begrenzung (beispielsweise der Lebenszeit) mit dem Thema Angst verbunden. Kierkegaard bringt die Begriffe Angst und Freiheit zusammen. Im existenzanalytischen Verständnis der Angst geht es auch um das Akzeptieren der Begrenzung oder auch das Nicht-Vorhandensein. „So sehen wir den tiefen Sinn der Angst einerseits darin, all das zu finden, was dem Menschen Halt geben kann […], andererseits aber darin zu lernen, alles das wieder lassen zu können“ (Längle, 1996, S. 12).

In der therapeutischen Begleitung wird das Bergen dieser Tiefenschicht nicht am Beginn der Behandlung stehen, so wie es auch im Praxisteil beschrieben wird.

Phänomenologisch werden zwei Grundformen der Angst unterschieden. Die Grundangst und die Erwartungsangst. Beide Angstzustände werden umschrieben als generalisierte Erregungszustände, in denen eine Bedrohung oder Gefahr erlebt wird. Körper und Seele reagieren mit Anspannung, auf die mit den psychischen Copingreaktionen geantwortet wird (Längle, 2004).

4.1 Grundangst

„Bedenke ich die kurze Spanne meines Lebens, verschlungen von der Ewigkeit vorher und nachher, bedenke ich den winzigen Raum, den ich einnehme und den ich erfassen kann - ausgelöscht von der Unendlichkeit der Räume, von denen ich nichts weiß und die von mir nichts wissen -, dann schaudre ich und staune, daß ich hier und nicht dort, jetzt und nicht dann bin. Wer hat mich hierher gestellt, wer mir diesen Ort und diese Stunde bestimmt“ (Blaise Pascale zitiert nach Schelling, 1988, S. 69).

Die Existenzphilosophie hat der Angst ihre Furchtbarkeit genommen und ihre Fruchtbarkeit heraus gearbeitet, indem sie die Angst zur Urbefindlichkeit des menschlichen Daseins erklärt hat. Es gehört zum Wesen des Menschen und seiner Verfassung oder seinem Befinden, Angst zu haben. Angst ist ein Existenzial, stellt eine conditio humana dar, so Frankl (1982).

Pascal schreibt von der Zufälligkeit und somit auch Unsicherheit des Lebens. Der Mensch steht immer im Spannungsfeld von Bedrohung und Geborgenheit, Verunsicherung und Gewissheit. Die Unheimlichkeit (vgl. Heidegger, 1967) des Lebens wird spürbar durch die alltägliche Erfahrung des: nichts ist sicher, nichts ist selbstverständlich.

Diese Erschütterung des Halts im Leben, dessen was trägt und Zuverlässigkeit und Schutz bietet, erzeugt das Gefühl von Grundangst. Dieses Gefühl bedroht das Leben. Es entsteht, wenn alles verloren geht, was das Leben zu sichern schien: Geld, Ansehen, Begabung, Gesundheit, die tragende Welt sich in ihrer Zerbrechlichkeit auftut und der Boden unter den Füssen entzogen wird (Längle, 2003).

Eine Grundbedingung des Lebens ist, dass es keine letzten Sicherheiten gibt. Grundangst entsteht nun genau in diesem Grenzbereich zwischen Verlässlichkeit, Halt und Einbrüchen und Erschütterungen dieser Verlässlichkeit. Die Grenzen der Verlässlichkeit, wenn vertraute Beziehungen in die Brüche gehen, der Arbeitsplatz unsicher wird, Hochwasser oder Trockenheit die Ernten vernichten, Heimat verloren geht, Krankheit lähmt, zerbrechen. Auch im existenzanalytischen Verständnis gehört die Grundangst zum menschlichen Sein. Welche Bedeutung geben wir den Erfahrungen von Unvorhersehbarkeit und Endlichkeit des Lebens. Wie gehen wir mit dem Leben um, wie nutzen wir unsere Gestaltungsmöglichkeiten zum eigensten Selbstsein? Antworten wir auf die Fragen der Angst oder fliehen wir?

„Unter besonderen Belastungen kann diese Grundangst aufgerührt werden und lebensbehindernd, lähmend, erschreckend oder panikartig Denken, Handeln und Fühlen breitflächig beeinträchtigen. Oder sie kann in Form eines Lecks in der Welt sich auf ein konkretes Wovor verdichten, durch dessen Lücke die Grundangst als Furcht (Phobie) ins Dasein bricht“ (Längle, 1996, S. 6).

Kast (1996) schreibt von der Grundängstlichkeit als Eigenschaft, die in unterschiedlich hohem Maße ausgeprägt ist und führt es z.B. zurück auf das Verankertsein in der eigenen Identität, dem Erleben von Sicherheit in sich selbst.

Haltgebende Grunderfahrungen sind wichtig als Grundbedingung für erfülltes Sein. Diese Erfahrungen bilden den Boden, welcher die Seele als tragend internalisieren kann, der den Kern eines tragenden Selbst, auf das man sich verlassen kann, wachsen lässt. Ausgestattet mit diesem Grundvertrauen wird es möglich, dem Leben mit seiner Restunsicherheit zupackend und selbstgestaltend zu begegnen. Sich durch das Leben durch zu zittern ist das andere Extrem, ist die tiefe Verunsicherung des Vertrauens in den Lebensgrund.

Mit der Grundangst ist vor allem die generalisierte Angststörung in ihrer Phänomenologie assoziiert.

4.2 Erwartungsangst

Liegt die Ursache der Grundangst in der Verunsicherung des Festgefügten und des Halts den die Welt bietet, so ist die Erwartungsangst eine (ängstliche) Einstellung oder Haltung der Angst gegenüber. Sie ist gekennzeichnet durch den Verlust des inneren Halts angesichts eines Angstauslösers (Längle, 1996).

„Das Wesen dieser Angst liegt in der lauernden Erwartung, weshalb man sie als Erwartungsangst bezeichnen kann“ (Frankl, 1983, S. 99).

Beschämende oder peinliche Erfahrungen, Situationen, denen ich hilflos ausgeliefert bin, sind Angriffe auf mein eigenstes Sein und lassen mich die Welt in ihrer Abgründigkeit erleben. Diese Verunsicherungen führen zum Verlust des Halts in mir selbst. Ich fühle mich der Situation nicht gewachsen, halte es nicht aus und habe Angst, unterzugehen. Aus dieser Angst entsteht die angstabwehrende Haltung. Die Bereitschaft, sich lebensmutig mit der Welt auseinanderzusetzen, wird eingeschränkt, verschreckt, erschüttert. „An ihre Stelle tritt eine Schutz-Haltung, die den Weltbezug und Selbstbezug thematisch (phobisch) einschränkt“ (Längle, 1996, S. 7).

Der Verlust oder die Einschränkung des Lebensmutes wird ausgeglichen durch eine innere Schutzhaltung der Angst gegenüber. So soll ein erneutes Angsterleben verhindert und Sicherheit geschaffen werden. Die Sicherheit wird meistens als äußerer Halt gesucht. Es werden z.B. starre Rituale oder die Nähe zu einem bestimmten Menschen als Sicherheiten genutzt, um die latent vorhandene Angst zu beruhigen. So wird die Angst in überschaubaren Grenzen gehalten, aber immer doch erhalten und eine mächtige Erwartungsschleife an die (vermeintlichen) Sicherheiten ist aktiviert. Zu dieser Grundform der Angst gehören typischerweise die Phobien.

4.3 Spezifische Ängste der Grundmotivationen

Grundmotivation ist ein von Alfried Längle 1993 in die Existenzanalyse eingeführter Begriff zur Bezeichnung der tiefsten Motivationsstruktur der Person in ihrem wesensmäßigen Streben nach Existenz. Die vier Grundmotivationen greifen die Grundfragen auf, vor die der Mensch in seiner Existenz gestellt ist und die als Grundbedingungen ganzheitlichen Existierens als existenzielles Erleben erfahrbar werden. Gleichzeitig zeigen sie die Bewältigungsbereiche an, in denen der Mensch seine Existenz zu gestalten hat (Längle, 2000b). Jede Grundmotivation

beschreibt Themen, aus deren Bewältigung heraus spezielle Anforderungen entstehen. Vor diese Anforderungen gestellt, entwickeln sich für die Grundmotivationen typische Ängste. Da die Grundmotivationen „persönlichkeitsstrukturierend“ (Längle, 2000b, S. 22) zu verstehen sind, werden sich Menschen auch entsprechend unterschiedlich einordnen lassen. Die aus der Gestaltungsanforderung oder der Unerfülltheit entstehenden Ängste der verschiedenen Motivationen können somit auch zum besseren Verstehen der Mitmenschen oder Patienten beitragen. Die vier Themen der Grundmotivationen lauten:

- Halt, Raum und Schutz suchen, um in der Welt sein zu können. Diese erste Grundmotivation ist die Grundbedingung für die Entwicklung von Grundvertrauen oder Urvertrauen ins Dasein. Die Verletzung dieses Vertrauens führt zu Entwicklungen der Grundangst.
- Nähe, Zeit, Beziehung, um leben zu mögen.
- Abgrenzung, Individualität, Wertschätzung, um selbst sein zu dürfen.
- Tätigwerden in Hingabe an Produktivität, Erleben und Erhaltung von Werten, weil der Mensch Sinnvolles will.

Die Grundmotivationen zwei bis vier bilden den Hintergrund für die Entstehung von Erwartungsangst. Im Gegensatz zur Grundangst ist in diesen Dimensionen das Haltgebende bereits enthalten.

4.3.1 Die erste Grundmotivation

Die erste Grundmotivation setzt sich auseinander mit der Erfahrung des Menschen: Ich bin in der Welt, aber kann ich leben? Kann ich mich verlassen auf die Welt? Bietet sie mir Halt, Schutz und Raum?

Wird es dem Menschen möglich, Geborgenheit im Sein zu spüren, Orte der Sicherheit und Ruhe zu erleben, kann sich Vertrauen in den Lebensgrund entwickeln? Erikson (1957) spricht erst von Urvertrauen, später dann von Grundvertrauen. Frankl (1982) benutzt die Worte Grundvertrauen oder Urvertrauen ins Dasein. Dieses tiefe Gefühl von Halt spiegelt sich in der Selbstverständlichkeit des Daseins, der Gelassenheit und Ruhe, nicht aus der Welt zu fallen. Man könnte dieses Grundgefühl umschreiben mit Sätzen wie: Die Welt und das Leben beginnt mit mir, ich bin mir gegeben von Anfang an.

Konnte der Mensch diese tragende Erfahrung von Angenommensein machen, dann wird es ihm möglich sein, das Leben und die Welt mit ihren Licht- und Schattenseiten auszuhalten und den daraus entstehenden Anforderungen standzuhalten.

Raum für eigene Ideen, Gedanken, Bedürfnisse, Sorgen, Empfindungen zu beanspruchen, muss nicht ängstlich angemeldet werden, sondern kann in Selbstverständlichkeit ausprobiert werden.

Wenn es gelingt, das eigene Dasein anzunehmen, weil ich in Geborgenheit und Zuverlässigkeit in der Welt aufgenommen bin, dann ist der Grund gelegt, von dem aus ich hinaustreten kann in die Existenz. Das bedeutet es, den Seinsgrund zu empfinden.

„Wird dieses tiefe, letzte Vertrauen in den Halt des Seins, worin alles zusammengehalten ist, erschüttert, kommt es zur Entwicklung einer intensiven Grundangst und zu einem Misstrauen in die Festigkeit aller erleb- und erfahrbaren Strukturen“ (Längle, 1996, S. 8).

In der Regel wird die tiefe Erschütterung des Grundvertrauens psychotisch erlebt. Bei weniger starken Ausprägungsformen können alle Abstufungsgrade von Verunsicherung entstehen, die dann auch die Grundlage neurotischer Entwicklungen darstellen.

Auf der ersten Grundbedingung (Seinsgrund) bauen sich alle weiteren Grundbedingungen zur Existenz auf. Die Grundangst kann beschrieben werden als Seins-Hinderung, während die Erwartungsängste der drei weiteren Grundmotivationen sich im Wesen eher als Werdens-Hinderung zeigen.

4.3.2 Die zweite Grundmotivation

Nur das sichere Dach über dem Kopf macht unser Dasein noch lange nicht warm und bunt. Ich lebe, aber ist es auch gut, dass ich lebe? Mag ich gern leben? Das sind Fragen zur Dimension der zweiten Grundmotivation (GM). Eine innere Beziehung zum Leben zu knüpfen, sich vom Wert des Lebens berühren und durchfluten zu lassen, ist die Aufgabe.

„Es ist gut, dass es dich gibt!“ Solch tiefes Gewollt- und Angenommensein durch seine Eltern erleben zu können, wird ein Leben lang wärmen. „Diese Wertschätzung durch andere ist ein Funke, an dem sich die eigene Wertschätzung des Lebens entzünden kann“ (Längle, 1993b, S. 17).

Das Wissen und Empfinden des eigenen Wertseins kann man mit einem starken Samenkorn vergleichen, das sich zu einer kräftigen Pflanze entwickelt (Waibel, 1998). Nun wird die eigene Wertschätzung nicht ein für allemal nur von anderen gespeist, sondern es wird und bleibt ein

immerwährender Lebensauftrag des Menschen, das Leben so zu leben und zu gestalten, dass es als etwas Wertvolles empfunden wird.

Lebenskraft kann fließen und Lebendigsein wird spürbar durch die Summe der Erfahrungen an Beziehungen, Zeit und Nähe zu dem, was ist. Daraus entwickelt sich ein Grundgefühl für den Wert des Lebens (Grundwert), welches alle anderen Werte und Gefühle mitberührt und einfärbt.

Ängste entstehen in diesem Zusammenhang als Angst vor Abwendung (z.B. Beziehungsverlust, Liebesentzug) oder als Angst davor, nicht gemocht oder geliebt zu werden. Da auch das Werterleben an sich Thema dieser Strebung ist, entsteht Angst auch aus einer möglichen Gefühllosigkeit allem Kostbaren gegenüber. Eine solche Gefühllosigkeit würde bedeuten, dass das Leben nicht mehr im Gefühl ankommt und somit nicht wirklich erlebt wird.

4.3.3 Die dritte Grundmotivation

Sind die ersten beiden personal-existentiellen Grundfragen des Daseins beantwortet, steht die Antwort auf die dritte wichtige Frage aus: Ist es recht so, wie ich bin? Kann ich zu mir und meinen Handlungen Ja sagen? Bin ich wirklich ich, so wie ich bin? Es geht um die Abgrenzung des Eigenen von anderen.

„Es geht in dieser dritten Motivationsebene um die Anerkennung der ganz spezifischen Art und Weise des Erlebens, Denkens, Fühlens und Handelns. Wir sehnen uns zutiefst nach dieser Achtung der Person“ (Längle, 1999).

Der Mensch will seine Eigenarten entfalten und unverwechselbar, einmalig und einzigartig sein. Es gehört zum Wesen des Menschen nach Anerkennung, Rechtfertigung und Achtung vor anderen zu streben, aber auch vor sich selber in dem von ihm ganz persönlich gestalteten Leben. Personsein bedeutet immer auch Abgrenzung des Eigenen zum anderen, Unverwechselbarkeit und Unaustauschbarkeit. Darf der Mensch er selber sein mit dem was er ist, tut und was er geworden ist? Kann es möglich werden das Eigene abzugrenzen vom Fremden, ohne das eigene Selbstsein aufzugeben und in Achtung und Toleranz für die Eigenart und Würde des anderen?

Um der dritten Motivation für sich selber auf die Spur zu kommen, kann folgenden Fragen nachgegangen werden:

Kann ich mich erst achten, wenn ich besondere Leistungen vorweise, Besonderes schaffe?

Bin ich zufrieden mit dem was ich bin und kann?

Kann ich fühlen, dass ich so sein darf wie ich bin?

Kann ich mich auch mit meinen Schwächen annehmen?

Kann ich mich abgrenzen von anderen, oder fühle ich mich dann einsam und würde mich lieber anpassen?

Wenn die eigene Position beliebig wird, weil kein klares Zu-Sich-Selber-Stellen möglich ist, entsteht eine fehlende Verbindlichkeit (zu mir selbst). Diese macht ein „Zuviel an Freiheit“ (Längle, 1996, S. 9) und damit Angst vor der Haltlosigkeit, die sich aus dem Fehlen der „selbstidentifikatorischen Verbindlichkeit“ (Längle, 1996, S. 9) ableitet. Ohne die Eigenheit in eine Abgrenzung nehmen zu können, kann ich mich nicht als Gegenüber positionieren, was die Angst vor der Beziehungslosigkeit auslösen kann. Auf der anderen Seite könnte das Eigene eine zu feste Definition bekommen und daraus zu wenig Freiraum für das Eigensein entstehen. Die Angst entsteht dann aus der Enge des verhinderten Selbst-Seins.

4.3.4 Die vierte Grundmotivation

Die vierte Ebene betrifft die Hingabe an Wert- und Sinnvolles. Wenn man da sein kann, das Leben mag und sich selbst darin wiederfindet, gilt es, das zu erkennen, worum es im Leben gehen soll. Für wen oder was will ich meine Zeit einsetzen? Der Mensch steht hier vor der Sinnfrage der Existenz: Ich bin da – wofür ist das gut? (Längle & Holzhey-Kunz, 2008)

Die Angst, die aus dieser Dimension entsteht, ist dass das Leben einmal „alles für nichts“ (Längle, 1996, S. 9) gewesen sein könnte, oder dass mein Leben sinnlos ist. Frankl (1982, S. 18) beschreibt dies als Angst vor der Leere und Nichtigkeit der Existenz und nennt es „existenzielles Vakuum“.

4.4 Existenzanalytische Methoden der Angsttherapie

In der Therapie verlangen Grundangst und Erwartungsangst unterschiedliche Begleitungsansätze. Zeigt sich die Grundangst als Erschütterung von Festgefügtem, von haltgebenden Strukturen und haltgebender Verlässlichkeit, so fordert diese Angstform auf therapeutischer Ebene zuerst einmal Anwesenheit und Halt. Längle (1996) spricht von ontologischer Arbeit am Seinsgrund. Droht der Boden durch vernichtende Ängste zu schwinden, werden im therapeutischen Prozess neue Erfahrungen haltgebender Bedingungen zugänglich und erlebbar gemacht. Wichtig ist, die Angst des Patienten gemeinsam zu tragen und auszuhalten und nicht vorschnell mit Therapien und Techniken zu übergehen. Struktur und Regelmäßigkeit im therapeutischen Vorgehen fördert und ermöglicht den vertrauensvollen Blick auf die Welt und ihre Bedingungen. Es ist der Blick auf das Faktische und

Reale auf der einen Seite und auf das, was passieren könnte, was Angst auslöst, auf der anderen Seite. Konkretheit entängstigt, so Längle (1996). Beunruhigende körperliche Angstsymptome werden dem Patienten erklärt und verlieren so als normale Körperreaktion an Mächtigkeit. Eventuell ist eine begleitende Medikation nötig.

Die therapeutische Haltung im Umgang mit der Erwartungsangst dagegen ist konfrontativ. Da die Erwartungsangst die Vorwegnahme einer *potentiellen* und nicht *tatsächlichen* Brüchigkeit des Daseins darstellt, braucht es eine Veränderung in der abwehrenden Haltung gegenüber der Angst. In der Konfrontation kann die Distanz zur Realität durch das Erschüttern des Klammerns an die Befürchtung verkleinert werden. Spekulationen, Befürchtungen und Eventualitäten können weichen und für Konkretes, Anfassbares und Echtes Platz machen. Im Wesentlichen wird an der Einstellung zur Angst gearbeitet. Insbesondere die paradoxe Intention (Frankl, 1983) und das Tor des Todes (Längle, 1996) sind Methoden, mit denen die Erwartungsschleife dieser Angst unterbrochen werden kann.

Neben diesen therapeutischen Grundhaltungen werden im Rahmen einer Angsttherapie weitere existenzanalytische Methoden je nach Indikation angewendet, die im Folgenden skizziert werden.

4.4.1 Dereflexion

Mit Hilfe dieser Methode wird es möglich, die ängstlich fixierte Aufmerksamkeit von den bedrohenden lähmenden Angstgefühlen abzuwenden hin zu weniger ängstigenden Möglichkeiten, das Leben zu gestalten. Autonome Prozesse wie z.B. das Einschlafen sind durch die selbstschädigende überhöhte Selbstbeobachtung blockiert. Durch „Anheben der personalen Sinnfülle in der Existenz“ (Längle, 1996, S. 11) gelingt es, in subjektiver Gelassenheit wieder in eine neue Weltoffenheit zu treten. Dereflexion soll nicht einfach die Ablenkung oder Negierung von Problemen bedeuten. Das bewusste sich Abwenden von Angstgefühlen hin zu Sinn und Werten in der jeweiligen Situation, beruht auf der Fähigkeit des Menschen zu Selbst-Distanz und Selbst-Transzendenz. Bei aller Technik darf der Wert der Angst nicht vernachlässigt werden. Bei Anwendung dieser Methode besteht die Gefahr, das Vermeidungsverhalten des Patienten zu stärken, weil durch die bewusste Abwendung von den Angstgefühlen deren erlebte reale Bedrohung unterschätzt werden kann. Ebenso fördert diese Methode nicht die Einsicht in die Themen, die in der Angst zum Ausdruck kommen oder auf die die Angst verweisen will.

4.4.2 Personale Positionsfindung (PP)

Diese Methode gehört zu den primär stützenden Verfahren und ist im klinischen Bereich nicht nur bei Ängstlichkeit, sondern auch bei Selbstunsicherheit, Depressivität, Mutlosigkeit und Hyperreflexion indiziert. Die PP besteht aus einer Abfolge von drei Schritten:

Schritt1: PP1 – Position nach Außen

In einem ersten Schritt geht es um die Prüfung der Realität, um das Infragestellen von Generalisierungen, Einschätzungen und Annahmen. Gelingen soll die Trennung zwischen erlebter Wirklichkeit und interpretierter Wirklichkeit. Also muss der Fokus vom Subjekt und seiner Wahrnehmung weg auf die *reine* Sachlage, Tatsachen gelenkt werden. Das was scheinbar nur so und nicht anders sein oder verstanden werden kann, gilt es noch einmal neu anzufragen und in offenerer Wahrnehmung und Zuwendung der belastenden Situation zu begegnen. Mögliche Fragen zu PP1 könnten sein: *Stimmt es so? – Woran kann ich es erkennen? – Was kann wirklich passieren?* Durch das Feststellen der Realität wird Abgrenzung möglich, das Abrücken von ängstlichen oder depressiven Fixierungen.

Schritt2: PP2 – Position nach Innen

Dieser Schritt erarbeitet die Stellungnahme zu eigenen Zielen, Ansprüchen, Einschätzungen und Wertvorstellungen. Ich stehe nun mir selbst, nicht wie im ersten Schritt der Welt gegenüber. In der jeweils konkreten Situation wird der Blick auf die mir hier und jetzt verfügbaren Ressourcen gerichtet. Habe ich die Kraft *dies jetzt einmal* emotional durchzustehen und auszuhalten? Die Einschätzung der eigenen Kräfte und sich darauf einzustellen sowie die Selbstdistanzierung von eigenen Erwartungen, ermöglicht die innere Freigabe.

Schritt3: PP3 – Position zum Positiven

Im dritten und letzten Schritt ist es das Ziel, die personale Intentionalität zu stärken. In den ersten beiden Schritten wurde versucht, äußere und innere Störeinflüsse aufzudecken und zu verstehen. Nun kann sich die Person zur wirklich eigenen Motivation stellen, das für sie Wertvolle in der konkreten Situation verwirklichen (abgewandt von ängstigenden Gedanken). Mögliche Fragen zu PP3 könnten sein: *Um was geht es mir in dieser Situation eigentlich? – Was ist es, was ich wirklich will? – Was ist für mich wichtig?*

„Die PP ist eine schrittweise Heranführung zu einer phänomenologischen Haltung in Situationen, wo die Offenheit durch Ängste, depressive Gefühle, Selbstzweifel, Oberflächlichkeit usw. verstellt ist“ (Fischer-Danziger & Janout, 2000, S. 46).

Bei der Methode der PP kann die Gefahr bestehen, dass der Patient sich zwar schnell entlastet fühlt, die Ängste aber in ihrer Tiefe nicht verstanden oder bearbeitet wurden.

4.4.3 Paradoxe Intention (PI)

Im Rahmen der Existenzanalyse und Logotherapie entwickelte Frankl schon 1929 die wohl bekannteste Methode zur Angsttherapie, die Paradoxe Intention (Frankl, 1959). Auf humorvoll spielerische Weise soll sich gerade das gewünscht werden, was doch so befürchtet wird. Entstehen soll „eine befreiende Selbst-Distanzierung zum Angsterleben“ (Längle, 1996, S. 11). Diese Methode erfordert den Mut, sich fast mit Frechheit gegen seine Angst zu stellen, neu Stellung zu beziehen. Hinter der Angst steht immer wieder die Erfahrung, die Bedingungen der Existenz nicht annehmen zu *wollen* und mit *diesem Wollen* allein doch nichts bewirken oder gar die Angst vertreiben oder besiegen zu können. An dieser Stelle setzt der Wirkmechanismus der PI an, nämlich an der *Ohnmacht des Wollens*. Gelingt es nicht, die Welt und das Leben mit seinen Eigengesetzlichkeiten anzunehmen, führt dies zu einer Lähmung des Personseins. Die Grundlage des Sein-Könnens wird entzogen durch das *Nicht-Wollen* der Realität, der Bedingungen des Lebens.

Die PI versucht Menschen mit Erwartungsängsten, denen Phobien zu Grunde liegen, zu einer neuen inneren Einstellung gegenüber ihrer Angst zu führen. Es geht darum, das Lassen-Können zu lernen. Existentielle Basis ist die Welt, die Realität in die wir geboren und gestellt sind. Das Leben muss angesichts der widerständigen Wirklichkeit gestaltet werden. Die Wirklichkeit des Lebens zeigt sich als starkes Gegenüber mit eigener Gesetzlichkeit, die sich eher selten dem menschlichen Willen beugt. Ist die Allmacht des Willens entzaubert, führt dies in eine existentielle Haltung, in die offene Begegnung mit der Welt. Existieren bedeutet ein ständiges Wechseln zwischen sich Hingeben an die Welt und wieder Zurückziehen, tun und sich ereignen lassen, da sein und weggehen. Leben in Gelassenheit ist immer auch ein Schwingen zwischen Tod und Leben. Kann es aber gelingen, das Leben in seiner Begrenztheit anzunehmen, führt dies zum Urvertrauen ins Dasein. Die PI macht sich die Erkenntnis zu Nutze, dass der menschliche Wille in seiner Wirkung begrenzt ist. Mit meinem Willen allein kann ich das Kollabieren nicht verhindern und die Angst davor nicht verscheuchen.

Vertrauen ins Leben kann durch das Erleben wachsen, dass auch dann das Befürchtete nicht eintritt, wenn ich es paradoxerweise nun doch *will*. Diese Erfahrung gibt Halt.

Durch die distanzierende Haltung der Angst gegenüber entsteht neuer Raum für die Person, ihr Wollen und Entscheiden. Das Erfahren von Schutz wird möglich durch das aktive eigene Eintreten gegen die Angst.

4.4.4 Tor des Todes

„Der Angst zu Grunde zu gehen“ ist eine spezifische existenzanalytische konfrontative Angstmethode, die von Längle (1996 & 1999) entwickelt wurde. Diese Übung besteht aus folgenden sechs Schritten:

1. Beschreibung der Angst

Welche Ängste treten auf, in welchen Situationen, wann und wie oft?

Was sind die besonderen Umstände? Welche begleitenden Gedanken, Erinnerungen, Erklärungen kenne ich dazu?

Wie begegne ich der Angst typischerweise?

2. Erleben der Angstsituation

Die Möglichkeit geben, dass ängstigende Gefühl und den Prozess, den es auslöst, genau zu beschreiben. Die körperlichen Begleiterscheinungen wie z.B. Herzrasen, Ohnmachtsgefühle, Zittern oder Übelkeit sind zusätzlich beängstigend.

3. Phänomenologie der Angst

Kontinuierliche Vertiefung und Konfrontation mit der Realität der Angst dient dazu, den Boden der Angst zu finden und vom Möglichen zum Konkreten zu kommen. Es geht um das Heraustreten aus der Fixierung des Vermeidungsgedankens:

Wovor habe ich eigentlich Angst?

Wenn das eintritt, was sind meine konkreten Befürchtungen, was würde passieren?

Das schrittweise Annehmen und Aushalten der Angst, ohne Fluchtmöglichkeiten, ist die Übung im Haltfinden. Eventuell notwendige Erweiterung therapeutischer Intervention wäre das Hinschauen zu typischen Ängsten oder auch Ängsten der Kindheit.

4. Größte Angst

Hier verdichtet und radikalisiert sich die Angst. Dem Schrecken ins Auge sehen:

Was ist die Spitze der Angst?

Was ist die schlimmste aller Möglichkeiten, die mir passieren könnte?

5. Tor des Todes

Den Schrecken aus der Überhöhung in die Realität holen, vom Draußen ins Drinnen, aus der Fremde ins Eigene. Das, was ich befürchte, kann das wirklich passieren?

Welche Folgen hätte das für mich?

Was kann ich dann tun?

Das Erleben und Ertragen des Gefühls des ENDES ist an dieser Stelle immens wichtig!

6. Der Boden des Abgrunds

Am Boden der Angst:

Zerbricht die Beziehung zu wichtigen Menschen in meinem Leben (2. GM)?

Geht das Bild von mir selbst verloren, (3. GM)?

Hat mein Leben keinen Sinn mehr (4. GM)?

Die Vorstellung von der Realität ist bedrohlicher als die Realität selbst. Daher ist es nötig, so genau wie möglich hinzuschauen, um das letzte Motiv der Angst zu finden. So kann die lähmende Wirkung der Angst weichen. Trauer und Schmerz haben hier einen heilsamen Platz, aber das Leben bekommt einen neuen Spielraum. Kann ich mir vorstellen den Schrecken zu überleben? Was hält mich dann immer noch? Was kann ich dann noch tun? Letztendlich wird hier die Angst vor dem Tod sichtbar oder die Angst, nicht wirklich zu leben.

Auf dem Weg durch das Tor des Todes dient der Therapeut als Therapiemittel. Im besten Fall kann er sich unerschrocken den Ängsten des Klienten stellen und sie aushalten, was dem Klienten neue Erfahrungsmöglichkeiten im Umgang mit der Angst zeigt. Die Beschäftigung mit den Angstfantasien stärkt die Person für kommende befürchtete Situationen. Wichtig für diese Methode ist die gewachsene Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Der Weg dieser Konfrontation sollte nicht zu früh beschritten werden.

4.5 Prozess der Angsttherapie - Personale Existenzanalyse (PEA)

Personale Existenzanalyse bezeichnet die von Längle (vgl. Längle, 1993a, 1993b, 1995, 2000a) entwickelte zentrale Methode der Existenzanalyse. Sie beschreibt in vier Schritten den Prozess der Entwicklung einer personal verantworteten Existenz. Während Frankl (1982) den Sinn als

Wirkkraft eher unmittelbar annahm, werden in der Weiterentwicklung der Existenzanalyse durch Längle die personalen Prozesse dem Sinnvollzug vorgeordnet. Hiermit wird der Sinnvollzug durch die Schritte der PEA in ein praktisches, therapeutisch-beraterisches Konzept gefasst. Der Sinnvollzug wird somit zu einer Ergebnisvariablen des therapeutischen oder beraterischen Konzepts. Die PEA ist nicht in erster Linie eine spezifische Methode zur Angsttherapie, allerdings eine so zentrale Methode der existenzanalytischen Therapie, dass sie hier nicht fehlen darf. Sie bildet das therapeutische Vorgehen der existenzanalytischen Therapie ab. Im Gegensatz zu den Grundmotivationen, die eher eine Struktur darstellen und bestimmte Themen zum Inhalt haben, ist die PEA ein Prozessmodell. Sie zeigt die Abfolge von Schritten oder Prozessen, die sich im Menschen nach dem Verständnis der personalen Existenzanalyse vollziehen. Diese vier Schritte sind:

- PEA 0 Deskription
- PEA 1 phänomenologische Analyse
- PEA 2 innere Stellungnahme
- PEA 3 äußere Stellungnahme, Handlungsvorbereitung

Das prozessuale Personenkonzept der PEA beschreibt die drei Grundpfeiler des Personseins in den Schritten der PEA 1-3 in denen die Offenheit (PEA 1), die Selektivität (PEA 2) und die Interaktivität (PEA 3) der Person zum Ausdruck kommen. Der Schritt der PEA 0 stellt die Beziehungsaufnahme zu dem zu bearbeitenden Thema dar und ist kognitiver, beschreibender Natur. Hier geht es um die Fakten, um das was ist. Die ersten drei Schritte werden im personalen Dreieck abgebildet. Die Offenheit meint Ansprechbarkeit für die (inneren und äußeren) Eindrücke, die Selektivität meine persönliche Stellungnahme und mit Interaktivität ist mein Ausdruck, mein Sichtbarwerden in der Welt gemeint.

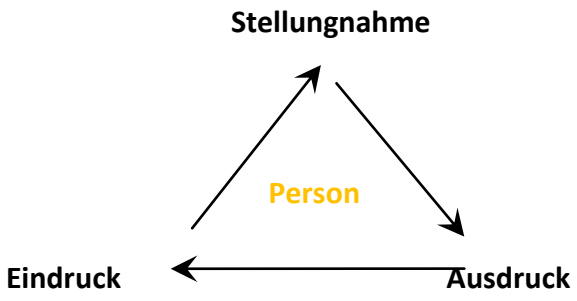


Abbildung 8: Personales Dreieck

Das Ziel der PEA ist die Selbstfindung in der Weltoffenheit. Dies macht die dialogische Komponente des Personenkonzeptes deutlich. Es geht weder nur um das Eigene, noch nur um die Welt, sondern um eine passende Antwort meiner Person auf die Anfragen meiner Welt. Mit der PEA machen wir im Grunde nichts anderes als den spontanen Prozess der Verarbeitung und Integration von Erlebtem in bewussten Schritten und im Dialog mit einer anderen Person (Therapeut oder Berater) nachzugehen.

Die nachfolgende schematische Darstellung zeigt das Ziel und die Vorgehensweise der einzelnen Schritte der PEA an:

Tabelle 4: Schritte der PEA

	Methodischer Schritt	**erfolgt durch**	**Ziel**
PEA 0	Deskription	Sachliche Beschreibung der Fakten	Sachlichkeit. Der Boden des Gesprächs ist stets die Realität
PEA 1	Phänomenologische Analyse	Auffinden ursprünglicher Eindrücke und Empfindungen	Erfassen des Wesentlichen im Eindruck, bergen der primären Emotion
PEA 2	Innere Stellungnahme	Ihr Einarbeiten zu einem Verstehen und daraus folgender Stellungnahme durch den Patienten	Das Neue mit dem bestehenden in Beziehung bringen
PEA 3	Ausführung: äußere Stellungnahme (Handeln)	Erarbeiten einer adäquaten Antwort	Selbstaktualisierung als Vorbereitung zum Existenzvollzug

Der Arbeit mit den verschiedenen Schritten der PEA liegen bestimmte Haltungen des Therapeuten zugrunde. Aus diesen Haltungen ergeben sich konkrete Fragen für die verschiedenen Schritte. Einige seien hier zur Verdeutlichung benannt:

Im Schritt der PEA 0 geht es um die Deskription der Realität mit der Grundfrage: „Was liegt vor?“

- Was sagt der Klient?
- Wie sagt er es?
- Nicht Verstandenes und Lücken nachfragen.
- Widersprüche klären.
- Was ist tatsächlich geschehen?
- Woher wissen Sie das?
- Sich ausreichend Zeit nehmen für die Information.

In der PEA 1 liegt der Fokus auf dem Heben des subjektiven Eindrucks mit der Grundfrage: „Wie ist das für Sie?”

- Was empfinden Sie dabei? (Blickrichtung nach innen auf das spontane Gefühl)
- Was für ein Gefühl bekommen Sie?
- Wenn Sie jetzt so darüber sprechen?
- Damals?
- Wie erleben Sie das?
- Wie geht es Ihnen damit?
- Was gefällt Ihnen daran und was ist störend?
- Was würden Sie am liebsten tun?
- Wonach ist Ihnen, wenn Sie so ganz tun könnten, wonach Ihnen ist?
- Wie wirkt das auf Sie?
- Was sagt es Ihnen?

Der Schritt der PEA 2 soll die innere Stellungnahme provozieren. Hier geht es um die integrierte Emotionalität, um das Verstehen der gesamten Wertzusammenhänge mit der Grundfrage: „Was halten Sie davon?”

- Verstehen Sie, was Sie bewegt?
- Wie konnte es dazu kommen?

- Verstehen Sie den anderen?
- Was sagen Sie eigentlich in der Tiefe Ihrer Seele dazu?
- Was halten Sie persönlich, ganz im Innersten (“insgeheim”) davon?
- Wie beurteilen Sie das: Was soll man von so einem Menschen halten, der so etwas tut?
- Was für Gedanken gehen Ihnen da durch den Kopf?
- Was ist Ihre persönliche Meinung dazu?
- Wie möchten Sie eigentlich am liebsten damit umgehen?

Im letzten Schritt der PEA 3 wird das konkrete Handeln in den Fokus genommen. Die Grundfrage dabei könnte sein: „Wie können Sie das realisieren, was Sie wollen?“

- Was möchten/werden Sie da jetzt konkret unternehmen?
- Was oder wie viel können Sie tun?
- Was wollen Sie nicht tun?
- Wie wollen Sie das anfangen? (Methode)
- Welche Mittel haben Sie zur Verfügung? Finden Sie die geeignet?
- Bei wem wollen Sie das tun? Passt das zu diesem Menschen?
- Wann - bei welcher Gelegenheit werden Sie es tun?
- Was wird dadurch geschehen? (Auswirkung)
- Wie wird das für Sie sein? (Konsequenz)
- Versuchen Sie es jetzt einmal in direkter Rede. (Üben)

An jeder Stelle dieses Prozesses geht es darum, dem Menschen zu seinem Personsein zu verhelfen. Personsein, das die Entwicklung einer autonomen, authentischen, emotional erfüllten, sinnvollen und personal verantworteten Existenz meint.

5 Praxisbeispiel

Nach Darstellung der verschiedenen (theoretischen) Methoden wird im Folgenden eine existenzanalytische Therapie aus Praxissicht beschrieben. An geeigneten Stellen werden der Einsatz der Methoden und das therapeutische Vorgehen verdeutlicht. Hierzu werden einzelne Beispiele, die den Mitschriften aus den Therapiesitzungen entnommen sind, im Originalwortlaut wiedergegeben. Die Mitteilungen der Patientin sind mit „B.“ abgekürzt und die der Therapeutin mit „Th.“. Der Zeitraum, in welchem die therapeutische Begleitung der Klientin B. stattfand, beträgt ungefähr zwei Jahre und umfasste etwa 100 Stunden in wöchentlichen Sitzungen. Alle Angaben zur Person, zum Ort und Umfeld sind geändert, um den Persönlichkeitsschutz der Klientin zu gewährleisten. Aus der therapeutischen Arbeit der zwei Jahre wird nicht jeder Einzelschritt beschrieben, vielmehr werden beispielhaft wichtige Schritte und therapeutischen Schlüsselsequenzen dieser existenzanalytischen Angsttherapie nachgezeichnet.

5.1 Erste Kontaktaufnahme und deren Phänomenologie

Ein älterer Mann, ungefähr Mitte/Ende 50, kommt zu mir in die Praxis mit der dringenden Bitte, seiner Tochter zu helfen. Er wisse sich keinen Rat mehr, fühle sich überfordert und auch wirklich nicht mehr zuständig, denn seine Tochter sei doch schließlich mit 27 Jahren auch schon erwachsen. Diese würde völlig zurückgezogen leben, hätte außer zu ihm keinen Kontakt nach außen und würde ihren Beruf wie auch den Haushalt nur mit Mühe und ständigen Krankschreibungen bewältigen können. Sehr besorgt und eindringlich bat er mich, seiner Tochter zu helfen. Ich bitte ihn, sie zu ermutigen, selbst einen Termin mit mir auszumachen. Wenige Tage später ruft sie mich an und wir vereinbaren unseren ersten Termin.

Pünktlich zum vereinbarten Termin klingelt eine sehr schlanke, zierliche, junge Frau an meiner Tür und begrüßt mich mit einem vorsichtigen Händedruck. Ihr Blick ist scheu, ihre Stimme leise und ängstlich, und ich muss mich mühen, ihre Worte zu verstehen. Lange dunkle Haare trägt sie zum Zopf gebunden, die Stirn ist durch den Pony verdeckt. Ausdrucksvolle braune Augen schauen mich aus einem sehr mädchenhaften schönen Gesicht fragend und verunsichert an. Schon einmal habe sie sich Hilfe suchend an einen Therapeuten gewandt. Der habe sie nicht ernst genommen und einfach wieder weggeschickt. Dies habe sie sehr entmutigt und verunsichert. Immer wieder habe sie überlegt, ob ihr Problem vielleicht gar kein wirkliches Problem sei, sie sich nur anstelle und ihre Angstzustände einfach nur albern seien?

Vorsichtig sucht sie beim Erzählen immer wieder Blickkontakt mit der unausgesprochenen Frage und Bitte: „Nehmen Sie mich ernst, darf ich hier meine Ängste aussprechen und

rauslassen?“ Ihre Verunsicherung, die sich in ihrem Leben schon über einige Jahre breit gemacht hat, ist deutlich spürbar und berührt mich.

„Nach Mentzos (1990) sind die Übertragungsphänomene nicht Wiederholung dessen, was früher gewesen ist, sondern auch - unter den spezifischen Bedingungen der Therapie - erst jetzt möglich werdende Erlebnisweisen, die seinerzeit nur als Potentialitäten, als ungefühlte Sehnsüchte, nicht gewagte Auflehnung (gegen die primäre Bezugsperson) präexistent waren. Es handelt sich deshalb im Übertragungsgeschehen immer um authentische, echte Gefühle, die als solche gewürdigt werden müssen und auf ihre Strebung bzw. ihren Ort hin zu verstehen sind. Der Therapeut nimmt dies im gefühlsmäßigen Erleben wahr. Versteht er dies, so ist ihm über den Charakter oder das Thema der Gefühle ein Rückschluss auf das Fehlende möglich – die somit gefährdete oder unvollendete Strebung der Grundmotivation. Die Wahrnehmung der Gegenübertragung ist also ein wichtiges diagnostisches Mittel und ein Weg, dass der Patient sich selbst besser verstehen lernen kann, indem der Therapeut sein Erleben zur Verfügung stellt. Dabei ist es kennzeichnend für das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen, dass die bedrohte oder unvollendet gebliebene Strebung des Patienten von diesem - weil unbewusst - noch nicht personal verantwortet ist. Er weiß um seinen Mangel (noch) nicht und geht mit diesem nicht eigenverantwortlich um. Deshalb erlebt der Therapeut seine Gegenübertragungsgefühle mit dem Charakter fehlender Freiheit und fehlender Selbsttranszendenz. Somit erschließt das Bearbeiten der in der Gegenübertragung erscheinenden Thematik dem Patienten einen vermehrten Raum des Existieren-Könnens und der personalen Begegnung“ (Kolbe, 1999, S.24).

5.2 Die Patientin Britta und ihre Symptomatik

Zu Therapiebeginn ist die Patientin 27 Jahre alt und ledig. Trotz der ängstlich-depressiven Grundstimmung zeigt ihr Blick auch Klarheit und Lebendigkeit. Nach dem Abitur machte sie erst ein Praktikum in einer sozialpädagogischen Einrichtung und entscheidet sich danach für eine Ausbildung als Erzieherin. In diesem Beruf arbeitet sie nun seit einigen Jahren halbtags und ist trotz aller Anstrengungen und Anforderungen, die dieser Beruf mit sich bringt, sehr zufrieden mit ihrer Arbeit.

Britta schildert in den ersten Stunden ihre Lebenssituation. Nicht nur ihr Vater, auch ihr Hausarzt haben ihr dringend geraten, sich Hilfe zu suchen. Ihr Arzt riet ihr, vorübergehend Psychopharmaka und Schlafmittel zu nehmen und über eine psychosomatische Kur nachzudenken.

Britta beschreibt ihre Angstzustände, ihre Symptomatik und ihre Reaktionen so: Nur sehr ungern begibt sie sich unter Menschen. In der Öffentlichkeit zu sein, wie z.B. beim Einkaufen, wird immer mehr zur Qual. Panikartige Zustände ergreifen sie. Im Supermarkt steht sie dann, an den Einkaufswagen geklammert, wie gelähmt.

B.: ***„Ich habe das Gefühl mein Herz zerspringt, so schnell rast es! Außerdem fürchte ich vor Übelkeit zu erbrechen mitten im Laden! Ich glaube, ich würde vor Scham im Boden versinken!“***

Worte, mit denen sie ihre Angst umschreibt sind: „dunkel, schwarz, klein, wertlos, Enge, verzweifelt, ängstlich, mutlos, bedroht, ausgeliefert“. Beklemmung in der Magengegend bis hin zur Übelkeit, Schwindel und die Furcht, in Ohnmacht zu fallen, so schildert sie ihren Zustand, wenn sie von dieser unheimlichen Angst ergriffen wird.

Seit Jahren versucht sie tapfer gegen diese Reaktionen ihres Körpers anzukämpfen, aber langsam schwinden ihre Kraft und der Mut zum Leben. Immer wieder muss sie sich krankschreiben lassen, weil sie zu geschwächt ist, um ihrem Beruf gerecht zu werden. So fürchtet sie inzwischen um ihren Arbeitsplatz, da ihre Kolleginnen sie immer weniger vertreten wollen. Kino oder Theaterbesuche meidet sie völlig, Fortbildung hält sie nur unter größter Anspannung durch. Sie lebt inzwischen fast gänzlich isoliert, da auch ihre Freunde nicht mehr mit dieser merkwürdigen Angst umzugehen wissen.

Ein Gefühl der Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit macht sich immer dann in ihr breit, wenn sie den unangenehmen Gefühlen in ihrem Körper nicht standhalten kann und z.B. beim Einkaufen den Rückzug angetreten hat. Ist sie wieder zu Hause, überkommt sie eine bleierne Erschöpfung, sie fühlt sich wie ausgebrannt.

Einerseits ist sie froh, den Ort der Sicherheit wieder erlangt zu haben, andererseits macht sie sich Vorwürfe, solch lächerliche Aufgaben nicht erledigen zu können. Die Abwertungen der eigenen Person führen zu einer depressiven Grundstimmung. Viele ärztliche Untersuchungen konnten keinerlei organische Ursachen für ihr Leiden aufzeigen. Auch ihre Familie zeigt immer weniger Verständnis für ihr „merkwürdiges Verhalten und ihren Rückzug“.

5.3 Elternhaus und Familie

Britta wurde 1979 geboren. Ihr Vater ist in 2. Ehe wiederverheiratet und hat bereits einen 10-jährigen Sohn aus 1. Ehe. Brittas Vater ist Vertreter einer großen Elektronikfirma, sehr erfolgreich und oft unterwegs. Er tritt selbstbewusst und dominant in Erscheinung, sein Ehrgeiz hat ihn beruflich vorangebracht. Er ist sehr freundlich und zuvorkommend im Umgang

mit Menschen, aber er bestimmt die Marschrichtung, er weiß den richtigen Weg, der zu gehen ist.

Brittas Mutter ist zart und kränklich, kümmert sich um die Familie, steht im Hintergrund und versucht es vor allen Dingen dem Vater recht zu machen. Wärme geht von der Mutter nicht aus. Sie lebt distanziert in ihrer eigenen Welt und scheint viel Kraft zu brauchen, um das eigene Leben zu bewältigen. Britta wächst als Einzelkind auf, ihr älterer Halbbruder lebt bei der ersten Frau ihres Vaters.

„Eine Biographie zeigt den Dialog mit dem Essentiellen im Leben. Es sind ausgewählte Kapitel in der Lebensgeschichte eines Menschen. Als solche bringen sie sich als positiv oder negativ Erlebtes sowie in ihrer Auswirkung auf den weiteren Lebenslauf und im Kontext des Lebens insgesamt zur Anschauung. Diese ausgewählten Kapitel erhalten ihre Bedeutsamkeit aus der mit ihnen verbundenen emotionalen Qualität sowie dem Zusammenhang und Horizont, in dem sie stehen“ (Tutsch & Luss, 2000, S. 31).

5.4 Erste Fäden einer therapeutischen Arbeit

Im folgenden Teil berichte ich über den therapeutischen Prozess, den ich nicht chronologisch dokumentiere. Sinnvoll scheint mir, die Stationen der Klientin aufzuzeigen, in denen sich die Symptomatik in typischer Weise zeigt und daran die entsprechenden existenzanalytischen Interventionen zu verdeutlichen.

Auslöser für Brittas Kontaktaufnahme waren gleich mehrere Gründe:

- Arbeitgeber und Kollegen taten immer offener ihren Unmut über Brittas Fehlzeiten kund.
- Die Familie, insbesondere Brittas Vater, reagierte zunehmend mit Unverständnis und auch Ärger über ihren Rückzug aus dem familiären Leben und damit zusammenhängenden Veranstaltungen.
- Die Panikattacken beim Einkaufen und anderen öffentlichen Veranstaltungen wurden beängstigender.

Schmal und zusammengesunken sitzt Britta in ihrem Sessel vor mir. Ihre Hände sind fest gefaltet, ihr Kopf ist gesenkt.

B.: ***„Ich weiß gar nicht, was mir noch helfen kann. Ich fühle mich so schwach und hilflos, all diesen schrecklichen Bedingungen ausgeliefert. Mein Arbeitergeber droht mir mit***

Kündigung. Meine Kollegen schütteln nur noch den Kopf, mein Vater reagiert zunehmend wütend. Er versteht nicht, wie man so verängstigt sein kann. Von ihm habe ich solch Verhalten sicher nicht geerbt!“

Britta erzählt, wie sie sich langsam immer mehr von allem Leben, was ihr eigentlich Freude bereitet hat, zurückgezogen hat. Ihre Vorstellung, wie ihr Leben schön sein könnte, was sie an Wünschen verwirklichen will in ihrem Leben, rückt in unerreichbare Ferne.

B.: ***„Ich bin ärgerlich, wütend auf mich selbst, aber auch verzweifelt. In und um mich macht sich immer mehr Angst, Einsamkeit und Unsicherheit breit. Dieses Gefühl bekommt große Macht. Als wolle es den Kampf gegen mich gewinnen und mich in die Knie zwingen, es wird immer trüber um mich herum. Ich sitze in einer Höhle und traue mich nicht mehr heraus!“***

Britta erzählt von ihrer kleinen Wohnung, in der sie viel Zeit allein verbringt und davon träumt, dass ihr Leben wieder fröhlicher und unbeschwerter wird, so wie sie es auch kannte.

Th.: ***„Gibt es außer deiner kleinen Wohnung noch andere Orte, an denen du dich gerne aufhältst?“***

Britta runzelt die Stirn, so versunken scheint sie in ihrer Höhle, so unmöglich scheint ein guter Ort für sie zu sein. Doch es dauert nur einen kurzen Moment, da klart sich ihr Blick auf, und sie scheint diesen Ort gefunden zu haben.

B.: ***„Den Garten meiner Vermieter darf ich mit pflegen und nutzen. Wenn ich dort grabe und arbeite, kann ich alles um mich vergessen, tief durchatmen und dann weiß ich auch, dass es Schönes im Leben gibt. Dann kann ich wieder Farben sehen, und es ist nicht mehr alles trostlos. Wenn ich dort war, habe ich wieder etwas mehr Mut in mir, und dann ist da auch Ruhe in mir. Dieses Gefühl wünschte ich mir, wenn die Panik kommt.“***

Angeregt durch die wohltuende Stimmung des Gartens, kamen wir auf die Idee einen inneren Garten zu entwerfen, der Zufluchtsort werden könnte, wenn Britta sich angespannt oder unwohl fühlte. Gemeinsam entwarfen wir einen Phantasiegarten, in welchem Britta alles an Blumen und Bäumen anpflanzte, was sie liebte, und so wie sie es mochte. Sie entwarf und entwickelte und blieb damit zuerst ganz im Denken. Nicht nur Pflanzen, sondern auch Lebewesen, die liebevolle Begleiter waren, gehörten bald zu Brittas Garten. Selbst ein schützendes kleines Haus vor Wind und Wetter wurde Teil dieses Ortes. Zum Wohlfühlen gehörten die Geräusche des Gartens, wie Vogelstimmen, aber auch angenehme Gerüche, wie

Kräuter und Rosenduft. Britta liebte es, ihren inneren Garten zu besuchen und sich dort zu entspannen. Mit allen Sinnen war sie dort anwesend. Wie für eine Meditationsübung nahm sie sich bald regelmäßig Zeit, um diesen beruhigenden inneren sicheren Ort aufzusuchen. In einer gemütlichen Ecke ihrer Wohnung begann sie damit, eine angenehme Körperhaltung einzunehmen, den Körper bewusst wahrzunehmen, den Atem und Bewegungen des Körpers zu spüren.

Über diese Konzentrationsübung schafft sie es immer leichter, in ihren imaginierten Garten abzutauchen und sich zu entspannen. Diesen inneren Ort zu entwickeln war ein längerer Prozess während der Therapie. Dieser Ort war erst ein Konstrukt im Kopf und wurde dann immer mehr zu inneren Bildern, Imagination, regelmäßiger Entspannungsübung. Gerade wenn Britta wieder z.B. beim Einkaufen versagt hatte, konnte sie sich zuhause an diesem Ort Trost suchen. Mit Hilfe einer kleinen Körpergeste fand sie sich gut an diesem beruhigenden Ort ihrer Vorstellungen ein. Übungen dieser Art werden beispielsweise von Reddemann (2005) beschrieben.

Diesen inneren Garten der Ruhe und der Trost spendenden lebendigen, fröhlichen Farben haben wir in vielen Sitzungen aufgesucht und als guten Ort gesichert.

5.5 Die Angst kommt im Gewandt körperlicher Symptome

Britta war ungefähr 20 Jahre alt, als sie während des Praktikums nach dem Abitur in einer Dienstbesprechung plötzlich ein Gefühl der Beklemmung, Herzrasen und Schwindel bekam. Sie musste den Raum verlassen, da sie diesen körperlichen Zustand kaum aushalten konnte. Er ängstigte sie, aber sie wollte ihr Unbehagen auf jeden Fall vor den anderen verbergen.

Die Anfälle panischer Angst ergreifen Britta nun immer wieder in Situationen, die diesem ersten Angsterlebnis ähnlich sind. Das Gefühl, die Kontrolle über ihren Körper zu verlieren, und die damit verbundenen Panikgefühle erlebt sie als sehr erschreckend.

B.: ***„Ich hatte das Gefühl, den Boden unter den Füßen zu verlieren, er wankte unter mir, ich konnte nicht mehr fest stehen. Irgendwie hatte ich keine Kontrolle mehr. Das war schrecklich!“***

Dieses erste Erlebnis von Schwindel und Panik fällt mit der Nachricht, dass ihre Mutter an Krebs erkrankt ist zusammen. Diese muss sich einer ersten von vielen folgenden OPs unterziehen. Britta ist mit ihrer Sorge um die Mutter und ihrer Verunsicherung allein. Vater

und Mutter sind mit sich und ihrer Angst angesichts dieser lebensbedrohlichen Krankheit beschäftigt. In dieser Lebensphase seelischer Labilisierung ist Britta ganz auf sich gestellt. Beide Elternteile richten alle Aufmerksamkeit auf die Bewältigung der Krankheit der Mutter. Freunden und Verwandten gelingt es wenig, Britta in der Sterbephase der Mutter zur Seite zu stehen und sie zu begleiten. In vielen Stunden berichtet Britta von der Einsamkeit und Verzweiflung dieser Zeit.

B.: ***„Irgendwie hatte ich bald eine Ahnung, dass meine Mutter nicht mehr lange zu leben hatte, nur war ich damit ganz allein!“***

Britta beschreibt genau und unter vielen Tränen, wie einsam sie sich in dieser Zeit gefühlt habe. All ihre Ängste musste sie mit sich allein bewegen. Sie wollte nicht noch zur zusätzlichen Last für ihre Eltern werden. Die Beschreibung der Erfahrung und ihres Erlebens zeigen die Prozessschritte PEA 0 und PEA 1 an. Das Heben des subjektiven Eindrucks und der damit verbundenen primären Emotionalität ist häufig ein wichtiger Ausgangspunkt für die weitere Therapie. Nicht selten und so auch hier melden sich zugleich andere Stimmen zu Wort. Die Aussage, nicht zur Last fallen zu wollen, stellt nicht eine primäre Emotionalität sondern eine übernommene innere Annahme dar: Ich darf nicht zur Last fallen (vgl. Längle, 1993a).

B.: ***„In der Zeit konnte ich nur noch schlecht nachts schlafen, stundenlang habe ich gegrübelt, wie es ist, zu sterben, wie es sein wird ohne meine Mutter. Tausend Fragen gingen mir durch den Kopf, und ich konnte sie keinem stellen. Meine Eltern hatten doch selber viel zu viel Angst vor diesen Fragen.“***

Aus ihrer Kinderzeit kennt Britta viele Situationen, in denen sie sich allein und auch richtig verlassen gefühlt hat, nicht nur real, wenn ihre Eltern einfach nicht da waren oder als ihre beste Freundin wegzog. Immer gab es Gegebenheiten in der kleinen Familie, in der zwar alle beieinander saßen, aber die Atmosphäre kühl und distanziert war.

B.: ***„Wir haben dann zwar an einem Tisch gesessen, aber da war kein Kontakt, keine Wärme. Ich hatte ganz genaue Vorstellungen von einer liebevollen Mutter und einem verständnisvoll zugewandten Vater, aber so waren die beiden nicht!“***

Th.: ***„Wie ist es dir ergangen in solchen Situationen, wie hast du dich gefühlt?“***

B.: ***„Allein, vielleicht noch schlimmer, richtig einsam, obwohl wir dort gemeinsam gesessen haben!“***

Hier wird nochmals die zugrundeliegende primäre Emotionalität sichtbar (PEA 1).

Britta schildert ihren Vater als einen sicher auftretenden Mann, der genaue Vorstellungen vom Leben hat, wie ES funktioniert, nicht nur für sich, sondern auch für seine kleine, zarte Tochter. Versuche, sich beim Vater mit eigenen Vorstellungen und Ideen einzubringen oder gar durchzusetzen, scheitern meistens. Überheblich wissend weist der Vater seine Tochter auf seinen reichen Erfahrungsschatz im Leben hin, auf den auch sie sich ruhig verlassen könne.

B.: ***„Ich habe mir immer weniger zugetraut, meine eigenen Wünsche und Meinungen zu äußern. Entweder waren sie sowieso falsch, oder mein Vater hat sich lustig darüber gemacht. In der Schule war ich immer zurückhaltend und schüchtern. Ich hatte wenig Mut, etwas zu sagen.“***

Th.: ***„Hast du eine Ahnung, warum es dir so gegangen ist?“***

B.: ***„Selten war mein Vater einverstanden mit dem was ich tat oder sagte. Ich hätte es immer noch irgendwie besser machen können.“***

Th.: ***„Was hättest du gerne getan?“***

B.: ***„Ihn angeschrien! Am liebsten hätte ich ihn manchmal richtig angebrüllt und ihm gesagt, er soll mich endlich mal so machen lassen wie ich will. Stattdessen wurde ich immer vorsichtiger mit allem, nur damit ich nichts falsch machte. Ich war oft wie erstarrt und fand mich schrecklich feige. Aber ich konnte nicht anders.“***

Britta bekommt eine Ahnung davon welche Wirkung das Verhalten ihres Vaters auf sie auch heute noch hat. Durch die Provokation der inneren Stellungnahme (PEA 2) gelingt es ihr, sich in ihrer Emotionalität besser zu verstehen. Dass das Eigene wirklich sichtbar werden kann, verhindert noch die zu starke Über-Ich-Struktur. Als Kind blieb ihr nur die Wahl, die Stellungnahme gegen den übermächtigen autoritären Vater zu vermeiden, um nicht noch häufiger die eigene Unfähigkeit erleben zu müssen.

Th.: ***„Wenn du zurückschaust in die Zeit, als du das kleine Mädchen warst, was würdest du heute deinem Vater gerne sagen?“***

B.: ***„Ich weiß nicht, ob ich schon den Mut hätte, aber wenn ich mich wirklich trauen würde, hm? „Weißt du eigentlich, Vater, wie klein du mich immer gemacht hast mit deiner Besserwisserei und Tuerei, wie dumm und unnütz ich mich gefühlt habe? Ermutigung hätte ich so gebraucht, aber so etwas kam nicht von dir!““***

Durch das Arbeiten mit der existenzanalytischen Methode der PEA war es Britta zunehmend möglich, sich selber in ihren Verhaltensfixierungen zu verstehen. Im Laufe des

Therapieprozesses ging es darum, in erlebten Situationen primäre Emotionen und Handlungsimpulse, also den ersten Eindruck zu heben und dazu Stellung zu nehmen. Diese Schritte waren für Britta meist schnell getan. Schwer tat sie sich eher auf der Ausdrucksebene (PEA 3). Fragen wie: Darf ich meinen eigenen Lebensweg entdecken, darf ich ihn gehen und wie soll der aussehen? Diese Fragen konnte Britta schwer und nur mit großem Zögern beantworten.

Ihre Mutter hielt sich immer im Hintergrund des dominanten Vaters. Geduldig trug sie ihre Krankheit und wusste, welche Belastung sie damit für ihren Mann war.

Britta erlebte ihre Mutter als wenig nahbar.

B.: ***„Ich glaube meine Mutter wusste, wie sehr ich mich nach liebender Zuwendung gesehnt habe. Es gab dann ganz hilflose Versuche von ihrer Seite. Sie kaufte für mich z.B. Strümpfe und legte sie wortlos auf meinen Schreibtisch. Das sollte wohl heißen: Ich hab dich lieb! Wie gern hätte ich mal diese Worte aus ihrem Mund gehört.“***

Die Hilflosigkeit der Mutter, mit der sie versucht, eine andere Mutter sein zu können, eine, die Wärme ausstrahlt und bei der man gut sein kann, wird aus Brittas Erzählungen deutlich spürbar. Aber auch die Sehnsucht nach solch einer Mutter, die sie einfach nicht hatte.

B.: ***„Die Versuche eine solche Wunschmutter zu sein, haben meine Mutter so angestrengt, dass sie immer schnell wieder in ihre alte Rolle zurück fiel. Sie war eben einfach keine warme Frau. Aber ich wollte wenigstens einmal im Leben von ihr hören, dass sie mich lieb hat. Das muss sie irgendwie gespürt haben. Kurz vor ihrem Tod, als sie noch einmal zuhause war, lag sie in eine Decke gehüllt auf dem Sofa. Ich war zwar auch im Raum, konnte ihr aber nicht ins Gesicht schauen, und das wollte sie wohl auch nicht. Und dann hat sie es mir gesagt, einfach so, für mich ganz unerwartet. „Britta, ich möchte, dass du es weißt: Ich hab dich lieb!“ Und das war schon alles, mehr haben wir „darüber“ nicht gesprochen.“***

Diese Begegnung erzählt Britta sehr berührt und weinend. Es ist wie ein kleiner kostbarer Schatz, der geborgen ist und auf den sie sich immer wieder berufen kann, auch wenn Britta deutlich spürt, wie spärlich der ermutigende Zuspruch in ihrer Kindheit war und wie sehr sie Annahme und liebende Zuwendung in ihrem Sosein, ihrer Personalität (3. GM) als Britta ersehnt hat. Vielleicht ist es nur eine kleine Perle, aber diese glänzt besonders und wird aufgehoben in einem Schmuckkästchen, und der Schmerz über so viel Entbehrung trifft nicht ganz so hart.

Auch wenn Britta weiß, dass sie viel bei ihrer Mutter vermisst hat, kann sie einwenig versöhnter auf die gemeinsame Zeit zurückschauen und die wenigen kostbaren Augenblicke bergen, in denen sie ihrer Mutter ein kleines Stück näher rücken konnte. Sich selbst eine gute Mutter werden und sorgsamen Umgang mit sich pflegen, waren die anknüpfenden Themen des therapeutischen Weitergehens.

Britta kam zu mir in die Praxis mit einer deutlich ausgeprägten Angstsymptomatik. Im therapeutischen Prozess wird deutlich, dass die Angstsymptome in der Tiefe nicht auf die Brüchigkeit der Welt im Sinne der 1. Grundmotivation, sondern auf Themen der 3. Grundmotivation verweisen. Im existenzanalytisch diagnostischen Sinne würde ich daher von einer Selbststörung im Sinne einer „Werdenshemmung“ sprechen, die phobischen Angstzustände als Selbstwertangst verstehen. Zentral sind die Affekte Scham und Peinlichkeit. Sie verweisen auf die innere Frage: Darf ich so sein, wie ich bin? Hierin besteht der Hinweis auf das zentrale Thema in der 3. Grundmotivation. Aus der biografischen Arbeit wurde sichtbar, dass die Eltern die Spiegelung dieses Selbstwerterlebens nicht geleistet haben. So blieb das Mädchen Britta darin absolut verunsichert. In einem ersten Teil unseres therapeutischen Arbeitens ging es darum, einen geschützten Raum aufzuspannen, der vertrauenstiftend und angstlösend wirkt und so ein Nachreifen ermöglichte. Britta konnte die Illusion aufgeben, dass Menschen angstfrei leben können, beziehungsweise, dass dies ein erstrebenswertes Ziel ist. Vielmehr geht es darum, mit Konflikten, Spannungen und Ängsten einen nützlichen Umgang zu finden. Angst kann nämlich den Anstoß geben, in seinem Leben oder an sich selbst etwas zu verändern. Kast (1996, S. 241) sagt hierzu „Angst kann auch sehend machen“.

Im folgenden Beispiel zur Arbeit mit dem Tor des Todes wird der Verweis auf das So-Sein-Dürfen und die gefürchtete Beschämung im Angesicht der Mitmenschen deutlich.

5.6 Der Kern der Angst

Brittas Karriere der Angst begann schon vor ihrem ersten „körperlichen Auftritt“, damals nach dem Abitur in der Dienstbesprechung. Es war die existenzielle Erschütterung und Verunsicherung durch die schwere Krankheit der Mutter, die zur Angst wurde, zur Angst vor der Angst und schließlich zur Angststörung, und endlich die Angst vor dem sofortigen Sterben.

Schon während ihrer Kindheit erlebt Britta eine ängstliche, unsichere Mutter, die sich durch Distanz zu ihrem Kind sichert, nicht nahbar ist und Britta zu oft mit ihren Ängsten und Fragen alleine lässt. „Entscheidend beeinflussbar sind Angstentwicklungen auch durch die emotionalen Reaktionen der Bezugspersonen, das Lernen am Vorbild“ (Strian, 1996, S. 13). Strian (1996) beschreibt Emotionen als ansteckend und zwar umso mehr, je näher uns die

Bezugspersonen stehen. Britta erlebt in ihrer Mutter eine blasse, zurückgenommene ängstliche Frau, die einem bevormundenden Partner gegenübersteht. Der Vater belächelt die kleine Britta in ihrer Unsicherheit oder dem Wunsch, die Welt selbst zu erkunden, Erfahrungen zu sammeln, die nicht vom Vater vorgeschrieben oder bewertet werden. So gestaltet sich die Beziehung zwischen Tochter und Vater, wenn dieser nicht aus beruflichen Gründen, wie häufig, abwesend ist. Britta scheint mit ihrer Kindheit disponiert zu sein, eine Angsterkrankung zu entwickeln. Es brauchte nur den nötigen Auslöser.

Das äußere Ereignis, das den Startschuss für den angstneurotischen Teufelskreis gab, war die Erkrankung der Mutter, die Lebenssubstanz ist betroffen.

Ihre Mutter erkrankt schwer an Krebs, eine Chemotherapie folgt der nächsten und Britta weiß bald, dass ihre Mutter nicht wieder gesund werden kann. In der Zeit des langsamen Sterbens der Mutter wird Brittas Leben immer mehr zur Mühe und Anstrengung. Ihren Beruf als Erzieherin kann sie nur halbtags ausüben. Mehr Kraft bleibt einfach nicht. Ist sie zuhause, zieht sie sich ganz in sich zurück, Kontakt zu Freunden hat sie keinen mehr. Nach dem Tod der Mutter wendet sich der Vater kurze Zeit Trost suchend an seine Tochter. Britta hat ein wenig das Gefühl, diese schwere Zeit der Trauer nicht ganz allein und verlassen zu sein und bei dem Vater sogar auch ein kleines Stück Wärme zu entdecken. Aber diese Phase der Tochter-Vaterverbundenheit dauert nur wenige Monate.

B.: ***„Mein Vater ist bald nach dem Tod meiner Mutter auf die Suche nach einer neuen Partnerin gegangen, und damit war er auch ziemlich erfolgreich. Ich durfte dann noch seinen Garten bearbeiten, aber ansonsten war ich ihm schon bald lästig. Er hat mir finanziell geholfen, eine eigene Wohnung zu finden und wurde immer ungehaltener, wenn ich ihm von meinen merkwürdigen Ängsten erzählte. Er verstand überhaupt nicht, wie man so lebensunfähig sein könne. Ich solle mir endlich Hilfe holen, sonst würde er dafür sorgen. Es wäre schon peinlich genug, so eine komische Tochter zu haben.“***

In der Zeit nach dem Tod der Mutter kommt es immer häufiger zu Panikattacken, die Britta bei Theater- und Kinobesuchen, Einkäufen und Elternabenden im Kindergarten überfallen. Ihr Leben schränkt sich immer mehr ein, und sie verzichtet auf alle öffentlichen Aktionen, wie Besuchen bei Verwandten oder längere Autofahrten. Im Kindergarten hat sie vermehrt Fehlzeiten, sie hat immer wieder kleine Infekte. Nachts schläft sie schlecht ein und nur für wenige Stunden, wacht morgens oft zerschlagen auf. Brittas Angst ist klar auf bestimmte Situationen gerichtet mit den entsprechenden psychischen und vegetativen Reaktionen. Aus

Angst vor den unberechenbar auftretenden Panikattacken vermeidet sie immer häufiger entsprechende Situationen und zieht sich mehr und mehr aus dem öffentlichen Leben zurück. Soziale Phobie und depressive Verstimmung ergänzen das Bild, stehen aber nicht im Vordergrund. Britta kann ihre Angst sehr genau beschreiben, wie sie sie erlebt, wo und wann sie auftritt, und welche Strategien sie selber entwickelt hat, um einen Umgang mit ihrem immer verlässlicher werdenden Begleiter zu finden.

B.: ***„Z.B. wenn ich einkaufen muss oder wenn irgendwelche Aktionen im Kindergarten geplant sind, dann weiß ich schon ziemlich sicher, das ‚Monster' wird mich wieder überfallen! Die erste Zeit konnte ich oft die Einkäufe an meinen Vater abschieben oder er ist mitgekommen, aber darauf lässt er sich jetzt nur ganz selten ein."***

Britta beschreibt, wie sie z.B. beim Einkaufen am Wagen fest geklammert stehen bleiben muss. Sie beginnt zu zittern, ihr Herz rast, sie hat Schweißausbrüche, und vor Übelkeit fürchtet sie, zu erbrechen. Wie gelähmt steht sie dann irgendwo im Laden und versucht, sich irgendwie abzulenken, um dann oft fluchtartig den Ort zu verlassen.

B.: ***„Das ist so peinlich! Wie oft habe ich den halbvollen Wagen einfach stehen lassen und bin einfach wieder nach Hause gefahren. Dann kann ich mich selbst nicht leiden und bin ganz niedergeschlagen und verzweifelt! Richtig schlimm wäre es für mich, wirklich in Ohnmacht zu fallen oder zu erbrechen und alle Menschen im Geschäft würden mich so sehen, dann würd' ich am liebsten gleich sterben, das ist so schrecklich peinlich!"***

Sich den Befürchtungen so zu stellen, war für Britta schon beim Erzählen beunruhigend, sie rutschte in ihrem Sessel auf die Kante, als wolle sie gleich aufspringen und davon laufen. Gemeinsam konnten wir die Nähe dieses schrecklichen, Angst machenden Gedanken aushalten und sogar eine Strategie entwickeln, wenn Britta wieder in solch eine Angst geriete. Mehrere Möglichkeiten wollte Britta bei der nächsten Panikattacke ausprobieren:

B.: ***„Ich werde den Wagen als Halt benutzen, will versuchen, den Boden unter meinen Füßen bewusst wahrzunehmen und versuchen, langsamer und ruhiger zu atmen. Mein Arzt hat mir Notfalltropfen verschrieben, die werde ich jetzt immer in der Tasche haben. Ich will versuchen, meine Aufmerksamkeit auf irgendetwas anderes zu lenken, als möglichst nicht in Ohnmacht zu fallen oder nicht zu erbrechen oder möglichst schnell möglichst unauffällig den Laden zu verlassen, irgendwie ablenken".***

Darüber hinaus bekam Britta Informationen über den Verlauf, die Dauer und Auswirkungen einer Panikattacke. Die Vorstellung, 20 Minuten am Einkaufswagen festgeklammert auszuharren, konnte Britta sogar mit Humor betrachten und sich somit ein Stück von ihrer Angst distanzieren.

B.: ***„Wenn ich mir vorstelle, so dazustehen und Atemübungen zu machen! Schon komisch, mal seh'n!"***

5.7 Mit der Angst kämpfen

Schon Freud (1957) wusste, dass nur Abwarten während der Psychoanalyse den Patienten nicht dazu bewegen würde, seine Agoraphobie aufzugeben.

Die Konfrontationstherapie bei phobischem Vermeidungsverhalten ist in den letzten Jahrzehnten systematisiert und empirisch überprüft worden. Sich bewusst den angstauslösenden Situationen in vivo oder den angstauslösenden Gedanken zu stellen und zu verweilen bis die Angstreaktionen nachlassen, ist das Grundprinzip der Behandlung. Am erfolgreichsten ist hier tatsächlich die massierte Reizüberflutung an aufeinanderfolgenden Tagen mehrere Stunden pro Tag. Diese Methode hat auch langfristig die günstigste Prognose (Bandelow, 2006).

Mag diese ein wenig „brutal" anmuten, vermittelt sie dem Patienten doch am schnellsten das Gefühl: „Angst ist ungefährlich". Es entsteht schon nach sehr kurzer Zeit eine deutliche Angstreduktion und die Zuversicht, in das eigene Vermögen, der Angst entgegentreten zu können.

Angeregt durch die Arbeiten von Schneider und Margraf (1998) zur Agoraphobie und Panikstörung und den Arbeiten von Becker und Margraf (2002) zur Generalisierten Angststörung, habe ich gemeinsam mit meiner Klientin eine Angstverlaufskurve erarbeitet. Um den Zusammenhang zwischen Vermeidung und Aufrechterhaltung der Angst zu verstehen, haben wir zuerst die graphische Darstellung zum Angstverlauf, die in Abbildung 9 zu sehen ist, studiert. Sehr eindrücklich und gut nachvollziehbar wird hier dargestellt, wie schnell die Angst abnimmt, wenn man sich ihr stellt.

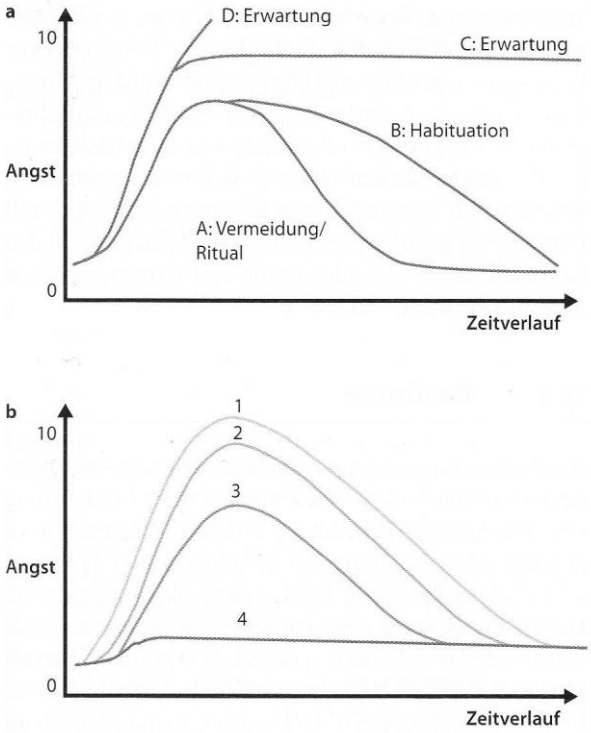


Abb. 38.6a, b. Graphische Darstellung des Verlaufes von Angst bzw. Erregung bei der Konfrontation mit Angstreizen. **a** Verlaufskurven ohne therapeutische Intervention: Typisch ist der rasche Anstieg mit einem langsameren Abfallen der Angst. Ohne Behandlung zeigen die Patienten in der Regel Vermeidungsverhalten (*Kurve A*: Vermeidung) und erreichen so nicht den Punkt, an dem die Kurve von allein abfällt (*Kurve B*: Habituation). Die *Kurven C* und *D* zeigen die vom Patienten befürchteten Verläufe mit einer scheinbar »unendlich« anhaltenden *(C)* oder immer weiter ansteigenden *(D)* Angst, die erst durch eine als imminent wahrgenommene Katastrophe (z. B. Herzinfarkt) beendet werden könnte. **b** Verlaufskurven bei therapeutischer Konfrontation: Dabei machen die Patienten die Erfahrung, dass Angst von allein abnimmt (»habituiert«), wobei die Kurve bei wiederholter Konfrontation (*1.–4. Durchgang*) immer weiter abflacht

Abbildung 9 : Verlauf der Angst (Quelle: Wittchen & Hoyer, 2006, S. 777).

Bei der Verwendung der Angstkurven geht es:

- in einem ersten Schritt darum, Erfahrungen von Angst graphisch darzustellen. Der Zeitverlauf wird durch einen waagerechten Graphen, das Ausmaß der Angst von 0 - 10 durch den senkrechten Graphen wiedergegeben. Für diese Darstellung haben wir die erste starke Angstsituation genommen, die Britta erinnerte.
- darum, noch einmal zu verdeutlichen, dass Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten die Angst nur kurzfristig mildert, aber fatalerweise die Angst immer mehr bestätigt und langfristig stabilisiert.
- in einem nächsten Schritt um das „Gedankenexperiment: was wäre wenn ...?“ (Schneider & Margraf, 1998, S. 50). Der Patient wird aufgefordert, sich auf ein

Gedankenexperiment einzulassen, in welchem dieser sich eine angstauslösende Situation vorstellen soll, in der es keine Möglichkeit gibt, zu entkommen. Mit „sanfter Penetranz“ (Schneider & Margraf, 1998, S. 50) wird der Patient angeleitet, dieses Experiment bis zum Ende zu denken, um so die Erfahrung zu machen, dass auch stärkste Ängste abnehmen und befürchtete Katastrophen nicht eintreten. Therapieziel ist es, so von den Autoren beschrieben, angstauslösende Situationen aufzusuchen und diese auszuhalten, bis die Angst von alleine abflacht und verschwindet.

Als hilfreiche Information zum Verstehen von Angst diente uns auch das Modell vom Teufelskreis der Angst, das in Abbildung 10 dargestellt ist.

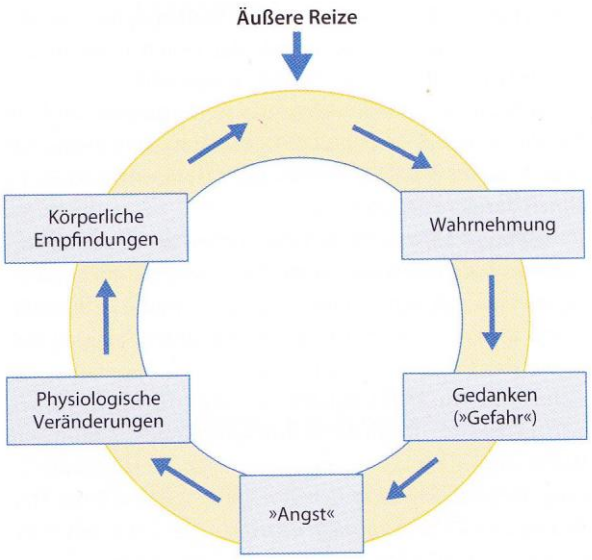


Abb. 38.1. Teufelskreis der Angst

Abbildung 10: Teufelskreis der Angst (Quelle: Wittchen & Hoyer, 2006, S. 768)

Dieses Vorgehen weist inhaltlich große Nähe zur Methode Tor des Todes auf. Wichtig bei beiden Beschreibungen ist die möglichst genaue bildliche Vorstellung der befürchteten Situation und das Ausharren und Aushalten der Angst.

Im folgenden Kapitel werde ich den Weg mit der Angst von Britta genauer skizzieren. Nach unserem gemeinsamen Gedankenexperiment hat Britta ein zweites Angstdiagramm angelegt und war erfreut und überrascht über die schon deutliche Abflachung ihrer Angstkurve.

5.8 Zum Grund der Angst

Mutig und kontinuierlich haben wir versucht, der Angst zu begegnen. Das Vermeiden der Angstsituationen und das Klammern an Sicherheiten konnten die Angst bisher nicht vertreiben

oder sie auch nur in Grenzen halten. Es war nur immer wieder neue Nahrung für „das Monster“. Irritiert war Britta von dem Gedanken, nicht weiterhin kreativ nach Lösungen und Sicherheitsmaßnahmen zu suchen, sondern sich der Frage zu nähern, wovor sie eigentlich Angst hatte? Frankl (1995) forderte seine Patienten auf, sich von ihrer Angst zu distanzieren, indem sie sich neben oder über sie stellten oder ihr sogar einen Namen gaben. Dies setzte er als wirksame Methode ein. „Fear knocked at the door and faith answered – and no one was there (Angst klopfte an, Glaube öffnete die Tür – und niemand stand draußen) (Frankl, 1995, S. 207).

Nach und nach rüstete Britta um. Nicht mehr eine möglichst geniale Angstflucht und Auswege waren gefragt, sondern wie kann ich mich der Angst nähern, sie aushalten, nicht wegschauen, mich nicht umdrehen und weggehen. Wie stelle ich mich der Angst oder kann ich sie vielleicht bei den Hörnern packen, den Angriff wagen? Zuerst waren dies sehr abwegige Vorstellungen für Britta. Da sie üblicherweise zurückweichend auf ihre Angst reagierte, war ihr diese Form der offensiven Angstbegegnung fremd. Gemeinsam versuchten wir uns vorzustellen, wie solch eine Form der Begegnung, die sie am meisten befürchtete, aussehen könnte.

Längle beschreibt diese Form der Angstkonfrontation auch als Wahrnehmungsübung. Die Angst muss der Realität ins Auge schauen (Längle & Holzhey-Kunz, 2008).

PP1 – Position nach außen: Feststellen, was kann real passieren?

Th.: ***„Die schlimmste aller Möglichkeiten, welche wäre das, welche Folgen hätte das?“***

B.: ***„Ich würde mich nicht mehr auf den Beinen halten können, einfach zusammen sinken und vielleicht auch noch erbrechen! So würde ich dann da liegen mitten im Supermarkt, die Leute um mich herum und alle würden mich so sehen!“***

PP2 – Position nach innen, den zweiten Schritt der Personalen Positionsfindung bezeichnet Längle und Holzhey-Kunz (2008) in der Angsttherapie auch als Tor des Todes. Hier geht es darum, vorzustoßen zur „Spitze der Angstwurzel, dem Keimpunkt der Angst“ (Längle & Holzhey-Kunz, 2008, S. 135)

Th.: ***„So dazuliegen und alle könnten dich so sehen, wie wäre das dann für dich?“***

B.: ***„Dann soll sich am besten der Boden auftun und mich verschlucken, so peinlich und schrecklich ist das!“***

Durch das Aushalten dieses vernichtenden Gedankens – ***würde ich so am Boden liegen, das wäre das Ende!*** – konnte Britta langsam entdecken, dass die Vorstellung der Realität viel bedrohlicher war als die Realität selbst und sich als Person aktivieren (Längle & Holzhey-Kunz, 2008). In dieser Zuspitzung und Radikalisierung der Angst war Britta am Boden allen Schreckens angelangt. Im Aushalten dieser schrecklichen Phantasie stellte sich langsam Beruhigung ein, die lähmende Wirkung der Angst verlor an Macht. Das Lebensgefühl, welches sich einstellte, beschrieb Britta mit den Worten:

B.: ***„Immer hatte ich Angst vor dem Supergau, es war wie Sterben, wirklich die Angst zu sterben. Jetzt fühlt es sich wie ein neues Leben an, ein Leben nach dem Tod.“***

Britta begann, sich als jemand anzunehmen, der mit solchen Ängsten zu kämpfen hatte. Aber sie hatte den Kampf aufgenommen und fühlte sich ihm nicht mehr ohnmächtig ausgeliefert. Im Hinschauen merkte Britta, dass ihre Vorstellung katastrophaler war als die Wirklichkeit, ihre Angst war nicht mehr das übergroße Monster, nicht mehr das unberechenbar Fremde, dem sie sich nur fügen konnte. Trotz Schmerz und Trauer darüber, sich mit solchen Ängsten plagen zu müssen, gelang es Britta immer mehr, ihren Spielraum im Umgang mit der Angst zu entdecken. Die Beeinträchtigung und Enge ihres Lebens weitete sich langsam aus. Die Vorstellung, solch peinliche Situationen überleben zu können, ließ die Überhöhung der Angst deutlich werden und somit etwas machtloser.

B.: ***„Die Angst ist noch nicht weg, das wäre ja zu schön, aber jetzt habe ich sie und nicht mehr sie mich und das lässt mich hoffen!“***

Mit der Zeit wurde Britta erstaunlich phantasievoll im Umgang mit ihrer Angst. Sie begrüßte sie als gute alte Bekannte, gab ihr sogar einen Namen und führte lange Monologe mit ihr.

B.: ***„Früher, wenn die Angst an meine Tür klopfte, habe ich mit aller Kraft versucht, die Tür zu verrammeln, damit sie nicht eintreten kann. Jetzt mach’ ich einfach die Tür auf und lass’ sie rein. Aber ich sage ihr gleich, sie solle ja nicht glauben, sie wäre mit mir allein. Meine Begleiter sind auch der Mut, Humor, Phantasie…! Außerdem braucht sie sich nicht mehr so wild vor meiner Tür gebärden, sie darf ja reinkommen! Ich weiß jetzt, dass sie mich höchstwahrscheinlich noch eine ganze Zeit lang begleiten wird.“***

Britta entwickelte ein neues Gefühl.

B.: ***„Ich kann auch, ich kann mich auch anders entscheiden, ich will mich immer wieder anders entscheiden, auch wenn meine Angst manchmal noch stärker zu sein scheint!“***

Sie entdeckte eigene Kräfte und Ressourcen dem Schrecken zu begegnen, die Wahrscheinlichkeit des Befürchteten immer realer einzuschätzen. Die eigene möglich gewordene Stellungnahme zur Angst ließ sie Schritt für Schritt ins Leben zurückkehren. Das Annehmen der Angst machte es möglich, sie langsam loszulassen, sich nicht alles von ihr gefallen zu lassen.

B.: „Ich bin richtig stolz auf mich, wenn ich merke, dass nicht mehr immer die Angst, sondern ich der Bestimmer bin!“

Aus dieser Distanz heraus konnte Britta immer öfter die Ursachen der Angst, ihre Rolle und Aufgabe im Leben anschauen. Eine Form von lösender Trauer über das nicht gelebte Leben durch die Enge, die die Angst in ihrem Leben bedeutete, wurde möglich. Das gedankliche Kreisen um die befürchteten Katastrophen wurde mehr und mehr aufgegeben und durch klare Stellungnahmen zur eigenen Angst ersetzt. Schrittweise bezog Britta Position gegenüber den angstauslösenden Situationen mit der Leitfrage: Was kann mir eigentlich wirklich passieren? Da Britta inzwischen immer geübter war, ihrer Angst ins Gesicht zu schauen, war sie fest entschlossen, die Angstsituation auszuhalten. Dieser feste Entschluss ist Ausdruck der Arbeit an der Stellungnahme und zeigt die therapeutische Arbeit an der PEA 2. In einem dritten Schritt des Therapieprozesses (PEA 3) geht es um das Hinschauen und Hingehen zu dem, was sie will. Die Leitfrage zu diesem Schritt lautete: Was will ich in dieser Situation, in diesem Moment tun, und wie kann ich das in meine Alltagswelt hineintragen?

Im Verlauf der Therapie habe ich Britta anhaltend dazu herausgefordert, Stellung zu ihren Angstsituation zu nehmen. Die Überhöhung der Angst wurde sichtbar im Durchschreiten des „Tor des Todes“ und schließlich wurde immer mehr Spielraum erlebbar für personal empfundene Werte und Lebensinhalte.

5.9 Angst vor dem Rückfall

Gegen Ende der Therapie konnte Britta immer mehr die Verantwortung für ihre Arbeit mit Angst übernehmen. Ausgestattet mit vielen Informationen und den guten Erfahrungen im Umgang mit ihrer Angst, konnten die Zeitabstände zwischen den Therapiesitzungen vergrößert werden. Das Auftreten von Ängsten unterliegt durchaus Schwankungen und auch nach längeren angstfreien Zeiten kann es wieder zu Anfällen kommen. Diese sollten nicht als Versagen oder Rückschlag bewertet werden, sondern lediglich als Chance, gelernte Strategien erneut zu üben. Die folgenden zehn Regeln (Wittchen & Hoyer, 2006, S. 777) benutze Britta als Grundlage, um ganz eigene spezielle Regeln gegen *ihre* Angst zu entwerfen:

1. Denken Sie immer daran, dass Ihre Angstgefühle und die dabei auftretenden körperlichen Symptome nichts anderes sind als eine „Übersteigerung“ der normalen Körperreaktionen in einer Stresssituation.

2. Solche Gefühle und Körperreaktionen sind zwar sehr unangenehm, aber weder gefährlich, noch in irgendeiner Weise schädlich. Nichts Schlimmes wird geschehen!

3. Steigern Sie sich in Angstsituationen nicht selbst durch Gedanken wie „Was wird geschehen“ und „Wohin kann das führen“ in noch größere Ängste hinein.

4. Konzentrieren Sie sich nur auf das, was um Sie herum und mit Ihrem Körper wirklich geschieht - nicht auf das, was in Ihrer Vorstellung noch alles geschehen könnte.

5. Warten Sie ab und geben Sie der Angst Zeit, vorüber zu gehen. Bekämpfen Sie Ihre Angst nicht. Laufen Sie nicht davon! Akzeptieren Sie die Angst!

6. Beobachten Sie, wie die Angst von selbst wieder abnimmt, wenn Sie aufhören, sich in Ihre Gedanken (Angst vor der Angst) weiter hineinzusteigern.

7. Denken Sie daran, dass es beim Üben nur darauf ankommt zu lernen, mit der Angst umzugehen - nicht sie zu vermeiden. Nur so geben Sie sich selbst eine Chance, Fortschritte zu machen.

8. Halten Sie sich innere Ziele vor Augen, welche Fortschritte Sie schon - trotz aller Schwierigkeiten - gemacht haben. Denken Sie daran, wie zufrieden Sie sein werden, wenn Sie auch dieses Mal Erfolg haben.

9. Wenn Sie sich besser fühlen, schauen Sie sich um und planen Sie den nächsten Schritt.

10. Wenn Sie sich in der Lage fühlen weiterzumachen, dann versuchen Sie, ruhig und gelassen in die nächste Übung zu gehen.

5.10 Reflektion zur Begleitung

Durch den Tod der Mutter war Brittas Verhältnis zum Leben verunsichert. Geborgenheit und Wärme, das, was für sie fraglos sicher war, ist verloren gegangen. Ihr Vertrauen ins Leben ist erschüttert und die Welt ins Wanken geraten, nichts ist mehr so selbstverständlich und klar, wie vor der Erfahrung mit dem Tod. Immer wieder fragt sich Britta, wie sie sich einlassen kann auf ein Leben, das so viel Unheimliches, Riskantes, Ungeborgenes und Bedrohliches bereithält. Sich der Verletzbarkeit des eigenen Seins zu stellen setzte einen Prozess des Trauerns in Gang, in welchem Britta in eine heilsame Nähe zu sich selber fand. Sie verabschiedete sich von der

Vorstellung, das Ausgeliefertsein an die Bedingungen des Lebens abwenden zu können. Auch im Schmerz und in der Trauer, die das Leben fordert, konnte Britta die Entdeckung machen, getragen zu sein vom Leben und „sich selbst zu haben“. Sie konnte zulassen, dass das Wachsen und Reifen der Persönlichkeit ein schwieriger Prozess ist, der unweigerlich Phasen der Einsamkeit, Trennung, des Schmerzes, der selbst verantworteten mühsamen Lebensorientierung mit sich bringt und nicht selten auch viel Angst auslöst.

Britta litt unter ihren Angstaffekten, fühlte sich in ihren Lebensmöglichkeiten eingeschränkt und auch bedroht. Sie hatte erfahren, dass kein Verlass ist auf die Welt und das Leben, sie war einsam und auf sich gestellt. Und somit auch vor die grundsätzliche, wesentliche Frage ihres Lebens: Wie soll mein Leben aussehen, wie will ich es gestalten und leben im Angesicht der Zerbrechlichkeit und Brüchigkeit des Lebens? Brittas Beziehung zum Leben und zur Welt waren stark verunsichert, so hatte sie sich ihr Leben nicht vorgestellt, fast war ihr aller Mut verloren gegangen, sich dem Leben weiter auszusetzen.

Der Gedanke, dass Angst wesentlich zum Menschsein dazu gehört, dass sie uns Wesentliches spürbar machen kann und nicht nur als Krankheit zu sehen und zu bekämpfen ist, war ihr fremd und anfangs empörend. Die aufrüttelnde Kraft der Angst zu entdecken war ein schwerer Weg. Wie kann so ein mächtiges Gefühl Wegweiser für gelingendes Leben sein oder Hilfe, das eigene Wesen in seiner Tiefe zu erkennen, sich selbst näher zu rücken? Aber wenn schon nicht Verlass war auf die Welt und ihre Gegebenheiten, dann wollte Britta sich wenigstens auf sich verlassen können. Aber auch sie selbst machte es sich schwer, sich anzunehmen mit ihrer willkürlich auftretenden Panik. Immer wieder fiel dieses Angstgefühl über sie her, ohne dass sie Raum für eigenes Handeln sah, der Boden schien unter ihren Füßen ins Wanken zu geraten, ihr Halt ging verloren.

Alles logische Argumentieren gegen die Angstanfälle, weiterführende Informationen aus dem Internet oder Beruhigungsstrategien konnten Brittas Panik nicht vertreiben. Britta fühlte sich bedroht von etwas, was einfach über sie fiel und sie mehr und mehr verunsicherte. Sich dieser Angst erst einmal zu nähern, sie ernst zu nehmen und zu verstehen war ein großer Schritt. Durch den Tod der Mutter hatte sich Brittas Verhältnis zum Leben verändert, sie konnte sich nicht mehr sorglos auf das Leben einlassen, das ihr so unheimlich und bedrohlich begegnet war. Nach und nach konnte Britta annehmen, dass es nicht darum gehen konnte, möglichst schnell in Angstfreiheit zu leben. Auf der einen Seite fühlte Britta sich deutlich eingeschränkt, manchmal fast vernichtet durch die Angst, auf der anderen Seite ahnte sie immer mehr auch etwas von dem Verweischarakter der Angst. Dieser „Doppelgesichtigkeit“ (Wicki-Diestelkamp,

2003, S. 33) der Angst zu begegnen, diese Zumutung der Angst auszuhalten wurde Britta immer wichtiger, wenngleich es sie viel Kraft und Mut kostete.

Britta erlebte lange Zeiten der Zurückgezogenheit. Sie konnte ihrer Arbeit nachgehen, verbrachte ansonsten ihre Freizeit in ihrem zuhause und erlebte dies als Raum der Geborgenheit, Sicherheit und des Haltes. Die Erfahrung in der Einsamkeit der Welt zu spüren, dass es sie trotzdem gibt und sie sich selbst auch gegeben ist, stärkte und ermutigte sie. Das Aushalten der Angstsituationen z.B. beim Einkaufen kostete viel Überwindung, aber die Erfahrung, den Boden zu spüren, trotz Angst nicht aus der Welt zu fallen, der Angst ins Gesicht zu lachen, zu wissen, „ich bin nicht die Angst!“ , verhalf Britta zu einem immer gelassenerem Umgang mit der Angst. Britta lernte gegen ihre Ängste anzutreten, zu opponieren mit Hilfe des Humors wie in der Paradoxen Intention oder des sich Abwendens im Sinne der Dereflexion. Sie war überrascht von sich und ihren Möglichkeiten sich selbst zu begegnen, sich selbst zu trotzen. Auch wenn Britta sich ihren Ängsten nicht mehr völlig ausgeliefert fühlte, kostete sie das Ankämpfen gegen diese Angst viel Kraft und Mühe. Im Aushalten der Angst entdeckte Britta den Keim zur Entfaltung ihres ureigensten Wesens und fasste Mut, sich dem Leben und der Welt neu zu öffnen. Sie entdeckte, dass im Dialog zwischen ihr und der Welt auch vertrauensvolle Möglichkeiten geborgen waren, ihr Leben zu gestalten. In kleinen Schritten fasste Britta Mut und Vertrauen, das Leben trotz aller Bedrohung und Unvollkommenheit zu wagen. Es war tatsächlich wie Friedenschließen mit der Angst, die immer noch ihr Begleiter war. Diesen Begleiter galt es nicht mehr zu bekämpfen, sondern ihm im Leben den Platz zu geben, der Not tat.

„Durch die Verklammerung im Netzwerk der Vermeidungsstrategien, durch das Festhalten an unreifen Angstlösungen werden Risiken umgangen, aber auch Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung verspielt, und damit wird der Vorgang der Persönlichkeitsentfaltung auf eine kaum merkliche Weise eingefroren“ (Butollo, 1984, S. 75).

6 Resümee

„Menschsein heißt, in Frage stehen; und Leben heißt, Antwort geben“ (Längle, 2007, S. 127). Die Ganzheitlichkeit des Lebens erschließt sich am schnellsten an der Frage nach der größten Angst des Menschen im Leben. Die Antwort, die hier immer gegeben wird, ist eindeutig. Nichts macht so viel Angst wie der Tod. Trauen wir uns überhaupt, in seine Nähe zu treten, dann ist er wie ein Entsetzen bringender Eindringling ins Leben, wie ein Fremdkörper. Mit dem guten Leben hat der Tod nichts zu tun. „Den Tod empfinden viele Menschen als lebensfeindliches Prinzip“ (Längle, 2007, S. 113). Auch wenn heutzutage Medizin und Wissenschaft alles dafür tut, Herrschaft über den Tod zu gewinnen und zur Religion unserer Zeit aufsteigt um Altern und Tod wenn nicht abzuwenden, dann doch wenigstens so weit wie möglich auf- oder wegzuschieben, schleicht sich dennoch der Tod unabwendbar immer wieder ins Leben. Sind es die grauen Haare oder die zunehmenden Falten, die nur sanft an ihn erinnern, oder ist es der abrupte Kontakt durch Krankheit und Tod im Freundes- oder Familienkreis? Dann bricht er rücksichtslos und machtvoll ins Leben, und die Auseinandersetzung mit ihm ist kaum noch abzuwenden. „Jede Zeit ist auch Sterbenszeit. Je verdrängter diese Realität, desto größer die Angst“ (Längle, 2007, S. 114). In das Leben meiner Klientin drängte sich diese Realität durch den Tod der Mutter in aufdringlichster Weise, und trotzdem gelang es, die Fragen angesichts des Todes abzuschieben und fernzuhalten. Das Verdrängen des Todes macht das Leben eng, und wir schaffen zu viel vom Leben ab.

„Der in der Psychiatrie lange vorherrschende hierarchische Ansatz der Diagnostik wies den Ängsten die unterste Stufe zu. Sie konnten lediglich dann als eigene Störungsbilder klassifiziert werden, wenn keine „höherrangigen“ Diagnosen wie Depressionen oder Psychosen vorlagen“ (Becker & Margraf, 1998, S. 141).

Der hohe Prozentsatz der Bevölkerung der mindestens ein Mal in seinem Leben an einer Angststörung erkrankt, zeigt, wie wichtig und unerlässlich die Entwicklung von guter Diagnostik, einem klaren Störungsverständnis und optimaler Therapie ist.

Es gibt hilfreiche, wissenschaftlich gut fundierte Therapien im Umgang mit Panik und Agoraphobie oder Sozialangst. Die Konzepte von Schneider und Margraf und auch Bandelow sind überzeugend genau ausgearbeitet und für die therapeutische Arbeit sehr förderlich. Ich habe mich in meiner Begleitung von Angstklienten auch in ihren Konzepten gerne versichert. Das „Gedankenexperiment“ von Schneider und Margraf (1998) fordert den Patienten mit vorsichtiger Unnachgiebigkeit dazu auf, sich seinen schlimmsten Befürchtungen zu stellen, sie zu Ende zu denken. Darin wird die Erfahrung gemacht, dass Ängste nachlassen und die befürchtete Katastrophe nicht eintritt. Längle (1996) beschreibt in seiner Methode „Tor des

Todes“ eine der existenzanalytischen Möglichkeiten der Angsttherapie. Ganz ähnlich wie Schneider und Margraf führt er den Patienten zum Grund der Angst. Erlebbar werden muss das Gefühl des Endes, welches „... ein Leben lang immer in allem schlummert“ (Längle, 1996, S. 2).

Existenzanalytische Psychotherapie begnügt sich nicht mit der Erfahrung, dass Angst abflacht und Katastrophen nicht eintreten, die befürchtet wurden. An diesem tiefsten und dunkelsten Punkt kann der Kern der Angst sichtbar werden. Es ist eine große Chance, die Frage zu bergen, die sich in diesem Gefühl zeigt und sich nicht schon zufrieden zu geben damit, dass die Angst nachlässt. Natürlich ist dies schon ein großer Schritt auf dem Weg der Angsttherapie, und man darf ihn nicht gering schätzen. Butollo (1984) fragt zu Recht, ob es den Königsweg der Angst gibt, und er weiß um die Tapferkeit, die es braucht, Angst auszuhalten, wenn er schreibt: „Die Suche nach dem Sinn des Lebens kann wohl kaum ohne die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit unseres individuellen Lebens, etwa mit den Grenzen unseres Denkens und eines damit in Einklang stehenden Handels, gelingen. Vermutlich gibt es keinen Königsweg der Angstbewältigung. Die Suche danach aber, das Aushalten der Unsicherheit darüber, bewirkt unmerklich eine Entwicklung hin zu verantwortlicher und authentischer Lebensführung, zu Hingabe an das Unbekannte, das Unfassbare an den Grenzen unserer Existenz“ (Butollo, 1984, S. 201).

An diesem sensiblen tiefen Punkt angekommen, braucht es den Mut, noch etwas auszuhalten, um dann die Frage zu hören, die sich stellt. Die tiefe Berührung, die hier sichtbar wird, verbindet sich mit der Frage: Mag ich so leben, wie ich es jetzt tue? Habe ich das Leben in seiner Fülle erfasst?

„Das, was den Tod zum Feind und das Sterben so schwer macht, ist das versäumte Leben“ (Längle, 2007, S. 117). Den Verweischarakter der Angst zu entdecken, eröffnet neuen Freiraum, das Leben sinnvoll zu gestalten, „ein Wofür im Leben“ zu entdecken und zu verwirklichen und bedeutet, der Nichtigkeit unseres Daseins zu entgehen (Längle, 2007).

Die befreiende Entdeckung, die Britta machen konnte, war: Ich kann mich meiner Angst stellen und sie aushalten. Meine Gelassenheit mit ihr zu leben wächst. Ich werde nicht ohne sie, sondern trotz meiner Angst leben. Ich bin es, die gelernt hat, ihr zu trotzen. In dieser neugewonnenen Freiheit entstand mehr und mehr Raum, dem Wofür in ihrem Leben nachzuspüren und so das für sie Sinnvolle und Gute leben zu dürfen. Die Frage, die sich im Tor des Todes stellte, machte einen Prozess der Versöhnung mit der Lebensgeschichte und den

Lebensbedingungen möglich und eröffnete eine neugewonnene Freiheit: Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und es zu gestalten.

In Form seines Gedichts „Stufen“ bringt Herman Hesse dieses neue Werden in wenigen Worten zum Ausdruck: „Nimm Abschied Seele und gesunde“.

7 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington D.C.: American Psychiatric Association. [deutsch: Saß, H. et al. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Texrevision DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe].

Balint, M. (1956). *Angstlust und Regression*. Stuttgart: Klett.

Bandelow, B. (2004). *Das Angstbuch*. Hamburg: Rowohlt.

Bandelow, B. (2006). *Angst- und Panikerkrankungen*. Bremen: Uni-Med.

Bauer, E. (2003). Ich habe eigentlich vor Nichts Angst! Der existenzielle Sinn der Angst bei Heidegger und in der Existenzanalyse. *Existenzanalyse, 20*, 2, 12-24.

Becker, B. & Margraf, J. (2002). *Generalisierte Angststörung*. *Ein Therapieprogramm*. Weinheim: Belz.

Blazer, D.G., Hughes, D., George, L.K., Swartz, M. & Boyer, R. (1991). *Generalized anxiety disorder*. In: L.N. Robins, D.A. Regier (Hrsg.). Psychiatric Disorders in America: The epidemiological catchment area study. New York: The Free Press.

Bloch, E. (1996). *Tübinger Einleitung in die Philosophie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bollnow, O.F. (1960). *Existenzphilosophie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Brown, T. A., Moras, K., Zinbarg, R.E. & Barlow, D.H. (1993). Diagnostic and aymptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavier Therapy, 24*, 227-240.

Brwaman-Mintzer, O., Lydiard, B., Emmanuel, N., Payeur, R., Johnson, M., Roberts, J., Jarrel, M.P. & Ballenger, J.C. (1993). Psychiatric Comorbidity in Patients With Generalized Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry, 150, 8*, 1216-1218.

Butollo, W. (1984). *Die Angst ist eine Kraft*. München: Pieper.

Cannon, W.B. (1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage. An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement.* New York: Appleton.

Carlson, N.R. (2004). *Physiologische Psychologie*. München: Pearson.

Darwin, C. (1872). *The expression of emotions in man and animals*. London: John Murray.

Davison, G.C., Neale, J.M. & Hautzinger, M. (2002). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz.

Duden (1982). *Das Fremdwörterbuch.* Mannheim: Bibliografisches Institut.

Duden (1997). *Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache*. Mannheim: Bibliografisches Institut.

Erikson, E.H. (1957). *Kindheit und Gesellschaft*. Zürich: Pan.

Fischer-Danziger, D. & Janout, U. (2000). Die personale Positionsfindung. *Existenzanalyse, 17, 1*, 42-46.

Frankl, V. (1982). *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Deuticke.

Frankl, V. (1983). *Theorie und Therapie der Neurosen*. München: Reinhardt.

Frankl, V. (1986). *Psychotherapie in der Praxis*. München: Piper.

Frankl, V. (1995). *Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie*. In: V. Frankl, V. Gebsattel, J. H. Schultz (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg.

Freud, S. (1957). *Jenseits des Lustprinzips*. In: Gesammelte Werke Band XIII. Frankfurt: Fischer.

Gorman, J.M. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry, 157*, 493-505.

Heidegger, M. (1967). *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer.

Holzamer, A. (1990). *Philosophie. Einführung in die Welt des Denkens*. Augsburg: Pattloch.

Hüther, G. (2002). *Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Jaspers, K. (1974). *Der philosophische Glaube*. München: Piper.

Judd, L.L., Kessler, R.C. & Paulus, M.B. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*, 6-11.

Kast, V. (1996). *Vom Sinn der Angst. Wie Ängste sich festsetzen und wie sie sich verwandeln lassen*. Freiburg: Herder.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.

Kierkegaard, S. (1984). *Der Begriff Angst*. Hamburg: Meiner.

Kierkegaard, S. (1995). *Die Krankheit zum Tode*. Hamburg: Meiner.

Klein, D.F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry, 50,* 306-317.

Kluge, F. (1999). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Berlin: Walter de Gruyter.

Kolbe, C. (1999). Übertragung und Gegenübertragung. *Existenzanalyse, 2, 24-25.*

König, K. (1997). *Abwehrmechanismen*. Göttingen: Vandenhoeck & Pruprecht.

Längle, A. (1993a). *Die Personale Existenzanalyse (PEA) als therapeutisches Konzept*. In: A. Längle (Hrsg.). Praxis der Personalen Existenzanalyse. Tagungsbericht 2. GLE: Wien.

Längle, A. (1993b). *Personale Existenzanalyse*. In: A. Längle (Hrsg.). Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE.

Längle, A. (1995). Logotherapie und Existenzanalyse - eine Standortbestimmung. *Existenzanalyse, 12*, 5-15.

Längle, A. (1996). *Handout Angsttherapie*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Längle, A. (1999). Die existentielle Motivation der Person. *Existenzanalyse, 16, 3,* 18-29.

Längle, A. (2000a)*. Praxis der Personalen Existenzanalyse*. Wien: Facultas.

Längle, A. (2000b). *Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie.* GLE: Wien.

Längle, A. (2001*). Lehrbuch der Existenzanalyse – 1. Teil: Grundlagen*. Wien: GLE.

Längle, A. (2003). *Lehrbuch der Existenzanalyse – 4. Teil: Dritte Grundmotivation.* Wien: GLE.

Längle, A. (2004). *Lehrbuch der Existenzanalyse: Die 1. Grundmotivation.* Wien: GLE.

Längle, A. (2007). *Sinnvoll leben. Eine praktische Anleitung der Logotherapie*. Salzburg: Residenz.

Längle, A. & Holzhey-Kunz, A. (2008). *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Wien: Facultas.

Längle, S. (2003). Grundzüge eines existenzanalytischen Verständnisses der Angst. *Existenzanalyse 20, 2,* 57-61.

Magee, W.J., Eaton, W.W., Witchen, H.U., McGonagle, K.A. & Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, Simple Phobia and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 53*, 159-168.

Marks, I. (1993). *Ängste verstehen und bewältigen*. Berlin: Springer.

Marks, I. & Gelder, M. (1966). Different ages of onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatriy, 123*, 218-221.

Massion, A.O., Warshaw, M.G. & Keller, M.B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*, 600-607.

Mentzos, S. (1990). *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt: Fischer.

Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Wien: Springer.

Nisita, C., Petracca, A., Akiskal, H.S., Galli, L., Gepponi, I. & Cassano, G.B. (1990). Delimitation of generalized anxiety disorder: Clinical comparison with panic and major depression disorder. *Comprehansive psychiatry, 31*, 409-415.

Noack, H. (1965). *Die Philosophie Westeuropas. Die philosophischen Bemühungen des 20. Jahrhunderts*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M.J., Cook, B.L., Suelzer, M., Clancy, J. & Anderson, D.J. (1992). Generalized axiety disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180,* 369-379.

Pfeiffer, J. (1949). *Existenzphilosophie. Eine Einführung in Heidegger und Jaspers*. Hamburg: Meiner.

Reddemann, L. (2005). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett Cotta.

Reich, J. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: a proposal to panic and generalizes anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 176*, 510-513.

Sanderson, W.C. & Barlow, D.H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 588-591.

Sanderson, W.C. & Wetzler, S. (1991). *Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity.* In: R.M. Rapee, D.H. Barlow (Hrsg.). Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression. New York:The Guillford Press.

Schelling, W.A. (1988). *Psychologische und anthropologische Perspektiven der Angst*. In: H.J. Braun, A. Schwarz (Hrsg.). Angst. Züricher Hochschulforum Band 13. Zürich: Verlag der Fachvereine.

Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2003). *Soziale Phobien*. Weinheim: Beltz.

Strian, F. (1996). *Angst und Angstkrankheiten*. München: Beck.

Tutsch, L. & Luss, K. (2000). Anleitung für die biographische Arbeit in der Existenzanalyse. *Existenzanalyse 17, 1*, 31-35.

Waibel, E.M. (1998). *Erziehung zum Selbstwert*. Donauwörth: Auer.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt (Hrsg.). Bern: Hans Huber.

Wicki-Diestelkamp, C. (2003). „Es war nichts ..“. *Existenzanalyse, 20*, *2*, 30-36.

Wittchen, H.U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen. Wie häufig sind Spontanremissionen? *Verhaltenstherapie, 1*, 273-282.

Wittchen, H.U. (1997). *Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen, verstehen und behandeln*. München: Mosaik.

Wittchen, H.U., Zhao, S., Kessler, R.C. & Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 355-364.

Wittchen, H.U. & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Wust, P. (1946). *Der Mensch und die Philosophie. Einführung in die Hauptfragen der Existenzphilosophie*. Münster: Regensbergsche Verlagsbuchhandlung.

Zimmermann, F. (1977). *Einführung in die Existenzphilosophie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aktivierungsbahnen im Gehirn 13

Abbildung 2: Prinzip der Serotonin Aufnahmehemmung 16

Abbildung 3: Übersicht Substanzen und Wirkung bei Angst- und Panikerkrankungen 17

Abbildung 4: Verbreitung und Verlauf der sozialen Phobien 24

Abbildung 5: Komorbidität bei sozialer Phobie 25

Abbildung 6: Art der komorbiden Störung bei Sozialphobie 26

Abbildung 7: Komorbide Diagnosen bei GAS in Prozent 30

Abbildung 8: Personales Dreieck 47

*Abbildung 9 :*Verlauf der Angst 64

Abbildung 10: Teufelskreis der Angst 65

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenz der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Deutschland 19

Tabelle 2: Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des National-Clinic-Survey (NCS) 20

Tabelle 3: Epidemiologische Daten zur Panikstörung und Agoraphobie 33

Tabelle 4: Schritte der PEA 48