

5.2 Angststörungen

5.2.1 Diagnostik und Indikation

Angststörungen zählen neben depressiven Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Die ICD 10 unterscheidet verschiedene Formen:

- **F40 Phobische Störung**
 - F40.0 Agoraphobie
 - F40.00 – ohne Panikstörung
 - F40.01 – mit Panikstörung
 - F40.1 Soziale Phobien
 - F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien
 - F40.8 Andere Phobien
 - F40.9 Nicht näher bezeichnete Phobien
- **F41 Andere Angststörungen**
 - F41.0 Panikstörung
 - F41.1 Generalisierte Angststörung
 - F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
 - F41.3 Andere gemischte Angststörungen
 - F41.8 Andere näher bezeichnete Angststörungen
 - F41.9 Andere nicht näher bezeichnete Angststörungen

Im Folgenden soll von Agoraphobie mit Panikstörung (F 40.01) die Rede sein, da diese Störung besonders häufig ist und die Persönlichkeitsstruktur und -problematik der Patienten Gemeinsamkeiten mit jener von Patienten mit phobischen Störungen einerseits und mit generalisierter Angststörung andererseits aufweist.

Die Symptomatik ist charakteristischerweise dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten auf freien, vor allem aber auf überfüllten Plätzen und Straßen, in Kaufhäusern, Kinos etc. von anfallsweise auftretenden Ängsten überfallen werden. Diese gehen meist mit verschiedenen körperlichen Symptomen, wie Zittern, Schwindel, Schweißausbrüche, Herzrasen und Atemnot, einher. Die Symptome sind unmittelbarer Ausdruck der Angst, der Kranke interpretiert sie aber meist gegenläufig als Ursache der Angst. So ist er während der Angstattacke z. B. von der Vorstellung gequält, gleich ohnmächtig zu werden und umzufallen und sich so vor allen Umstehenden schrecklich zu blamieren oder auf der Stelle sterben zu müssen („das Herz bleibt gleich stehen“), ohne dass Hilfe kommt. Die Anfälle dauern meist nur wenige Minuten und werden in der Regel durch panisches Verlassen des geschilderten Ortes bzw. der damit verbundenen

Situation beendet. Gerade hierdurch wird nun aber ein Vermeidungsverhalten konditioniert, das nicht selten zu einer extremen Einengung der Lebensführung beiträgt, da es in diesem Zusammenhang oft zu einer Generalisierung der angstausslösenden Situationen kommt. Unbehandelt neigt die Erkrankung zur Chronifizierung.

Neben Erfahrungsberichten, Falldarstellungen und Konzeptbeschreibungen der Gesprächspsychotherapie von Angststörungen (Swildens 1991, 1997; Finke 1995; Hassebroek 1997; Teusch u. Finke 1995; 1999,) gibt es eine Reihe empirischer Studien und Untersuchungen, die eine Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie auch für dieses Krankheitsbild nachweisen (Grawe 1976, 1988; Plog 1976; Speierer 1979; Barkovec u. Mathews 1988; Teusch u. Böhme 1991; Teusch et al. 1997; Böhme et al. 1998). Dies ist auch deswegen beachtenswert, weil gemeinhin gerade diese Störung als eine Domäne der Verhaltenstherapie, namentlich der Expositionsbehandlung, angesehen wird. In seiner vielbeachteten Studie konnte Teusch (1995, Teusch u. Böhme 1999; Teusch et al. 2001) jedoch zeigen, dass die (signifikant guten) Ergebnisse der stationären Gesprächspsychotherapie durch eine zusätzliche Expositionsbehandlung nicht verbessert werden konnten, dass also die „reine“ Gesprächspsychotherapie (im stationären Setting) genau so erfolgreich war wie die Kombination mit Verhaltenstherapie. Dies betraf sowohl Panik- als auch Agoraphobiesymptome; hinsichtlich anderer Merkmale wie z. B. Zunahme von Selbstvertrauen und Autonomieerleben zeigte die „reine“ Gesprächspsychotherapie sogar noch etwas bessere Werte.

Dennoch wird man bei Indikationsüberlegungen insbesondere unter ambulanten Bedingungen auch den Einsatz einer Verhaltenstherapie erwägen, vor allem bei Patienten, die lediglich an einer Symptombesserung und gar nicht an einer Selbsterfahrung interessiert sind und sich so auch kaum zur Selbstexploration in den ersten Sitzungen anregen lassen. Auch wenn sich die Symptome in den ersten Monaten nicht bessern, sollte man als Alternative die Verhaltenstherapie, zumindest aber den zusätzlichen Einsatz einer Expositionsbehandlung, in Betracht ziehen. Eine ergänzende medikamentöse Behandlung, vorrangig mit Antidepressiva, ist in solchen Fällen ebenfalls zu erwägen (aufgrund der Studienlage wird hier der Pharmakotherapie eine nahezu gleich gute Wirkung wie der Verhaltenstherapie zugeschrieben, Bandelow 2001. Siehe hierzu auch Kap. 6, „Gesprächspsychotherapie und Psychopharmaka“).

5.2.2 Inkongruenz- und Beziehungskonstellation

Bei den Angstkranken lässt sich idealtypisch ein (faktisch seltenerer) kontraphobischer Typus abgrenzen, der seine latente Angstbereitschaft durch ein eher forsches Auftreten und ein ständiges Aufsuchen von Gefahrensituationen zu bewältigen sucht. Von solchen Persönlichkeiten soll hier nicht die Rede sein. Der „typische“ Angstkranke ist eher „liebenswert“, kontaktbedürftig und auf Harmonie bedacht. Untergründig ist er ängstlich und hat eine erniedrigte Schwelle für das Auftreten von Angstreaktionen. Ohne selbst dessen voll gewahr zu sein, sucht er „Anlehungsverhältnisse“, in denen sein (meist zunächst nicht symbolisierter) Mangel an Lebensmut aufgefangen werden kann. Für Patienten mit Agoraphobie und Panikstörung ist dies im Einzelnen so zu beschreiben:

- Der Angstkranke ist, meist ohne sich dessen vor dem Ausbruch der Symptomatik bewusst zu sein, in besonderer Weise abhängig von der Geborgenheit vermittelnden Gegenwart Anderer. Das negative Selbstbild des Angstpatienten äußert sich nicht wie beim Depressiven in einer Selbstanklage und Selbstverurteilung, sondern in einem (vor Ausbruch der Erkrankung häufig kaum symbolisierten) Mangel an Vertrauen in die eigenen Kräfte. Insofern erwartet der Angstpatient, im Unterschied zum Depressiven, auch nicht so sehr Anerkennung als vielmehr Schutz und Sicherheit. Deshalb fürchtet der Angstpatient, anders als der Depressive, nicht so sehr die Entwertung durch die anderen, sondern das Verlassenwerden, das Verstoßenwerden in die Einsamkeit. Der Patient neigt so dazu, im anderen und besonders im Therapeuten, die Sicherheit gebende Macht zu sehen. Da er das Alleinsein und das Verlassenwerden fürchtet, ist er oft von dem untergründigen Misstrauen erfüllt, auch der Therapeut könne sich jederzeit entziehen.
- Der Angstpatient sieht sein Symptom, die Angst, oft als etwas Fremdes, nicht zu ihm Gehörendes. Wenn die Ängste sich z. B. auf die Herzfunktion zentrieren (ggf. Differentialdiagnostik zur somatoformen autonomen Funktionsstörung, F 45.3, und zur hypochondrischen Störung, F 45.2), werden diese häufig als Furcht vor körperlicher Erkrankung wahrgenommen. Von seiner Umgebung und so auch vom Therapeuten erwartet der Patient dann die Zuwendung wie zu einem körperlich Kranken. Der

Patient muss sich der ständigen Verfügbarkeit seines Therapeuten versichern, was von diesem oft als sehr bedrängend und einengend erlebt wird.

- Der Angstpatient sieht für sich oft nur die Möglichkeit, durch Einschränkung, d. h. durch Vermeiden, seine Angst bewältigen zu können. Dabei erwartet er vom Therapeuten (und auch von seinen Angehörigen), dass dieser auf seine Vermeidungsstrategien Rücksicht nimmt, was dann oft zu einem Konflikt zwischen der Zielsetzung des Therapeuten und seines Patienten führt.

Die Inkongruenz ist bestimmt von der Diskrepanz zwischen einem im Selbstkonzept repräsentierten Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit einerseits und einem „organismischen“ Wunsch nach Ungebundenheit, Autarkie und individueller Kreativität andererseits. Wenn dieser Wunsch nach Ungebundenheit und schrankenloser Freiheit am „Rande der Gewährwerdung“ (Rogers) auftaucht, reagiert das Individuum mit Angst, da hierdurch das Geborgenheitsbedürfnis bedroht wird. „Angst ist dann die Antwort des Organismus auf die ‘unterschwellige Wahrnehmung’, eine solche Diskrepanz könnte gewahrt werden und würde in der Folge eine Veränderung des Selbstkonzeptes erzwingen“ (Rogers 1987, S. 30/1959). Die Art der Inkongruenz zeigt sich auch in der typischen Ambivalenz dieser Patienten gegenüber der für sie relevanten Bezugsperson. Einerseits suchen sie Halt, Anlehnung und Geborgenheit, andererseits sehnen sie sich nach unbegrenzter Freiheit, eine Sehnsucht, die allerdings nur verzerrt symbolisiert wird.

Diese Inkongruenz kann das Ergebnis des Einflusses von ihrerseits beziehungsambivalenten, wenig kongruenten Eltern sein. Auch überprotektiv-einengende, selbst ängstliche, ständig vor den Gefahren des Lebens warnende und so verunsichernd wirkende Eltern können hier eine Rolle spielen. Bei der ätiopathogenetischen Abschätzung solch lebensgeschichtlicher Bedingungsfaktoren einer Panikstörung ist aber auch die heute diskutierte Annahme von biologischen Anlagefaktoren als eine Komponente dieses Bedingungsgefüges zu berücksichtigen (Hippius et al. 1999, Bandelow 2001).

Auslösend für das Auftreten der Angstsymptomatik wirken oft Trennungssituationen, reale wie in der Phantasie vorweggenommene oder befürchtete. Die phantasierte Trennung entspricht zwar einerseits dem Wunsch nach Ungebundenheit, ist

aber andererseits mit der Vorstellung von totaler und gefahrvoller Verlassenheit verbunden. So werden auch Situationen gefürchtet, die gewissermaßen in symbolischer Verkleidung Situationen des Fortgehens und der Unabhängigkeit repräsentieren, z. B. das Verlassen der Wohnung oder der Start zu einer Reise. Die Agoraphobie kann so in symbolischer Verkleidung (verzerrte Symbolisierung nach Rogers) die Angst vor Einsamkeit und Verlassenheit als die Kehrseite von Freiheit und Ungebundenheit darstellen. Dieser Zusammenhang leuchtet sehr prägnant in den Worten Kierkegaards (1963, S. 57, 141/1848) auf. „Angst ist die Möglichkeit der Freiheit“ oder noch vielsagender: „Angst ist der Schwindel der Freiheit.“ Mit dieser letzten Aussage hat Kierkegaard bereits ein häufiges Begleit- oder Stellvertretersymptom der Angst angesprochen, das körpernah erlebte Schwindelgefühl. Im subjektiven Erleben mancher Patienten ist das Schwindelgefühl so stark, dass zunächst die Angst hinter diesem Schwindelgefühl kaum fassbar ist.

Die Patienten suchen auch im Therapeuten Sicherheit, Schutz und Halt und sie appellieren nicht selten an seine Bereitschaft zur unumschränkten Hilfestellung. Im Therapeuten kann dies Retterphantasien aktivieren. Wenn er der Versuchung erliegt, sich in der Rolle des allmächtigen Helfers bestätigt zu fühlen, kann dies den Patienten in der Position des Abhängigen fixieren. Der Therapeut kann aber auch schnell die Beziehungserwartung des Patienten als bedrängend erleben. Das dann aufkommende Bedürfnis, sich aus einer Umklammerung zu befreien, kann eine Haltung der Wertschätzung und Empathie sehr erschweren.

Schlüsselthemen der Angststörung (Agoraphobie mit Panik)

- Angst vor Versagen der Körperfunktionen
 - Körperliches Krankheitsgefühl
 - Todesangst
 - Angst vor Hilflosigkeit
- Vermeidungsverhalten
- Angst vor Beschämung
 - Angst, als Simulant zu gelten
 - Angst, als psychisch krank zu gelten
- Angst vor dem Verlassensein
 - Suche nach Sicherheit
 - Enttäuschung durch Kontaktpersonen
- Sehnsucht nach Autonomie

5.2.3 Behandlungspraxis

Fallbeispiel

Eine 22-jährige Studentin der Pädagogik bekommt in einem Tapetengeschäft ihren ersten Angstanfall mit Herzrasen, Schweißausbruch und Schwindelgefühlen, dem in den folgenden Wochen noch zunehmend häufigere Anfälle auf belebten Straßen und in Geschäften folgen sollen. Die Studentin ist gerade dabei, aus dem Elternhaus auszuziehen und sich eine eigene, kleine Wohnung einzurichten. Sie hat als Einzelkind ein enges Verhältnis zu ihrer fürsorglichen und dominanten Mutter, die ihr bisher viele Dinge in der Organisation des Lebensalltages abzunehmen pflegte. Der Vater scheint im Erleben der Patientin eher ein randständige Rolle einzunehmen. Als sie von einem Internisten in die Psychotherapie verwiesen wird, hat sie das Projekt der eigenen Wohnung schon aufgegeben, da sie sich jetzt ganz auf die Umsorgung durch die Mutter angewiesen fühlt. In deren Begleitung sind die Angstanfälle deutlich seltener. Zur Weiterführung ihres Studiums (Besuch von Vorlesungen etc.) sieht sie sich zur Zeit kaum in der Lage.

Das Schlüsselthema der Angststörung ist die Angst selbst. Das Wovor der Angst, also ihr Gegenstand, ist hier allerdings nicht einheitlich. Für die Agoraphobie mit Panikstörung lassen sich unterschiedliche Anlässe und damit auch unterschiedliche Ebenen der Angst beschreiben.

Angst vor Versagen der Körperfunktionen

Die Angstattacke, die die oben genannte Patientin etwa im überfüllten Kaufhaus überfällt, ist typischerweise mit heftigen Körpersensationen verbunden, die ein Gefühl unmittelbaren vitalen Bedrohtheits bzw. eines totalen Verlustes an Kontrolle über die Körperfunktionen entstehen lassen. Dieses Thema wird in der Regel zu Beginn der Therapie ganz im Vordergrund stehen.

Körperliches Krankheitsgefühl. Da die Patienten Körpersensationen wie Herzrasen, Schwindel und Schweißausbruch genau so stark und nicht selten sogar stärker erleben als das eigentliche Angstge-

fühl, fühlen sie sich unmittelbar körperlich bedroht und nehmen in ihrem Krankheitskonzept eine Vertauschung von Ursache und Wirkung vor, sie sehen die körperlichen Dysfunktionen als das Primäre und fühlen sich körperlich krank. Für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung kommt darauf an, dieses Krankheitserleben als die subjektive Wirklichkeit der Patienten zunächst anzuerkennen und das sich hier zeigende Verhältnis zur eigenen Leiblichkeit zu verdeutlichen.

T: Es ist dann für Sie die qualvolle Angst, jeden Moment könnte das Herz stehen bleiben.

T: Es überfällt Sie dann ein totales Vernichtungsgefühl und Sie haben in diesem Augenblick jedes Vertrauen in Ihren Körper verloren.

Die Aufgabe von *Einfühlen und Verstehen* ist es auch, die Patienten, die mit der Angst verbundenen bzw. ihr vorausgehenden Körperempfindungen zunehmend präziser wahrnehmen und differenzieren zu lassen, damit sie so erleben, dass sie diesen bisher eine falsche, meist katastrophierende Bedeutung zugeschrieben haben.

Im Sinne des *Mitteilens von Anteilnahme und Sorge* wird der Therapeut deutlich machen, dass er Verständnis hat für das Sicherheitsbedürfnis und das Vermeidungsverhalten. Bei sehr von Angst getriebenen Patienten muss der Therapeut auch aktiv zu beruhigen versuchen, z. B. indem er bei Herzängsten nachdrücklich auf die körperliche Gesundheit des Patienten hinweist. Die Beruhigung und Ermutigung, die die verunsicherten Angstpatienten brauchen, sollte in der zuverlässigen, akzeptierenden Zuwendung und im Bekunden von Solidarität bestehen.

T: Ich glaub' Ihnen, dass das sehr schlimm ist, dieses Gefühl, ganz die Kontrolle über sich zu verlieren. Aber ich weiß genau, dass Ihnen nicht wirklich etwas passieren kann.

Ein allzu forciertes und vor allem überdauerndes Stützen und Bestätigen kann allerdings die Gefahr mit sich bringen, die Patienten in ihrem Anklammerungsbedürfnis und in ihrem Vermeidungsverhalten zu bestärken. Eine überdauernde Fixierung (über die ersten 10 bis 20 Therapiestunden hinaus) der Patienten auf ihre Körperfunktionen kann auch eine Abwehr gegen das Gewährwerden von Beziehungskonflikten darstellen. Hier ist eine behutsame *Abwehrcbearbeitung* durch Ansprechen der Konsequenzen der Abwehr einzuleiten.

T: Die Sorge um Ihre körperliche Gesundheit füllt Sie jetzt so aus, dass andere Probleme gar keinen Raum mehr haben.

Todesangst. Angstattacken gehen häufig mit unmittelbarer Todesangst einher. Ein Vergegenwärtigen der hiermit verbundenen Vorstellungen eröffnet die Möglichkeit, über ein Besprechen der Körpersymptome hinaus zu gehen. Über die Themen Tod – Sterben – Abschied kann der Therapeut in ein Klären von Bindungserleben und Beziehungserwartungen einsteigen. Zunächst gilt es zu verstehen, welche Phantasien die Patienten mit Tod und Sterben verbinden und welche Rolle hier andere Menschen, ihre Nähe oder Ferne, spielen. Ein Verstehen der Sehnsüchte und Erwartungen an „das Leben“ kann zu einem Klären von zentralen Sinnkonzepten des Betroffenen überleiten.

Angst vor Hilflosigkeit. Das Erleben des Ausgeliefertseins an die Angstattacken, das scheinbare Versagen aller Bewältigungs- und Kontrollmöglichkeiten gibt den Patienten das Gefühl einer drastisch verminderten Selbstwirksamkeit und untergräbt ihr Selbstvertrauen. Beim Aufbau dieses Selbstvertrauens kann neben Interventionen des Ermutigens und ausdrücklichen Wertschätzens tatsächlich erbrachter Leistungen auch die therapeutische Beziehung eine bedeutsame Rolle spielen. Besonders über das *Selbsteinbringen*, etwa in Form des *Mitteilens von Ähnlichkeit*, kann der Therapeut sich als „gutes Modell“ anbieten. Da die Identifikation bzw. Imitation ein starker Antrieb des menschlichen Handelns ist, liegt es nahe, unter bestimmter Indikation dieses Imitationsbedürfnis auch therapeutisch zu berücksichtigen. Vermutlich spielt die Identifikation mit dem Therapeuten, auch wenn sie nicht beabsichtigt wird, bei vielen Patienten eine wichtige Rolle. In der Gegenwart und durch das „Bild“ des sich als reale Person zeigenden Therapeuten lernt der Patient, sich mit ängstigenden und beunruhigenden Erlebnissen und Gefühlen auseinander zu setzen. Allerdings ist es wichtig, dass der Therapeut nicht überdauernd als übermächtige, alles beherrschende und in seiner unerschütterlichen Souveränität unerreichbare Gestalt erlebt wird. Denn dann würde diese überragende Therapeutengestalt eher resignierend und einschüchternd wirken, es bestünde keine Möglichkeit zur Identifikation. Wenn dagegen der Therapeut zu erkennen gibt, dass auch er in manchen Situationen

unsicher, ratlos und irritiert ist, bietet er sich eher als Identifikationsfigur an. An dieser Figur können die Patienten erleben, dass momentane Unsicherheit und Ratlosigkeit durchaus mit Gelassenheit und Zuversicht gepaart sein können. Darüber hinaus kann der Therapeut über „Ich-Botschaften“, etwa im Sinn des *Mitteilens alternativer Erlebnisweisen*, sein Vertrauen in die Selbstentfaltungsmöglichkeiten des Patienten zum Ausdruck bringen.

T: Ich an Ihrer Stelle wäre da aber schon etwas stolz auf mich.

Vermeidungsverhalten

Da Agoraphobiker durch Vermeiden der kritischen Situation eben auch ihre Angst vermeiden können, machen sie nie die Erfahrung, dass die Ängste auch beim Ausharren in der kritischen Situation nach anfänglichem Anstieg schließlich nachlassen, dass sie sich gewissermaßen selbst erschöpfen. Der Therapeut muss seine Patienten genau über diesem Umstand informieren und sie, zwar direktiv, aber auch einfühlsam und warmherzig, zum Aushalten der Angst in solchen Situationen ermutigen. Damit verlässt der Therapeut natürlich die Alter-Ego-Position und nimmt eher die Rolle eines informationsvermittelnden Beobachters und Experten ein, der wie ein Verhaltenstherapeut zur Angstexposition rät. Danach kann er wieder einen Rollenwechsel vornehmen und die Reaktion des Patienten auf diesen Hinweis einfühlsam verstehend aufgreifen.

T: Ich kann gut verstehen, dass es für Sie eine große Versuchung ist, doch wieder zu fliehen. Aber Sie müssen durch Standhalten die Erfahrung machen, dass die Angst und all die anderen unangenehmen Erscheinungen von selbst wieder abklingen.

T: Es fällt Ihnen schwer, darauf zu vertrauen, dass trotz der schlimmen Angst nichts Gefährliches passieren kann.

Der Therapeut sollte zumindest in den ersten Monaten der Behandlung sich öfter nach dem Ausmaß der Versuche, angstbesetzte Situationen aufzusuchen, erkundigen. In aller Regel bessert sich die Angstbewältigung. Tritt jedoch in dieser Zeit keine Minderung der Symptomatik ein, ist eine systematische Expositionstherapie als Parallelbehandlung oder gar eine ausschließliche Verhaltenstherapie zu erwägen.

Der Patient sollte auch angeregt werden, die Angst umzubewerten, indem in dem Symptom nicht nur etwas gesehen wird, das zu vermeiden oder, im positiven Fall, zu überwinden und zu bewältigen ist, sondern das zunächst anzuerkennen ist, insofern es einen Hinweis, eine bedeutsame Botschaft über Aspekte der eigenen Person enthält. Gelingt hier eine mehr annehmende Haltung gegenüber dem Symptom, bedeutet schon allein dies oft ein Stück weit seine „Aufhebung“.

Angst vor Beschämung

Schamgefühle spielen bei Angstpatienten häufig eine zentrale Rolle. Wenn der Therapeut diese aufmerksam beachtet und sie ebenso behutsam wie empathisch anspricht, eröffnet ihm dies schnell einen Zugang zum inneren Bezugssystem, namentlich zum Selbstkonzept des Patienten. Schamgefühle können mit ein Grund für die Abwehr des Patienten sein, sein körperbezogenes Krankheitskonzept aufzugeben. Das Klären dieser Gefühle ist dann auch eine Form der Abwehrclearing.

Angst, als Simulant zu gelten. Der Arzt habe, so berichten Angstpatienten nicht selten irritiert, ratlos und manchmal auch empört, zu ihnen gesagt: „Sie haben nichts“. Ob der Arzt sich wirklich dieser verkürzenden Redeweise bedient hat, oder ob die Patienten ihn nur so verstanden haben, sei dahingestellt. Gemeint war natürlich, dass kein pathologischer Organbefund bestand. Da meist auch schon die Angehörigen des Patienten die in ihrer Dramatik beeindruckenden Angstanfälle miterlebt haben (evtl. wurde der Patient auch schon mehrmals „mit Blaulicht“ wegen des Verdachts auf Herzinfarkt in die nächste Klinik gefahren) ist es für die Patienten nach der organmedizinischen Diagnose äußerst peinlich, „nichts vorweisen“ zu können. Sie fürchten das Belächelt-werden oder gar die Verachtung seitens aller „Umstehenden“, auch der Ärzte.

T: Sie schämen sich fast schon, keine organische Krankheit zu haben, die alles viel leichter erklären könnte.

P: Schämen will ich nicht sagen, aber das Ganze ist schwer für mich zu verstehen. Und erst recht werden es die anderen nicht verstehen können. Die denken dann leicht „Simulant“ oder so etwas.

T: Vielleicht befürchten Sie manchmal, auch ich könnte Sie insgeheim für einen Simulanten halten.

Das Aufgreifen von Schamgefühlen kann dazu dienen, sowohl das Selbstkonzept, insbesondere das Selbstideal, wie das „Fremdkonzept“, d. h. das Bild von den anderen, also die Beziehungserwartungen des Patienten, zu klären. Sofern von diesen Schamgefühlen auch Erwartungen und Befürchtungen gegenüber dem Therapeuten berührt werden, lassen sich per *Beziehungsklären* solche Gefühle besonders erlebnisnah, also ganz im Hier und Jetzt, bearbeiten.

Auch weil es in der Therapie von Angstkranken um die oft schwierige Konsensbildung hinsichtlich des gemeinsamen Krankheitskonzeptes geht, ist das *Beziehungsklären* hier eine wichtige Interventionsform.

Angst, als psychisch krank zu gelten. Gerade weil Angstpatienten ihre Beschwerden als so körpernah erleben und weil sie häufig, zumindest unausdrücklich, so intensiv die Hilfe ihrer Umgebung anfordern, ist es mit ihrem Selbstkonzept wenig vereinbar, als psychisch krank zu gelten. Sie reagieren daher oft mit tiefer Scham gegenüber der Einsicht in diesen Sachverhalt. Die Änderung des Selbstkonzepts in dieser Hinsicht ist natürlich eine Voraussetzung für die Möglichkeit des Patienten, sich auf eine Psychotherapie einlassen zu können. Diese Änderung erfordert eine einfühlsame Bearbeitung der Abwehr.

T: Innerlich wehren Sie sich regelrecht gegen die Vorstellung, dass alles seelische Gründe haben soll.

P: Na, ich hab' halt immer die Angst, dass man vielleicht doch was übersehen hat.

T: Fast wünschten Sie sich, es würde sich doch noch eine körperliche Ursache finden, da Sie die Vorstellung, gewissermaßen eine psychische Störung zu haben, wie einen Makel empfinden.

Bei sehr selbstunsicheren, leicht irritierbaren Patienten empfiehlt es sich, diese Abwehrbearbeitung in noch kleinere Teilschritte aufzugliedern und darauf zu achten, dass der Patient durch dieses Vorgehen nicht geängstigt wird.

Angst vor dem Verlassensein

Die Angst vor dem Verlassensein oder Verlassenwerden, auch als Trennungsangst bezeichnet, ist in ihren verschiedenen Varianten zentrales Schlüsselthema der Angstkranken. Mit diesem Thema erschließt sich die „innere Welt“ dieser Patienten,

ihre grundlegenden Erlebensmuster und ihre Persönlichkeitsproblematik. Vor allem zwei Aspekte dieses Themas sind zu unterscheiden.

Suche nach Sicherheit. Das Bedürfnis nach einer scheinbar absoluten Sicherheit ist charakteristisch für viele Angstpatienten und vor dem Hintergrund eines ständigen Erlebens von Bedrohtheit zu verstehen. So bemühen sie sich ständig um Rückversicherung, Geborgenheit und Schutz, versichern sich der Nähe von möglichen Hilfspersonen, Ärzten, der nächsten Klinik. Wie bei der in der Fallskizze genannten Studentin kommt es meist schon relativ früh in der Lebensgeschichte zur Ausbildung eines zunächst jedoch kaum symbolisierten Erlebens, ohne eine starke Bezugsperson hilflos zu sein. Bei der Studentin wurde dieses Erleben auch durch das (nicht symbolisierte) Konzept verstärkt, sich der Mutter allzeit als pflegebedürftiges Kind anbieten zu müssen, um dieser das Gefühl von Gebrauchtwerden zu vermitteln. Auf Selbstständigkeitsbestrebungen wie dem Etablieren einer eigenen Wohnung reagierte die Studentin mit (nicht symbolisierten) Schuldgefühlen, der Mutter die Existenzberechtigung zu entziehen.

T: Wenn Ihre Mutter bei Ihnen ist, fühlen Sie sich sicher.

P: Ja, dann hab' ich weniger Angst vor der Angst.

T: Irgendwie ist dann die Welt für Sie und wohl auch für Ihre Mutter in Ordnung.

P: Ich bin halt im Moment sehr auf meine Mutter angewiesen, und die akzeptiert das auch.

T: Da fühlen Sie sich von Ihrer Mutter sehr verstanden und das gibt Ihnen Geborgenheit.

Es kommt hier zunächst darauf an, Aspekte des wahrgenommenen Erlebens, also die verschiedenen Erlebnisweisen des Sicherheitsgefühls oder den Wunsch danach herauszuarbeiten, das Erleben von Geborgenheit, Ruhe, Nicht-Einsamsein, Getragensein, mit sich und den anderen in Übereinstimmung sein, in seinem positiven Gehalt anzuerkennen. Das darauf folgende Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes des Sicherheits- und Geborgenheitsbedürfnisses, wie der o. g. Schuld- bzw. Gewissensangst, hilft der Patientin, diese Bedürfnisse und Gefühle in ihrer Entwicklung zu verstehen und sie dadurch zu modifizieren.

Enttäuschung durch Kontaktpersonen. Wenn, wie zuletzt geschildert, den Patienten Gelegenheit gegeben wird, diesen Aspekten detailliert nachzugehen, werden sie oft selbst auf Brüche und Wider-

sprüche dieser Wunschwelt aufmerksam bzw. ist es nur ein kleiner Schritt, diese Aufmerksamkeit vom Therapeuten anzuregen.

- T: Erleben Sie das Verhältnis zu Ihrer Mutter jetzt eigentlich als recht harmonisch?
 P: Würd' ich schon sagen, ja.
 T: Sie sind also sehr zufrieden mit dieser Situation.
 P: Nun ja, manchmal nervt es mich etwas, dass es immer nach dem Kopf meiner Mutter gehen muss.
 T: Da fühlen Sie sich manchmal eingeengt in Ihren Wünschen und Plänen.

Angstpatienten fällt es schwer, ihre Unzufriedenheit mit nahen Kontaktpersonen exakt zu symbolisieren, da dies ihr Sicherheitsbedürfnis bedroht. Der Therapeut hat hier in seiner zweiten Intervention die Abwehr nicht angesprochen, also nicht konfrontiert, sondern gewissermaßen die Bewegung der Abwehr mitgemacht. Dadurch wurde es der Patientin möglich, diese aufzugeben, ihre Ambivalenz in der Beziehung zu ihrer Mutter anzusprechen und sich gerade dadurch auf das zu besinnen, was nicht in der absoluten Entsprechung mit den Wünschen der Mutter aufgeht. Wenn die Patientin hier doch stärker abwehren würde, wäre, unter der Voraussetzung genügender Belastbarkeit, konfrontiver zu intervenieren, etwa durch *Mitteilen alternativer Erlebnisweisen* im Sinne des „Ich an Ihrer Stelle ...“.

- T: Wenn ich mich so in Ihre Lage versetze, also ich glaub', mich hätte das geärgert, wenn meine Mutter mir immer vorschreiben will, dass ...

Auch über das *Beziehungsklären* ist die ambivalente Einstellung vieler Angstkranker gegenüber den haltgebenden Personen, so auch gegenüber dem Therapeuten, zu verdeutlichen. So können über das aktuelle Beziehungserleben des Patienten tief verwurzelte Einstellungen bearbeitet werden. Die Erwartung, der Therapeut möge ständig zur Verfügung stehen, müsste zunächst in ihren vielen, zum Teil auch für den Patienten mehr positiv erlebten Aspekten vergegenwärtigt werden. Dabei wird dann zunehmend deutlich werden, dass der Patient diese Erwartung selbst auch zwiespältig erlebt und bewertet, da dieses starke Angewiesensein demütigende Aspekte hat. Der Therapeut kann dann als Quelle von Scham empfunden und eben deswegen nicht nur positiv erlebt werden. Wenn der Patient diese negativen Gefühle seinem Therapeuten gegenüber sogar noch mit dessen Unterstützung und Billigung aussprechen kann, ist dies ein wichtiger Schritt. Das Geltenlassen solcher Gefühle, ohne

dass der Therapeut seine Zuwendung entzieht, ermutigt vielleicht den Patienten, seine Unabhängigkeitsbedürfnisse nachdrücklicher zu artikulieren.

Sehnsucht nach Autonomie

Die Angst vor dem Verlassenwerden bzw. die Trennungsangst ist oft nur die Kehrseite des Wunsches nach Autonomie und Ungebundenheit. Trennungsängste sind dann auch als (nicht symbolisierte) Trennungswünsche zu verstehen, Wünsche, die die Person aber gleichwohl ängstigen. Daher sind sie zunächst meist weit außerhalb des Gewahrseins.

Wenn die ambivalente Haltung gegenüber nahen Bezugspersonen so symbolisiert werden kann, dass positive und negative Beziehungserfahrungen verglichen und nebeneinander gestellt werden können, werden die Patienten auch Angst und Ärger gegenüber einer zu großen Abhängigkeit verbalisieren können. Damit rückt die Sehnsucht nach Selbstständigkeit und Unabhängigkeit in das Gewahrsein. Die Vergegenwärtigung dieses bisher nicht symbolisierten organismischen Erlebens muss nun vom Therapeuten angeregt werden. Geheime Phantasien nach unbegrenzter Freiheit, nach grandioser Selbstentfaltung und absoluter Unabhängigkeit können sich die Patienten in der therapeutischen Situation vielleicht erstmalig gegenüber einem anderen eingestehen, dies vor allem dann, wenn sie sich auch in der Widersprüchlichkeit dieses Wunsches vom Therapeuten akzeptiert und verstanden fühlen können.

- T: Dass Sie sich in vielem so nach anderen richten müssen, ärgert Sie dann schon.
 P: Ja, die Angst hat mich eben total abhängig gemacht.
 T: Sie träumen dann auch schon mal davon, alles hinter sich zu lassen und nur auf sich selbst hören zu müssen.
 P: Ich möchte schon, traue es mir aber nicht zu.
 T: Als Sie sich damals eine eigene Wohnung nehmen wollten, trauten Sie es sich zu.
 P: Ja, damals hatte ich keine Zweifel, hab' mich auf die Wohnung gefreut.
 T: Sie waren da voller Tatendrang. Aber hatten Sie nicht vielleicht doch so ein komisches Gefühl dabei, vielleicht so eine Art schlechten Gewissens?

Es geht jetzt darum zu verstehen, welche äußeren oder inneren Ereignisse, also beispielsweise welche Vorstellungen oder Bedürfnisse, an der Auslösung der Angstanfälle beteiligt waren. Bei der Studentin waren dies neben der Angst vor dem Auf-sich-

selbst-gestellt-sein auch Schuldgefühle, mit dem Bezug der eigenen Wohnung der Mutter nicht mehr als Partner und Pflegeobjekt so uneingeschränkt zur Verfügung zu stehen. Die Angst der Patientin war so auch eine Gewissensangst. Im Verlauf der weiteren Therapie ist hier die Beziehung der Patientin zu ihrer Mutter zu klären, die besondere Art ihres Bindungserlebens an diese Person und jene Parolen und Gebote, die während einer lebenslangen Interaktionsgeschichte in das Selbstkonzept der Patientin eingeschrieben wurden und bisher die Autonomieentwicklung behinderten. Eine Korrektur dieser Aspekte des Selbstkonzepts durch die per Einfühlen und Verstehen ermöglichte Selbstverständigung der Patientin wird somit auch eine wichtige Voraussetzung für ein angst- und schuldgefühlfreies Verwirklichen der eigenen Autonomie-tendenzen sein.

Mittel und Ziele der Gesprächsführung

Angststörung

- Einfühlen und Verstehen
 - In der Rolle des Alter Ego Halt und Stützung vermitteln
 - Durch Verdeutlichen der Verlassens- und Todesängste die Beziehungserwartungen sowie -erfahrungen klären
 - Durch Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle (Scham/Schuld) das Selbstkonzept ändern
 - Durch Verstehen der Beziehungskonflikte anregen, Autonomiewünsche zu symbolisieren
- Beziehungsklären
 - Durch Aufgreifen von Zuwendungserwartungen Sicherheitsbedürfnisse anerkennen und klären
 - Durch Ansprechen von Schamgefühlen gegenüber dem Therapeuten Beziehungserwartungen korrigieren
 - Durch Aufgreifen widersprüchlicher Beziehungsgefühle Ziele und Bedürfnisse klären
- Reales Zugegensein und Selbsteinbringen
 - Durch Mitteilen von Anteilnahme Beruhigen und Ermutigen
 - Durch Mitteilen von Ähnlichkeit dem Patienten ein Modell für Selbstvertrauen sein
 - Durch Mitteilen alternativer Erlebnisweisen Ambivalenzen gegenüber Bezugspersonen verdeutlichen

Gesprächsregeln

Angststörung

- Helfen Sie dem Patienten, seine Körpersignale präziser und gelassener wahrzunehmen.
- Bringen Sie dem Patienten nahe, seine Angst als etwas sehr Persönliches und für ihn Bedeutsames zu erfahren.
- Versuchen Sie, die verschiedenen Aspekte der Angst zu verdeutlichen (Angst vor Einsamkeit, Angst vor Tod, Tod als Verlassenwerden, Angst vor Beschämung).
- Versuchen Sie zusammen mit dem Patienten, seine geheimen Autonomiephantasien zu erspüren, seine Vorstellungen von Unabhängigkeit, Freiheit und absoluter Selbständigkeit. (Bei kontraphobischen Patienten: Geborgenheitswünsche erkunden.)
- Regen Sie den Patienten an, seine Erwartungen an nahe Bezugspersonen zu klären. Arbeiten Sie auch seine Wünsche, Befürchtungen und Hoffnungen an den Therapeuten heraus.
- Konfrontieren Sie den Patienten mit seinem Vermeidungsverhalten. Ermutigen Sie ihn, Angst zu ertragen und sich Angst machenden Situationen auszusetzen.
- Seien Sie Ihrem Patienten ein „gutes Modell“ für Angsttoleranz, indem Sie in bestimmten Situationen auch Ihre eigenen Unsicherheiten und Irritationen bis zu einem gewissen Grad transparent machen.
- Zeigen Sie dem Patienten Ihr Vertrauen in seine Fähigkeit zur Autonomie.

5.3 Somatoforme Störungen

5.3.1 Diagnostik und Indikation

Hier werden Störungen besprochen, bei denen körperbezogene Symptome im Vordergrund stehen, ohne dass sich für diese eine organpathologische Ursache finden lässt. Allerdings „widersetzt sich der Patient gewöhnlich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren“ (ICD 10, 170). Die Patienten halten also häufig mit einer gewissen Verbissenheit an der Überzeu-