

Angsterkrankung oder Traumafolgen?

Skriptum zur Klinischen Psychologie¹

Prof. Dr. Franz Ruppert, Kath. Stiftungsfachhochschule München

1	Die Normalität von Angst	1
2	Rätselhafte Ängste.....	6
3	Klassifikation von ungewöhnlich starken Ängsten.....	7
3.1	Kennzeichen von Phobien/neurotischen Ängsten	7
3.2	Eingegrenzte Ängste	8
3.3	Generalisierte Ängste	9
3.4	Diagnose und Vorkommen von ungewöhnlich starken Ängsten	10
4	Theorien zur Entstehung ungewöhnlich starker Ängste	12
4.1	Das biologisch-medizinische Erklärungsmodell	12
4.2	Der lerntheoretische Erklärungsansatz	14
4.3	Starke Ängste aus tiefenpsychologischer Sicht	17
4.3.1	Angstentstehung nach Freud	17
4.3.2	Angst-Abwehrmechanismen	18
4.3.3	Angst-Charaktere nach F. Riemann	19
4.4	Massive Ängste aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie	20
5	Therapien bei massiven Ängsten.....	22
5.1	Therapien auf der körperlichen Ebene	22
5.2	Verhaltenstherapie	24
5.3	Psychoanalyse	26
5.4	Angsttherapie aus Sicht der systemischen Psychotraumatologie	27

¹ Stand: 8. April 2003; ich bitte das Skriptum wie folgt zu zitieren: Ruppert, F. (2002). Angsterkrankung oder Traumafolgen. München: Katholische Stiftungsfachhochschule München.

1 Die Normalität von Angst

Gegenstand dieses Skriptums sind Ängste wie sie zum Beispiel in Kasten 1 dargestellt sind. Es geht um ihre Erscheinungsformen, ihre diagnostische Einordnung, die Ansätze für ihre theoretische Erklärung und die Möglichkeiten der Angstbewältigung durch Beratung und Therapie.

Kasten 1: Fallgeschichte von Frau M.:

Vor drei Jahren wurde Frau M. wegen eines kleinen operativen Eingriffs für einige Wochen stationär behandelt. Nach ihrer Entlassung ging sie zunächst einmal in ein Cafe, trank dort gemütlich Kaffee und rauchte eine Zigarette (im Krankenhaus hat sie weder geraucht noch Kaffee getrunken). Plötzlich bekam sie starkes Herzrasen und stand Todesängste aus. Ein paar Wochen später hatte sie beim Einkaufen einen weiteren Angstanfall mit ähnlichen Symptomen. Aus Furcht vor einem neuen Anfall wagte sie sich daraufhin nicht mehr, ihre Wohnung zu verlassen. Sie verlor ihre Arbeit.

Ihr Freund, mit dem sie zusammenwohnte, und ihre Mutter gingen abwechselnd für sie einkaufen. Sie versorgte den Haushalt. Zu einer kurzen Besserung kam es erst nach zwei Jahren. Ihr Großvater, an dem sie sehr hing, feierte seinen 80. Geburtstag und drängte sie zu kommen. Trotz anfänglich starker Angst ließ sie sich im Auto zur Feier mitnehmen. Beim Fest hatte sie zu ihrem Erstaunen keine Angst mehr. Nach diesem Erlebnis fasste sie Mut und begann wieder, die Wohnung zum Einkaufen und dann auch für andere Unternehmungen zu verlassen. Die Ängste kehrten in voller Stärke zurück, als ihre Freundin bei einem gemeinsamen Theaterbesuch in Ohnmacht fiel. Daraufhin konnte sich die Patientin nicht mehr überwinden, das Haus zu verlassen, obwohl sie sich Sorgen machte, von anderen Personen deswegen als "verrückt" angesehen zu werden.

Die Angst von Frau M. im Fallbeispiel fällt offensichtlich außerhalb des Rahmens, den wir für Ängste als üblich und normal empfinden. Was aber sind „ganz normale“ Ängste?

Ängste haben Warnfunktionen.- Wir Menschen haben in unserem Alltagsleben z.B. Angst,

- von einem Hund gebissen zu werden,
- den Zug zu verpassen,
- den Arbeitsplatz zu verlieren,
- überfallen und beraubt zu werden,
- vor einer Aufgabe zu versagen und uns zu blamieren,
- einen geliebten Menschen zu verlieren,
- verlassen zu werden und alleine zu sein,
- krank zu werden oder zu sterben.

Ängste sind nützliche und sinnvolle Emotionen, da sie eine Warnfunktion haben und uns zur Vorsicht vor Gefahren veranlassen. Ängste sind sehr wichtige Gefühle, die uns im Lebensalltag begleiten. Je nach Anlass sind sie unterschiedlich stark. Wir erleben sie in den meisten Fällen als belastend.

Ängste sind vielschichtig.- Angst ist weniger ein Zustand als ein psychischer Prozess, der auf unterschiedlichen Ebenen stattfindet:

- *Wahrnehmung/Erinnerung/Vorstellung aktueller Sinneseindrücke oder zukünftiger Ereignisse:* wir sehen, hören, riechen, schmecken oder fühlen etwas, das uns in Schrecken versetzt. Zu einem späteren Zeitpunkt kann es auch genügen, sich an das einmal Wahrgenommene zu erinnern, um wieder in einen Angstzustand zu geraten. Auch die bloße Vorstellung eines zukünftigen Ereignisses kann einen Angstprozess in Gang bringen.
- *Psychophysiologische Erregungszustände und körperliche Reaktionen:* Muskelverspannungen, erhöhter Herzschlag, Zittern, Schwitzen, Übelkeit, heftige Darmbewegungen, Drang zum Harnablassen ... - dies sind Körperreaktionen, denen ein hoher Erregungszustand des sympathischen Anteils des vegetativen Nervensystems zugrunde liegt, der insbesondere durch die Wirkung der Transmittersubstanzen Adrenalin und Noradrenalin in Hirnstammregionen und im limbischen System des Gehirns hervorgerufen wird. Hypothalamus und Hypophysen üben für die Angst-Stress-Reaktion eine wichtige Steuerungsfunktion aus (siehe Kasten 2).
- *Emotionale Bewertungen der Situation:* emotional bedeutet das subjektive Empfinden der Situation, d.h. das Bewerten in Bezug auf die eigene Person und andere Lebewesen: Was bedeutet das jetzt für mich und andere? In der Angstsituation wird die Frage bedeutsam: Welche Gefahr droht und wie groß ist sie? Was könnte mir/anderen geschehen? Was sind die Folgen, wenn ich mich nicht wehren, verteidigen, retten etc. kann? Bei der Gefährdung einer anderen Person stellen sich Gefühlszustände ein wie: Hoffentlich passiert dem nichts? Er wäre schrecklich wenn ...
- *primäre kognitive Einschätzung und Beurteilung:* Hier geht es um eine erste Einschätzung der Bedrohung. Zu welchem Urteil gelange ich bei einer distanzierteren Betrachtung des Angstauslösers? Wie ist er beschaffen? Welche Gegenmittel und Strategien gibt es? Wie komme ich aus einer bedrohlichen Situation unbeschadet heraus? Bei sehr starken Ängsten tritt oft jedoch eine völlige Denkblockade ein. Eine erste gedankliche Analyse der Situation löst im Normalfall weitere psychische Prozesse aus: z.B. wird im Gedächtnis "nachgesehen", ob man eine solche Situation früher bereits erlebt hat; was man damals gemacht hat usw. . Schließlich kommt die Frage auf, welche Handlungsalternativen jetzt offen stehen. In Abhängigkeit von solchen Gedanken kann die Bewertung von "relativ harmlos" bis "lebensbedrohlich" reichen.
- *Verhalten und Handeln in Angstsituationen:* Mit Angst verbundene Erregungszustände lösen nach der Aktivierung der Hirnstammregion und des limbischen Systems im präfrontalen Kortex Flucht und Vermeidungsreaktionen aus. Dies sind reflexhafte Verhaltensmuster wie Angriffs-, Flucht- oder Totstellreflexe (z.B. die Hände schützend vor den Kopf und die Augen halten; keinen Schritt mehr machen können) oder stereotype Handlungen (z.B. an den Nägeln kauen, unruhig hin- und herlaufen). Je nach Gewohnheit und Training kann das Handeln in angstmachenden Situationen aber auch kontrolliert und geordnet sein (vgl. militärisches Training). Die Ängste werden wegdelegiert an die Anführer. Stehen keine hilfreichen Einstellungs- und Verhaltensmuster, keine "Energien" und kein Mut zur Verfügung, um die Angst zu überwinden, löst sich die Angst nicht auf. Sie bleibt und erhöht den Grundpegel der Ängstlichkeit.

- *sekundäre kognitive Angstverarbeitung*: nach dem Überstehen einer angstauslösenden Situation, dem Abklingen von Angstgefühlen, stellen wir uns meist die Frage, ob wir wieder in eine solche Situation geraten können und wie wir uns dann verhalten werden. Ob wir dann besser damit umgehen können oder ob wir hilflos sein werden. Dies führt entweder zu einer positiven (Stolz auf die Überwindung der Angst) oder negativen Selbstbewertung (Scham vor der eigenen Hilflosigkeit, Schuldgefühle, weil wir nicht entschlossen genug gehandelt haben). Im ungünstigen Falle entsteht eine Angst vor der Angst, d.h. dem Wiedererleben des ganzen Prozesses, ohne dagegen etwas tun zu können.

Es ist für das Verständnis von Ängsten wichtig zu wissen, dass die Angst zunächst durch eine Übererregung in den Stammhirnregionen entsteht, diese breitet sich auf die Zwischenhirnregion aus und erhält dadurch ihre emotionale und subjektive Tönung. Von dort breitet sich diese Erregung auf den Frontalen Kortex aus. Sind solche Erregungsbahnen angelegt, kann auch der umgekehrte Weg von der Großhirnrinde, also von den „Kognitionen“ ausgehen und die tieferen Gehirnregionen stimulieren. Angst ist also kein primäres kognitives Problem und deshalb durch kognitive Strategien alleine nicht zu bewältigen.

Angst und Stress.- Eine Reihe psychophysiologischer Einzelsymptome bei Ängsten wird verständlicher, wenn man Angst im Zusammenhang mit der Stressreaktion sieht (u.a. Vester, 1991). Das Erkennen bedrohlicher Umweltreize (z.B. direkter Anblick eines bedrohenden Menschen oder Tieres, Blick in einen Abgrund, plötzliche Geräusche, Brandgeruch ...) und die damit verbundene sofortige Aktivierung und Energetisierung des Körpers stellt eine wichtige Überlebensfunktion für uns Menschen dar. Sie ermöglicht die sofortige Flucht oder das Ausführen von Verteidigungsstrategien in einer akuten Gefährdungssituation. Sie erhöht die Wahrnehmungsfähigkeit und unterstützt so das möglichst rasche Erkennen eines Gefahrensignals und steigert damit auch die Aufmerksamkeit, in Zukunft möglicherweise eintretende Bedrohungen und Risiken vorherzusehen. Das Entstehen von Angstgefühlen ist daher psychophysiologisch eng verknüpft mit der Streßreaktion.

Kasten 2: Die Stressreaktion

Stressauslöser sind bestimmte Alarmsignale aus der Umwelt, wie z.B. rasche Bewegungen, Schatten, ungewöhnliche oder plötzliche Geräusche, Schmerzreize, plötzlicher Anblick eines Feindes etc. Folgende Phasen lassen sich bei der *Streßreaktion* unterscheiden:

- Die Wahrnehmung eines Stressors löst im Zwischenhirn (Thalamus; Hypothalamus) Alarm aus.
- Über den Sympathicusnerv wird sofort die Nebenniere aktiviert, das Nebennierenmark schüttet die Hormone Adrenalin und Noradrenalin in den Blutkreislauf aus.
- Die Hormone beschleunigen den Blutdruck und bringen den Kreislauf in Schwung; es kommt auch zu Schweißabsonderung.
- Zucker- und Fettreserven werden mobilisiert, die Muskeln erhalten eine Traubenzuckerspritze.
- Über die Hypophyse wird das Adrenalin-Corticotrophe-Hormon (ACTH) als Botenstoff zur Nebenniere geschickt; in der Nebennierenrinde wird dann Hydrocortison freigesetzt.
- Hydrocortison konzentriert alle Energie auf die Begegnung mit der Gefahr, alles Überflüssige wird ausgeschaltet (v.a. Verdauung, Sexualität, Immunabwehr).

- Rote Blutzellen überschwemmen die Arterien, für einen besseren Sauerstoff-Kohlendioxid-Austausch; die Blutgerinnungsfaktoren steigen schlagartig an, bei Verletzungen können Wunden so schneller schließen.

Die Stressreaktion bereitet einen Menschen in Gefahr auf eine blitzschnelle Flucht oder einen Angriff vor. Reflektierendes, abwägendes Denken wäre in diesen Situationen Zeitvergeudung, weshalb unter Stress eher die entwicklungsgeschichtlich älteren Gehirnabschnitte in Funktion treten; der langwierigere Zugriff auf das Neuhirn ("Neocortex") unterbleibt, was u.U. für eine gewisse Zeit sogar eine Unfähigkeit zu geordnetem Denken zur Folge hat. Das Denken steht quasi unter dem Zwang zum Handeln. Daher sind in Stresssituationen eher reflexhafte (z.B. rascher Sprung zur Seite, sofortiger Tritt auf die Fahrzeugbremse) und stereotype Verhaltensmuster als überlegtes Handeln zu beobachten.

Ängste als Motor für die persönliche Entwicklung.- Unsere Ängste sind oft ein Hinweis darauf, dass wir uns in einem seelischen Konflikt befinden. Z.B.

- in einem Mittel-Ziel-Konflikt: Ich muss ein Ziel erreichen, habe allerdings nicht die dafür notwendigen Mittel. Ich möchte z.B. eine andere Person beschützen, kann das aber mit meinen Mitteln nicht. Ich habe Angst zu versagen und schuld daran zu sein, wenn dem anderen etwas passiert.
- in einem Entscheidungskonflikt: Ich müsste sowohl das eine als auch das andere tun, wobei sich beides gegenseitig ausschließt. Jemand muss sich z. B. auf zwei Prüfungen gleichzeitig vorbereiten, die Zeit, die er für das eine Fach aufwendet, fehlt ihm beim anderen und umgekehrt.

Leichte bis mittlere Ängste motivieren und fordern heraus, große Ängste blockieren. Das Ausmaß unserer Ängste steht im allgemeinen in einem umgekehrten Verhältnis zu unseren Fähigkeiten, unsere Probleme durch eigenes Handeln zu lösen (z.B. weil wir vom Handeln anderer abhängig sind). Werden Problem- und Konfliktlösungen vermieden und hinausgezögert, führt dies zu einer Steigerung von Ängsten. Kann ein Mensch einen Konflikt über einen längeren Zeitraum nicht befriedigend lösen, ist seine psychische Stabilität bedroht.

Kinderängste.- Weil die Fähigkeiten zum Erkennen und Lösen von Konflikten unter anderem von den Vorerfahrungen eines Menschen abhängen, sind kleine Kinder in der Regel wesentlich ängstlicher als Erwachsene. Sie können, das, was ihren Angst macht, noch nicht richtig beurteilen und einschätzen (z.B. Kommt die Mutter tatsächlich wieder zurück, wenn sie fortgeht, oder lässt sie mich für immer alleine?). Trennungen von den Eltern können kleine Kinder nur schwer verarbeiten. Sie werden dadurch massiv verunsichert.

Deshalb erleben Kinder auch Konflikte, die sie in einem Film sehen (insbesondere bis zum Alter von 6 Jahren) oder Dinge, die sie träumen, als reale Bedrohung. Kinder verfügen noch nicht über ausreichende Angstkontroll- und Sicherungsstrategien, sie können die Angstauslöser oft nicht einschätzen und praktisch damit umgehen. Sie werden von ihren Erregungszuständen und Angstgefühlen oft überwältigt und müssen von Erwachsenen beruhigt werden – am besten durch Körperkontakt.

Kinder können ihre Ängste oft auch nicht genügend zur Sprache bringen und damit bewusst verarbeiten. Zum Teil versuchen sie durch magisches Denken und durch Handlungsrituale ihre Ängste zu bewältigen.

In einer Studie der Technischen Universität Dresden in Zusammenarbeit mit der Christoph-Dornier-Stiftung wurden 230 achtjährige Kinder nach ihren Ängsten befragt (Federer, 1997). Auch die Eltern der Kinder wurden befragt, ob ihre Kinder Ängste hätten. Wie sich zeigte, gab es nur eine geringe Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Eltern und ihrer Kinder bezüglich deren Ängstlichkeit. Jungen stuften sich generell weniger ängstlich ein als Mädchen. Etwa 20% der Kinder gaben an, wiederholt heftige und plötzlich auftretende Ängste zu haben, verbunden mit Kribbeln im Bauch, Herzklopfen und Schwindelgefühlen. An erster Stelle steht die Angst vor Dunkelheit, Geistern und Traumgestalten, dann kommt die Angst vor der Trennung von den Eltern und dem Alleinsein. Danach folgen Angst vor Strafe, Angst vor Streit zwischen den Eltern und Angst vor Hunden. Weitere Angstauslöser sind: Spinnen, Jugendliche, Ärzte, Prüfungsarbeiten, Gruselfilme.

Kasten 3: Julias ungewöhnliche Ängste

Das Phänomen einer sog. generalisierten Angststörung, wie es im Fallbeispiel in Kasten 1 dargestellt ist, fanden die Forscher bei den Kindern nicht. Sie meinen aber, dass ca. 10 Prozent der befragten Kinder unter Ängsten leiden, die die Kinder in ihrer Entwicklung beeinträchtigen und daher besonderer Aufmerksamkeit durch Eltern, Lehrer oder auch Therapeuten bedürften. Als Fallbeispiel werden die Ängste der achtjährigen Julia zitiert: „Die allergrößte Angst, an die sie sich erinnern kann, erlebte sie, als sich ihre Eltern heftig stritten und sie befürchtete, sie könnten sich scheiden lassen. Wiederholt hat sie Alpträume, zum Beispiel davon, dass der Opa gestorben ist. Sie erwacht dann in Todesangst, ihr Herz flattert, ihr wird ganz heiß und sie zittert am ganzen Körper. ... Das gleiche passiert ihr in engen Räumen. ... Manchmal versetzen mich Scherzartikel im Bäckerladen in Angst. Und wenn ich in einem engen Raum bin, habe ich das Gefühl, dass die Wände immer näher kommen, so ein komisches Gefühl, dass ich da irgendwie gepresst werde. Wenn ich allein im Treppenhaus bin und mein Fahrrad in den Keller bringe, denke ich, dass mein Fahrrad auf einmal beißen kann, sich bewegen oder mich verschlucken könnte. Da komm ich mir vor, wie wenn ich die gläserne Jungfrau bin, oder die eiserne. Da werd ich vom Staub so an die Wände gezogen.“ (Federer, 1997, S. 16 ff.)

Die Angst von seiner Mutter getrennt zu werden, ist meines Erachtens die größtmögliche emotionale Reaktion eines kleinen Kindes. Kinder sind darauf programmiert, den Kontakt zur Mutter zu halten, um zu überleben. Daher ist eine längere Zeit der Trennung von der Mutter für das Kind ein höchst beunruhigender und bedrohlicher Zustand. Durch Weinen und Schreien versucht es daher, die Mutter wieder zu sich herzuholen.

Ängste sind kultur-, zeit- und geschlechtsspezifisch.- In Gesellschaften, die an die Existenz von Geistern glauben, können auch die Geister Angst machen (z.B. die verstorbenen Ahnen müssen durch Opfer besänftigt werden). Jede Kultur und jede Zeitepoche hat ihre angstauslösenden Bilder: „der schwarze Mann“, „die Pest“, „der Kommunismus“, „Terroristen“ etc.

Zum Rollenverständnis eines Mannes gehört es in unserer Gesellschaft, möglichst keine Angst zu zeigen. Kleine Jungs werden dazu erzogen, ihre Ängste vor anderen zu ver-

bergen (Schnack und Neutzling, 1992). Es gilt andererseits als besonders feminin, wenn eine Frau sich furchtsam zeigt und einen Mann braucht, der sie vor Gefahren beschützt. Frauen gelten allgemein als ängstlicher als Männer. Ärzte diagnostizieren psychische Erkrankungen von Männern daher häufig als organische Funktionsstörungen, körperliche Erkrankungen von Frauen werden hingegen häufiger als psychisch bedingt erklärt und behandelt.

Normale Ängste haben erkennbare Ursachen und enden mit deren Verschwinden.- Wir halten Ängste für „normal“, wenn ihre Entstehung nachvollziehbar ist und sie eine erkennbare Ursache haben. Es ist dann plausibel, wenn jemand vor etwas Angst hat. Solange die Ursachen bestehen, dauern auch die Ängste an. Verschwindet die Angstursache, löst sich auch das Angstgefühl auf besonders dann, wenn sich der Betroffene selbst als Verursacher des Verschwindens der Angstursache erlebt. Die Erfahrung mit der angstausslösenden Situation wird gespeichert und ist für ähnliche Fälle abrufbar.

Optimistische Risikoeinschätzung.- In der Regel tritt bei fortbestehenden Gefahren ein Gewöhnungseffekt auf. Wir haben daher weniger Angst, uns in ein Auto zu setzen als ein Flugzeug zu besteigen, auch wenn das Risiko, im Straßenverkehr zu sterben höher ist, als durch einen Flugzeugabsturz ums Leben zu kommen. Menschen sind für gewöhnlich optimistischer als es eine objektive Risikoanalyse nahe legen müsste. Wir denken, was anderen passiert, kann uns so leicht nicht passieren. Beeinflusst durch die Medien schätzen wir auch Risiken falsch ein: wir überschätzen seltene Ereignisse (z. B. ein Kind wird Opfer eines Verbrechens) und unterschätzen die Alltagsgefahren (z. B. ein Kind kommt im Straßenverkehr zu Schaden) (Kahneman, Slovic, & Tversky, 1982).

2 Rätselhafte Ängste

Die scheinbar grundlose Angst von Frau M.- Inwiefern sind also die Ängste von Frau M. (vgl. Kasten 1) ungewöhnlich und gehen über leicht nachvollziehbare Alltagsängste hinaus? Zum einen deshalb, weil es normalerweise nicht zu erwarten ist, dass jemand nach dem Genuss einer Tasse Kaffee und einer Zigarette so starkes Herzrasen bekommt, selbst wenn er zuvor längere Zeit weder geraucht noch Kaffee getrunken hat. Vor allem führt auch eine stärkere psychophysiologische Reaktion auf Koffein und Nikotin in der Regel nicht zu Todesängsten. Zum anderen tritt das Angstgefühl plötzlich und unvermittelt auf, hier in einer Situation, in der man es gewöhnlich gerade nicht erwarten würde (entspannte Atmosphäre eines Cafes).

Weiterhin ist es ungewöhnlich, dass sich Frau M. von ihrer Angst ihre gesamte Lebensführung bestimmen lässt, dass sie sich völlig isoliert und ihre Wohnung nicht mehr verlässt und sogar den Verlust ihrer Arbeitsstelle in Kauf nimmt. Sie wird wegen ihrer Ängste zum Betreuungsfall für ihre Mutter und ihren Freund. Sie ist nicht mehr dazu im Stande, für wichtige Dinge ihrer alltäglichen Lebensführung wie z.B. das Einkaufen selbst zu sorgen.

Ungewöhnlich ist auch die geschilderte und von Frau M. erlebte Unfähigkeit, sich von dem Ohnmachtsanfall ihrer Freundin beim gemeinsamen Theaterbesuch abzugrenzen. Ebenso der Umstand, dass sie es in Kauf nehmen muss, wegen ihrer offensichtlichen Ängste bei anderen als "verrückt" zu gelten. Frau M. kann keinen konkreten Auslöser oder seelischen Konflikt benennen, der ihre Ängste hervorruft.

Julias Horrorvisionen.- Auch die Ängste der achtjährigen Julia (Kasten 3) übersteigen das normale Maß kindlicher Ängste an dem Punkt, wo sie Todesangst empfindet und vor harmlosen Gegenständen („Scherzartikel“, Fahrrad) erschrickt, bedrohliche Phantasien entwickelt und um ihr Leben fürchtet.

Panikattacken.- Bei sehr starken Bedrohungen können die kognitiven Funktionen, die planvolles Handeln auch in angstmachenden Situationen ermöglichen, zeitweise ausfallen, es kommt zu Denkblockaden, die Betroffenen reagieren dann eher instinktiv, reflexhaft und häufig auch panisch.

Die verschiedenen körperlichen und geistigen Vorgänge beim Angstprozess beeinflussen sich gegenseitig. Z.B. führt ein frühzeitiges und eindeutiges Identifizieren eines Angstauslösers eher zu einer eindeutigen emotionalen Bewertung, die betreffende Person weiß, was auf sie zukommt, womit sie rechnen muss. Dies führt in der Regel auch zu einer rascheren Beruhigung der physiologischen Erregung und zur Konzentration auf die der Person zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten. Umgekehrt: Nicht identifizierbare Angstauslöser führen zu einem diffusen Angstgefühl, damit zu einer weiteren Steigerung der physiologischen Erregung und Anspannung und zu unentschlossenen bis panikartigen Verhaltensweisen.

Von der normalen und verständlichen Panik unterscheiden sich die sog. Panikattacken, die manche Menschen scheinbar ganz plötzlich und unvermittelt erleiden, die im Durchschnitt 30 Minuten lang dauern (Kasten 4).

Kasten 4: Frau M. berichtet über ihre Angstanfälle:

"Plötzlich geht ein sehr merkwürdiges Gefühl durch meinen Körper. Dann werde ich nervös und mein Herz rast. Ich kriege keine Luft, meine Hände werden richtig feucht vor Schweiß. Ich fühle mich, als ob ich Durchfall bekomme; es schüttelt mich. Oft erscheinen die Dinge um mich herum nicht so, wie sie sein sollten, als ob ich weit weg bin. Dann fürchte ich, dass ich total die Kontrolle verliere, ich denke "ich muss sterben", "ich kann nicht atmen", "ich werde es nie schaffen". Manchmal habe ich Angst, dass ich geisteskrank bin, dass ich nicht damit fertig werde. Wenn ich bei jemandem bin, dem ich vertrauen kann, geht es schneller vorbei."

Auch hier ist wiederum kein Angstauslöser identifizierbar. Unbeeinflusst vom Willen des Betroffenen läuft bei einer Panikattacke ein Prozess ab, der diesem Menschen völlig unverständlich erscheint. Er erlebt Todesangst ohne einen äußeren Anlass.

3 Klassifikation von ungewöhnlich starken Ängsten

3.1 Kennzeichen von Phobien/neurotischen Ängsten

Als Kennzeichen phobischer bzw. neurotischer Ängste werden in der Literatur (z.B. Ehlers & Margraf, 1994) bezeichnet:

- die Ängste stehen, von außen betrachtet, in keinem angemessenen Verhältnis zu einer angstauslösenden Begebenheit,

- die Ängste werden von einer Person als ungewöhnlich stark und lang anhaltend erlebt,
- die Ängste beeinträchtigen die Lebensführung,
- die Angst wird auch von der betreffenden Person subjektiv nicht als sinnvoll erlebt, sie ist jedoch der festen Überzeugung, von dieser Angst nicht loszukommen.

Mediziner und Psychiater wenden auch auf seelische Konflikte und psychischen Auffälligkeiten ihr Paradigma „Krankheit“ an. Sie sprechen daher von Angsterkrankungen. Und da Phobie das griechische Wort für Angst ist und Mediziner Krankheiten in der Regel lateinisch oder griechisch bezeichnen, werden von ihnen Diagnosen wie "Klaustrophobie" (Angst vor dem Eingesperrtsein) oder "Agoraphobie" (Angst vor öffentlichen Plätzen) in Umlauf gebracht.

Auch Psychologen verwenden einen Fachjargon, der von lateinischen Begriffen durchtränkt ist. Verhaltenstheoretisch orientierte Psychologen sprechen bei ungewöhnlich starken Ängsten meist von phobischen Störungen, während Tiefenpsychologen eher von Angstneurosen reden. Ungewöhnlich starke Ängste lassen sich in verschiedener Hinsicht klassifizieren:

3.2 Eingegrenzte Ängste

Auf Entwicklungsphasen und zeitlich begrenzte Ängste.- Hierzu zählen u.a.

- *Schulphobien*: treten bei ca. 1% der jüngeren schulpflichtigen Kinder auf und sind mit körperlichen Symptomen gekoppelt (Einnässen, Appetitlosigkeit); ein starkes Abhängigkeitsverhältnis zwischen Mutter und Kind kann sich wechselseitig verstärken, wenn beide "Trennungsangst" zeigen. Die Ängste klingen ab, je mehr sich das Kind an die neue schulische Umgebung gewöhnt, durch schulische Aufgaben abgelenkt und herausgefordert wird, in der Schulklasse neue Spielgefährten und Freunde findet und je weniger die Mutter ihre eigenen Trennungsängste dem Kind gegenüber zum Ausdruck bringt.

"Geborgenheit und Nähe, das ist der große Traum, dem wir mit vielen unserer Handlungen folgen. Der Traum ist jedoch unerfüllbar, weil die Zugehörigkeit immer gefährdet ist. Manche sagen, man muss den Kindern Sicherheit geben. Je mehr Sicherheit man den Kindern gibt, desto mehr Angst bekommen sie vor dem Verlust der Sicherheit, denn die Sicherheit ist nicht erlebbar ohne die Furcht des Gegenteils. Die Zugehörigkeit muss also immer wieder neu errungen werden, sie ist nie ein fester Besitz ... man weiß nicht, wie lange es dauert. Diese Unsicherheit gehört zum Leben." (Weber, 1995, S. 42)

Die Schulangst älterer Schüler hat weniger mit Trennungsangst zu tun, obwohl sie als eine Verhaltensstrategie zur Angstvermeidung auf frühkindliche Verhaltensmuster (z.B. starke Anhänglichkeit) verweist ("Regression" im Sinne der Psychoanalyse). Der Angstauslöser ist bei älteren Kindern und Jugendlichen daher in dem negativen Erfahrungen zu suchen, die sie in der Schule machen (z.B. Versagen in Prüfungen, Tadel von den Lehrern, körperliche und psychische Gewalt seitens der Mitschüler).

- *Prüfungsangst*: Ängste vor Prüfungen in der Schule mit ihren unangenehmen Folgen für den Prüfling (erhöhte Nervosität, Appetitlosigkeit, Unfähigkeit sich zu konzentrieren) sind weit verbreitet und verständlich, weil begründet - ein Erfolg in einer Prüfungssituation ist auch durch die beste Vorbereitung nicht zu garantieren, sonst wäre es ja keine Prüfung -, sie klingen in der Regel bereits während oder nach einer Prüfung meist rasch wieder ab.

Situativ begrenzte Ängste.- Hierzu zählen

- Angst vor (Klein)Tieren (z.B. Schlangen, Spinnen, Mäuse, Hunde ...),
- Angst vor bestimmten Situationen (z.B. Aufzüge, Dunkelheit, Höhe, Fliegen ...),
- Sexualängste (z.B. Angst vor einer Erektionsstörung).

Diese Ängste stellen möglicherweise archaische menschliche (Ur)Ängste dar und basieren vermutlich auf angeborenen Reflexen. So wird etwa die Angst vor dem Fliegen im Flugzeug durch die Vorstellung aktiviert, selbst keinerlei Kontrolle über den Flugvorgang zu haben, der im Ernstfall Lebensgefahr bedeutet. Obwohl auch der Bahnpassagier keine Kontrolle über den Zug hat, lebt er in der Illusion, auf sicherem Boden zu stehen. Es gibt heutzutage kaum Menschen, die Angst vor dem Bahnfahren haben.

Außer der Notwendigkeit, die entsprechenden angstauslösenden Situationen zu vermeiden, bringen situativ begrenzte Ängste für die betreffenden Personen keine weiteren Einschränkungen mit sich. Diese können sich mit ihrer Angst arrangieren.

Unter sexuellen Versagensängsten leiden etwa 10% der Männer in Deutschland. Wenn sie trotz offenkundiger Zusammenhänge zwischen der Streßreaktion und der Einschränkung sexueller Lust lieber bei Medizinerinnen als bei Psychotherapeuten Hilfe suchen, verweist auch dies auf die Quelle ihrer Probleme: ein funktionales und leistungsbetontes Verhältnis zum eigenen Körper. Impotenz wird so zur narzißtischen Kränkung. Psychotherapeutische Hilfeleistung in Anspruch zu nehmen, kommt für Männer mit dieser Einstellung dem Eingeständnis des persönlichen Versagens gleich. Viagra ist daher ein Kassenschlager.

3.3 Generalisierte Ängste

Folgende Angstformen führen meist zu massiven Einschränkungen der Lebensführung:

- *Ängste vor Ansteckung*: da die vermuteten Bakterien und Keime nicht wahrnehmbar sind und theoretisch überall vorhanden sein können, lässt sich die Angstbewältigungsstrategie (z.B. Achten auf Hygiene, Händewaschen) nicht eingrenzen und es kommt zu einer generalisierten Kontrollstrategie und deren Ausweitung zu Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (vgl. dazu das entsprechende Skriptum).
- *Soziale Ängste*: Darunter sind Angstreaktionen in einem breiten Bereich sozialer Situationen zu verstehen. Gezeigt werden sie von scheuen, gehemmten, schüchternen und zurückgezogen lebenden Menschen, die sich wenig an sozialen Aktivitäten beteiligen und kaum von sich aus soziale Initiativen ergreifen. Oft sind es gravierende Mängel an sozialen Fertigkeiten, die zu Angst führen (z.B. beim Sprechen in der Öffentlichkeit stottern, sich dafür dann schämen, bereits beim Gedanken daran feuchte Hände bekommen, Herzklopfen haben, zunächst blass werden und dann einen roten Kopf bekommen; nicht nein sagen können; sich seine Wünsche nicht zu äußern trauen; keine Kontakte knüpfen können).

Soziale Angst wird meist nach der Pubertät auffällig und oft chronisch. 50% der Patienten mit Sozialängsten zeigen scheues und zurückgezogenes Verhalten bereits in der Kindheit (siehe dazu Kasten 5). Solche Menschen sind auch überangepasst, sie befürwor-

ten das Anlegen hoher persönlicher Maßstäbe und beurteilen die Schwächen anderer besonders hart.

Kasten 5: Sozialangst bei Kindern

In einer Längsschnittstudie des Max-Planck-Instituts (Asendorpf, 1992) wurden Mädchen und Jungen beginnend im Alter von 3-4 Jahren acht Jahre lang untersucht (Untersuchungen im Kindergarten und in der Grundschule mit Hilfe eines am Kind verdeckt angebrachten Walkman mit Mikro, sowie im Labor mit Hilfe von Videoeinsatz). Es wurden je 20 als normal und 20 als extrem schüchtern eingestufte Kinder untersucht. Folgendes kam heraus:

- Die Schüchternen sprechen bei Schulbeginn und in der großen Pause weniger, im Unterricht macht sich dieser Unterschied zu den Normalen nicht bemerkbar. Auch nicht zu Hause - es sei denn, es kommen dort Fremde hinzu.

Dabei gibt es offenbar 2 Gruppen schüchterer Kinder:

- "Fremdenmuffel", das sind Kinder, die temperamentsbedingt Schwierigkeiten haben, mit fremden Kindern und Erwachsenen Kontakt aufzunehmen.

- "Internalisierer", die oft von anderen abgelehnt und nicht genügend beachtet wurden und aufgrund ihrer "negativ gefärbten Wahrnehmung" erwarten, dass sie nicht ankommen und grundsätzlich abgelehnt werden. Sie reagieren ihre Ängste nicht über Aggressionen nach außen ab, sondern wenden ihre Selbstzweifel gegen sich selbst ("Verinnerlichung negativer Gefühle"). Sie sind auch gegenüber Vertrauten und in einer gewohnten Umgebung zurückhaltend. Sie zeigen nicht eine vorübergehende Befangenheit gegenüber Fremden, sondern eine prinzipielle "Bewertungsängstlichkeit": Mache ich mich lächerlich? Werde ich als interessanter Spielpartner angesehen? Wenn sie nicht ankommen, ruft dies die "Bewertungsschüchternheit" hervor: Ich werde Schwierigkeit mit anderen Kindern haben, also traue ich mich erst gar nicht, mit ihnen in Kontakt zu kommen. Internalisierer entwickeln im sozialen Bereich Minderwertigkeitsgefühle und berichten mehr über Einsamkeit. Im Leistungsbereich schätzen sie sich dagegen als normal ein.

Die Fremdenangst ist als harmlos anzusehen und sollte für Eltern und Erzieher keinen Anlass zur Sorge geben. Für solche Kinder ist eine stabile soziale Umwelt für ihre weitere Entwicklung förderlich. Die Bewertungsschüchternheit kann dagegen auch zu Depressionen führen, ein früher Wechsel einer Gruppe (z.B. im Kindergarten) kann hilfreich sein, da Bewertungsschüchternheit offenbar auch davon abhängt, in welchen sozialen Gruppen das Kind sich aufhält.

- *generalisierte und chronische Angst*: allgemeine, diffuse, unspezifische Angst, die sich in immer wiederkehrenden Angstanfällen/Panikattacken äußert und für den Patienten zu einer dauernden Begleitemotion seines Lebens wird (siehe Fallbeispiel Kasten 1 und 3).

3.4 Diagnose und Vorkommen von ungewöhnlich starken Ängsten

Angst tritt als Symptom selten alleine auf. Starke Ängste kommen besonders häufig in Kombination mit Depressionen und Zwängen vor.

Diagnosemöglichkeiten.- Das Ausmaß von Ängsten wird in der Praxis ermittelt durch

- Befragungen, auch unter Einsatz von Angstfragebögen,
- Verhaltensbeobachtung (z.B. Zittern, Schwitzen, Fingernägelkauen, geweitete Pupillen ...),
- physiologische Messungen (z.B. Adrenalinlevel im Blut, Herzschlagfrequenz, Puls, Psychogalvanische Hautreaktion, d.h. Angst führt zu erhöhter Schweißproduktion, damit erhöhter Hautleitfähigkeit und somit geringerem Hautwiderstand).

Der Zusammenhang ("Korrelation") zwischen der Selbstauskunft und den physiologischen Kenngrößen ist bei Angst niedrig, weil die physiologische Erregung oft unspezifisch und die Selbstbeobachtung bei den meisten Menschen nicht sehr gut ist. Angstgefühle werden auch häufig verleugnet und stattdessen in körperlichen Beschwerden zum Ausdruck gebracht.

Auftretenshäufigkeit phobischer Störungen nach DSM-IV.- Massive Ängste werden im DSM-IV unter der Kategorie "Angststörungen" eingestuft (Saß, Wittchen und Zaudig, 1998, S. 453 - 508). Schätzungsweise 8% aller Menschen in Deutschland leiden unter Phobien, ca. 1% ist deshalb in psychologischer/psychiatrischer Behandlung. Nach einer Untersuchung von Wittchen & Perkonig (1993) treten bei 13 - 16% der deutschen Bevölkerung Panikattacken zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben auf, Panikstörungen entwickeln sich daraus bei 2,3 - 3,5%. Panikattacken und -störungen treten bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männern. In absoluten Zahlen sieht das dann etwa so aus:

- unter spezifischen Phobien leiden in Deutschland ca. 6,9 Millionen Menschen,
- unter Platzangst (Agoraphobie) ca. 4,1 Millionen Menschen,
- unter generalisierten Ängsten ca. 3,2 Millionen Menschen,
- unter Panikattacken ca. 1,8 Millionen Menschen,
- unter sozialen Ängsten ca. 1,6 Millionen Menschen.

Im DSM IV werden folgende Kriterien für die Vergabe von Angstdiagnosen angelegt:

- Kriterien für eine spezifische Phobie

- (1) Ausgeprägte, anhaltende, übertriebene oder unbegründete Angst bei Vorhandensein oder Erwartung spezifischer Objekte oder Situationen (Höhe, Fliegen, Blut ...).
- (2) Unmittelbare Angstreaktion bei Konfrontation evtl. bis zur Panikattacke.
- (3) Person erkennt, dass Angst unbegründet und übertrieben ist.
- (4) Meidungsverhalten oder Ertragen der Situation unter großer Angst oder starkem Unbehagen.
- (5) Das Vermeidungsverhalten beeinträchtigt deutlich die normale Lebensführung und verursacht erhebliches Leiden.

- Kriterien für Platzangst (Agoraphobie)

- (A) Angst an Orten zu sein, von denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte oder wo im Falle einer unerwarteten oder durch die Situation begünstigten Panikattacke oder panikartiger Symptome Hilfe nicht erreichbar sein könnte.
- (B) Die Situationen werden vermieden oder sie werden mit deutlichem Unbehagen oder mit Angst vor dem Auftreten einer Panikattacke oder panikähnlicher Symptome durchgestanden bzw. können nur in Begleitung aufgesucht werden.

- Kriterien für Soziale Angst

- (1) Ausgeprägte und anhaltende Angst in sozialen oder Leistungssituationen bei Konfrontation mit unbekanntem Personen; Angst vor Beurteilungen; Angst, Verhalten zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.
- (2) Die gefürchtete soziale Situation ruft eine unmittelbare Angstreaktion hervor evtl. bis zur Panikattacke.

- (3) Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.
- (4) Vermeidungsverhalten oder Ertragen der Situation nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein.
- (5) Das Vermeidungsverhalten beeinträchtigt deutlich die normale Lebensführung und verursacht erhebliches Leiden.

- Kriterien für eine Panikattacke

- (1) Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag
- (2) Schwitzen
- (3) Zittern oder Beben
- (4) Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot
- (5) Schmerzen, Beklemmungsgefühle in der Brust
- (6) Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden
- (7) Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein
- (8) Derealisation oder Depersonalisation
- (9) Gefühl, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden
- (10) Angst zu sterben
- (11) Taubheit oder Kribbelgefühle
- (12) Hitzewallungen oder Kälteschauer

Typisch ist das abrupte Auftreten. Für die Diagnose „Panikattacke“ genügen mindestens vier der genannten Symptome. Die Panikattacke hat ihren Höhepunkt innerhalb von 10 Minuten. Sie kann auch Stunden andauern, bis der Betroffene wieder an einem Ort ist, an dem er sich sicher fühlt.

4 Theorien zur Entstehung ungewöhnlich starker Ängste

4.1 Das biologisch-medizinische Erklärungsmodell

Als Nichtmediziner kann ich die komplexen Überlegungen und Untersuchungen von Biologen, Pharmakologen oder Medizinern zur Entstehung von massiven Ängsten im Detail nicht ausreichend nachvollziehen und darstellen. Ich zitiere daher im Folgenden etwas ausführlicher die Sicht eines auf diesem Gebiet besonders prominenten Forschers, Professor Florian Holsboer vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München:

„Neurobiologische Erforschung von pathologischer Angst hat sich in den letzten Jahrzehnten als besonders fruchtbar erwiesen und eine Reihe klinisch gut umsetzbarer Ergebnisse hervorgebracht. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Sicher ist wichtig gewesen, dass – anders als bei Depression und Schizophrenie – für Angstzustände valide tierexperimentelle Paradigmen vorliegen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die gute klinische Wirksamkeit von Benzodiazepinen, deren Rezeptor am GABA-regulierten Chlorid-Kanal elektrophysiologisch und mole-

kularbiologisch, aber auch tier- und humanexperimentell gut charakterisiert ist. Schließlich hat die psychiatrische Angstforschung sehr davon profitiert, dass pharmakologische Provokationsmethoden Krankheitssymptome hervorrufen können und damit eine Therapiekontrolle ähnlich verfügbar wurde, wie dies in anderen medizinischen Fächern üblich ist (z.B. Fahrradergometer bei Herz-Kreislaufkrankungen oder Glukose-Test bei Diabetes).

Bis heute ist die Pathogenese der verschiedenen Angsterkrankungen nicht bekannt. Aufgrund genetischer und klinischer Daten ist es sinnvoll, die Panikerkrankungen gegenüber anderen Formen pathologischer Angst abzugrenzen. Die von Klein postulierte Überempfindlichkeit des Erstickungs-Alarmsystems ist konzeptionell attraktiv, löst aber die Frage nach der Neurotransmitter/Rezeptor-Störung, die das Signal weiterleiten, um Angst- und Paniksymptome zu auszulösen und zu koordinieren. Auch die akute Wirksamkeit von Benzodiazepinen und die Langzeitwirksamkeit von Antidepressiva kann durch die klinische Hypothese nur indirekt erklärt werden. Aufgrund tierexperimenteller und zellbiologischer Untersuchungen sowie klinischer Befunde scheint der zentralgesteuerten Aktivierung des Locus coeruleus wegen veränderter Reaktionsbreite prä- und postsynaptischer Alpha-2-Adrenozeptoren, möglicherweise ausgelöst durch überempfindliche CO₂-Sensoren, und der gleichzeitigen Überaktivität von CRH-Neuronen nicht nur im Hypothalamus, sondern auch in den anderen Kerngebieten eine zentrale Rolle zuzukommen. Auch die von Klein beschriebene Hyperventilation als Prädiktor von Laktat-induzierter Panik ist mit dem CRH-Konzept vereinbar, denn CRH-Infusionen haben sich als wirksame Therapieverfahren von Atemstimulation erwiesen. ...

Angst und Panik sind emotionale Zustände, denen äußerst komplexe neuronale Prozesse zugrunde liegen. Genetische Determination spielt hier ebenso eine kausale Rolle wie lebensgeschichtliche Einflüsse, die erst die Penetranz einer bestimmten genetischen Disposition ermöglichen. Die zahlreichen neurobiologischen Befunde bei Angstpatienten spiegeln das Ergebnis des Wechselspiels zwischen exogenen und endogenen Faktoren wieder und eröffnen sowohl eine neue Möglichkeit zur Evaluation künftiger Therapieverfahren als auch die Vertiefung unserer Kenntnisse zur Genese pathologischer Angst.“ (Holsboer, 1993, S. 20)

Die umfangreichen Forschungsanstrengungen der medizinisch orientierten Psychiatrie zur Aufklärung der Grundlagen massiver Ängste sind sicher beeindruckend. Es ist auch nicht zu bestreiten, dass auf diesem Wege das Verständnis über die komplexen Abläufe stetig wächst, die in unserem Gehirn auf physikalisch-chemischer Ebene vorzufinden und die mit den emotionalen und geistigen Phänomenen unbestreitbar verbunden sind.

Dennoch möchte ich Einwände erheben gegen die Argumentations- und damit Forschungslogik, die der psychiatrischen Sichtweise zugrunde liegen. Obwohl nämlich bisher noch Niemand ein spezifisches „Gen“ gefunden hat, das sog. pathologische Ängste verursacht, wird dies als nicht hinterfragbares Axiom aller psychiatrischen Argumentationen behauptet. Gene erscheinen damit als die letzte Ursache allen weiteren Geschehens („genetische Determination“). Auch Mediziner wie Holsboer bestreiten zwar den Einfluss lebensgeschichtlicher Ereignisse auf die Entstehung von Ängsten nicht. Sie retten und zementieren ihr Axiom von der genetischen Ursache aber über einen Argumentationstrick: Jedes Mal, wenn jemand massive Ängste bekommt, bringen die äußeren Ereignisse die „genetische Disposition“ zum Durchbruch („Penetranz“).

Die Gentheorie ist damit unwiderlegbar. Treten bei einem Menschen keine Ängste auf, so hat er entweder keine genetische Disposition dazu oder die äußeren Ereignisse sind zu schwach, um seine Disposition zum Ausdruck zu bringen. Treten Ängste auf, so ist das immer ein Hinweis auf die genetische Disposition bei diesem Menschen.

Eine solche Theorie erfüllt damit weder die Kriterien des Positivismus (konkreter Nachweis der Existenz einer Sache), noch die des kritischen Rationalismus (Falsifizierbarkeit der Theorie). Wenn solche unwissenschaftlichen Theorien also dennoch beibehalten werden, so in der Regel deswegen, weil damit persönliche Interessen eines Wissenschaftlers und Macht- und Wirtschaftsinteressen gesellschaftlicher Gruppen verbunden sind (vgl. dazu auch das Skriptum „Sozialwissenschaftliche Methoden und Arbeitsweisen“).

Die standespolitischen Interessen liegen bei der medizinischen Psychiatrie auf der Hand. Durch die theoretische Zurückführung („Reduktion“) emotionaler Zustände auf medizinisch nachweisbare Stoffwechselforgänge und letztlich „Gene“ definiert die Medizin die Phänomene seelischer Konflikte als „Krankheiten“ und verleibt sie damit ihrem Zuständigkeitsbereich ein. Sie grenzt damit andere Berufsgruppen, die sich auch mit den seelischen Erlebens- und Leidenszuständen von Menschen befassen (v.a. Psychologen und Sozialpädagogen), von der gesellschaftlich anerkannten und honorierten Therapie aus oder degradiert sie zu Heilhilfsberufen, die der Medizin gegenüber nachrangig sind. Wer massive Ängste hat, soll zuerst einen Arzt konsultieren, der mit einem Medikament die Ängste zu beseitigen und lindern sucht. Wenn das nicht hilft, kann er gerne, möglichst auf eigene Kosten, zu einem Psychologen oder sonstigen Heiler gehen.

4.2 Der lerntheoretische Erklärungsansatz

Die Verhaltenstheorie hat als ihre Grundlage die Lerntheorie. Sie geht daher davon aus, dass auch „Phobien“ gelerntes Verhalten sind. Dabei gibt es nach Ansicht der Verhaltenstheorie mehrere verschiedene Arten des Erlernens von Angst:

- Manche Angstreaktionen entstehen reflexhaft. Eine Reihe von Stimuli und Situationen sind bei nahezu allen Menschen besonders geeignet, Angstreaktionen auszulösen. Es sind dies vermutlich ursprünglich biologisch relevante, da für das Überleben der Art bedeutsame Wahrnehmungsreize wie sie z.B. Schlangen Spinnen oder Donnergeräusche darstellen. Solche Reize können im Sinne der Pawlowschen Lerntheorie (vgl. Zimbardo 1992, S. 230 ff.) als "unkonditionierte Stimuli" reflexartige Reaktionen hervorrufen. Diese Vorstellung ist geeignet, den Automatismus der Angstreaktion zu kennzeichnen.
- Im Sinne der "klassischen Konditionierung" wird Angst also als Gefühl bzw. Reaktion erlernt. Am leichtesten werden die genannten evolutionär relevanten Angstreize konditioniert, sie lösen viel leichter Angstreaktionen aus als z.B. der Anblick eines Maschinengewehrs, vor dem jemand durchaus mehr Grund zum Fürchten hätte als vor einer Spinne. Sie zeigen auch eine höhere "Löschungsresistenz" und sind durch Informationen schlechter beeinflussbar.
- Aber auch ein ursprünglich neutraler Reiz kann durch Koppelung mit einem angeborenen Angstreiz zum Angstaustlöser werden (klassisches Beispiel: der kleine Albert von Watson & Rayner, bei diesem Jungen wurde durch Verknüpfung des Spielens mit Tieren und einem lauten Geräusch eine Angst vor den Spieltieren hervorgerufen (Zimbardo, a.a.O., S. 236). Der Anblick eines Schulgebäudes, aber auch die Erinnerung an bestimmte Schulsituationen können daher selbst beim Erwachsenen noch Herzklopfen und Unsicherheit bewirken.
- Im Sinne der sozialen Lerntheorie, die insbesondere von dem Psychologen Bandura (vgl. Zimbardo, a.a.O., S. 260 f.) experimentell erforscht wurde, können Auslöser für Ängste nicht nur selbst erlebte Situationen sein, somit also die Konsequenz von eigenen und un-

mittelbaren Erfahrungen, sondern auch Erlebnisse anderer, die wahrgenommen werden ("Modellpersonen") oder über die Berichte verfügbar sind, können Ängste hervorrufen. Aktuelles Beispiel sind die massiven Ängste, die bei vielen Menschen weltweit durch den Terroranschlag auf das World Trade Center in New York am 11. September 2001 ausgelöst wurden.

Wer unter starken Ängsten leidet, verfügt über kein für ihn plausibles Modell für deren Entstehung. Er hat damit auch keine Möglichkeiten, sich beurteilend und bewertend mit dem Angstauslöser auseinander zu setzen, seine Angstreaktion darüber einzugrenzen, im einfachsten Falle darauf zu warten, bis die Ängste wieder verschwinden. Nach Schachter und Singer (vgl. u.a. Zimbardo, 1992, S. 386 f.) versuchen Menschen die an ihnen wahrgenommene unspezifische physiologische Erregung kognitiv zu deuten, d.h. eine Ursache für ihre Emotionen zu finden. Sie erleben demnach keine Angst, wenn sie ihre Erregung auf eine bestimmte Ursache zurückführen können (z.B. Verabreichung einer Adrenalininjektion), und ängstigen sich nur dann, wenn sie ihre körperlichen Symptome nicht zu deuten wissen.

Eine subjektiv nicht als sinnvoll verstehbare Angst führt daher eher zu einer Fixierung der Aufmerksamkeit auf die von einem Betroffenen erlebten körperlichen Angstsymptome und zu einer gesteigerten Sensibilität für ihr erneutes Auftreten. Verbunden ist mit dieser Hypersensibilität für die eigenen Körperreaktionen die gesteigerte Angst vor dem Wiederauftreten der Angstsymptome, da die Angst dadurch als nicht kontrollierbar erlebt wird und durch Versuche der gedanklichen Einflussnahme auf die körperlichen Symptome tatsächlich auch nicht kontrollierbar ist (beständige "Angst vor der Angst").

Diese gesteigerte Angst verstärkt ihrerseits durch entsprechendes Verhalten die Angstsymptome, z.B. durch Hyperventilation beim Wahrnehmen von körperlicher Anspannung oder Herzklopfen, was wiederum die physiologischen Reaktionen steigert, die der Betroffene als Angst deutet usw. Es kommt zu einem Aufschaukelungsprozess.

Im Extrem führt dieser Aufschaukelungsprozess zu Angstanfällen, sogenannten Panikattacken, die sich immer weiter steigenden Angstsymptome (Zittern, Schwindel, Benommenheit, Herzrasen) rufen beim Betroffenen dann schlimmste Befürchtungen wach (Angst vor totalem Kontrollverlust, Angst vor Herzstillstand, Angst sterben zu müssen).

Diese abstrakte, auf ihre vegetativen Komponenten reduzierte Angst, die sich die Betroffenen nicht deuten können und die sie daher nur als unkontrollierbaren körperlichen Prozess erleben, wird konsequenterweise zu einem ebenso abstrakten Bedürfnis nach Angstkontrolle und Sicherheit. Diese Menschen entwickeln eine völlig unspezifische, an keinem anderen Kriterium als ihren Körperreaktionen orientierte, daher auch generalisierte Angstkontrollstrategie.

Im Sinne der "instrumentelle Konditionierung" (mit diesem Begriff ist v.a. der Name Skinner verknüpft, vgl. Zimbardo, a.a.O., s. 242 ff.) wird durch Angst "Vermeidungsverhalten" erlernt, weil das Vermeidungsverhalten das Angstgefühl reduziert und damit das gezeigte Vermeidungsverhalten "verstärkt". Scheinbar paradox wird ein Angstverhalten auch dann noch gezeigt, wenn der Angstauslöser gar nicht mehr wirksam ist (klassisches Beispiel: die Hunde von Seligman, sie verlassen auch dann auf ein Lichtsignal hin den Gitterrost, wenn sie nicht mehr durch Stromstöße bestraft werden; vgl. Zimbardo, a.a.O., S. 253). Die einmal konditionierte Angst bleibt aufgrund der Vermeidungsreaktionen stabil, weil keine gegenteiligen Erfahrungen mehr gemacht werden können. Wer z.B. Angst hat, sich infizieren zu können und

sich daher immer wieder die Hände wäscht, kann die Erfahrung nicht machen, dass er sich nicht infiziert, wenn er die Hände einmal nicht wäscht.

Chronische Sozialangst wird von Psychologen, die sich stark an die Lerntheorie anlehnen, nicht nur durch den Hinweis auf das Vermeidungsverhalten des „Phobikers“, sondern auch auf die unvorhersehbare Reaktionen seiner Umwelt gedeutet. Aus Angst vor Kritik, Ablehnung, vor dem Im-Mittelpunkt-stehen, dem Versagen in sozialen Situationen gehen z.B. schüchterne Menschen Gelegenheiten aus dem Wege, in denen sie ihre sozialen Fertigkeiten trainieren könnten. Auf diesem Wege generalisiert die soziale Angst (Leidig, 1994).

Als Ursache für solche Entwicklungen nennen Petermann & Petermann (1990) aber auch Vernachlässigung und inkonsequentes Erziehungsverhalten. Die Eltern zeigen demnach Aufmerksamkeit, Anerkennung, Lob für das Kind ebenso unvorhersehbar wie Nichtbeachtung oder Tadel. Den Kindern mangle es an Sicherheitssignalen dafür, wann sie aus der angespannten Lage angstfrei heraustreten können: "Die Zuwendung, die diese Kinder erfuhren, erfolgte oft sporadisch nach Zeit und Stimmung der Bezugspersonen, da diese durch Beruf oder sonstige ungünstige Bedingungen oft stark belastet waren. Für die Kinder und Jugendlichen war kaum ein Zusammenhang zwischen ihrem und dem Verhalten der Eltern erkennbar ... also nicht kontrollierbar." (Petermann & Petermann, a.a.O., S.15)

Wer einmal eine Panikattacke erlebt hat, hat Angst davor, erneuten Angstanfall zu erleiden. Die „Angst vor der Angst“ ist daher nach Ansicht der Lerntheorie ein wesentlicher Mechanismus, der die Angst wach hält und sogar steigert. Das Gefühl der Kontrolle über die Angst ist aber sehr wichtig für das Erleben von Angst. Daher suchen Menschen mit übermäßig starken Ängsten nach Kontrollstrategien für ihre Ängste.

Das Experiment von Geers, Davison & Gatchel (1970) (vgl. Davison & Neale, a.a.O., S. 132) zeigt: Auch wer nur glaubt, über eine Situation (z.B. einen elektrischen Schlag zu bekommen) Kontrolle auszuüben, zeigt physiologisch weniger Angstsymptome, obwohl er wie alle anderen die elektrischen Schläge nach wie vor abbekommt. Der Glaube an die Kontrollmöglichkeit verändert die physiologische Reaktion, reduziert den Stress und macht so das Ertragen der unangenehmen Ereignisse offenbar leichter.

kann sich auch durch noch so konsequentes Vermeidungsverhalten nirgends und nie sicher sein, seine Ängste kontrollieren zu können und keinen

Angstvermeidungsstrategien sind u.a.: Nicht mit der U-Bahn oder einem Zug fahren, keine Fahrstühle benutzen, kaum mehr aus dem Haus gehen. Personen, die ihre Ängste mit Medikamenten zu unterdrücken hoffen, sorgen sich immer darum, genügend Tabletten zur Hand zu haben. Angstvermeidungsstrategien sind expansiv, d.h. sie tendieren dazu, sich immer mehr auszuweiten. Unsicherheit und Angst treten dann bereits bei der Vorstellung auf, den immer enger werdenden Sicherheitsbereich zu verlassen, mit fremden Menschen in Kontakt zu kommen oder nicht genügend Medikamente zur Verfügung zu haben. (vgl. Fallbeispiel in Kasten 1). Sogenannte angstlösende Medikamente („Anxiolytika“), Beruhigungs- und Schlafmittel erfordern eine Dosissteigerung, um zu wirken, und machen meist süchtig. Nach Wittchen & Perkonig (1993) kommt Medikamentenmissbrauch insbesondere bei älteren Menschen mit starken Ängsten vor.

Der für den „Phobiker“ fehlende Begründungszusammenhang für seine Angstanfälle führt auch zu einem massiven Selbstbewertungsproblemen. Die betreffende Person wird sich selbst zu einem Rätsel, sie bekommt nun sogar Angst, nicht mehr normal, vielleicht sogar "ver-

rückt" zu sein. Daraus resultieren Schamgefühle, anderen diese Angst nicht mehr plausibel machen zu können, was den sozialen Rückzug wiederum verstärkt usw. . Die sog. kognitive Verhaltenstheorie sieht daher auch in den fehlerhaften Denkmustern von Menschen mit psychischen Problemen eine wichtige Ursache für das Weiterbestehen ihrer Probleme.

Nach Beck (vgl. dazu Davison & Neale, 1979, S. 201 ff.) halten sich Menschen mit hoher Angst für besonders verletzlich, sind überempfindlich, unter Belastung können sie ihre emotionalen Reaktionen nur schwer modulieren und ihre Ängste auf den Realitätsgehalt überprüfen; sie nehmen die eigene Angstreaktion als Anzeichen dafür, nicht mehr richtig zu funktionieren: dies nennt Beck dann "Denkschemata", "Fehlattraktionen", die das Wahrnehmen, Denken und Handeln von „Phobikern“ generell einschränken.

Meines Erachtens beschreibt der Erklärungsansatz der Verhaltens-/Lerntheorie vor allem die Prozesse, die stattfinden, wenn jemand aus heiterem Himmel von massiven Ängsten überflutet wird: die Suche nach organischen Ursachen, das Vermeidungsverhalten und die Steigerung der Ängste durch die zitierten Strategien zur Kontrolle der Angstgefühle. Die Verhaltenstheorie kann jedoch nicht erklären, woher diese übermäßig großen Ängste kommen, die ja auch schon da waren, bevor sie sich noch weiter hochschaukelten, und was ihre Ursachen sind.

4.3 Starke Ängste aus tiefenpsychologischer Sicht

4.3.1 Angstentstehung nach Freud

Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, hat zwei Entstehungstheorien für starke Ängste vorgelegt (vgl. Davison & Neale, 1979, S. 122 ff.):

- Solche Ängste gibt es, weil Menschen Dinge wünschen, die sie nicht bekommen (Angst wegen der möglichen Bestrafung der Impulse, etwas zu wollen) oder
- weil Menschen ihre Wünsche selbst fürchten und Angst vor ihnen haben ("Angst vor den Impulsen").

Freud ordnet seinem Instanzenmodell des psychischen Geschehens (Es, Ich, Über-Ich) verschiedene Angstformen zu:

- Das "Ich" erkennt reale Gefahren und erlebt Realangst.
- Das "Über-Ich" hat Angst vor der Bestrafung bei einer Normabweichung.
- Das "Es" entwickelt eine neurotische Angst und die Angst vor katastrophalen Konsequenzen, wenn ein früher einmal bestrafter Es-Impuls (v.a. sexuelle Wünsche und Aggressionen) zum Ausdruck kommt. Dabei unterscheidet "das Es" nicht zwischen realen und phantasierten Situationen und Erlebnissen (vgl. "Kastrationsphantasien" im Zusammenhang mit dem "Ödipuskomplex").

Das Grundprinzip der psychoanalytischen Deutungen lautet dabei: Ein Triebimpuls aus dem "Es" darf dem "Ich" nicht bewußt werden, es entsteht daher ein psychischer Konflikt. Dem Impuls wird deshalb der Zutritt zum Ich-Bewußtsein verwehrt. Dieser Vorgang erzeugt aber Angst, deren Ursprung dem "Ich" folglich nicht bewusst ist und daher nur als unbestimmte Angstenergie bemerkbar ist ("freiflottierende Angst"). Auf diese Art und Weise unbewusst gewordene und bleibende innerseelische Konflikte sind nach Ansicht Freuds der Kern der neurotischen Angst.

Die Deutung spezifischer Phobien erfolgt in der Psychoanalyse nach folgendem Muster: Objekte (Tiere, Plätze) werden als symbolische Repräsentanten für das interpretiert, womit früher die Befriedigung der Es-Impulse (z.B. Schlange = Penis) stattfand: "Hinter jeder neurotischen Angst steht ein primitiver Wunsch des Es nach dem Objekt, vor dem man Angst hat." (Hall, 1954) D.h. die Angst überträgt sich von einem ursprünglichen Objekt auf ein anderes.

4.3.2 Angst-Abwehrmechanismen

Um mit seelischen Konflikten besser fertig zu werden, müssen Menschen daher aus Sicht der Psychoanalyse ihre Triebimpulse „abwehren“. Ein "Abwehrmechanismus" ist ein seelischer Vorgang, um das "Ich" vor den Impulsen des "Es" zu schützen. Das Konzept der Abwehrmechanismen ist in der Freudschen Theorie grundsätzlich angelegt. Seine Tochter Anna hat es später differenziert ausgearbeitet (Freud, 1982).

Um verschiedene Abwehrmechanismen zu unterscheiden, nehmen wir folgenden Ausgangskonflikt an: Ein 5-jähriges Kind befürchtet, dass seine Eltern sich scheiden lassen. Es hat daher Angst, im Falle einer Trennung der Eltern entweder ganz alleine gelassen zu werden oder sich für einen der beiden Elternteile entscheiden zu müssen. Es kann den Konflikt auf folgende Arten seelisch für sich zu bewältigen versuchen.

- *Verdrängung/Verleugnung*: Das Kind tut so, als ob es die Spannungen zwischen den Eltern gar nicht gäbe. Es merkt nichts und die Eltern sollen auch nicht merken, dass es Angst hat. Das Kind übernimmt möglicherweise sogar die Rolle des Kleinkindes, um das sich die Eltern dann wieder besonders sorgen müssen. Damit ist auch schon der Abwehrmechanismus der
- *Regression* im Prinzip gekennzeichnet: Das Zurückgreifen auf Verhaltensmuster früherer Entwicklungsabschnitte, die Demonstration, dass man bestimmte Verhaltenserwartungen nicht (mehr) erfüllen kann (z.B. infantiles Verhalten zeigen, nachts wieder einnässen und einkoten, sich als hilflos und handlungsunfähig darstellen).
- *Reaktionsbildung*: bezeichnet das Verkehren von Emotionen in ihr Gegenteil. In unserem Beispiel würde das Kind sich dann besonders mutig und tapfer zeigen, sich seine Angst unter keinen Umständen anmerken lassen. Die Eltern sollten nicht meinen können, dass es vor einer Scheidung Angst hat, es würde schon alleine zurecht kommen. Das Kind demonstriert dann seine Unabhängigkeit und geht auf Distanz. Es vermeidet es, seinen Bedürfnissen nach emotionaler Nähe Ausdruck zu verleihen, erscheint den Eltern plötzlich als zurückgezogen, scheu oder eigensinnig und aufsässig.
- *Verschiebung*: bedeutet, dass emotionale Reaktionen auf ein harmloses Objekt umgelenkt werden. Das die Trennung der Eltern fürchtende Kind könnte sich z.B. plötzlich davor fürchten, dass seine Puppe verloren geht und sich ständig darum sorgen, dass es kein Spielzeug verliert. Es könnte Angst haben, aus dem Haus zu gehen, weil es sich dann verlaufen könnte. Es könnte sich darum sorgen, dass seine Eltern nichts verlieren etc. Dieser Abwehrmechanismus ist meist auch verknüpft mit einer

- *Rationalisierung*: d.h., für die wegen der Konflikttabuisierung nicht akzeptable Angst bekommt eine vernünftige, akzeptable, "gute" Grundlage: dass die Hauskatze von einem Auto überfahren werden könnte, davor darf das Kind Angst haben.
- *Projektion*: Dieser Abwehrmechanismus bedeutet, anderen Menschen und Objekten werden Merkmale oder Bedürfnisse zugeschrieben, die der betreffende Mensch selbst hat, deren Vorhandensein er aber nicht zugeben kann. Für das Kind in unserem Fallbeispiel könnte dies z.B. bedeuten.: es beruhigt seine Puppe, die immer soviel Angst hat.

4.3.3 Angst-Charaktere nach F. Riemann

Den Zusammenhang zwischen bestimmten Ängsten und bestimmten Formen der Angstbewältigung und damit der Persönlichkeitsentwicklung hat insbesondere der Psychoanalytiker Fritz Riemann (1985) populär gemacht. Riemann postuliert vier Grundformen der Angst:

1. Die Angst vor der Selbsthingabe, als Ich-Verlust und Abhängigkeit erlebt;
2. Die Angst vor der Selbstwerdung, als Ungeborgenheit und Isolierung erlebt;
3. Die Angst vor der Wandlung, als Vergänglichkeit und Unsicherheit erlebt;
4. Die Angst vor der Notwendigkeit, als Endgültigkeit und Unfreiheit erlebt." (S.15)

Aus diesen Angst-Grundformen entwickeln sich nach Riemann verschiedene Persönlichkeitstypen mit spezifischen Erlebens- und Verhaltensmustern:

- die schizoide Persönlichkeit:

"... beim schizoiden, 'gespaltenen' Menschen ist der ganzheitliche Erlebniszusammenhang seiner seelischen Eindrücke, Antriebe und Reaktionen in verschieden hohem Maße zerrissen; ... Vor allem zwischen Verstand und Gefühl, zwischen Rationalität und Emotionalität besteht ein großer Unterschied des Reifegrades." (S.47) Die Intensität schizoider Züge kann nach Riemann sehr verschieden sein und sich in leicht bis sehr schwer gestörten Persönlichkeiten manifestieren: "leicht Kontaktgehemmte - Übersensible - Einzelgänger - Originale - Eigenbrötler - Käuze - Sonderlinge - Außenseiter - Asoziale - Kriminelle - Psychotiker." (S.53)

- die depressive Persönlichkeit:

"... hier liegt das zentrale Problem dieser Menschen: Sie sind mehr als andere auf einen Partner angewiesen. Sei es durch ihre Liebesfähigkeit und Liebesbereitschaft, sie es durch ihr Bedürfnis nach Geliebtwerden." (S.60f.) Auch hier sieht Riemann unterschiedliche Ausprägungsgrade: "Kontemplation, Beschaulichkeit - stille Introvertierte - Bescheidenheit, Schüchternheit - Gehemtheit im Fordern und sich Behaupten - Bequemlichkeit, rezeptive Passivität - passive Erwartungshaltungen - Hoffnungslosigkeit - Depression - Melancholie. Nicht selten steht am Ende dieser Linie der Selbstmord oder die völlige Apathie und Indolenz, oder es wird ausgewichen in eine Sucht." (S.101)

- die zwanghafte Persönlichkeit:

"Sie gleichen jenem Mann, der erst ins Wasser gehen wollte, wenn er schwimmen konnte - sie sind sozusagen die Trockenkursorler des Lebens" (S.107) "Versuchen wir wieder eine Linie zu skizzieren, die vom gesunden Menschen mit zwanghaften Strukturanteilen bis zu den eigentlich Zwangskranken führt, lassen sich zwei Möglichkeiten erkennen: bei den anlagemäßig vitalstarken Persönlichkeiten führt die Linie von sachlichen, pflichttreuen, verlässlichen Menschen über zunehmende Nüchternheit zum ehrgeizigen Streber - zum unbelehrbar Eigensinnigen und Querulanten - zum tyrannischen Machtmenschen, Despoten und Autokraten, bis zum Zwangskranken verschiedenen Grades; am Ende der Linie stände das Krankheitsbild der psychotischen Katatonie. Für die Vitalschwächeren sähe die Linie etwa so aus: unauffällig Angepaßte - vorwiegend sich sichernde Lebensängstliche - Zweifler und Zauderer - Pedant und Nörgler - der Kriecher und 'Radfahrer-Typ' - asketische Hypochonder; am Ende stehen auch hier die Zwangskranken im engeren Sinne." (S.154f.)

- die hysterische Persönlichkeit:

"Sie streben ausgesprochen nach Veränderung und Freiheit, bejahen alles Neue, sind risikofreudig; ... Dementsprechend fürchten sie nun alle Einschränkungen, Traditionen und festlegenden Gesetzmäßigkeiten." (S.156)

"Lebendig-impulsive Menschen mit betonterem Geltungsdrang und Eigenliebe - narzißtisches Bedürfnis nach Bestätigtwerden und Mittelpunkt-sein-Wollen - überwertiger Geltungsdrang und Kontaktsucht - Väter-Töchter und Mutter-Söhne, die sich nicht vom Familienroman abgelöst haben - hysterische Unechtheit, Rollenspiel und Realitätsflucht bis zur Hochstapelei - ewige Backfische und Jünglinge - männer- oder frauenfeindliche Persönlichkeiten, die ihre Geschlechtsrolle nicht annehmen, nicht selten in die Homosexualität ausweichen - 'kastrierende', destruktive Frauen mit ausgesprochenem Männerhaß, und Don-Juan-Typen mit Rachehaltungen der Frau gegenüber - Phobien - schwer hysterische Krankheitsbilder mit seelischer und körperlicher Symptomatik, welche letztere sich auf kein Organsystem festlegen lässt, bei einer gewissen Bevorzugung der Extremitäten (Lähmungserscheinungen). (S. 198)

Insgesamt lässt sich zum tiefenpsychologischen/psychoanalytischen Erklärungsansatz für massive Ängste sagen, dass die Quellen der Angst vor allem innerhalb der betroffenen Person gesucht werden. Ängste entstehen demnach aus innerseelischen Gründen. Die äußeren Geschehnissen haben dadurch den Charakter von Bedingungen, nicht aber von Ursachen.

4.4 Massive Ängste aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie

Auf Grund meiner Erfahrungen mit Familienaufstellungen und der therapeutischen Arbeit mit Patienten, die unter sehr intensiven und anfallsartig auftretenden Ängsten leiden, sehe ich Ängste als ein Symptom an, das auf eine spezifische Ursache verweist. Ängste haben immer einen Sinn und eine Bedeutung, die es zu enträtseln gilt. Es gibt keine sinn- und grundlosen Ängste.

Die Ursache für die Entstehung von Angstgefühlen ist bei jedem Menschen individuell in seiner Lebensbiografie und in seinem Bindungssystem zu suchen. Ich sehe dabei mehrere Ursachengruppen, die zu massiven Ängsten führen können:

- Angst entsteht durch das unmittelbare Erleben von Ereignissen, in denen sich der Betroffene völlig schutz- und hilflos erfährt. Angst ist hier die Folge einer Traumatisierung. Ich verwende für solche Vorkommnisse den Begriff des „*Existenztraumas*“ (Ruppert, 2002). Solche Traumata wirken am stärksten in der frühen Kindheit, in der die kognitive Bewältigung von Erfahrungen nur unzureichend gelingt. Am stärksten wirkt der selbst miterlebte Tod der eigenen Eltern und von Geschwistern (z.B. ein Kind muss in einem Krieg mit ansehen, wie seine Eltern ermordet werden).
- Angst macht auch das, was zwar nicht unmittelbar selbst miterlebt wurde, über Mitteilungen und die Reaktionen anderer jedoch Einfluss auf die eigene Seele nimmt. Z.B. das Wissen, dass mögliche Geschwister abgetrieben wurden oder ein Angehöriger sich umgebracht hat. Der Tod von Eltern, Geschwistern, Tanten, Onkeln, Großeltern wirkt in der Seele insbesondere dann stark beunruhigend, wenn über den Tod der betreffenden Person nur fragmentarische Berichte vorhanden sind (z.B. über den im Krieg gefallenen Vater oder Bruder, Unfall des Vaters an seinem Arbeitsplatz) oder wenn ein Tod tabuisiert wird, weil es dazu Scham- und Schuldgefühle gibt (z.B. die jüdischen Großeltern sind im KZ umgekommen oder ein Bruder der Mutter hat sich umgebracht).
- Panische Ängste können auch in Zusammenhang mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen entstehen, deren Erinnerung im Bewusstsein gelöscht ist. Die panischen Ängste treten dann bei bestimmten Geräuschen, Gerüchen oder Bildern auf, die wegen des Trauma-Bewältigungsprozesses aus dem Bewusstsein abgespalten wurden und daher nicht im Zu-

sammenhang mit der ursprünglichen Trauma-Situation gesehen werden können. Sie erscheinen deshalb unreal und unverständlich.

- Panische Angst kann aber auch ein *übernommenes Gefühl* sein. In diesem Falle entsteht das Angstgefühl nicht unmittelbar aus einer eigenen Erfahrung, sondern diese wurde bereits in der Eltern- oder vielleicht sogar in der Großeltern-Generation gemacht. Eltern oder Großeltern erleben z.B. die oben erwähnten Todesfälle. Die nicht aufgelöste und bewältigte Angst wird dann quasi von einer Generation zur anderen wie eine Hypothek weitergereicht. Je weiter nun die Quellen dieser Angst zurückliegen, desto unverständlicher muss das Angstgefühl für denjenigen sein, der es aktuell, also möglicherweise zwei oder drei Generationen später verspürt. Er kann sich seine Angst in der Tat nicht plausibel machen und seine Befürchtung "Verrückt zu sein bzw. zu werden" ist daher verständlich.
- Die aktuellen Ängste *symbolisieren* nach meiner Erfahrung das ursprüngliche Trauma. Die Angst vor freien Plätzen („Agoraphobie“) kann darauf hinweisen, dass jemand im Bindungssystem zu Tode kam, weil er schutzlos war (z.B. ein Soldat im offenen Feld). Die Angst vor engen Räumen („Klaustrophobie“) kann hingegen dadurch begründet sein, weil ein Verwandter aus einem Raum nicht fliehen konnte und darin umkam (z.B. Menschen, die bei einem Bombenangriff im Luftschutzkeller starben).
- Durch den 2. Weltkrieg gibt es in Deutschland heute noch viele Familien, in denen Verwandte auf tragische und dramatische Weise ums Leben kamen. Wegen der Tendenz zur Abspaltung schmerzlicher Gefühle, aber auch wegen der Schamgefühle aufgrund der Kriegsniederlage und der nationalsozialistischen Verbrechen konnte in vielen Familien um die Toten nicht richtig getrauert werden. Der Schmerz um die Toten blieb unerlöst. Er wird oft als diffuse Angst von einer Generation zur anderen weitergereicht.

Diffuse Ängste im Sinne einer "generalisierten Angststörung" entstehen nach meiner therapeutischen Erfahrung insbesondere dann, wenn das traumatisierende Ereignis aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen tabuisiert werden muss (z.B. weil ein Kind in der Familie ermordet wurde). Der Schmerz bleibt gleichsam in der Seele stecken und kann sich nicht in Trauer auflösen. An seine Stelle tritt die Angst, die vor der Berührung mit dem Schmerz schützt.
- Wenn Personen mit diffusen Angstgefühlen ihr Herkunftssystem aufstellen, so zeigt es sich häufig, dass sowohl das väterliche, wie das mütterliche System eine Angsthypothek trägt. D.h., sowohl der Vater, wie die Mutter sind emotional in hohem Maße in ihren jeweiligen Herkunftssystemen seelisch gebunden und verstrickt. Wie lässt sich dieser Umstand erklären, dass ausgerechnet zwei ängstliche Menschen sich finden, sich zu Partnern wählen und sich aneinander binden? Warum "gesellt sich" ausgerechnet bei der Angst "gleich und gleich gern"? Warum sucht der Ängstliche nicht lieber Anlehnung und Schutz bei einem Starken, Furchtlosen und Mutigen?

Vermutlich geschieht dies sogar in sehr vielen Fällen und Menschen mit starken Ängsten finden ihre Beschützer. Eine Deutung für den anderen Fall könnte aber sein, dass sich zwei Menschen mit einer Angsthypothek gegenseitig ermöglichen, nicht für den jeweils anderen im vollen Sinne als Mann oder Frau präsent sein zu müssen. Sie erlauben sich gegenseitig, emotional abwesend zu sein. Eine andere Deutung könnte sein, dass der

Partner für den Mann oder die Frau unbewusst eine Person repräsentiert, deren Verlust im System nicht bewältigt wurde (z.B. eine tote Schwester oder ein toter Bruder). Es entsteht so die - oft nur kurz andauernde, für Bindungen aber ausreichende - Illusion, der Partner sei genau der richtige. Manchmal sind aber auch die starken Partner in einer Beziehung nur vermeintlich stark. Sie haben es vielleicht nur besser gelernt, ihre Angst zu kontrollieren und ihre Gefühle nicht zu zulassen.

- Es ist eine verblüffende Erfahrung, dass die Stellvertreter in Systemen, die von Menschen mit massiven Ängsten aufgestellt werden, zunächst äußern, es gehe ihnen "relativ" oder "eigentlich ganz gut", obwohl wenig Kontakt unter den Stellvertretern besteht und die eingenommenen Positionen uneindeutig und diffus sind (d.h. es bestehen keine klaren Paar-, Eltern- und Geschwisterpositionen). Nur der Betroffene selbst zeigt durch sein Symptom an, dass die Beziehungen alles andere als gut sind. In ihm kommt das Unheimliche, emotional eben doch nicht Verarbeitete zum Vorschein. Er lebt die Angst aus, die seine Eltern unterdrücken oder verdrängen können. Er hat oft eine gewisse Ahnung, dass irgendetwas doch nicht stimmt, dass es etwas gibt, worüber im System nicht gesprochen werden darf, einen Tabubereich. Er hat meist auch starke Angst, seine Eltern darauf anzusprechen. Er fürchtet, sie dadurch noch weiter zu verunsichern und zu belasten. Er leidet an ihrer zu geringen emotionalen Stabilität und Erreichbarkeit. Er versteckt sich quasi hinter seiner Angst, die mehr weiß als er sagen darf.

5 Therapien bei massiven Ängsten

Wer welche Hilfen für Menschen mit massiven Ängsten anbietet, ist abhängig von seiner theoretischen Orientierung und dem Erklärungsansatz für die Entstehung solcher Ängste. Angstbewältigungsstrategien setzen in der Praxis auf allen Manifestationsebenen von Angst an.

5.1 Therapien auf der körperlichen Ebene

Auf der körperlichen Ebene geht es bei massiven Ängsten um den Abbau von Erregung auf der vegetativen und zentralnervösen Ebene und die Förderung körperlicher und geistiger Entspannung z.B. durch autogenes Training, Meditation, Biofeedback oder Medikamente.

Autogenes Training.- Nach Schultz, auf den die Methode des autogenen Trainings zurückgeht (vgl. Zimbardo, a.a.O., S. 492; Langen, 1994), wird dem Patienten das Gefühl der Wärme und Schwere seiner Körperteile suggeriert, weil ein entspannter Körperteil sich warm (wegen der besseren Durchblutung) und schwer (der Muskeltonus lässt nach) anfühlt. Da vielen Patienten diese Suggestion anfänglich schwer fällt und sie ein unangenehmes Kribbeln bis hin zu Krämpfen verspüren können, ist hier v.a. bei Anfängern die Anleitung durch eine erfahrene Person wichtig. Meist gelingt die Selbstsuggestion dann nach einiger Übung.

Nach Moshe Feldenkrais bewirkt bereits die Konzentration auf einen Körperteil dessen bessere Durchblutung, man braucht das Gefühl der Wärme und Schwere also nicht eigens zu suggerieren. Einzelübungen sind z.B. "Durchkämmen des Körpers", "Unterkieferentspannung" (u.a. Faller, 1990).

Medikamente.- Um starke Ängste zu mildern oder zu beseitigen, werden zahlreiche Medikamente in großem Umfange von Hausärzten und Psychiatern verschrieben und von Patienten eingenommen (z.B. benzodiazepinhaltige Präparate, Betarezeptorenblocker, trizyklische Antidepressiva, Monoaminoxidase-Hemmer, schwachpotente Neuroleptika, vgl. Laux, 1993). Diese Psychopharmaka sollen durch eine allgemeine Senkung des Erregungsniveaus im menschlichen Gehirn weniger ängstlich machen. Der von seinen Ängsten überflutete Mensch lernt auf diesem Weg aber nicht, aktiv mit seiner Angst umzugehen und er schreibt die Veränderungen seines Befindens in erster Linie dem Medikamenteneinfluss zu. Nach Absetzen der Medikamente kommt es in 80% der Fälle zum Rückfall (u.a. Perez & Baumann, 1991, S. 167 f.). Dies führt auf Dauer zu einer Medikamentenabhängigkeit mit den bekannten Folgen der Dosissteigerung und der Übersensibilisierung.

Der Weg von Menschen mit massiven und panischen Ängsten über Haus- und Fachärzte ist oft ein jahrelanger Leidensprozess. Immer neue Medikamente werden an ihnen ausprobiert, ohne auf die seelischen Ursachen ihrer Ängste näher einzugehen. Von der Autorität des medizinischen Fachjargons werden sie argumentativ überrollt. Mit Versprechungen von neuen Medikamenten wird ihnen Hoffnung gemacht, dass ihnen die Medizin schließlich doch helfen könnte (siehe Kasten 6).

Kasten 6: „Erste ermutigende Daten ...“

Folgende Anfrage richtete eine Leserin der „Deutschen Angstzeitschrift“ an einen Psychiater, der als Experte Leserfragen beantwortet:

„Seit ca. sechs Jahren leide ich unter Angst und Panikattacken, die stundenlang anhalten mit allen erdenklichen Symptomen. Am krassesten ist die damit verbundene Erstickungsangst. Jetzt habe ich seit einem Jahr extremes Mundbrennen (Mundhöhle) mit Säuregeschmack und Kribbeln. Zahllose Untersuchungen und Verordnungen haben nichts gebracht. Können Sie mir das erklären?“

Dazu muss ich sagen, dass ich immer wieder mit Imap behandelt werden muss. Mal sind die Abstände kürzer, mal länger. Unter Imap kann ich einigermaßen existieren. Und meine krampfartigen Schmerzen im Oberkörper sind dann verschwunden und ich bekomme wieder Luft und kann besser atmen.

Andere Mittel haben nicht geholfen, wobei ich Wiederaufnahme-Hemmer, z.B. Fevarin oder Fluctin noch nicht probiert habe, bzw. diese nicht verordnet worden sind. Etwa drei Jahre habe ich Cipramil bekommen, die jedoch massive Unruhezustände bei mir bewirkten. In den Zeiten ohne Imap fühle ich mich wie auf Entzug.“

Bei seiner Antwort weist der Arzt die Leserin zunächst darauf hin, ob bei ihr nicht möglicherweise eine Generalisierte Angststörung (GAD, Generalized Anxiety Disorder) zugrunde liege und meint: „Dass Imap einen Entzug auslösen sollte, ist nicht wahrscheinlich, eher merken Sie dann wiederum Ihre zugrundeliegende psychische Störung. Die von Ihnen beklagte Mundtrockenheit gehört zu den anticholinergen Nebenwirkungen von Imap.“ Wie er meint, gäbe es „wissenschaftliche Hinweise für die Wirksamkeit von Imap“ bei einer generalisierten Angststörung, gibt aber zu bedenken: „Der Inhaltsstoff heißt Fluspirilen. Eine Gabe von Imap

ist abzuwägen von der prinzipiellen, wenngleich wahrscheinlich sehr seltenen Möglichkeit des Auslösens schwerwiegender Bewegungsstörungen (sogenannter Spätdyskinesien), die teilweise nicht ausreichend behandelbar sind. Insofern würde ich persönlich Fluspirilen als ‚Reservemedikament‘ bei der GAD sehen, falls Behandlungen mit Antidepressiva (wie z.B. Trevilor retard) (Venlafaxin)), Benzodiazepinen und Psychotherapie keine wesentliche Wirkung gehabt haben. Eine Alternative zu Imap könnten neuere ‚atypische‘ Neuroleptika bei der Generalisierten Angststörung darstellen, von denen keine Bewegungsstörungen als Nebenwirkungen bislang gekannt sind und die im allgemeinen gut verträglich sind. Erste ermutigende Daten liegen z.B. mit dem Wirkstoff Olanzapin (Markenname Zyprexa) vor. Allerdings ist dieses Medikament noch nicht für diese Indikation offiziell zugelassen, doch ist eine Gabe im Rahmen der Therapiefreiheit nach eingehender Aufklärung des Patienten möglich.“ (Zitate aus: Deutsche Angstzeitschrift, 2001, Ausgabe Nr. 19)

5.2 Verhaltenstherapie

Klassische Formen.- Die klassische Verhaltenstherapie arbeitet bei Ängsten mit folgenden Konzepten: Umkonditionieren angstauslösender Reflexe, systematische Desensibilisierung und extreme Reizexposition („Flooding“). Um das Prinzip der Systematischen Desensibilisierung verständlich zu machen, wird häufig auf das Experiment von Rescorla & Salomon (1967) verwiesen (vgl. Davison & Neale, a.a.O. S. 121): Hunde werden durch die Gabe eines elektrischen Schlags (UCS) auf Angst konditioniert. Da vor dem Schlag ein Ton erklingt (CS), lernen sie eine Vermeidungsreaktion (CR), das Wegspringen vom Elektrorost. Sie werden dann mit Curare motorisch gelähmt. Der Ton wird ihnen nun ohne Folge des elektrischen Schlags dargeboten, dies führt nach dem Ende der Curarewirkung auch zu einer Abnahme der Vermeidungsreaktion. Bei gelähmten Tieren, bei denen der CS in der Zwischenzeit nicht dargeboten wurde, war die Vermeidungsreaktion danach in voller Stärke wieder vorhanden, sie wurde nicht "gelöscht".

Umkonditionierung wird also wie folgt gemacht: Die ängstliche Person wird der angstauslösenden Situation ausgesetzt ("Exposition") und gleichzeitig wird ihre Angstreaktion verhindert. Dazu muss zunächst möglichst präzise erfasst werden, welche Situationen bei der betreffenden Person Angst auslösen. Diese werden dann möglichst konkret und realistisch präsentiert (z.B. lebende Tiere, konkrete soziale Situationen, Videos, Bilder).

Die Exposition, d.h. die Konfrontation des Patienten mit der angstauslösenden Situation kann entweder

- schrittweise (systematisch = Hierarchie von Angststimuli) oder massiv ("flooding"),
- in Gedanken (z.B. sich das traumatische Ereignis intensiv vorstellen, seine Gedanken und Gefühle auf Tonband sprechen), vermittelt über Medien (z.B. Aufzeichnung eines Gewitters auf Video) oder real geschehen.

Sie wird beendet bei einer Abnahme der Angstreaktion ("Habituation"). Der ängstliche Patient zeigt zunächst eine Steigerung der subjektiv erlebten Angst und eine Tendenz zur Vermeidungsreaktion (vgl. Reinecker, 1994, S.62). Der Klient muss mit der Exposition einverstanden sein. Für die Therapie-Compliance und ihre Akzeptanz ist es wichtig, dem Klienten das therapeutische Vorgehen transparent zu machen. Dies ist auch wichtig für die spätere Selbstexposition und das Selbstmanagement der Angst. 25% der Patienten lehnen eine solche Therapie ab oder beenden sie vorzeitig. Graduelles Vorgehen hat eine geringer Ablehnungs-

quote als Flooding. Zunächst längere Expositionszeiten (100-200 Min.) erweisen sich meist als günstiger, die Angst verringert sich manchmal bereits innerhalb weniger Tage.

Expositionstherapie ist nur erfolgreich, wenn der Patient sich das Vorgehen und seinen Erfolg selbst zuschreibt und sie nicht als Konsequenz des Folgsamseins gegenüber einem Therapeuten erlebt.

Kognitive Verhaltenstherapie.- Die Verhaltenstheorie hat ihre einstige puristische Haltung aufgegeben, nur verhaltensauslösende Reize und Verhaltensfolgen zueinander in Beziehung zu setzen unter bewusster Aussparung der Prozesse, die sich im Menschen („Organismus“) dabei abspielen. Die moderne Verhaltenstherapie befasst sich auch mit den sog. kognitiven Vorgängen, der Wahrnehmung, dem Gedächtnis oder dem Denken.

Konkret geht es bei der Therapie von Ängsten folglich auch darum, dem Patienten die der angstauslösenden Prozesse bewusst zu machen, nach den Angstursachen zu suchen, Aufklärung über Fehlattritionen und logische Fehlschlüsse zu leisten. Folgende kognitiven Interventionen werden bei Angstanfällen angewendet:

- Patient mit internen körperlichen Reizen konfrontieren, ihn spüren lassen, dass seine Atemnot, seine hohe Herzschlagfrequenz durchaus normal und ungefährlich sind und keine katastrophalen Konsequenzen haben;
- Hyperventilationsübungen durchführen, durch körperliche Belastung Pulsanstieg hervorrufen, CO₂ einatmen lassen, mit dem eigenen EKG konfrontieren;
- kognitive Neubewertung veranlassen, z.B. indem ein Erklärungsmodell angeboten wird: Körperliche Symptome (z.B. Herzrasen) führen zu Kognitionen (Angst vor Herzversagen) und Verhaltensweisen (z.B. Hyperventilation) und damit zu einem Teufelskreis sich aufschaukelnder Ängste, der durchbrochen werden muss;
- Der Patient soll die Dysfunktionalität seiner Gedanken erkennen, ihre fehlerhafte Logik entdecken, alternative Sichtweisen ausprobieren.
- Eine eigene Technik stellt die sog. paradoxe Intervention dar: Der Patient wird aufgefordert, möglichst viel Angst zu haben und seine Empfindungen und Befürchtungen möglichst humorvoll zu übertreiben.

Auch auf der unmittelbaren Verhaltensebene werden verhaltenstherapeutisch unterschiedliche Hilfestellungen angeboten:

- Erlernen von Verhaltensmöglichkeiten in angstauslösenden Situationen ("coping"),
- Selbstsicherheitstraining,
- Vermittlung von Bewältigungsstrategien wie Atemtraining, Zwerchfellatmung, Entspannungsübungen z.B. über Biofeedback.
- Durch ein Selbstsicherheits ("Assertiveness")-Training soll der Patient im Rollenspiel, am Beispiel anderer und in konkreten Situationen spezielle soziale Fertigkeiten einüben;
- um sein Verhaltensrepertoire flexibler zu gestalten, sollen auch Problemlösefertigkeiten eingeübt werden.

Die Verhaltenstherapie wird heute bei Phobien als Methode der Wahl angesehen. Sie basiert auf folgenden Prinzipien:

- 1 Beschreibung der psychischen Probleme auf mehreren Ebenen (Physiologie, Verhalten, Emotionen, Kognitionen)

- 2 Funktionale Analyse der Verhaltensbedingungen
- 3 Klärung der Therapiemotivation und Festlegung der Therapieziele zusammen mit dem Patienten
- 4 Therapie als Arbeitsbündnis mit dem Ziel des Selbstmanagements
- 5 Therapie als Möglichkeit des Lernens und Übens im natürlichen Kontext
- 6 Transparenz und Plausibilität des Vorgehens für den Patienten
- 7 Therapie als zeitlich begrenzter Prozess
- 8 Therapieevaluation wird angestrebt

Die Christoph-Dornier-Stiftung in Münster und die Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee haben sich auf Angststörungen spezialisiert und arbeiten v.a. nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien. In der klinischen Praxis werden häufig Mischformen der genannten Therapieverfahren angewandt. Verhaltenstherapeuten behaupten, die systematische Desensibilisierung sei bei abgrenzbaren Angstformen relativ effektiv, rein kognitive Interventionsformen (z.B. Selbstinstruktion, Problemlösetrainings, Psychoanalyse) brächten bei neurotischen Ängsten nur wenig (Ehlers & Margraf, 1994).

Eine ausführliche Dokumentation einer Verhaltenstherapie eines Patienten ist bei Semlitsch (1993) nachzulesen. Wie diese Falldarstellung u.a. zeigt, stößt ein rein verhaltenspsychologisches Vorgehen auf Grenzen, weil es nur symptomorientiert ist. Der dort geschilderte Klient zeigte sich mit den ihm angebotenen Erklärungen des Therapeuten zwar einverstanden, fühlte sich oft von seinen Ängsten erleichtert und machte auch z.T. praktische Fortschritte, ohne sich jedoch von seinen Ansichten über sein "eigentliches" Angstproblem zu distanzieren:

"Während dieser Phase der Therapie bestand immer die Gefahr, in einen Machtkampf in bezug auf die richtige Theorie verstrickt zu werden. Die Suche nach den körperlichen und unbewussten Ursachen für seine Probleme behinderte auch die Erarbeitung des individuellen Therapiemodells. ... Der Patient unterlag in seinem Denken vielen logischen Fehlern; eine Korrektur war immer nur von sehr kurzer Dauer." ...

"Bei einer solchen Gelegenheit war in einem Stau auch der einzige mit der höchsten Stufe (10) klassifizierte Angstanfall aufgetreten. Nachdem diese Situation des öfteren bewältigt wurde, meinte der Patient, dass es ohnehin keine Leistung sei, mit dem Auto zur Arbeit zu fahren und wie alle anderen Menschen auch einen Stau "auszuhalten". Auch andere vermiedene Situationen wie das Einkaufen waren wieder möglich. Obwohl es also eine Reihe objektivierbarer Fortschritte gab, stellte der Patient fest, dass sich überhaupt nichts verändert habe." (Semlitsch, a.a.O., S. 218)

5.3 Psychoanalyse

Werden massive Ängste im Rahmen einer Psychoanalyse behandelt, so geht es um das Aufdecken und Aufarbeiten der emotionalen Konflikte, die der Angst zugrunde liegen. Das Prinzip einer psychoanalytischen Therapie beruht auf dem Versuch, dem Patienten seine unbewussten (Trieb)Wünsche und Impulse bewusst zu machen und ihm seine Angstabwehrmechanismen aufzuzeigen. Die Aufarbeitung seiner Ängste geschieht im wesentlichen kognitiv, verbal und ohne gezielten Einbezug körperlicher Prozesse. Durch das Wiedererleben der angstausslösenden Erfahrungen sollen verdrängte Konflikte ans Licht geholt und durch ihr bewusstes Wiedererleben in der Übertragungssituation Patient-Therapeut gelöst werden (z.B. indem "Trauerarbeit" geleistet wird, d.h. wenn sich jemand schließlich seine Trauer eingesteht, von seinen Eltern nicht geliebt worden zu sein).

Die Traumdeutung nimmt in der klassischen Analyse eine zentrale Rolle ein ("Königsweg der Psychoanalyse" nach Freud), weil im Traum die verdrängten Impulse eines Menschen nicht so sehr unter der Kontrolle seines Über-Ichs stehen würden.

5.4 Angsttherapie aus Sicht der systemischen Psychotraumatologie

Da massive Ängste sich aus meiner Sicht aus zwei Quellen speisen,

- dem selbsterlebten Existenztrauma und
- den übernommenen Gefühlen der Existenztraumen anderer Menschen, mit denen wir in einer engen seelischen Verbindung stehen,

gilt es in der Therapie auch beide Möglichkeiten im Auge zu behalten.

„Somatisches Erleben und Traumatransformation“.- Zum besseren Verständnis von Existenztraumen und den Möglichkeiten ihrer Auflösung hat mir die Theorie und Methode des amerikanischen Psychologen Peter A. Levine weitergeholfen. Levine geht davon aus, dass in einer Traumasituation ungeheure Energien mobilisiert werden, die dann aber nicht verbraucht werden können. Diese Energien frieren in einer Traumasituation gleichsam in einer Immobilitäts- und Erstarrungsreaktion („Schock“) ein. Levine verweist auf Tierbeobachtungen, die zeigen, dass Tiere nach einer Traumasituation diese überschüssigen Energien gleichsam abzittern. Wird diese Energieabfuhr jedoch blockiert, so kommt es zu einer Fixierung der Erstarrungsreaktion und zu entsprechenden Traumareaktionen. Zur Blockade von Erregungsabfuhr kommt es nach Ansicht von Levine durch Angst. „Die Immobilitätsreaktion ist bei Tieren normalerweise zeitlich begrenzt. Beim Menschen ist es schwieriger, den Erstarrungszustand wieder aufzulösen, weil die mobilisierte Energie durch Angst im Nervensystem des Betroffenen gebunden wird. Es entsteht ein Teufelskreis, der den natürlichen Abschluss der Immobilitätsreaktion verhindert. So wie Erschrecken und Wut bei der Erstarrung eine Rolle gespielt haben, tragen sie später zu deren Aufrechterhaltung bei – obwohl gar keine reale Bedrohung mehr existiert.“ (Levine, 1998, S. 107f.)

Zur Transformation von Traumen kann es daher nach Levines Erfahrung kommen, wenn jemand wieder in Kontakt kommt mit der ursprünglichen Traumasituation und die Immobilitätsreaktion auf der körperlichen Ebene zu einem Abschluss gebracht wird. „Somatisches Erleben ist eine sanfte, schrittweise Methode der Transformation eines Traumas. Mit Hilfe des ganzheitlichen inneren Empfindens werden die gewaltigen Kräfte mobilisiert, die in den Traumasymptomen gebunden sind. Dieser Prozess ähnelt dem sukzessiven Abschälen der Zwiebel, wodurch der traumatisierte Kern zum Vorschein kommt.“ (a.a.O., S. 124)

Das Trauma hinter dem Trauma.- Manchmal zeigt sich dann, dass hinter einem aktuellen Existenztrauma ein weiter zurückliegendes lauert. In Kasten 7 habe ich ein Fallbeispiel aus meiner Praxis dargestellt, das beide Vorgänge illustriert. Aufstellungen sind nach meiner Erfahrung eine höchst wirksame Methode, übernommene Gefühle aus Existenztraumen der Eltern- und Großelterngeneration aufzulösen. Sie enthalten mehrere Prinzipien, die sich in den unterschiedlichen Formen der Traumatherapie als wirksam herausstellen:

- kontrollierte Reizenierung der Traumasituation,
- Verlangsamung der zeitlichen Abläufe,
- Beteiligung des Körpers am Transformationsprozess,
- Lösen von körperlichen und emotionalen Blockaden,

- Energieabfuhr und
- soziale Unterstützung durch eine Gruppe.

Kasten 7: Der Unfall hinter dem Unfall

Vorgeschichte.- Frau S. nahm an einem Kurs mit Familienaufstellungen teil. Als ihr Problem schilderte sie starke Ängste. Insbesondere habe sie Angst, ihrer kleinen Tochter könne etwas passieren. Schon wenn ihr Kind auf einen Stuhl klettere, habe sie Angst, es könne herunterfallen und sich schwer verletzen. „Ich sehe meine Tochter immer blutüberströmt und stark verletzt. Die gleiche Angst habe ich um meinen Mann. Da er täglich mit dem Auto unterwegs ist, sehe ich auch ihn blutüberströmt im Auto oder auf der Straße. Diese Bilder sind so real und fürchterlich.“

Frau S. hatte vor fünf Jahren einen schweren Autounfall, der für sie glücklicherweise glimpflich ausging. „Ein LKW wollte auf einer zweispurigen Fahrbahn die Fahrspur wechseln. Er übersah mich, weil ich mich im toten Winkel befand. Er schob mein Auto gegen den Randstein und durch diesen Gegendruck drehte sich mein Auto mit der Fahrerseite vor den LKW. Ich sah nur den Kühler vom LKW. Da er dies nicht bemerkte, fuhr der LKW-Fahrer weiter und schob mich 100 Meter vor sich her, ehe er zum Stehen kam. Ich dachte nur, jetzt muss ich sterben und kann mich von niemandem mehr verabschieden.“

Wie durch ein Wunder zog sich Frau S. bei diesem Unfall nur eine Gehirnerschütterung, ein Schleudertrauma und Prellungen zu. „Das Schlimmste war der schwere Schock und der Gedanke, was mir alles hätte passieren können.“ Frau S. litt in der Folge unter starken Ängsten. Sie konnte lange Zeit nicht mehr arbeiten gehen und sich in ein Auto setzen.

Von einem Neurologen bekam sie beruhigende Medikamente, damit sie schlafen konnte, und aufhellende Medikamente, damit sie tagsüber wieder wach wurde. Nach etwa einem Jahr lernte sie durch eine 18 Monate dauernde Verhaltenstherapie mühevoll ihre Ängste vor Autos zu überwinden. Sie kann heute wieder selbst autofahren. Ihre grundlegenden Ängste aber blieben. Sie steigerten sich in jüngster Zeit sogar wieder. „Ich träume oft von Unfällen und Tod. Ich habe insbesondere immer wieder Angst vor dem Sterben. Ich verstehe das nicht und auch in meiner Umwelt hat dafür niemand Verständnis.“

Die Aufstellung.- Auf meine Frage, ob in ihrem Herkunftssystem etwas Schreckliches passiert sei, antwortete Frau S.: „Mein Vater ist durch einen Unfall ums Leben gekommen. Er und meine Mutter saßen auf einem Traktor als dieser sich überschlug. Der Kopf meines Vaters wurde zwischen ein Rad und einen Baumstamm gedrückt und total zermalmt.“ Die Mutter sei durch den Unfall bewusstlos geworden. Sie sei damals im 5. Monat mit ihr schwanger gewesen. Die Ärzte hätten der Mutter nach dem Unfall zu einer Abtreibung geraten. Die Mutter hätte dies aber nicht gewollt und es im letzten Moment verhindern können.

Frau S. sagte, sie sei vor ihrem eigenen Unfall immer sehr lebensbezogen gewesen. Auf meine Frage, wie sie dies als Kind geschafft habe, meinte sie: „Ich habe mich immer an meine Mutter geklammert und um ihre Liebe gekämpft. Ich habe mich immer angestrengt, damit sie mich liebt und stolz auf mich ist. Das hat aber meinem Gefühl nach nichts gebracht. Wenn ich zurückdenke, habe ich den Eindruck, meine Kindheit strampelnd verbracht zu haben – so wie ein Ertrinkender, damit er nicht untergeht.“ Ich schlug Frau S. vor, zunächst folgende Personen aufzustellen:

- Eine Person, die sie darstellt, wie sie vor dem eigenen Unfall war.

- Eine Person, die den Unfall erlebte.
- Eine Person, die sie darstellt, wie sie jetzt ist.

Ich arbeitete hier also auf dem Hintergrund des Konzepts der multiplen Identität und der Annahme, dass durch ein Trauma eine eigene Trauma-Innenperson entsteht. Frau S. stellte diese drei Personen in einem Dreieck zu einander auf. Nach kurzer Zeit lösten sich diese Personen voneinander. Die Stellvertreterin für „Frau S. vor dem Unfall“ trat einige Schritte zurück und sagte: „Ich möchte etwas mit Leuten unternehmen.“ Die Stellvertreterin für „Frau S. im Unfallauto“ schwankte auf ihren Beinen stark hin und her und fühlte sich wie in einem Nebel: „Ich hebe jetzt gleich ab!“ Die Stellvertreterin „Frau S. in ihrer jetzigen Verfassung“ starrte auf einen Punkt vor sich auf den Boden: „Ich sehe, da ist etwas ganz Furchtbares!“ Sie ging dann in die Knie und setzte sich auf den Boden: „Ich sehe lauter Tote und viel Blut um mich herum. Es ist ganz furchtbar. Ich sitze in einer Lache voll Blut!“ Nach einer Weile sagte sie dann auch: „Das Blut gibt mir Kraft.“

Ich ließ Frau S. dann eine Stellvertreterin für ihre Mutter und für sie selbst als Säugling in die Aufstellung platzieren. Sofort klammerte sich „Frau S. als Säugling“ an ihre Mutter. Wir stellten auch noch einen Stellvertreter für Frau S.s verunglückten Vater dazu. Dieser legte sich nach kurzer Zeit vor „Frau S. in ihrer jetzigen Verfassung“ auf den Boden. Nach einer Weile will sich „Frau S. als Säugling“ neben den Vater legen und ihn umarmen. Die Stellvertreterin der Mutter, die sie festhält, lässt dies nur unter großem Widerstand und Protest zu. „Frau S. als Säugling“ aber setzt sich durch und legt sich neben den am Boden liegenden Stellvertreter für den toten Vater und schmiegt sich an diesen. Der Stellvertreter des Vaters sagt jetzt zu ihr: „Es reicht doch, dass ich gestorben bin.“

Jetzt begann „Frau S. in ihrer jetzigen Verfassung“ heftig zu weinen. Auch Frau S. im Außenkreis konnte ihre Tränen nicht mehr zurückhalten. Nach einer gewissen Weile ging die Stellvertreterin der Mutter auf „Frau S. in ihrer jetzigen Verfassung“ zu und stellte sich tröstend neben sie. Nach einiger Zeit verließ auch „Frau S. als Säugling“ ihren Platz neben dem Vater und stellte sich zur Mutter. Ebenso machte dies „Frau S. im Unfallauto“. Sie sagte: „Jetzt weiß ich, dass es auch noch ein Weiterleben gibt.“

Ich bat nun Frau S., sich vor diese Gruppe von Personen zu stellen. Sie war tief berührt und sagte: „Jetzt spüre ich wieder Leben in mir. Ich habe das Gefühl, ich habe die ganze Zeit bei den Toten gelebt.“

Kommentar.- Durch ihren eigenen Unfall wurde Frau S. traumatisiert. Sie entging vermutlich nur knapp dem Tod bzw. schwersten Verletzungen und bekam dadurch panische Ängste vor dem Autofahren. Durch eine Verhaltenstherapie konnte ihr über dieses Trauma hinweg geholfen werden. Durch diesen Unfall wurde jedoch ein tiefer liegendes Trauma in Frau S.s Seele aktiviert: der Unfalltod ihres Vaters. Frau S. war auch bei diesem Unfall mit dabei – im Bauch ihrer Mutter. Sie überlebte dadurch, dass ihre Mutter trotz des Unfalls die Kraft hatte, sie gegen den Rat der Ärzte weiter auszutragen und schließlich gesund zur Welt zu bringen.

Frau S. war das vierte Kind ihrer Mutter. Sie versuchte seelisch zu überleben, indem sie sich stark an die Mutter anklammerte. Sie dachte bis zu diesem Zeitpunkt immer, die Mutter hätte sie eigentlich nicht gewollt. Zudem habe die Mutter immer schlecht über den Vater gesprochen.

Durch die Aufstellung wurde Frau S. klar, dass die Mutter um sie gekämpft hatte und sie als ihre Tochter liebte. Die Mutter hatte Angst, nicht nur den Mann, sondern auch noch das Kind bei dem Unfall zu verlieren. Durch das Unfalltrauma und den Tod ihres Mannes aber war die Mutter in ihren Gefühlen blockiert und für das Kind emotional nur schwer er-

reichbar.

Die Ängste, die Frau S. aktuell quälen, sind Gefühle, die sie von ihrer Mutter übernommen hat. Sie hat die schrecklichen Bilder vom Traktorunfall in ihrer Seele gespeichert und daher auch ihrem Kopf („Lache voll Blut“). Weil sie diese Bilder und die damit verbundenen Angstgefühle bisher nicht zuordnen konnte, überträgt sie diese auf ihre jetzige Lebenssituation: Sie hat Angst, dass ihrer eigenen Tochter etwas Schreckliches passieren könnte. Wie man an diesem Beispiel sieht, sind wahnhaftige Vorstellungen und Halluzinationen keineswegs unbegründet. Sie können aus Trauma-Situationen resultieren, die sich auf dem Weg der seelischen Bindung von einer Mutter auf ihr Kind übertragen.

Nachwirkungen.- Etwa zwei Monate nach der Aufstellung berichtete mir Frau S. am Telefon, dass sie keine ängstigenden Bilder mehr habe und wieder völlig unbeschwert mit ihrem Auto fahre. Etwa 2 Monate später schrieb sie mir folgende Zeilen: „Meine Lebensqualität hat sich sehr verbessert. Ich habe das Gefühl, ich lebe wieder, kann wieder unbeschwert lachen und mich freuen. Die Ängste sind wirklich wie weggeblasen. Ich habe wieder das Bedürfnis aktiv zu sein und viel zu unternehmen. Ich fahre genauso wieder mit dem Auto wie früher. Sicher bin ich noch vorsichtig, aber ich habe nicht mehr diese schreckliche Angst. Ich konnte, wenn wir an einem LKW vorbeifahren, diesen nicht ansehen. Ich habe Atemübungen gemacht und die Augen zugemacht, um nicht in Panik auszubrechen. Jetzt kann ich hinschauen und zügig daran vorbeifahren. Ich bin sehr stolz auf mich.“

Vor allem packe ich meine Tochter nicht mehr in Watte, ich kann sie fallen sehen, ohne in Panik auszubrechen. Erst kürzlich fiel sie von der Bank und blutete aus dem Mund, sie hatte sich in die Wange gebissen. Ich war erstaunt, wie ruhig ich blieb und sie tröstend in die Arme nahm. Vor ein paar Monaten wäre ich noch hilflos in Tränen ausgebrochen.

Ich kann abschließend nur sagen, das Leben ist wunderschön, es hat mich wieder. Es ist nur schade um die Zeit. Und hätte ich meine kleine Tochter nicht, hätte ich wahrscheinlich nicht den Weg gesucht, meine Angst zu besiegen. Aber mir war klar, dass sie ihr ganzes Leben lang mit mir darunter zu leiden hätte. Sie soll doch so unbeschwert und normal wie möglich aufwachsen.“

Kasten 8 zeigt ein Beispiel für eine Einzeltherapie mit einem jungen Mann, der unter Panikattacken litt.

Kasten 8: Panikattacken und systemische Therapie bei einem 25jährigen Mann

Ein ca. 25jähriger Mann kommt in meine Praxis, weil er unter anderem immer wieder von heftigen Angstgefühlen und Hitzeaufwallungen in seinem Körper geplagt wird. Sie treten häufig nachts auf, wenn er im Bett liegt. Er spürt dann einen ungeheueren Druck auf seiner Brust und er fängt heftig an zu schwitzen. Die systemische Anamnese ergibt folgendes: Ein Bruder der Mutter starb im 2. Weltkrieg bei einem Bombenangriff. Zum Hergang des Ereignisses wusste der Patient folgendes zu berichten: Aus Angst vor Bombenangriffen seien seine damals 12jährige Mutter und deren 10jähriger Bruder von ihren Eltern von Hamburg nach Würzburg geschickt worden. Würzburg wurde jedoch auch bombardiert. Die Mutter des Patienten überlebte den Bombenangriff und musste mit ansehen, wie ihr kleiner Bruder starb. Der

Patient schildert: „Meine Mutter spricht mit ihrer Freundin von dem Ereignis als wäre es gestern gewesen.“ Die Eltern des Patienten hatten sich getrennt, als er 11 Jahre alt war, seiner Meinung nach vor allem auf Betreiben der Mutter.

Eine Aufstellung in der Einzeltherapie mit Kissen zeigt den Patienten sehr nahe vor seiner Mutter positioniert, der Vater steht weit abseits. Die Aufstellung zeigt eine Dynamik, die sich auch in den folgenden Therapiestunden bestätigte: Die Mutter will innerlich ihrem kleinen Bruder in den Tod folgen – der Patient berichtet, dass sie auch immer wieder Selbstmordabsichten äußerte. Sie identifizierte ihren Sohn mit diesem Bruder („Sie sagte, ich hätte viel von ihm.“). Der Sohn seinerseits stellt sich der Mutter in den Weg, um sie aufzuhalten. Er dachte auch selbst öfter an Selbstmord. Er hat bis dato noch keine Freundin und ist sehr stark auf seine Mutter fixiert. Auf dem Wege seiner frühkindlichen Bindung an seine Mutter hat er auch deren Panik beim Tod ihres Bruders übernommen.

Die Auflösung der Ängste des Patienten war in mehreren Schritten möglich:

- Lösung aus dem Bannkreis der Mutter und Intensivierung seines Kontaktes mit dem Vater;
- Aufhebung der Identifizierung mit dem toten Onkel;
- Verwandlung der Angst in Trauer.

Der letztgenannte Schritt war für den Patienten besonders wichtig. In der sechsten Therapiestunde gelang es ihm zum erstenmal, über den Tod seines Onkels zu weinen. Seine Mutter konnte vor allem deswegen nicht in die Trauer gehen, weil sie sich schuldig fühlte, selbst überlebt und ihrem Bruder nicht geholfen zu haben. Aufgrund dieser Schuldgefühle konnte sie dem Schicksal ihres Bruders nicht zustimmen und ihn damit auch nicht wirklich sterben und tot sein lassen. Die Angst vor dem Tod besteht solange, bis dem Tod einer geliebten Person mit dem Herzen zugestimmt und der Schmerz zugelassen wird.

Da der Patient sehr motiviert war, konnte die therapeutische Arbeit in zehn Stunden zum für ihn befriedigenden Erfolg gebracht werden. Er nahm zwar am Ende der Therapie auch an einem Familienaufstellungskurs von mir teil, erachtete eine Familienaufstellung für sich jedoch nicht mehr als nötig.

Bei der Arbeit mit Patienten, die unter starken Ängsten leiden, beginne ich eine Aufstellung oft damit, dass sie Stellvertreter für sich selbst und ihre Angst aufstellen. Dann wird oft sehr schnell deutlich, welche Funktion eine Angst für den Patienten hat, ob sie an ein Trauma von ihm erinnert oder ob sie einen Mechanismus darstellt, um den Patienten vor Personen in seinem System zu schützen.

Um mein Wissen über Angsterkrankungen zu vertiefen, habe ich vor einigen Jahren in Kooperation mit der Münchner Angst-Selbsthilfe (MASH) drei Seminare für Angstpatienten mit jeweils ca. 15 Teilnehmern/-innen durchgeführt. Alle drei Kurse wurden von Diplomantinnen der Katholischen Stiftungshochschule dokumentiert und unter dem Gesichtspunkt möglicher systemischer Hintergründe von Angsterkrankungen weiter ausgewertet. In allen Fällen traten Ereignisse in den Herkunftssystemen der Teilnehmer zutage, die systemische Verstrickungen hervorrufen können: u.a. früher Tod der Eltern, Verschwinden von Familienmitgliedern, Vergewaltigungen im Krieg, im Krieg vermisste Angehörige, Selbstmorde. Die Kursteilnehmer wurden ca. vier Monate später auch nach ihren Erfahrungen mit dem Familien-Stellen befragt (Waterloo-Köhler, 1997; Wittur, 1998; Carstens, 1999). Demnach

profitieren ca. 70-80% der Teilnehmer von Aufstellungen ihres Herkunfts- oder Gegenwarts-systems in Hinblick auf ihre Ängste.

Bedeutung von Selbsthilfe.- Selbsthilfe (z.B. Münchner Angst Selbsthilfe, MASH) kann als Unterstützung von Menschen, die an massiven Ängsten leiden, eine wichtige Funktion erfüllen (Vermittlung spezifischer Informationen, Weitervermittlung an spezialisierte Therapeu-ten, Krisenintervention, Wiederherstellung zerbrochener sozialer Bezüge, Aufklärung der Öffentlichkeit). Im Durchschnitt dauert es nämlich 8 Jahre, bis ein Mensch mit massiven Ängsten fachliche psychotherapeutische Hilfe erfährt und nicht nur von einem Arzt zum an-deren geht und sich ohne Befund auf körperliche Ursachen hin untersuchen, teilweise sogar am Herzen operieren lässt. Im Rahmen der Selbsthilfe ist jedoch wichtig, sich von der Fixie-rung auf das Thema Angst zu lösen und den tatsächlichen Ursachen für massiven Ängste ins Auge zu sehen. Solange nicht erkannt und anerkannt wird, dass Ängste eine Schutzfunktion gegen massive seelische Schmerzen besitzen, bleibt der Kampf gegen die Angst vergeblich.

Literatur

- Butollo, W. (1990). Die Angst ist eine Kraft. München: Piper.
- Carstens, A. (1999). Was bewegen Familienaufstellungen? Auswertung zweier Kurse mit Teilnehmern einer Angstselbsthilfegruppe. Katholische Stiftungsfachhochschule München. (Diplomarbeit).
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (1979). Klinische Psychologie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1994). Agoraphobie und Panikanfälle. In H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der klini-schen Psychologie. (S. 73-96). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, R. (1990). Autogenes Training. Niedernhausen: Falken-Verlag.
- Federer, M. (1997). Die Ängste von Achtjährigen. Deutsche Angst-Zeitschrift, 10, 16 – 18.
- Freud, A. (1982). Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler (Erstausgabe 1936)
- Goleman, D. (1996). Haben Sie Ihre Gefühle im Griff? Psychologie heute, 1, 29-35.
- Hellinger, B. & ten Hövel, G. (1996). Anerkennen, was ist. München: Kösel.
- Holsboer, F. (1993). Neurobiologie der Angst. In F. Holsboer, F. und M. Philipp (Hg.) (1993). Angststörungen. Pathogenese – Diagnostik – Therapie. (S. 7- 23). Gräfelfing: Socio Medico Verlag.
- Holsboer, F. & Philipp, M. (Hg.) (1993). Angststörungen. Pathogenese – Diagnostik – Therapie. Gräfelfing: Socio Medico Verlag.
- Kahneman, D., Slovic, P. & Tversky, A. (1982). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kraiker, C. & Pekrun, R. (1992). Emotion: Intervention. In Baumann & Perrez (Hrsg.), Klinische Psychologie. (S. 233-240). Bern: Huber.
- Langen, D. (1994). Autogenes Training. München Gräfe und Unzer.
- Laux, G. (1993). Einsatzmöglichkeiten der MAO-Hemmer bei Angst- und Panikerkrankungen. In H.-J. Möller (Hg.), Angst und Panikerkrankungen. (S. 120 – 126). Gräfelfing: Socio Medico Verlag.
- Levine, P. A. (1998). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Essen: Synthesis.
- Ledig, S. (1994). Nur keine Panik! So lernen Sie, mit ihren Ängsten umzugehen. München: Heyne.
- Marks, M. (1993). Gegenwärtiger Stand von Reizkonfrontation und Reizüberflutung. Verhaltenstherapie, 3, 55-56.
- Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.) (1991). Klinische Psychologie. Band 2: Intervention. Bern: Huber Verlag.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1990). Probleme im Jugendalter. Psychologische Hilfen. Freiburg: Lambertus.
- Reinecker, H. (Hrsg.) (1994). Klinische Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Rennert, M. (1990). Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg i. Breisgau: Lambertus.
- Riemann, F. (1985). Grundformen der Angst. München: Ernst Reinhardt.
- Ruppert, F. (2001). Welche Ursachen haben panische Ängste? In G. Weber (Hg.), Derselbe Wind lässt viele Drachen steigen. (S. 226 – 236). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Ruppert, F. (2002). Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psy-chotraumatologie. München: Kösel.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen: Hogrefe.

- Schnack, D. & Neutzling, R. (1992). Kleine Helden in Not. Reinbek: rowohlt.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1978). Paradox und Gegenparadox. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Semlitsch, H.V. (1993). Panikstörung mit Agoraphobie: ein Fallbericht. Verhaltenstherapie, 3, 213 - 220.
- Vester, F. (1991). Phänomen Streß. München: dtv.
- Waterloo-Köhler, M. (1997). Haben Angststörungen einen systemischen Hintergrund? Analyse von Fallbeispielen im Rahmen einer systemtherapeutischen Arbeit. Katholische Stiftungsfachhochschule München. (Diplomarbeit).
- Weber, G. (Hrsg.). Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers. Heidelberg: Carl Auer.
- Wittchen, H.-U. & Perkonig, A. (1993). Panikattacken mit frühem oder spätem Beginn: unterschiedliche pathogenetische Mechanismen? Verhaltenstherapie, 4, 296-303.
- Wittur, P. (1998). Welchen Ursprung haben Angststörungen? Analyse von Fallbeispielen auf dem Hintergrund verschiedener Angsttheorien. Katholische Stiftungsfachhochschule München. (Diplomarbeit).
- Zimbardo, P. G. (1992). Psychologie. Heidelberg: Springer.