

**PANIKSTÖRUNGEN -  
EINE KRITISCHE  
AUSEINANDERSETZUNG  
MIT DEM ANSATZ DER  
INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (Psychotherapie)

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum – Integrative Gestalttherapie

von

Mag.<sup>a</sup> rer.nat., Mag.<sup>a</sup> phil. Sandra Kern

8501 Lieboch

Department für Psychotherapie und  
Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Lieboch, März 2012

## DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

Ein herzliches Dankeschön

all meinen bisherigen WegbegleiterInnen!

## ABSTRACT

Die vorliegende Literaturarbeit beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit es für die therapeutische Begleitung von Menschen mit Panikstörungen (diese werden der Gruppe der Neurotischen Störungen laut ICD-10 zugeordnet) ausreicht, eine umfassende Kenntnis über die grundlegenden Prinzipien, Methoden und Techniken der Integrativen Gestalttherapie hinsichtlich eines neurotischen Geschehens zu haben?

Zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragen wird zunächst der Begriff Angst im allgemeinen sowie die pathologische Angst definiert, da diese gerade in der heutigen Zeit – durch die speziellen Anforderungen, welche das Mensch-Sein im 21. Jahrhundert mit sich bringt – stetig zunimmt. Als spezieller Ausdruck von Angst kann dabei das Symptom der Panik – und in weiterer Folge die Panikstörung – gesehen werden, weshalb dieses Syndrom genauer betrachtet wird. Im Anschluss erfolgt eine kurze Darstellung der Verhaltenstherapie, da diese als effektivste Therapieform in der Behandlung von Menschen mit Angststörungen gilt. Danach wird der Umgang der Integrativen Gestalttherapie mit Menschen mit Panikstörungen betrachtet, wobei zunächst der Begriff der Neurose und die Person des Neurotikers im speziellen beleuchtet werden um in weiterer Folge auf die Behandlung überzugehen. Ein abschließendes Kapitel wird der eigenen praktischen Arbeit gewidmet.

Deutlich wird, dass eine sinnvolle Kombination aus Techniken der Verhaltenstherapie sowie den Methoden und Techniken der Integrativen Gestalttherapie wesentlich für eine zielführende Behandlung von Menschen mit Panikstörungen – und auch sämtlichen anderen Neurotischen Störungen – ist. Damit diese jedoch möglich wird, erscheint es unerlässlich, dass gerade in der heutigen Fachausbildung nicht nur der Begriff der Neurose zur Bestimmung von Neurotischen Störungen herangezogen wird, sondern u.a. auch eine differenzierte Kenntnis über die einzelnen Störungsbilder, über deren Entstehung und Hintergründe sowie bewährte Techniken, gerade aus der Verhaltenstherapie, vermittelt wird.

**Stichworte für die Bibliothek:** Angst, Mensch-Sein im 21. Jahrhundert, Panikstörung, Neurose, Integrative Gestalttherapie

## ABSTRACT

The presented work deals with the following question: within the therapeutic treatment of persons with panic disorder (according to ICD-10 these fall within the group of neurotic disorders) how much comprehensive knowledge about the basic principles, methods and techniques of Integrative Gestalt Therapy relating to a neurotic happening is sufficient.

In order to answer the arising questions the term Angst/anxiety is being defined in general as well as in the form of “pathological Angst/anxiety”, as both are on the rise in our times – brought on by the specific requirements of being a human in the 21<sup>st</sup> century. Panic as symptom and furtheron “panic disorder” can be viewed as a specific expression of Angst/anxiety. Therefore this syndrome will be reviewed in more depth. Following this there is a short presentation of Behavioural Therapy, as it is regarded as the most effective form of therapy when treating persons with anxiety disorder. Then there will be a look at how Integrative Gestalt Therapy views persons with panic disorders. Within this there will first be a review of the term Neurosis and specifically of a person as a Neurotic, followed by forms of treatment. The concluding chapter presents practical work done in the areas mentioned above.

What shows is that in order to comprehensively treat persons with panic disorder – and also with other neurotic disorders - it is necessary to use an expedient combination of techniques of Behavioural Therapy and the methods and techniques of Integrative Gestalt Therapy. To make this possible it seems necessary within the studies of specific therapeutic schools, not only to use the term neurosis for the definition of neurotic disorders, but also – among others – to teach a differentiated knowledge about the individual disorders, their origin, development and backgrounds as well as tried and tested techniques – especially those already developed within Behavioural Therapy.

**Keywords:** Angst/anxiety, being human in 21<sup>st</sup> century, panic disorder, neurosis, Integrative Gestalt Therapy.

Der angstfreie Mensch ist eine Vision, die Angst macht.

Denn ohne Angst ist das Leben weniger lebenswert.

Es gäbe dann auch nichts mehr, um das man Angst haben müsste.

Eine positive Zukunft der Angst könnte somit darin bestehen, dass dieser ihr Stellenwert als Indikator für Veränderung eingeräumt wird, sie vielleicht sogar als Wegweiser verstanden wird, aus eingefahrenen, verkrusteten, überregelten Wegen auszubrechen und Schritte zu mehr Lebensnähe, Komplexität aber damit auch weniger Vorhersagbarkeit und Kontrolle zu wagen.

Angst ist nicht nur als eine Störung sondern auch als Ressource zu begreifen.

Jürgen Kriz (2003, 176)

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Zum Begriff Angst: Angst als Notwendigkeit zu Überleben vs. Pathologische Angst	4
3. Mensch-Sein im 21. Jahrhundert	7
<i>Exkurs: Das Stressmodell</i>	10
4. Zum Syndrom Panik: Die Panikstörung	11
4.1. Begriffsdefinition	13
4.2. Prävalenz	13
4.3. Symptomatik	13
4.3.1. ICD-10	14
4.3.2. DSM-IV	15
4.4. Zur individuelle Veranlagung oder Warum entwickeln manche Menschen Panikstörungen?	16
4.5. Weitere Angststörungen	19
5. Zur Verhaltenstherapie bei Menschen mit Angst- und Panikstörungen	20
6. Zum Umgang der IGT mit Menschen mit Angst- und Panikstörungen	24
6.1. Angst und Angstanfall	25
6.2. Zur Diagnostik und Diagnosen	28
6.2.1. Diagnostische Zugänge	28
6.2.2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik	31
6.3. Zum Begriff Neurose	39
6.3.1. Bedingungen für die Entstehung einer Neurose	39
6.3.2. Zur Person des Neurotikers	40
<i>Exkurs: Die neurotischen Abwehrmechanismen</i>	42
6.3.3. Zur Chronifizierung des Neurotischen	42
<i>Exkurs: Zum Verständnis des Selbst in der IGT</i>	43
6.3.4. Zum Kontaktgeschehen	47

6.4. Zur Behandlung	52
6.4.1. Allgemeine Überlegungen	53
6.4.2. Spezifische Überlegungen	56
6.4.2.1. Kontaktnahme und Schichten der Neurosen	58
6.4.2.2. Münchner Integrative Mehrphasige Behandlung von Angststörungen (MIMBA)	62
6.4.3. Exemplarischer Einblick in von mir in der Praxis angewandte Techniken	64
6.4.3.1. Das Unfassbare fassbar machen	65
6.4.3.2. Entspannung	66
6.4.3.3. Imagination	68
6.4.3.4. Kreative Medien – Malen, Arbeit mit Ton	70
6.4.3.5. Geschichten	71
6.4.3.6. Leerer Stuhl	76
7. Zusammenfassung und Ausblick	80

Literaturverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Anhang

# 1. Einleitung

In meiner Arbeit als Klinische- und Gesundheitspsychologin sowie Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision begegne und begleite ich, im Bereich der extramuralen Psychiatrie als auch der Privat-Praxis, in einem doch nicht geringem Ausmaß Menschen, die an Angst- und Paniksymptomen leiden.

Nachdem ich als Klinische Psychologin auch mit der diagnostischen Abklärung und Befundung dieser Menschen beauftragt bin, kann ich feststellen, dass das Symptom der Angst und auch jenes der Panik, sich unabhängig vom Alter bei verschiedensten psychiatrischen Diagnosen zeigt.

Häufig kann die Symptomatik jedoch sehr eindeutig der Gruppe der Neurotischen-Belastungs- und Somatoformen Störungen laut ICD-10 zugeordnet werden. Weitere komorbide Störungen liegen nicht immer vor – ein sogenanntes gut oder gut bis mäßig integriertes Strukturniveau (Struktur wird als das Ergebnis des persönlichen Reifungsprozesses verstanden) - ist feststellbar.

Betrachtet man die Schätzungen der WHO werden im Jahr 2020 Angststörungen und Depressionen die zweithäufigsten Ursachen (nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen) für Arbeitsunfähigkeit sein.

Auf diesem Hintergrund und auch aufgrund der Tatsache, dass Angst und Panik als Massenphänomene nicht nur seit 9/11 und gerade auch aktuell wieder aufgrund der gesamtgesellschaftlichen und sozio-ökonomischen Entwicklung eine besondere Präsenz aufweisen, habe ich mit Verwunderung festgestellt, dass Menschen mit Angst- und Paniksymptomen, bei einem gut oder gut bis mäßig integrierten Strukturniveau, ohne weitere komorbide Störungen, innerhalb der Fachausbildung Integrative Gestalttherapie (in Folge kurz IGT) nur eine, für mich, untergeordnete Bedeutung beigemessen wurde. Lediglich ein einziges Seminar, nämlich das Neurosen-Seminar, hat sich mit dieser Personengruppe beschäftigt, wobei für mich der Begriff Angst oder auch Panik sowie mögliche Diagnosen in diesem Zusammenhang, keine wirkliche Erwähnung gefunden haben.

Die Verwunderung nährt sich auch daraus, da gerade Perls und Goodman bei der Betrachtung der Krankheiten der gesellschaftliche Hintergrund ein wesentlicher war. Als mögliche Erklärung könnte ich u.a. die traditionelle Haltung der IGT gegenüber Diagnosen für mich heranziehen, wobei mir dies zu wenig ist.

Reicht es für die therapeutische Begleitung von Menschen mit sogenannten Neurotischen Störungen (und damit Angst- und Panikstörungen) aus, eine umfassende Kenntnis über die grundlegenden Prinzipien, Methoden und Techniken der IGT hinsichtlich eines neurotischen Geschehens zu haben? Reicht es aus zu wissen, was einen Neurotiker kennzeichnet? Oder ist es für eine zielführende Behandlung nicht erforderlich und notwendig, darüber hinaus noch weitere Kenntnis z.B. über Erklärungen für Angst und Panik oder die in anderen Therapierichtungen (in diesem Fall gerade jene der Verhaltenstherapie) als wesentlich erachtete Hintergründe und Techniken zu besitzen?

Sind nicht gerade wir Integrativen GestaltpsychotherapeutInnen, mit unserem feldtheoretischen, phänomenologischen, dialogischen und existenzialistischen Hintergrund aufgefordert uns auch dieser Personengruppe (wieder) vermehrt zuzuwenden?

Dabei steht für mich außer Frage, dass eine Auseinandersetzung der IGT mit Menschen, die schwere strukturelle Störungen und Traumatisierungen (und damit auch oft Angst und Panik) haben, absolut notwendig ist und ich das Wissen, welches mir dbzgl. im Rahmen der Fachausbildung vermittelt wurde, in keinerlei Weise missen möchte.

Ich möchte mich nun im Rahmen meiner Abschlussarbeit diesen in mir und von mir aufgeworfenen Fragestellungen zuwenden.

Dafür möchte ich im Speziellen eine KlientInnengruppe herausgreifen, welche für mich in besonderer Weise auf die Anforderungen des heutigen Lebens und die damit einhergehenden gesellschaftlichen Bedingungen reagiert. Dies sind die Menschen, die an sogenannten Panikstörungen leiden. Panikstörungen gehören laut ICD-10 zur Gruppe der Neurotischen-Belastungs- und Somatoformen Störungen. Das Leid dieser Menschen, kann für mich als Alarmsignal – als Warnung ihres Organismus –

gesehen werden, dass ihr bisheriges Tun und Sein nicht mehr länger für sie zuträglich ist. Das Symptom der Panik tritt in den Vordergrund um dies deutlich zu machen.

Dabei wird zunächst der Begriff Angst definiert und im Anschluss auf die allgemeinen Bedingungen des heutigen Menschseins eingegangen um daraus fühl- und begreifbar zu machen, dass gerade die heutige Zeit einen wesentlichen „Nährboden“ für die Entwicklung von Angst und auch Panik darstellen kann. Danach soll eine Betrachtung davon, was eine Panikstörung kennzeichnet und ausmacht, erfolgen bevor in einem nächsten Kapitel auf die Verhaltenstherapie bei Menschen mit Angst- und Panikstörungen eingegangen wird. In einem weiteren Kapitel soll im speziellen der Umgang der IGT mit Menschen mit derartigen Symptomen veranschaulicht werden. Bevor zum Abschluss eine Zusammenfassung und Schlussfolgerung in Hinblick auf die aufgeworfenen Fragen erfolgt, werden in exemplarischer Weise eigene angewandte Techniken in der Praxis dargestellt.

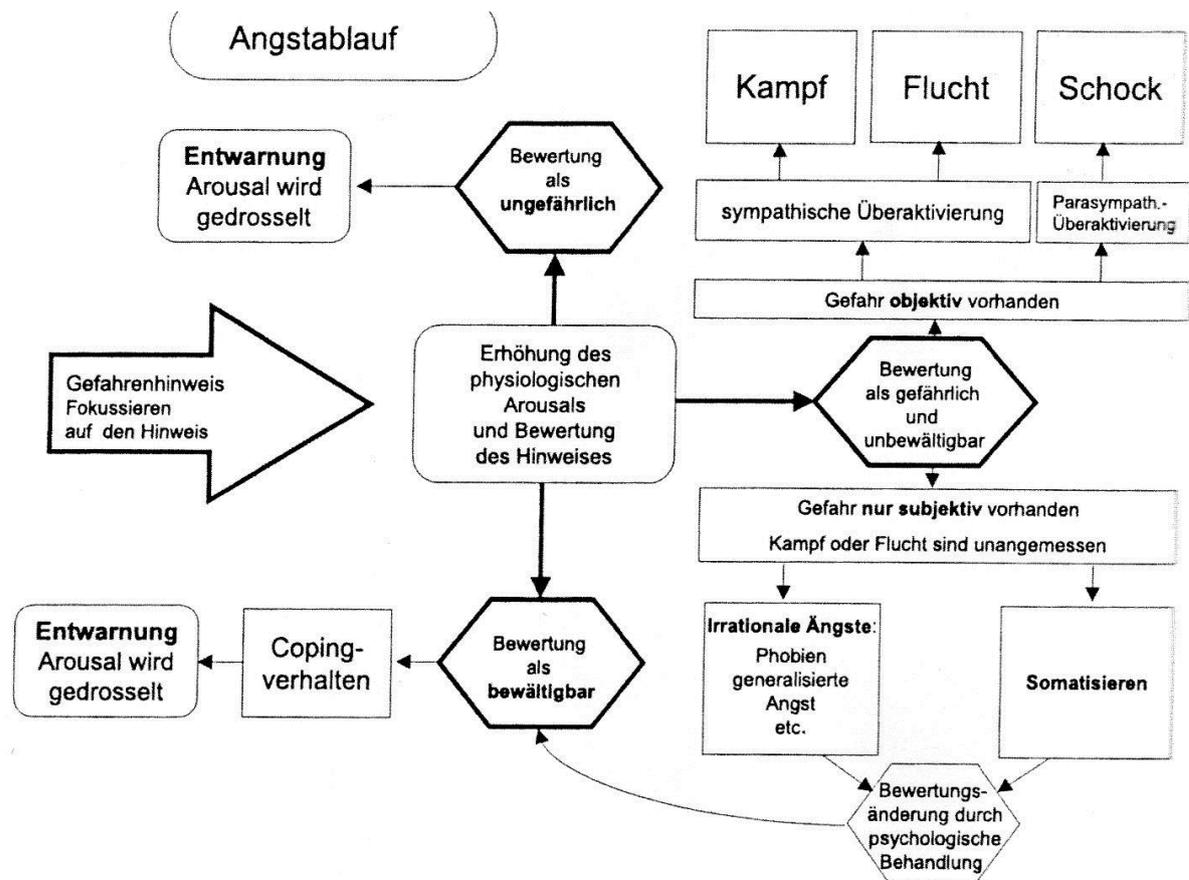
## **2. Zum Begriff Angst: Angst als Notwendigkeit zu Überleben vs. Pathologische Angst**

Das Wort Angst geht auf das althochdeutsche Wort „angust“ zurück, welches wiederum aus dem lateinischen Hauptwort „angustia“ (Enge, Enge der Brust) bzw. aus dem Zeitwort „angere“ (zuschnüren, beklemmen) abgeleitet wird. Es erfolgt auch eine Ableitung aus dem urindogermanischen Wort „Anghos“, welches Enge, Beengung, Beklemmung, Bedrängnis sowie Zuschnüren der Kehle bedeutet. Angst bezeichnet somit einen Zustand, in dem es einem die Kehle zuschnürt und die Brust beklemmt, sodass einem die Luft wegbleibt (vgl. Morschitzky 2009, 1).

Angst ist eine notwendige Emotion. Sie gehört zu den archaischen Gefühlen, die sowohl in der Entwicklung eines einzelnen Menschen als auch in der Entwicklung der Menschheit zu den frühesten gehören. Nur diejenigen Lebewesen, die ein perfektioniertes Angstsystem aufweisen, haben im Laufe der Evolution überlebt. Charakteristisch für diese im biologischen Sinne gesehene sinnvolle Angst ist ein Wahrnehmungs- und Reaktionsmuster, das sich im Falle einer Gefahr blitzschnell entwickelt und dazu führt, dass sämtliche Handlungsimpulse außer Kraft gesetzt werden: Atmung, Herztätigkeit und die Durchblutung der Muskeln werden beschleunigt, während die Durchblutung des Gehirns und damit einhergehende Nachdenkprozesse reduziert werden. Lediglich die geeigneten „Überlebensreaktionen“ Flucht oder Kampf sind aktiviert. Cannon (1953) beschrieb das körperliche Angstmuster als „Kampf-Flucht-Reaktion“ und der Stressforscher Selye (1957) nannte es „Bereitstellreaktion“.

Es muss nun festgestellt werden, dass sich dieses Reaktionsmuster im Laufe der Evolutionsgeschichte entwickelt und bei vielen Menschen „pathologisiert“ hat. War es zunächst lediglich eine Folge tatsächlicher Bedrohung ist es mittlerweile, aufgrund der Fähigkeit Gefahren ohne reales Substrat in unserer Vorstellung zu konstruieren so, dass eine prompte Angstreaktion nun auch ohne das Vorliegen einer tatsächlichen Gefahr als irrationale Angst auftreten kann. Dabei weist das Reaktionsmuster dieses „Fehlalarms“ die gleichen Charakteristika auf, wie die

biologisch sinnvolle Angstreaktion. Wird dieses Aversions-Abwehrsystem nun ohne das Vorhandensein einer realen Gefahr voll aktiviert, treten situative oder physiologische Faktoren an die Stelle der realen Gefahr. D.h. es entsteht ein pathologisches Angst-Reaktionsmuster, welches die Lebensqualität des davon betroffenen Menschen massiv beeinträchtigen kann (vgl. Marx 2000, 169f).



**Abbildung 1: Der Verlauf von Angstreaktionen (Marx 2000, 170)**

Hans Reinecker (1993), cit. Marx (2000, 170), spricht von einer sogenannten pathologischen Angst, beim Vorliegen folgender Kriterien:

- Die Angstreaktionen der Person sind einer Situation nicht mehr angemessen.
- Die Angstreaktionen sind überdauernd.

- Das Individuum besitzt keine Möglichkeit zur Erklärung, zur Reduktion oder zur Bewältigung der Angst.
- Die Angstreaktionen führen zu einer massiven Beeinträchtigung des Lebensvollzugs der Person.

Aus den Ausführungen wird deutlich, dass Angst grundsätzlich eine Emotion darstellt, die jedem Menschen eigen und absolut notwendig ist. Nachdem, wie bereits in der Einleitung angesprochen, die WHO davon ausgeht, dass im Jahr 2020 Angststörungen und Depressionen die zweithäufigste Ursache (nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen) für Arbeitsunfähigkeit sein werden, wird also die Gruppe von Menschen, bei denen Angst einen krankheitswertigen Charakter annimmt, immer größer. Daraus ergibt sich für mich gerade auch aufgrund der Tatsache, dass die IGT eine feldtheoretisch begründete Methode darstellt, die Notwendigkeit genauer auf die möglichen Ursachen für die Zunahme dieser Erkrankungen hinzusehen. Eine zumindest periphere Kenntnis über die heutigen gesellschaftlichen Bedingungen - und die damit einhergehenden Anforderungen an das einzelne Individuum - scheinen mir unerlässlich.

### 3. Mensch-Sein im 21. Jahrhundert

Betrachtet man das Mensch-Sein innerhalb der Gesellschaften der sogenannten „Erste-Welt-Länder“ im 21. Jahrhundert sind Schlagworte wie: Individualisierung, Pluralisierung, Dekonstruktion von Geschlechtsrollen, Wertewandel, Globalisierung und Digitalisierung wesentliche.

Der Mensch ist einem Ausmaß wie noch nie zuvor einem beschleunigten und verdichteten Alltag ausgeliefert und wird somit zunehmend zum Unternehmer seiner Selbst. Bisher gesicherte Rollen innerhalb von Familiensystemen lösen sich zusehends auf – die Arbeit an der eigenen Identität wird zu einem unabschließbaren Projekt. Die Sorge von Anderen „abgehängt“ zu werden, bedingt ein immer größeres Konkurrenzdenken. Wir entwickeln uns immer mehr zu einer „Sicherheitsgesellschaft“ – der gläserne Mensch, wie in Orwell beschrieben hat, ist heute keine Fiktion mehr. Eine zunehmende Ökonomisierung findet statt. Der gesellschaftliche und berufliche Fitness-Parcours hat kein erreichbares Maß, ein Ziel, an dem man ankommen kann, sondern es ist eine nach oben offene Skala, jeder Rekord kann immer noch gesteigert werden. Hier ist trotz Wellness-Industrie keine Chance, eine Ökologie der eigenen Ressourcen zu betreiben, sondern in einem unaufhaltsamen Steigerungszirkel läuft alles auf Scheitern und einen Erschöpfungszustand zu (vgl. Keupp 2011).

Sennet Richard (1998), cit. Keupp (2011), spricht vom flexiblen Menschen, welcher diversen Identitätsrisiken ausgesetzt ist. Dabei führt er u.a. folgende an:

- Langfristige Ordnungen wandeln sich zu einem neuen Regime kurzfristiger Zeit.
- Anstelle fester institutioneller Muster treten immer mehr netzwerkartige Strukturen.
- Langfristige Bindungen werden zunehmend vermieden – die Hinnahme von Fragmentierung erfolgt.
- Das was zu tun ist, ist unlesbar geworden (Deutungsverlust).

- Der flexible Mensch verfügt über ein nachgiebiges Ich – ist eine Collage von Fragmenten ohne Kohärenz.
- Das Scheitern ist das große Tabu.
- Es entsteht wieder eine zunehmende Sehnsucht nach Gemeinschaft – als Mauer gegen eine feindliche Wirtschaftsordnung.

Jürgen Habermas (1998), cit. Keupp (2011), meint, dass die Ausweitung von Netzwerken des Waren-, Geld-, Personen- und Nachrichtenverkehrs eine Mobilität von uns fordert, von der eine sprengende Kraft ausgehen würde. Auch führt er an, dass diese Entwicklung eine zweideutige Erfahrung beinhaltet, nämlich einerseits eine Desintegration haltgebender, im Rückblick autoritärer Abhängigkeiten, andererseits die Freisetzung aus gleichermaßen orientierenden und schützenden wie präjudizierenden und gefangen nehmenden Verhältnissen, wodurch der Einzelne in die Ambivalenz wachsender Optionsspielräume entlassen wird. Dies öffne die Augen, würde aber auch zugleich das Risiko, Fehler zu machen, erhöhen.

Kenneth J. Gergen (2000), cit. Keupp (2011), führt aus, dass das Netzwerk ein riesiges ist, die Verpflichtungen viele sind, die Erwartungen endlos, Optionen all überall und die Zeit eine knappe Ware – wir müssen ständig in Bewegung sein.

Alain Ehrenberg (2008) versucht in seinem Buch: „Das erschöpfte Selbst, Depression und Gesellschaft in der Gegenwart“ zu zeigen, dass depressive Verstimmungen, Erschöpfung und auch Verzweiflung die unvermeidlichen Schatten des karriere- und selbstverwirklichungssüchtigen Selbst der kapitalistischen Moderne um die Jahrtausendwende sind. Dieses Selbst wird gesteuert von der Annahme, dass alles möglich sei. Es liege ausschließlich in seiner Verantwortung aus der Fülle der Möglichkeiten das je eigene gelingende Leben zu stricken. Diese Annahme des Selbst wäre laut Ehrenberg nicht richtig – dafür aber mächtig. Sie wirkt wie eine innere Stimme, die den Unzufriedenen allerorten hämisch einflüstert, dass es anders hätte kommen können, wenn er nur die richtige Wahl getroffen hätte. Unter der Last der Verantwortung brechen die solcherart malträtierten Selbste oft zusammen.

Auch Hans Peter Dreitzel (2009) hat sich in einem Vortrag; anlässlich der Gestalttage 2009 in Graz; mit den weltweiten Entwicklungen auseinandergesetzt und spricht von der „Weltkrise“. Er kommt zum Schluss, dass weltweite krisenhafte Entwicklungen (u.a. Wachstum der Weltbevölkerung, Verbrauch von unwiederbringlichen Energien, die anhaltende Hochrüstung, Entwicklung der Gen-Technologie, Entwicklung der künstlichen Intelligenz etc.) dazu beitragen, dass sich das Katastrophische an unserer Lebenswelt zuspitzt und aktuell ins Bewusstsein tritt. Dabei führt er drei Merkmale an, die allen diesen Entwicklungen gemeinsam sind:

- Die Beschleunigung unseres Lebens – als Hauptursache für Stress.
- Die wachsende Komplexität all unserer Lebensbereiche, die uns hilflos und scheinbar handlungsunfähig macht und Ohnmachtsgefühle erzeugt.
- Die Unvorhersehbarkeit von Entwicklungsprozessen mit katastrophischem Potential, die unsere Lebensangst so steigert, dass sie ständig verdrängt werden muss.

In weiterer Folge würden diese negativen emotionalen Erfahrungen von Stress, Ohnmachtsgefühlen und Angst neurotisch kompensiert werden, entweder in Form von Überanpassung oder Unteranpassung sowie von Vermeidungsstrategien.

Deutlich wird, in welcher umfassender Weise der heutige Mensch verschiedensten Anforderungen ausgesetzt ist. Es wird ihm in einem Maß wie nie zuvor in vielen Bereichen des Lebens eine permanente Flexibilität abverlangt, sodass die Entwicklung der eigenen Identität immer schwieriger erscheint. Dies auch deshalb, weil haltgebende Strukturen und Beziehungen immer fragiler werden und sich langfristige Beziehungen auflösen.

Nachdem Stress ein wesentlicher Inhalt bzw. eine Begleiterscheinung dieser komplexen Anforderungen ist, möchte ich das Stressmodell als mögliche Erklärung für die Entstehung von Angstsymptomatiken und Panikattacken vorstellen.

**Exkurs: Das Stressmodell** (vgl. Morschitzky 2009, 320).

Stress ist die Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird. Stress im Sinne jeder körperlichen und geistig-seelischen Beanspruchung ist eine normale und notwendige Reaktion und wird als Eustress bezeichnet. Gesundheitsschädigend ist auf Dauer nur ein Übermaß an Stress im Sinne einer Überforderung oder eines ohnmächtigen Ausgeliefertseins an belastende Bedingungen (Disstress). Stress kann als eine Störung des Gleichgewichts zwischen den aktivierenden, Energie mobilisierenden Tätigkeiten des sympathischen Nervensystems und den entspannenden, auf Erholung gerichteten Tätigkeiten des parasympathischen Nervensystems gesehen werden, wobei es eine Vielzahl von Stress auslösenden Faktoren (siehe u.a. vorangegangene Ausführungen), sogenannten Stressoren gibt.

Das Gefühl von Kontrolle wirkt stressmindernd, während das Gefühl der Nichtbeeinflussbarkeit und Machtlosigkeit angesichts der Lebensbedingungen Stress erhöht. Stress resultiert nicht einfach nur aus dem Auftreten eines Stressors, sondern hängt von dessen subjektiver Bewertung als viel oder wenig belastend ab (transaktionales Stressmodell von Lazarus). Stress ist somit also das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Stressor und betroffener Person in einem bestimmten größeren Zusammenhang.

Chronischer Stress bewirkt eine Erschöpfung des Organismus und macht den Körper anfälliger für Kreislaufschwäche und vegetative Übererregbarkeit, womit der Boden für Panikattacken bereitet ist.

Man könnte nun – aufgrund der beschriebenen Lebensbedingungen innerhalb der Gesellschaft der sogenannten „Erste-Welt-Länder“ plakativ folgern, dass unser heutiges Mensch-Sein ein Ausgeliefertsein an chronischen Stress darstellt. Gestalttherapeutisch ausgedrückt könnte dies Folgendes bedeuten: Die Anforderungen, denen wir tagtäglich ausgesetzt sind, bilden den Hintergrund auf welchem sich Stress und daraus resultierend diverse Symptome – nämlich auch jene der Angst und Panik – im Vordergrund abbilden. Panikstörungen könnten somit als eine Antwort des Individuums auf die gesellschaftlichen Zustände gesehen werden.

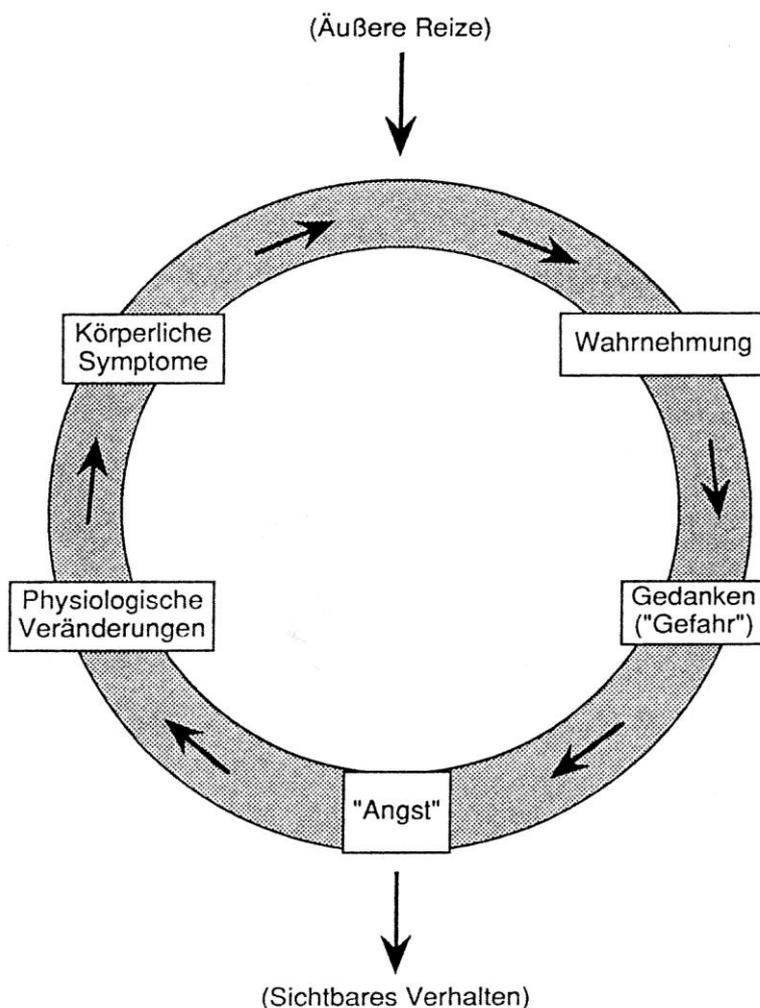
## 4. Zum Syndrom Panik: Die Panikstörung

Panikattacken können als besonders dramatisch ablaufende Alarmreaktion auf Stress oder eine Häufung von Stressoren gesehen werden. Sie scheinen wie aus heiterem Himmel zu kommen und lassen sich häufig als explosionsartige Entladung bei einer Vielzahl von angestauten Problemen verstehen. Die erste Panikattacke stellt oft eher einen unterdrückten Wutanfall als einen Angstanfall dar, aber auch einen plötzlichen Spannungsabfall nach einer massiven Phase voll Stress. Panikattacken sind oft nur die Spitze eines Eisbergs (vgl. Morschitzky 2009, 13).

Oft bestehen körperliche und/oder emotionale Überforderungen aber auch chronische Konflikte und Spannungsfelder, wie z.B. in der Partnerschaft und Familie, im Beruf. Dabei treten Panikattacken häufig erst zeitverzögert in der nachfolgenden Ruhephase auf, die einerseits eine ungewohnte körperliche Entspannung darstellt, andererseits ein Nachdenken und oftmals Verarbeiten des Erlebten ermöglicht. Es kann nun dazu kommen, dass sich Panikattacken im Laufe der Zeit verselbständigen und sich eine permanente Angst vor einer neuerlichen Attacke entwickelt (Erwartungsangst), was ein allgemein erhöhtes Anspannungsniveau zur Folge hat. Die Unfähigkeit, sich die subjektiv bedrohlichen Symptome erklären zu können (obwohl die psychosozialen Belastungen durchwegs als solche wahrgenommen werden), verstärkt die Ängste (vgl. *ibid.*, 56).

Das **Psychophysiologische Modell von Margraf und Ehlers (1989)**, für welches es mittlerweile eine ansehnliche Anzahl von empirischen Belegen gibt, erklärt Angst und Panik durch eine enge Verbindung von Stressoren und äußeren Reizen, körperlichen Veränderungen und Assoziationsprozessen. Ausgangspunkt des Modells sind interne und externe Reize, die zur Panikattacke führen können. Diese Stressoren rufen körperliche Veränderungen wie z.B. verstärktes Herzklopfen, Schwindel oder Schwitzen, Atemnot usw. hervor. Voraussetzung für das Auftreten von Angst und Panik ist die Wahrnehmung dieser Veränderung. Aufmerksamkeit ist also ein wesentlicher Faktor, wobei davon ausgegangen wird, dass Betroffene zu einer verzerrten Wahrnehmung neigen – so nehmen sie interne Veränderungen

besonders gut wahr und weisen eine selektive Aufmerksamkeit auf. Ein Angstanfall entsteht jedoch erst, wenn ein zweiter wichtiger kognitiver Prozess erfolgt – nämlich die Bewertung oder die Interpretation dieser Reize. Nur wenn eine körperliche Veränderung wahrgenommen und mit Gefahr und Angst assoziiert wird, entsteht ein Angstanfall. Diese Assoziation steigert die Angst und führt zu weiteren physiologischen Veränderungen und körperlichen Reaktionen – der sogenannte Teufelskreis der Angst setzt ein. D.h. eine Panikattacke entsteht durch positive Rückkoppelung zwischen körperlichen Symptomen, deren Wahrnehmung und Assoziation mit Gefahr und daraus resultierender Angstreaktion (vgl. Becker, Ellwart, et al. 2003, 64ff).



**Abbildung 2: Der Teufelskreis der Angst** (Margraf, Schneider 1990, 198)

## **4.1. Begriffsdefinition**

„Das Substantiv „Panik“ wurde erst um die Mitte des 19. Jahrhunderts von der französischen Bildung „panique“ entlehnt, das auf das lateinische „panicus“ und das griechische „panikòs“ (= dem Pan eigen, von Pan ausgehend) zurückgeht. „Panik“ bezeichnet eine plötzlich auftretende, oft grundlose Furcht, in welche Menschen durchaus auch bewusst versetzt werden können. Die Bedeutung kann wie das Wort selbst auf die antike Mythologie zurückgeführt werden: Der Gott Pan wurde stets als Walddämon mit Hörnern und Bocksfüßen dargestellt und beeinflusste damit die christlichen Teufelsvorstellungen. In der Antike hielt man seine plötzliche und unsichtbare Nähe für den Grund von unerklärlichem Fluchtverhalten bei Mensch und Tier. Zudem wird ihm nachgesagt, dass er nicht selten den Ausgang eines Krieges beeinflusste, indem er in Kriegslagern Panik auslöste.“ (<http://www.wunderland-deutsch.com>).

## **4.2. Prävalenz**

Im Laufe des Lebens leiden rund 15 - 30% der Bevölkerung unter gelegentlichen Panikattacken, während rund 2 - 5 % eine Panikstörung aufweisen. Dabei sind Frauen laut allen Studien zwei- bis dreimal häufiger von Panikattacken betroffen als Männer. Meist zeigt sich ein Beginn kurz nach der Pubertät. Vor dem achten Lebensjahr scheinen typische Panikattacken nicht aufzutreten, sondern sind als körperliche Zustände im Rahmen massiver Verlustängste zu werten (vgl. Morschitzky 2009, 58f).

## **4.3. Symptomatik**

Als Diagnose wurde die Panikstörung erstmals im Jahr 1980 in das DSM-III und 1991 in das Internationale Diagnoseschema ICD-10 aufgenommen. Davor fand man dieses Störungsbild entweder unter dem Begriff Angstneurose oder Agoraphobie

(auch im ICD-9), wobei die Etablierung des Konzepts der Panikstörung seit 1964 vom amerikanischen Psychiater Donald F. Klein gefördert wurde, der darin eine biologische Grundstörung sah (vgl. Morschitzky 2009, 43).

Wann spricht man nun vom Vorliegen einer Panikstörung bzw. unter welchen Kriterien ist eine derartige Diagnose-Stellung heute gerechtfertigt?

#### **4.3.1. ICD-10**

Ausgehend von der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, dem ICD-10 Kapitel V (F), kann man beim Auftreten folgender Kriterien von einer Panikstörung sprechen:

- Wiederkehrende schwere Angstatacken
- die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken,
- die nicht vorhersehbar sind.
- Typische Symptome, die plötzlich auftreten, sind u.a.: Herzklopfen, Brustschmerz, Atemnot und Erstickungsgefühle, Schwindel, Entfremdungsgefühle – Depersonalisation oder Derealisation, Furcht zu sterben, Furcht vor Kontrollverlust, Angst wahnsinnig zu werden, Schweißausbrüche.
- Die einzelnen Anfälle dauern meistens nur Minuten, manchmal länger.
- Häufigkeit und Verlauf sind ziemlich unterschiedlich.
- KlientInnen erleben in einer Panikattacke eine Crescendo der Angst und der vegetativen Symptome, was oft zu einem fluchtartigen Verlassen der „Angstsituation“ führt.
- Ist die Panikattacke mit einer besonderen Situation gekoppelt, tritt sie z.B. in einem Bus oder in einer Menschenmenge auf, so wird der Klient möglicherweise in Zukunft diese Situation meiden.
- Auf ähnliche Weise können häufige und unvorhersehbare Panikattacken Angst vor dem Alleinsein oder vor öffentlichen Plätzen hervorrufen.
- Einer Panikattacke folgt meist die ständige Furcht vor einer erneuten Attacke (Angst vor der Angst).

Eine eindeutige Diagnose ist nur bei mehreren schweren vegetativen Angstanfällen zu stellen, die innerhalb eines Zeitraumes von etwa einem Monat aufgetreten sind:

- In Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht.
- Die nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sein dürfen.
- Zwischen den Attacken müssen weitgehend angstfreie Zeiträume liegen (Erwartungsangst jedoch häufig).

Die Panikstörung muss von der Phobie unterschieden werden – auch muss beachtet werden, ob die Anfälle nicht auf medizinische Faktoren wie z.B. vestibuläre Störung, Hypoglykämie, Mitralklappenprolaps, Hyper- oder Hypothyroidismus oder auf Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch zurückgeführt werden können (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1993, 160f).

#### **4.3.2. DSM-IV**

Das DSM-IV nimmt im Unterschied zum ICD-10 Rücksicht darauf, dass Panikattacken im Kontext mehrerer verschiedener Angststörungen vorkommen. Es beschreibt daher zunächst die Inhalte einer Panikattacke (eine abgrenzbare Periode intensiver Angst und Unbehagens, begleitet von mindestens vier von dreizehn somatischen oder kognitiven Ausprägungen) und unterscheidet dann zwischen Panikstörung ohne Agoraphobie und Panikstörung mit Agoraphobie (Hauptmerkmal ist die Angst, sich an Orten oder in Situationen zu befinden, in denen im Falle des Auftretens einer Panikattacke oder panikartiger Symptome eine Flucht schwierig oder keine Hilfe verfügbar wäre). Unter Panikstörung versteht man dabei das Auftreten wiederholter, unerwarteter Panikattacken, gefolgt von mindestens einem Monat mit anhaltender Besorgnis, eine weitere Panikattacke zu erleiden, mit Sorgen über mögliche Begleiterscheinungen oder Konsequenzen der Panikattacken oder mit deutlichen Verhaltensveränderungen aufgrund der Attacken. Die Attacken sind nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (vgl. DSM-IV 1998, 453ff).

## 4.4. Zur individuellen Veranlagung oder

### Warum entwickeln manche Menschen Panikstörungen?

Eine wesentliche Frage, die im Zusammenhang mit Panikstörungen auftritt, ist jene, wie es dazu kommt, dass das Auftreten einer Panikattacke bei manchen Menschen zum Entstehen von Panikstörungen führt, während es bei anderen bei einer einmaligen Attacke bleibt. Ich möchte im Folgenden einige Erklärungsansätze aufführen, die mir durchaus als relevant für die Beantwortung dieser Frage erscheinen.

Eine mögliche Erklärung, warum sich bei manchen Menschen eine Panikstörung ausbildet, könnte man aus der **Theorie der erlernten Hilflosigkeit** von Seligman (1975), cit. Zimbardo (1992, 253f), ableiten, welche besagt, dass nicht die Unkontrollierbarkeit selbst sondern erst kausale Erklärungen für die Unkontrollierbarkeit zur Hilflosigkeit führen. Derartige Kausalattributionen werden bei Menschen besonders dann ausgelöst, wenn das Ereignis:

1. unerwartet auftritt
2. die Suche nach Informationen damit verbunden ist
3. und mit negativer Valenz behaftet ist.

Betrachtet man nun das Einsetzen und den Ablauf einer Panikattacke so treffen diese Faktoren zu.

Wesentlich in der Bewältigung negativer Ereignisse ist zudem die Ausrichtung dieser Kausalattributionen. Ist die Ausrichtung internal, stabil und global ist die Tendenz zu Aufrechterhaltung der Angst größer.

Wesentlich in diesem Zusammenhang scheinen mir auch die folgenden Ausführungen von Morschitzky (2009, 47f), der auf die traumatisierende Wirkung von Panik eingeht:

Die erste Panikattacke stellt gewöhnlich ein intensives, existenziell bedrohliches und traumatisierendes Erlebnis dar, sodass von Erwartungsängsten ein Vermeidungsverhalten entstehen kann. Durch das wiederholte Erleben einer Panikattacke werden oft existenzielle Fragen und Ängste angesprochen (Tod, Sinn

des Lebens, Dauerhaftigkeit von Beziehungen usw.). Das Leben verliert oft seine Selbstverständlichkeit, das Urvertrauen in das Leben geht verloren. Man wird übermäßig vorsichtig aus Angst vor der Wiederholung einer derartigen Erfahrung, beobachtet und kontrolliert seinen Körper, auf den man sich vor Auftreten der ersten Attacke verlassen hat.

Menschen mit einer Panikstörung entwickeln hinsichtlich der Begleiterscheinungen und Konsequenzen von Panikattacken Auffassungen, Ursachenzuschreibungen und Verhaltensweisen, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen:

- Bewertung der körperlichen Symptome als gefährlich, was Angst auslösend wirkt.
- Entstehen eines neuen Körper-Bewusstseins, mit der Ausrichtung der Aufmerksamkeit nach innen.
- Mangelnde Beruhigung trotz diverser Untersuchungen.
- Demoralisierung als Folge der nicht bewältigbar erscheinenden Panikattacken.
- Angst verrückt zu werden oder die Kontrolle zu verlieren.
- Verhaltensänderungen.
- Entstehen von Erwartungsängsten und Vermeidungsverhalten.
- Abhängigkeit von Hilfsmitteln oder nahestehenden Personen.
- Substanzmissbrauch.

Geht man nun von dieser traumatisierenden Wirkung einer Panikattacke aus, so können weitere, innerhalb der Traumatherapie, relevante Erklärungsansätze für die Entstehung von Panikstörungen diskutiert werden, wie u.a. die Ausbildung von dysfunktionalen kognitiven Schemata oder die Ausbildung von Netzwerkmodellen.

Horowitz (1976), cit. Greimel (2000, 237f), nimmt an, dass das Trauma **kognitive Schemata** von sich selbst, als Person, die in Sicherheit lebt, erschüttert und es daher zu einer Phase des Aufschreies mit hoher physiologischer Reagibilität, in der Flucht- und Kampfreaktionen dominieren, kommt. Neue Informationen bleiben dabei solange im aktiven Teil des Gedächtnisses, bis sie mit dem Schemata der Person zusammenpassen und in ein Netzwerk integriert werden. Dabei hält eine Kontrollinstanz mittels Verleugnung und emotionaler Taubheit zu starke traumatische Informationen außerhalb des Bewusstseins. Gelingt dies nicht, wird das Trauma

intrusiv wiedererlebt. Kommt es auf dieser Stufe zu einer Verarbeitung, werden die existierenden Schemata mit der traumatischen Information in Einklang gebracht, wodurch sich keine neuerliche Panik herausbildet. Sind jedoch die mit der intrusiven Erinnerung auftretenden Emotionen zu stark, kommt es zu einer Vermeidung der Erinnerung, was einen adäquaten Verarbeitungsprozess abbricht oder verhindert und dazu führt, dass die extrem aversiven Gefühle als noch bedrohlicher wahrgenommen werden. Es entsteht die Einstellung, derartigen Erlebnissen auch in Zukunft ausgeliefert zu sein. Die bedrohlichen Reize lösen immer wieder das intrusive Erinnern aus, das rasche Vermeiden der Erinnerung verhindert jedoch die Verarbeitung.

Die Betrachtung **neuronaler Netzwerkmodelle** von Gedächtnisinhalten beinhaltet die Erkenntnis, dass alle Elemente einer furchtauslösenden Situation (äußere Bedingungen, subjektive Wahrnehmung, kognitive Bewertung, Erwartung, Emotionen, physiologische Reaktionen, offene Reaktion, Metakognition über das Erleben der Angst) eine gemeinsame Furchtstruktur bilden, die hierarchisch geordnet ist, wobei auch Flucht und Vermeidung als Reaktionskomponente Teil des Netzwerkes sind. Die Furchtstruktur, die dabei bei traumatischen Erlebnissen ausgebildet wird, beinhaltet drei Merkmale:

- Das traumatische Ereignis ist von höchster Bedeutung und erschüttert basale Konzepte von der eigenen Sicherheit. Die Welt ist nicht mehr berechenbar.
- Die Aktivierung der Furchtstruktur beinhaltet intensive Reaktionen.
- Die Furchtstrukturen sind sehr groß und leicht zugänglich. Je mehr Elemente sie beinhalten, desto leichter können sie aktiviert werden.

Intrusionen werden durch Aktivierung einer entsprechenden Furchtstruktur erklärt und sind auch mit der dementsprechenden Erregung gekoppelt, die zu Flucht oder Vermeidung führt (vgl. Marx 2000, 238ff).

## 4.5. Weitere Angststörungen

Aus Gründen der Vollständigkeit werden die weiteren Störungsbilder, die den „Angststörungen“ laut ICD-10 zugeordnet werden, in der nachfolgenden Übersicht dargestellt. Diese können noch nach übergeordneten Kriterien eingeteilt werden:

- Ätiologische Ursache: eindeutig vs. spekulativ.
- Angst ist gerichtet: auf eine auslösende Ursache vs. ungerichtet.
- Die ungerichtete Angst tritt anfallsartig auf und persistiert.

<i>F 40 Phobische Störung</i>	<i>F 41 andere Angststörung</i>	<i>F 42 Zwangsstörung</i>	<i>F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</i>
F40.0 Agoraphobie .00 ohne Panikstörung .01 mit Panikstörung	F 41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	F 42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	F 43.0 akute Belastungs- reaktion
F40.1 soziale Phobie	F 41.1 generalisierte Angststörung	F 42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)	F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörungen
F40.2 spezifische (isolierte) Phobien	F 41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	F 42.2 Zwangsgedanken und handlungen, gemischt	F 43.2 Anpassungsstörungen
F40.8 andere	F 41.3 andere gemischte Angst- störungen	F 42.8 andere	F 43.20 kurze depressive Reaktion
F40.9 nicht näher bezeichnete	F 41.8 andere näher bezeichnete	F 42.9 nicht näher bezeichnete	.21 längere depress. Reakt
	F 41.9 nicht näher bez.		.22 Angst und depressive Reaktion gemischt
			.23 mit vorwiegender Be- einträchtigung von anderen Gefühlen
			.24 mit vorwiegender Be- einträchtigung des Sozialverhaltens
			.25 mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten
			.28 andere spezifische Anpassungsstörung
			F 43.8 andere
			F 43.9 nicht näher bez.

Abbildung 3: F40-F43 (Marx 2000, 171)

## 5. Zur Verhaltenstherapie bei Menschen mit Angst- und Panikstörungen

Die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) gibt in ihrer „Evidenzbasierten Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung und Agoraphobie“ folgende Empfehlung ab: Die Panikstörung ohne Agoraphobie sollte bevorzugt mit Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) behandelt werden. Auch Angewandte Entspannung wird als wirksam erachtet. Alle anderen Psychotherapien können als bislang ohne ausreichenden Wirksamkeitsnachweis angesehen werden. Bei Panikstörungen mit Agoraphobie wird ebenso die KVT als wirksam erachtet, ebenso eine Kombinationstherapie aus KVT und Medikamenten sowie die Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie. Die Gesprächspsychotherapie wird in diesem Fall als möglicherweise wirksam eingestuft, während alle weiteren Psychotherapien als bislang ohne ausreichenden Wirksamkeitsnachweis gewertet werden (vgl. Heinrichs, Alpers et al. 2009, 38f).

Die "kognitive Verhaltenstherapie" ist eine Form der Verhaltenstherapie, die sich seit den 60er Jahren aus einer Gegenbewegung zur behavioristischen Psychologie, dem Kognitivismus entwickelte. Als Begründer kognitiver Therapien gelten Aaron T. Beck und Albert Ellis. Im Mittelpunkt der kognitiven Therapieverfahren stehen Kognitionen, welche Prozesse des Wahrnehmens, Erkennens, Begreifens, Urteilens und Schließens – also Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Überzeugungen umfassen. Die kognitiven Therapieverfahren, zu denen die kognitive Therapie (KT) und die Rational Emotive Verhaltenstherapie gehören, gehen davon aus, dass die Art und Weise, wie wir denken, bestimmt, wie wir uns fühlen und verhalten und wie wir körperlich reagieren. Schwerpunkte der Therapie sind:

- Die Bewusstmachung von Kognitionen.
- Die Überprüfung von Kognitionen und Schlussfolgerungen auf ihre Angemessenheit.
- Die Korrektur von irrationalen Einstellungen.
- Den Transfer der korrigierten Einstellungen ins konkrete Verhalten.

Die kognitive Therapie stellt somit die aktive Gestaltung des Wahrnehmungsprozesses in den Vordergrund. Nicht die objektive Realität, sondern die subjektive Sicht der Dinge, also die Wahrnehmungsselektion und die Wahrnehmungsbewertung, sind entscheidend für das Verhalten. Affekt und Verhalten sind weitgehend von der Art bestimmt, wie der Mensch die Welt strukturiert (vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Kognitive\\_Verhaltenstherapie](http://de.wikipedia.org/wiki/Kognitive_Verhaltenstherapie)).

Wie für die Verhaltenstherapie meiner Meinung nach üblich, haben Jürgen Margraf und Silvia Schneider (1990), auf der Grundlage der kognitiven Therapie, ein Behandlungskonzept entwickelt, welches sich etabliert hat und als erfolgreich gilt. Dabei werden kognitive Techniken nicht global eingesetzt, sondern stellen die veränderte Bewertung körperlicher Symptome in den Mittelpunkt. Daneben werden Techniken der Konfrontationstherapie angewandt, um kognitive Änderungen zu erleichtern.

Das gesamte Therapieprogramm besteht aus insgesamt 15 Sitzungen von jeweils einer Stunde Dauer in Form einer Einzeltherapie und umfasst folgende Aspekte:

1. Diagnostische Phase: Zu Beginn erfolgt eine gezielte Suche nach möglichen Auslösern für Panikattacken sowie nach Bedingungen, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens erhöhen.
2. Vermittlung eines Erklärungsmodells für Panikattacken (Psychoedukation).
3. Imaginative Auseinandersetzung mit verschiedenen befürchteten Katastrophen (Entkatastrophisieren).
4. Konfrontation mit internen Auslösern der Angstanfälle (interozeptive Konfrontation) zum besseren Umgehen mit unangenehmen, bewusst provozierten Körpersensationen.
5. Konfrontation mit externen Auslösern, wodurch das Vermeidungsverhalten durch eine Exposition in vivo überwunden werden soll.
6. Spezielle kognitive Techniken, die dabei helfen sollen, dass die Patienten lernen ihr Bedürfnis nach 100%iger Sicherheit als eine Quelle ihrer Störung zu erkennen, mit dem Ziel, mit einem Restrisiko leben zu lernen.
7. Weitere Strategien, wie Entspannungsverfahren und Sport.

Daneben gibt es Programme für Gruppen, die auch einem genauen Aufbau folgen.

Inwieweit ein derart stringentes Vorgehen der Gesamtheit des jeweiligen Individuums wirklich gerecht werden kann, zweifle ich an. Eine Angstreduktion und damit eine Verminderung der Panikattacken ist damit jedoch auf jeden Fall möglich. Aus diesem Grund scheint mir eine Kenntnis gewisser KVT-orientierter Techniken, wie u.a. Konfrontation, systematische Desensibilisierung, Entkatastrophisieren, durchaus sinnvoll. Als Klinische Psychologin und nun auch angehende Integrative Gestalttherapeutin sehe ich das Herausgreifen von effizienten Interventionstechniken aus verschiedenen Therapierichtungen als eine Selbstverständlichkeit für eine erfolgreiche Behandlung an. Dies steht für mich nicht im Widerspruch zur generellen Ausrichtung der IGT, wenn ich mich damit am jeweils Betroffenen orientiere.

In meiner Haltung sehe ich mich durch die Meinung von anerkannten GestalttherapeutInnen bestärkt, die zu folgenden Schlussfolgerungen gelangen:

„Verhaltenstherapie verfügt heute über eine große Palette von verschiedenen effektiven Maßnahmen zur Arbeit an der Angstreduktion. Es wäre, ausgehend vom heutigen Stand des Wissens über die Wirkung von Verhaltenstherapie, ein Therapiefehler, wenn einem Klienten, der mit dem primären Wunsch nach Angstreduktion zur Therapie kommt, diese Methoden verweigert würde – etwas aus therapieideologischen Gründen.“ (Butollo, Krüsmann et al. 1995).

„Die Nomenklatur des ICD-10 oder DSM-III-R ist für die Gestalttherapie keine Bezugsnorm. Gleichwohl denken wir, dass jeder Gestalttherapeut die herkömmliche psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Begriffs- und Denkwelt gründlich kennen sollte, um das darin gesammelte Wissen zusätzlich im Sinne des Gestalt-Ansatzes nutzen zu können.“ (Eidenschink, Eidenschink 2001, 689).

Wie aus den Ausführungen deutlich wird, ist es innerhalb der Verhaltenstherapie üblich, sich u.a. auch an den Symptomen des Individuums zu orientieren, mit dem Ziel eine Symptomreduktion zu erreichen.

Der Nachweis einer solchen Reduktion beinhaltet nun logischerweise die Möglichkeit einer empirischen Überprüfung – wodurch die Effektivität einer Therapie abgebildet werden kann. Möglicherweise erklärt sich daraus, die positive Bewertung der KVT.

Wie sich jedoch zeigt - und diese Erfahrung habe auch ich den Jahren meiner bisherigen Berufstätigkeit machen dürfen – reicht eine Symptomreduktion mittel- und langfristig oft nicht für eine vollständige Genesung aus.

Der Grund dafür liegt darin, dass man festgestellt hat, dass Angst kein klar abgrenzbares Phänomen ist, sondern mit der Gesamtpersönlichkeit und damit auch anderen Problembereichen in Verbindung steht. Menschen, die unter Ängsten leiden, vermeiden in der Regel Situationen und Begegnungen, in denen diese Ängste auftreten – sie vermeiden Kontakt mit der Angstsituation und damit auch mit dem Angstgefühl. Sie nehmen sich damit die Möglichkeit, neue Erfahrungen in diesen Situationen zu machen. Es bleibt bei den alten Grenzen – und damit auch bei den Überzeugungen von sich selbst. Eine Therapie, die am Kontaktgeschehen ansetzt, ermuntert den Betroffenen, den Kontakt dort zu riskieren, wo kein Kontakt mehr möglich gewesen ist (vgl. Butollo, Krüsmann et al. 1995).

Diese Orientierung am Kontaktgeschehen passiert nun in der IGT im Besonderen. Vielleicht ist gerade dies der Grund dafür, dass sich meiner Meinung nach diese beiden Therapierichtungen: IGT und KVT dazu eignen Menschen mit Angstproblematiken – und damit auch Panikstörungen – gut begleiten zu können. Ein Wissen um die grundlegenden Inhalte und Techniken beider Richtungen scheint mir innerhalb der Behandlung von Menschen mit Neurotischen Störungen sinnvoll.

Wie der Zugang der IGT im Speziellen aussieht, soll das nächste Kapitel verdeutlichen.

## **6. Zum Umgang der IGT mit Menschen mit Angst – und Panikstörungen**

Versucht man sich dem Syndrom der Angst und in weiterer Folge dem der Panikstörung aus der Sicht der IGT zu nähern, wird deutlich, dass sämtliche Angststörungen laut ICD-10, innerhalb der Fachausbildung, der Gruppe der Neurosen zugeordnet werden. Dies erklärt sich meiner Meinung nach u.a. aus dem allgemeinen Umgang der IGT mit Diagnosen, weshalb darauf näher eingegangen wird.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass deutschsprachige Publikationen heute tätiger GestalttherapeutInnen, Neurotische Störungen und damit auch Panikstörungen betreffend, nur spärlich vorhanden sind. Willi Butollo (1995 und 2003) sowie Frank M. Staemmler und Rolf Merten (2003) haben sich der Thematik angenommen. Sie führen dabei den Begriff der Angststörung in ihre Ausführungen ein und sprechen nicht mehr nur von einem neurotischen Leid bzw. Neurosen. Die Panikstörung wird dabei jedoch nicht explizit dargestellt. Lediglich der italienische Gestalttherapeut Gianni Francesetti (2007) hat ein eigenes Buch, welches jedoch nur in englischer und italienischer Sprache vorliegt, veröffentlicht – in welchem er sich mit Panikattacken in der Postmoderne beschäftigt.

Zunächst jedoch möchte ich auf den Begriff der Angst laut Kurt Goldstein sowie auf die Beschreibung des Angstanfalls laut Frederick S. Perls - unabhängig von einer psychiatrischen Diagnose bzw. vom jeweiligen Strukturniveau - eingehen.

## 6.1. Angst und Angstanfall

Kurt Goldstein kann als ein Vorläufer der humanistischen Psychologie gesehen werden. Seine Sicht des Organismus als unteilbares Ganzes ist eine der „Quellen“ der IGT. Seine Ausführungen zur Angst sind eine wesentliche Grundlage für all die weiteren dbzgl. Ausführungen diverser GestalttherapeutInnen. Aus diesem Grund möchte ich kurz darauf eingehen.

„Angst ist ein Zustand, der uns nicht nur bei Psychosen und Neurosen, sondern auch bei verschiedensten körperlichen Erkrankungen, ja nur allzu häufig auch, ohne dass eigentlich Krankheit besteht, begegnet. Die Angst ist auch keineswegs etwas spezifisch Menschliches. Zweifellos haben auch Tiere Angst.“ (Goldstein 1971, 231).

Kurt Goldstein (1971, 231ff) führt zusammenfassend aus, dass all den Zuständen, in denen man von Angst spricht, das Erlebnis einer Gefahr und die Gefährdung der eigenen Person gemeinsam ist, wobei eine bestimmte Ausdrucksgestalt sowohl des Gesichts, wie des Körpers und ein bestimmter Zustand der physiologischen Vorgänge, dazu gehören. Angst ist immer negativ betont.

Goldstein ist es dabei wichtig, den Begriff der Angst präzise – in Abgrenzung zur Furcht - zu gebrauchen und kommt zum Schluss, dass der Angst ein Charakter der Objektlosigkeit anhaftet, während Furcht die Angst vor einem Objekt bedeutet. Daraus folgert er, dass es für die Furcht eine Beruhigung durch Aufweisung der Gefahrlosigkeit oder die Möglichkeit, die Gefahr zu überwinden, gibt, für die Angst jedoch nicht. Die Furcht stärkt die Sinne, während die Angst diese unbenützlich macht und uns lähmt. Angst tritt dann auf, wenn die Verwirklichung von der „Wesenheit“ eines Organismus entsprechenden Aufgaben unmöglich geworden ist, da dann der Organismus in seiner Existenz bedroht ist. Das ist die Gefährdung, der die Angst entspricht. Ruhe, Ordnung, Nicht-Angst sind erst wieder gewährleistet, wenn die neue, veränderte Wesenheit Existenz gewonnen hat. D.h. Angst tritt bei einem bestimmten Grad des Missverhältnisses zwischen Wesenheit (Möglichkeiten eines Organismus) und Milieu (durch die Umweltreize herantretende Aufgaben) auf. Gibt es keine Bewältigungsmöglichkeiten und adäquaten Auseinandersetzungen, so

tritt Angst auf. Eine Beseitigung der Angst kann oft nur dann in rationaler Weise geschehen, wenn man sich um eine Veränderung des äußeren Objektes, des Milieus, bemüht und so den Organismus in eine Situation bringt, in der geordnete Reizverwertung möglich ist. Er empfiehlt dem Kranken („Der Kranke ist Angst, nicht er hat Angst.“) einen Wechsel des Milieus, um die Angst zu vermindern, da das Aufzeigen, dass objektiv gesehen kein Grund zur Angst vorhanden ist, nicht funktioniert, da der Kranke das Objekt erlebnismäßig nicht erfassen kann.

Nachdem Kurt Goldstein zu erklären versucht, was Angst überhaupt ist und wodurch sie entsteht, beschreibt Frederick S. Perls (2000, 322f) die wesentlichen Charakteristika sowie mögliche Abhilfen eines Angstanfalls. Dabei führt er folgendes aus: „Unter den vielen Symptomen des gehemmten Ausdrucks verdient der Angstanfall eine besondere Erörterung. Kein anderes Symptom demonstriert die Notwendigkeit einer adäquaten Entladung aufgestaunter Energie so überzeugend wie der Angstanfall und noch mehr die Angstneurose (habituelle Angstreaktion). Es ist vergleichsweise einfach, die Dynamik der Angst zu verstehen und wieder die Kontrolle über die spezifischen Muskelkontraktionen zu gewinnen, vorausgesetzt, man behält zweierlei im Sinn: Erstens muss man der Erregung, die dem Angstanfall zugrunde liegt, freien Spielraum geben. Glücklicherweise können Sie, wenn Sie sich nicht gerne zur Schau stellen, auch für sich allein eine ausreichende Entladung erreichen. Aber es darf Ihnen nichts ausmachen, eine halbe Stunde lang „verrückt“ zu sein, wenn Sie zu jenen Menschen gehören, die jeden Gefühlsausbruch als *das* Symptom der Verrücktheit betrachten. (...) In einem zweiten Schritt müssen Sie den „Brustpanzer“ in einen lebendigen Teil des ganzen Organismus verwandeln: Sie müssen Ihre Atmung neu aufbauen. (...) ... wie das Ringen nach Luft im Zustand der Angst. Ich habe gezeigt, dass das Ringen nach Luft die Folge eines Konflikts zwischen dem organismischen Bedürfnis nach Sauerstoff und der Starrheit des Brustkorbs ist. Den Muskeln, die die Brust erweitern sollen, wirken unbewusst jene entgegen, die die Brust zusammenziehen. Indem wir dieser Verengung nachgeben, können wir den Angstanfall schon lindern, bevor wir vollständige bewusste Herrschaft über Kontraktion und Entspannung erlangt haben. Wir müssen uns nur der Überkompensation enthalten und dürfen nicht „tief Luft holen“. (...) Im Zustand der Erregung oder Angst ist der Sauerstoffverbrauch erhöht, deshalb enthält die Restluft

(der nicht ausgeatmete Rest) mehr CO<sub>2</sub> (Kohlendioxyd) als normalerweise. Diese schlechte Luft muss zuerst ausgeschieden werden, bevor die (Sauerstoff enthaltende) frische Luft genügend mit den Lungenbläschen in Kontakt kommen kann. Stärkere Einatmung ist deshalb nutzlos. Die Folgerung ist selbstverständlich: Atmen Sie zunächst so gründlich wie möglich aus. Das Einatmen erfolgt daraufhin ohne Anstrengung: es wird die zutiefst willkommene Erleichterung bringen, nach der Sie sich gesehnt haben.“

Neben der Beschreibung eines Angstanfalls hat sich Frederick S. Perls auch damit beschäftigt, wie ein Angstgefühl überhaupt entsteht. Dabei unterschied er drei Gruppen:

- Geburtstrauma bzw. traumatische Erfahrungen bei der Nahrungszufuhr und v.a. bei der Atmung, wodurch ein Sauerstoffdefizit erfolgt.
- Angst als Folge verdrängter bzw. unterdrückter Triebe und Instinkte.
- Angst als Signal für eine auftretende Bedrohung.

(vgl. Butollo 1984, 129).

Die Ausführungen von Kurt Goldstein sind für mich einerseits eine wesentliche Ergänzung gerade zu den Ausführungen im Kapitel 2 (Angst als Notwendigkeit zu Überleben vs. Pathologische Angst), bestärken mich andererseits jedoch auch in meiner Meinung, dass die Zunahme der Angststörungen wesentlich mit den heutigen Bedingungen unseren Mensch-Seins im Zusammenhang steht (Angst tritt bei einem bestimmten Grad des Missverhältnisses zwischen Wesenheit und Milieu auf. Gibt es keine Bewältigungsmöglichkeiten und adäquaten Auseinandersetzungen, so tritt Angst auf (vgl. Goldstein 1971, 243)).

## 6.2. Zur Diagnostik und Diagnosen

### 6.2.1. Diagnostische Zugänge

Die Beziehung der IGT zu einem klassifikatorischen bzw. symptomorientierten Vorgehen d.h. zu einer Diagnostik, die in weiterer Folge eine Diagnose-Stellung ermöglicht, kann als kritisch bezeichnet werden.

Bis in die 1980er Jahre war Diagnostik kein explizites Thema innerhalb der Gestalttherapie, was mit der allgemeinen gesellschafts- und psychotherapiekritischen Haltung der frühen Gestalttherapeuten zu tun hatte – psychiatrische Diagnostik wurde ignoriert bzw. abgelehnt. Die Entwicklung der Gestalttherapie in den 70er und 80er Jahren zu einem mehr und mehr klinischen Verfahren machte jedoch deutlich, dass der Glaube, auf Diagnostik mehr oder weniger verzichten zu können, den Anforderungen des therapeutischen Alltags und den Notwendigkeiten einer umfassenden Theoriebildung nicht mehr standhielt. Mittlerweile gibt es zumindest Bemühungen eine gestalttherapeutische Diagnostik zu postulieren u.a. Lotte Hartmann-Kottek – Diagnostik als Krankheitslehre, Hans Peter Dreitzel – Diagnostik als Landkarte, Frank-M. Staemmler – Diagnostik als Begegnung, wobei es einen einzigen gemeinsamen Zugang bis heute nicht gibt (vgl. Schübel 2011, 46ff sowie Staemmler 2001, 673).

Da eine differenzierte Betrachtung dieser einzelnen diagnostischen Zugänge den Rahmen der vorliegenden Arbeit zu sehr ausreizen würde, möchte ich in Folge nur einige Auszüge aus den derzeitigen diagnostischen Zugängen darstellen. Die Auswahl ist durchaus als eine sehr persönliche zu werten, da sich darin mein diagnostisches Verständnis und Vorgehen widerspiegelt.

Stefan Blankertz und Erhard Doubrawa (2005, 56) beschreiben einige Ansprüche, welche die Gestalttherapie an Diagnosen hat:

- Eine Diagnose darf nicht stigmatisierend sein.

- Eine Diagnose soll dem Betroffenen nicht als für ihn undurchschaubare Expertenmeinung überstülpt werden.
- Eine Diagnose soll eine Unterstützung im Wachstums- und Heilungsprozess sein.

„Die Gestalttherapie befasst sich mit einer Diagnostik, die Prozesse beschreibt, die Einzigartigkeit jedes Menschen zu wahren versucht und den beiden am therapeutischen Geschehen Beteiligten eine Orientierung auf der diagnostischen Landkarte ermöglicht. Daraus entstehen Hinweise für das therapeutische Handeln. In diesem Sinne wird die Diagnose nicht als Etikettierung von Patienten oder als Ausweichen vor einer menschlichen Bewegung verwendet, sondern als Prozess, durch den der Psychotherapeut versucht, den einzelnen Menschen zu sehen (griech.: diagnosis, „dia“ bedeutet „durch“, „gnosis“ bedeutet „kennen“). So verstanden ist der diagnostische Prozess vergleichbar mit dem des Kontaktierens, Wahrnehmens und Verstehens.“ (Hutterer-Krisch, Amendt-Lyon 2004, 157).

„Prozessuale Diagnostik verläuft somit idiographisch und mehrdimensional: Der Fokus der Aufmerksamkeit wird parallel oder überlappend beispielsweise auf die körperlichen Prozesse, auf sprachlich-kognitive Dimensionen, auf gefühlsmäßige Phänomene, auf auftauchende Fantasien, Identifikationen und Atmosphären gelegt. Gleichzeitig werden anamnestische Daten gesammelt und aus diesen vielen Dimensionen werden Muster erkennbar, die dann eine sinnvolle Ganzheit ergeben.“ (Amendt-Lyon, Hutterer-Krisch 2000).

Frank M. Steammler (2001, 675ff) postuliert sieben Thesen für eine Diagnostik:

1. Man kann nicht nicht diagnostizieren.
2. Die Diagnose bezieht sich auf den Teil des Lebensraums, der der persönlichen Verantwortung und subjektiven Einflussmöglichkeiten der Klienten unterliegt.
3. Die Erarbeitung der Diagnose ist eine gemeinsame Handlung von Therapeut und Klient.
4. Diagnose und Therapie sind ein und derselbe Prozess.
5. Die Diagnose verändert sich kontinuierlich im Laufe der Therapie.

6. Die Diagnose ist jeweils einmalig und kann daher nur phänomenologisch-deskriptiv sein.
7. Die Diagnose ist feldabhängig.

Hans Peter Dreitzel (2004, 21f) meint, dass Mitgefühl, liebevolle Offenheit, Empathie notwendige, aber noch keine hinreichenden Voraussetzungen für eine gute Therapie sind – diese muss auch Interventionen und Selbsterfahrungsexperimente sowie die diagnostische Orientierung beinhalten. Diese diagnostische Orientierung bedeutet, dass wir diagnostische Begriffe benötigen um uns gegenseitig zu verständigen; auch benötigen wir ein diagnostisches Verständnis zu Beginn einer Behandlung um Fragen des richtigen Settings für die betroffene Person abklären zu können. Darüber hinaus ist eine diagnostische Orientierung wesentlich, um schädigendes bzw. nicht sinnvolles therapeutisches Verhalten in der Begleitung auszuschließen.

„Wir haben die Erfahrung gemacht, dass unsere Klienten eher davon profitieren, wenn „dem Kind ein Name gegeben wird“, weil sie dadurch sehen können, dass sie mit ihrer Problematik nicht allein stehen (sondern sich ein ganzer Forschungszweig damit beschäftigt und um die verwirrende Symptomatik weiß).“ (Butollo, Krüsmann et al. 2002, 208).

Aus diesen Auszügen wird deutlich, dass sich die heutige IGT psychiatrischen Diagnosen gegenüber nicht mehr gänzlich verschließt bzw. diese ignoriert. Vielmehr findet man heute auf der Homepage der IGT folgende Aussage:

„Besondere Berücksichtigung findet die Integration klinischer Konzepte: die Diagnose und Behandlung pathologischer Persönlichkeitsstrukturen, deren Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen, spezifische Herangehensweisen und Interventionen abhängig vom jeweiligen Störungsniveau und die verstärkte Einbeziehung von Krankheitslehren.“ ([http://www. Gestalttherapie.at/gestalttherapie\\_methode.html](http://www.Gestalttherapie.at/gestalttherapie_methode.html)).

## 6.2.2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Wie die vorherigen Ausführungen deutlich machen, hat sich die IGT in den letzten Jahren intensiv bemüht ihr therapeutisches Vorgehen immer mehr zu fundieren und wissenschaftlich zu belegen. Inwieweit sie sich damit immer nur Gutes tut, sei in Frage gestellt, soll und kann aber nicht Inhalt dieser Arbeit sein. Dabei hat sich die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (kurz OPD genannt) als wesentliches Diagnostisches Instrument herauskristallisiert, welches als ein Manual für die Therapieplanung gesehen werden kann. Es ermöglicht zudem eine umfassende Betrachtung der jeweiligen Person, ohne dass zwangsläufig eine psychiatrische Diagnose gestellt werden muss.

Die OPD versucht die symptomatologisch-deskriptiv orientierte Klassifikation psychischer Störungen um die grundlegenden psychodynamischen Dimensionen zu erweitern (vgl. Arbeitskreis OPD 2006, 27).

Diese psychodynamischen Dimensionen werden in die folgenden vier Achsen unterteilt:

- Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen  
Das Krankheitserleben umfasst emotionale, kognitive und Handlungsprozesse, die u.a. beeinflusst werden von der Art und Schwere der vorliegenden Erkrankung, vom gesellschaftlichen Umfeld, der Arzt-Patient-Beziehung, Persönlichkeitsmerkmalen, dem psychosozialen Umfeld sowie der Behandlungsmotivation (vgl. *ibid.*, 66).
- Achse II: Beziehung  
Die Beziehungsdiagnostik bezieht sich sowohl auf das vom Patienten selbst wahrgenommene problematische Beziehungsverhalten als auch auf jene Beziehungsaspekte, die andere – auch der Untersucher – in der Begegnung mit dem Patienten erleben (vgl. *ibid.*, 82).
- Achse III: Konflikt  
Diese Achse bezieht sich auf lebensbestimmende, verinnerlichte Konflikte, welche den eher aktuellen, äußerlich determinierten konflikthaften Situationen

gegenübergestellt werden, wobei die Behandlung eines Konflikts als ein Behandlungsziel definiert werden kann (vgl. *ibid.*, 35).

- Achse IV: Struktur

Diese Achse bildet die Qualitäten und Insuffizienzen psychischer Strukturen ab, wie z.B. die Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit zur inneren und äußeren Abgrenzung, die Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle (vgl. *ibid.*, 35).

Diese vier psychodynamischen Achsen werden um eine fünfte deskriptive Achse, nämlich die der psychischen und psychodynamischen Störungen (laut ICD-10) ergänzt.

Betrachtet man nun Menschen mit Panikstörungen, auf Grundlage der OPD, ohne dass diese weitere komorbide Störungen aufweisen, zeigt sich, dass diese auf der Achse IV – in der Regel ein gut (= 1, auch neurotisches Niveau genannt) oder gut bis mäßig (= 1,5) ausgeprägtes Strukturniveau - im Vergleich zu Menschen mit schweren strukturellen Störungen (die ein sogenanntes geringes bis desintegriertes Strukturniveau haben) - aufweisen.

Ich möchte die Unterschiedlichkeiten der einzelnen Strukturniveaus kurz anhand der nachfolgenden Abbildung darstellen, um im Anschluss lediglich auf die beiden - für diese Arbeit wesentlichen - Strukturniveaus (1 und 1,5) einzugehen.

①	gut integriert	Relativ autonomes Selbst; strukturierter psychischer Binnenraum, in dem sich intrapsychische Konflikte abspielen können; Fähigkeit zur Selbstreflexion und realitätsgerechten Wahrnehmung des anderen; Fähigkeit zur Selbststeuerung; Empathiefähigkeit; ausreichend gute innere Objekte; zentrale Angst: die Zuneigung des Objekts zu verlieren.
	1,5	gut bis mäßig.
②	mäßig int.	Die intrapsychischen Konflikte sind destruktiver, selbstentwertende und autodestruktive Tendenzen; Schwierigkeit, Selbstbild und Identität zu gewinnen; Übersteuerung und eingeschränkte Selbstwertregulierung; Objektbilder sind auf wenige Muster eingengt; wenig empathiefähig; dyadische Beziehungen sind vorherrschend; zentrale Angst: das wichtige Objekt zu verlieren.
	2,5	mäßig bis gering
③	gering integriert	Wenig entwickelter psychischer Binnenraum und geringe Differenzierung psychischer Substrukturen; Konflikte sind interpersonell statt intrapsychisch; Selbstreflexion fehlt; Identitätsdiffusion; Intoleranz für negative Affekte; Impulsdurchbrüche und große Kränkbarkeit; Abwehr: Spaltung, Idealisierung, Entwertung; fehlende Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit; innere Objekte sind vorwiegend verfolgend und strafend; zentrale Angst: Zerstörung des Selbst durch den Verlust des guten Objekts oder durch das böse Objekt
	3,5	gering bis desintegriert
④	desintegriert	Die fehlende Kohärenz des Selbst und die überflutende Emotionalität werden durch Abwehrmuster im Sinne postpsychotischer, posttraumatischer, perverser Organisationsformen überdeckt. Selbst- und Objektbilder erscheinen konfundiert. Empathisches Objektwahrnehmen so gut wie unmöglich. Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt (die Dinge geschehen einfach). Zentrale Angst: symbiotische Verschmelzung von Selbst und Objektrepräsentanzen mit der Folge des Selbstverlustes.

**Abbildung 4: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus** (Arbeitskreis OPD 2006, 258)

Hinweisen möchte ich an dieser Stelle nochmals darauf, dass gerade die Symptome der Angst und Panik auf allen diesen Strukturniveaus auftreten können und auch auftreten.

Die gut integrierte psychische Struktur stellt einen psychischen Innenraum zur Verfügung, in dem psychisches Erleben (u.a. Kognition, Affekte, Phantasien, Erinnerungen, Entscheidungen) differenziert wahrgenommen werden kann. Ebenso können Konflikte intrapsychisch ausgetragen werden; diese ereignen sich zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen sowie zwischen Bedürfnisregungen einerseits und internalisierten Normen und Idealen (...) andererseits. Die regulierenden Funktionen

sind dem Betroffenen prinzipiell verfügbar – und sind über längere Lebensperioden hinweg auch bei inneren und äußeren Belastungssituationen stabil oder können wiedergewonnen werden. Die zentrale Angst gilt dem Verlust der Liebe des Objekts. Die Gegenübertragung solchen Menschen gegenüber ist gekennzeichnet durch Gewährwerden von Gefühlsregungen, die sich auf die Wiederbelebung biographisch relevanter Erfahrungen mit historisch erlebten Personen bezieht (vgl. Arbeitskreis OPD 2006, 256).

„Zur Charakteristik des mäßig integrierten Strukturniveaus gehört es, dass die Verfügbarkeit über die beschriebenen Fähigkeiten und Funktionen prinzipiell erhalten, aber herabgesetzt ist. Auch hier herrschen intrapsychische Konflikte vor, die nun aber eine andere Ausgestaltung und einen anderen Umgang damit als beim gut integrierten Niveau aufweisen: Auf der Wunschseite stehen unbewusste Regungen der gierigen Bedürftigkeit, der Bemächtigung, der Unterwerfung; auf der deutlich übersteuernden Gegenseite finden sich strenge rigide und strafende Normen (<unreifes Über-Ich>) sowie überzogene Ideale. Die zentrale Angst gilt dem Verlust des Objekts oder der Trennung vom wichtigen Objekt und der Angst vor den eigenen heftigen Impulsen.“ (vgl. *ibid.*, 256f).

Wesentlich ist mir die Anmerkung, dass ein Übergang zwischen gutem und mäßigem Strukturniveau (also ein gut bis mäßiges Niveau = 1,5) bei Menschen mit Angst- und auch Panikstörungen, ohne dass diese weitere komorbide Störungen aufweisen, oftmals vorliegt – ein eindeutig ausgeprägtes mäßiges Strukturniveau (= 2, auch narzisstisches Niveau genannt) jedoch für diese KlientInnengruppe, meiner Meinung nach, nicht zutrifft.

Ich möchte diese komprimierten Ausführungen des OPD ein wenig differenzierter betrachten, indem ich auf die einzelnen Beurteilungsdimensionen, die zur Einschätzung der beiden Strukturniveaus führen, eingehe. Dies erscheint mir deshalb wesentlich, weil die Beurteilungsfähigkeit dieser einzelnen Fähigkeiten der Person u.a. Grundlage einer zielführenden Behandlung ist.

- Fähigkeit zur Selbst- und Objektwahrnehmung - kognitive Fähigkeit (vgl. Arbeitskreis OPD 2006, 259ff)

Menschen mit einem gut integrierten Strukturniveau können ihr Selbst differenziert und auch reflexiv wahrnehmen. Das Bild, welches sie von sich selbst haben, ist in seinen Grundzügen über die Zeit hinweg stabil und kohärent. Sie sind an ihren innerseelischen Vorgängen interessiert und besitzen eine Differenzierungsfähigkeit gegenüber den erlebten Affekten, welche das Spektrum von Freude, Neugier, Stolz, Angst, Verachtung, Ärger, Ekel, Trauer, Schuld, Scham, umfassen. Eine Differenzierung zwischen dem Selbst und Objekten ist möglich. Andere Personen können in ihren verschiedenen Aspekten ganzheitlich wahrgenommen und von sich selbst als getrennt erlebt werden. Als TherapeutIn entsteht der Eindruck, dass die KlientIn einerseits eine Vorstellung davon hat, was für ein Mensch sie selbst ist, andererseits aber auch ein Bild davon hat, was andere für sie wichtige Bezugspersonen ausmacht und kennzeichnet. Durch Konflikte kann die selbstreflexive Fähigkeit eingeschränkt sein – sie ist aber nie grundsätzlich außer Kraft gesetzt.

Bei Menschen mit einem gut bis mäßig integriertem Strukturniveau weist die reflexive Wahrnehmung des Selbst Einschränkungen in der Weise auf, dass sie sich v.a. auf das handelnde Ich richtet. Es kann sein, dass die Kohärenz des Selbstbildes durch situative Belastungen infrage gestellt wird. Die Abgrenzung des Eigenen vom Anderen fällt etwas schwerer als bei Menschen mit gut integriertem Niveau. KlientInnen neigen dazu, sich von Situationen und Stimmungen beeinflussen zu lassen oder versuchen durch eine Affektvermeidung sich stabil zu halten. Eigene Affekte und Bedürfnisse treten hier allmählich stärker in den Vordergrund. Ein Bild vom Anderen kann ausdifferenziert werden, ist jedoch nicht immer so stabil, v.a. wenn sich der Betroffene mit Wünschen und Forderungen vom Anderen konfrontiert sieht.

- Fähigkeit zur Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezuges – Steuerungsfähigkeit (vgl. ibid., 262ff)

Bei einem gut integrierten Strukturniveau ist es der Person möglich, dass aufkommende Triebwünsche nicht dauerhaft Angst machen. Diskrepanzen zwischen dem Eigenen und der Außenwelt können reflektiert und Kompromisse geschlossen werden. Ambivalenzen sind erträglich. Der Wunsch nach einer

Bedürfnisbefriedigung kann durchaus auch aufgeschoben oder verlagert werden. Reaktionen der Umwelt sind vorstellbar und werden berücksichtigt. Ein positives Selbstwertgefühl kann mit problembedingten Einschränkungen aufrechterhalten werden, eine Toleranz auch gegenüber negativen Affekten ist vorhanden – eher ist die Akzeptanz positiver Affekte eingeschränkt. Affekte werden auch als handlungssteuernde Signale wahrgenommen.

Bei einem gut bis mäßig integrierten Strukturniveau ist die Möglichkeit sich Triebwünsche sozial adäquat und gemäß den eigenen Wertvorstellungen zu erfüllen, herabgesetzt. Eine vermehrte Selbstkontrolle sowie eine Einschränkung der emotionalen Fähigkeiten sind beobachtbar, auch Impulsdurchbrüche sind möglich. Die Regulation des Selbstwertgefühls ist störbar, was sich als Kränkbarkeit, Selbstüberhöhung oder Selbstentwertung äußern kann. Eigene oder fremde Interessen werden oftmals nicht deutlich wahrgenommen oder aber auch überbetont. Die Fähigkeit, die Reaktion des Anderen auf das eigene Handeln einzuschätzen, ist eingeschränkt. KlientInnen fühlen sich oftmals durch Andere unter Druck gesetzt und in Anspruch genommen.

- Fähigkeit zur Kommunikation nach innen und außen – emotionale Fähigkeit (vgl. *ibid.*, 266ff)

Menschen mit einem gut integrierten Strukturniveau besitzen sowohl die Fähigkeit zur emotionalen Kontaktaufnahme als auch zum kommunikativen Austausch. Die Fähigkeit sich in Andere empathisch hineinzusetzen und an dessen Erleben Anteil zu nehmen ist vorhanden. Einschränkungen können durch Affekte von Angst, Scham und Schuld auftreten, die Kommunikationsbereitschaft reißt aber nicht gänzlich ab.

Bei Menschen mit einem gut bis mäßig integrierten Strukturniveau ist die Fähigkeit Affekte zu generieren, eingeschränkt, was auch für die Phantasien gilt. Ein rigideres, gebremstes Verhalten sowie eine Einschränkung der Fähigkeit zur Empathie kann beobachtet werden.

- Fähigkeit zur Bindung an innere Objekte und äußere Objekte – Objektbindungsfähigkeit (vgl. *ibid.*, 269ff)

Bei einem gut integrierten Strukturniveau können wesentliche Beziehungserfahrungen innerlich bewahrt werden, woraus emotional positive Einstellungen wichtigen Objekten aber auch sich selbst gegenüber resultieren.

Diese inneren Bilder wichtiger Personen können voneinander unterschieden werden. Gefühle der Zugehörigkeit und der Verantwortung gegenüber den Objekten bestehen. Das Unterhalten triadischer Beziehungen ist möglich, wobei die Beziehungsmuster nicht durch Objektabhängigkeit beherrscht sind. Emotional stabile Beziehungen können eingegangen, aber auch gelöst werden (Abschied ist leistbar). Die Person kann wenn nötig um Unterstützung und Hilfe bitten. Bei konflikthaften Belastungen bleiben die positiven Besetzungen der inneren Bilder Anderer stabil. Konflikte können u.a. durch Eifersucht, Rivalitäten oder Kampf um die Zuwendung von Dritten entstehen. Die zentrale Angst ist es, die Liebe des Objekts zu verlieren.

Bei Menschen mit einem gut bis mäßig integrierten Strukturniveau ist die Fähigkeit, stabile innere Bilder von wichtigen Personen zu entwerfen und so unabhängig von ihrer äußeren Präsenz zu sein, erschwert. Die Bilder können in konflikthaften Situationen in ein Verlieren kommen. Zugleich kann eine Objektabhängigkeit gegeben sein. Die Präsenz der realen Objekte ist wichtig. Die Unterhaltung von triadischen Beziehung fällt schwer, sodass dyadische Beziehungen gesucht werden. Die zentrale Angst besteht darin, von dem wichtigen stützenden und steuernden Objekt getrennt zu werden oder es durch die eigene Impulsivität zu zerstören.

- Fähigkeit zur Abwehr (vgl. *ibid.*, 272f)

Dieser Aspekt ist in allen strukturellen Dimensionen von Bedeutung – stellt daher im OPD keine eigene Kategorie dar. Es handelt sich um einen Versuch des Selbstschutzes – beschreibt also die Mittel, derer sich das Ich bedient, um seine innere Balance in inneren und äußeren Belastungssituationen aufrecht zu erhalten.

Auf neurotischem Niveau ist die Abwehr eine intrapsychische und richtet sich gegen innere Triebwünsche und Affekte. Dabei werden sowohl die Selbst- als auch die Objektrepräsentanzen nicht wesentlich verändert. Bestimmte Befriedigungen und auch kognitive Leistungen können konfliktbedingt eingeschränkt sein, wobei das Muster der Abwehr stabil verfügbar und flexibel situativ wirksam ist. Die auf diesem Niveau typischen Abwehrmechanismen sind: Verdrängung, Rationalisierung, Verschiebung.

Bei Menschen mit einem gut bis mäßig ausgeprägten Strukturniveau ist die intrapsychische Abwehr verstärkt ausgeprägt und rigide, wodurch Befriedigungsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Das Abwehrmuster ist in seiner Flexibilität eingeschränkt und kann situativ nicht variiert werden. Abwehrmechanismen die auftreten, sind: Isolierung, Projektion aber auch Verleugnung, Wendung gegen die eigene Person oder Reaktionsbildung.

Gerade für mich persönlich, die ich Klinische Psychologin und angehende Psychotherapeutin bin, erscheint mir die Kombination von einem symptomorientierten und prozessualen diagnostischen Vorgehen für eine angemessene Begleitung der Betroffenen wesentlich. Damit ist für mich – auch im Rahmen der Psychotherapie - sichergestellt, dass ich sowohl Indikations- als auch Verlaufs- und Prozessorientiert vorgehe und darüber hinaus auch evaluativ tätig sein kann, sofern ich dies möchte. Hinzu kommt, dass die Zusammenarbeit mit anderen für die Behandlung notwendigen Berufsgruppen – wie FachärztInnen für Psychiatrie, PsychologInnen, und SozialarbeiterInnen, durch eine gemeinsame Begrifflichkeit wesentlich erleichtert ist. Berücksichtigt – wenn auch nicht verpflichtend für alle PsychotherapeutInnen vorgesehen - kann die bestehende Abrechnungsmodalität mit den Krankenkassen werden, die eine Kenntnis des ICD-10 für mich voraussetzt. Nicht unwesentlich ist für mich auch die Tatsache, dass gerade in der heutigen Zeit, wo immer mehr „Schnellbehandlungen“ boomen, eine wirklich fundierte Vorgehensweise in einer Behandlung unumgänglich ist. Das Wissen um eine symptomorientierte Diagnostik und damit auch um einzelne Diagnosen, wie es im ICD-10 und im DSM- IV der Fall ist, stellt für mich kein Hindernis in meiner therapeutischen Haltung und Begleitung dar – ich würde eher meinen, dass es mir zusätzlich eine Basis bietet, phänomenologisch im Gesamten tätig zu sein.

## **6.3. Zum Begriff Neurose**

Nach gestalttherapeutischer Sicht ist die Neurose die gesunde und auch sinnvolle Antwort des Einzelnen auf irrationale und „kranke“ gesellschaftliche Zustände. Der Hauptfaktor bei der Bildung einer Neurose ist die Angst, welche entsteht, weil der Impuls zur kreativen Anpassung unterbrochen wird. Geprägt wurde der Begriff Neurose von dem englischen Arzt William Cullen im achtzehnten Jahrhundert aus dem griechischen „neuro“ (nerv) für die Bezeichnung aller nichtentzündlichen Nervenkrankheiten. Durch Sigmund Freud bekam er die heutige Form und meint seelisch bedingte Störungen ohne organische Ursache (vgl. Blankertz, Doubrawa 2005, 192).

Laut dem Brockhaus Lexikon für Psychologie (2001, 400f) versteht man unter „Neurosen“ einen Sammelbegriff für eine Vielzahl von psychischen Störungen mit unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ursachen, welcher von verschiedenen psychologischen Richtungen uneinheitlich festgelegt wird. „Allgemein versteht man unter Neurose störende, länger andauernde psychische Einstellungen oder Verhaltensgewohnheiten (z.B. Angst, Furcht, Unsicherheit, Depression) ohne nachweisbare organische Ursache, die im Verlauf der menschlichen Entwicklung durch bestimmte Erfahrungen (länger anhaltende Lernprozesse oder einschneidende Erlebnisse) entstehen, den Betroffenen (Neurotiker) unverständlich bleiben und von ihnen nicht ausreichend gesteuert werden können. Anders als bei der Psychose haben die Betroffenen jedoch ein gewisses Bewusstsein von ihrer Störung; ein Zerfall psychischer Funktionen, etwas des Wahrnehmens oder Denkens, tritt nicht auf.“ ...

### **6.3.1. Bedingungen für die Entstehungen einer Neurose**

Betrachtet man die Ausführungen von Frederick S. Perls u.a. (1988), cit. Eidenschink, Eidenschink (2001, 691f), zum Entstehen einer Neurose so haben diese gerade auch in der heutigen Zeit (wie im Kapitel Menschsein im 21.

Jahrhundert ausgeführt) durchaus Gültigkeit. So verweisen sie auf die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen ein Mensch aufwächst und kommen zu folgendem Schluss: In dem Moment, in dem die Gesellschaft eine Art der Anpassung verlangt, die der organismischen Selbstregulation zuwiderläuft, trägt sie zur Entstehung der Neurose bei. Sie sprechen daher auch von einer sozialen oder epidemischen Neurose. Den Zustand der Gesellschaft beschreiben sie in der Form, dass sie die durchschnittliche Lebensweise als die neurotische bezeichnen. Das als normal Angesehene ist demnach das Neurotische. Die Gesellschaft hat ein Interesse daran, im Sinne ihrer eigenen Stabilisierung, Freizeit und die damit verbundene Energie, in der immer eine revolutionäre Dynamik liegt, zu beschränken. Das Bestreben der Gesellschaft geht dahin, zu isolieren, zu verinseln und die Bedrohung von unten zu entschärfen. In der Gesellschaft zu leben, erfordert einen immer längeren Zeitraum der Anpassung an Wissenschaft, Technik und Staatsmacht. Das führt zu einer immer längeren Periode der Abhängigkeit. Wenn die soziale Umwelt der schöpferischen Anpassung immer noch widerstrebt, so dass der Patient die Umwelt nicht an sich anpassen kann, so muss er sich erneut seinerseits an sie anpassen und seine Neurose behalten.

### **6.3.2. Zur Person des Neurotikers**

Frederick S. Perls (2002, 45f) nennt einen Menschen einen Neurotiker, wenn dieser durch die Suche nach Balance dazu getrieben wird, sich mehr und mehr zurückzuziehen, der Gesellschaft gestattet, ihn mehr und mehr zu bedrängen, ihn mit Forderungen zu überschütten und gleichzeitig dem sozialen Leben zu entfremden, ihn zu treiben und wider seinen Willen zu formen. Der Neurotiker kann seine Bedürfnisse nicht deutlich sehen und sie deshalb auch nicht erfüllen. Er kann nicht richtig zwischen sich und der übrigen Welt unterscheiden, neigt dazu, die Gesellschaft größer zu sehen als das Leben und sich als geringer. Die Balance geht dann verloren, wenn das Individuum und die Gruppe zur gleichen Zeit verschiedene Bedürfnisse entdecken und wenn das Individuum unfähig ist zu unterscheiden, welches dieser Bedürfnisse vorherrschend ist. In der Situation des Bedürfniskonflikts muss das Individuum fähig sein, eine saubere Entscheidung zu fällen. In dem Fall

bleibt es entweder in Kontakt oder es zieht sich zurück – es opfert vorübergehend das weniger wichtige Bedürfnis dem vorherrschenden.

Der Neurotiker ist somit ein Mensch in einem chronischen Notstand bei geringer Spannung. Die Spannung rührt aus der chronischen Unterdrückung von Bedürfnissen, die nicht zugelassen werden, deren man sich jedoch nicht entledigen kann. Der Neurotiker lässt es nicht so weit kommen, dass ein spannungsreicher Konflikt zwischen einem Bedürfnis und einer diesem Bedürfnis entgegenstehenden sozialen Norm aufkommt. Die Norm siegt schon vorher – somit ist die Neurose das voreilige Befrieden des Konfliktes. Angst spielt dabei eine wesentliche Rolle. Ein chronisch unterdrücktes Bedürfnis zuzulassen, würde sehr viel Angst und damit starke Spannung hervorrufen. Dieser Prozess wird bereits bei geringfügigem Auftreten von Angst, häufig sogar ohne dass die Angst bewusst wird, unterbrochen. Der voreilig befriedete innere Konflikt dient neben der inneren Spannungsreduktion der Vermeidung äußerer Konflikte. Rechnet der Neurotiker damit, mit einem Bedürfnis auf Widerstand zu treffen und in Konflikt mit dem sozialen Umfeld zu geraten, behält er diese Vorerwartung bei. Er kann nicht mehr gefahrlos entspannen, auch wenn aktuell die Gefahr eines Konfliktes mit dem Umfeld nicht besteht. Die Unterdrückung eines Bedürfnisses hat zur Folge, dass die Selbstwahrnehmung abnimmt, gleichzeitig jedoch die Unselbständigkeit zunimmt (vgl. Perls u.a. 1988, cit. Eidenschink, Eidenschink 2001, 692).

„Das Problem des Neurotikers ist nicht, dass er nicht manipulieren könnte, sondern dass seine Manipulationen darauf gerichtet sind, seine Behinderung zu erhalten und zu pflegen anstatt sie loszuwerden.“ (Perls 2002, 65).

Hinzu kommt, dass der neurotische Mensch einen Verlust an Identitätsgefühl aufweist. Er kann aufgrund der neurotischen Mechanismen Projektion, Introjektion, Konfluenz und Retrofektion nicht zwischen sich und der Außenwelt unterscheiden. Diese Mechanismen sind Möglichkeiten, das Gespür für die eigenen Grenzen zu verlieren. Dieser Verlust verhindert Kontakt und damit die Möglichkeit, sich seiner Umwelt gegenüber auf neue Erfahrungen jenseits der Rollenstereotype einzulassen. (vgl. Eidenschink, Eidenschink 2001, 693).

### ***Exkurs: Die neurotischen Abwehrmechanismen***

Zum besseren Verständnis werden kurz die wesentlichsten neurotischen Mechanismen beschrieben:

**Introjektion** bedeutet, dass wir die Grenze zwischen uns und der übrigen Welt so weit in uns hineinverlegt haben, dass von uns fast nichts mehr übrig geblieben ist. Wir siedeln Regeln, Einstellungen, Handlungs- und Denkweisen in uns an, die nicht wirklich unsere eigenen sind (vgl. Perls 2002, 53).

**Projektion** ist die Umkehrung der Introjektion – wir machen die Umwelt für das verantwortlich, was im Selbst begründet liegt. Projektion ermöglicht, die Aspekte unserer Persönlichkeit zu verleugnen und zu verwerfen, die wir schwierig, anstößig oder unattraktiv finden (vgl. *ibid.*, 53ff).

Wenn das Individuum überhaupt keine Grenze zwischen sich und der Umwelt fühlt, wenn ihm ist, als seien sie beide eins, dann ist es in **Konfluenz** mit der Umwelt. Es kann weder sagen wer es ist, noch was andere sind - eine Kontaktherstellung, weder zur Umwelt noch zu sich selbst, ist aufgrund der Grenzauflösung nicht möglich (vgl. *ibid.*, 56).

Der **Retrofektor** kann eine Grenze zwischen sich und der Umwelt ziehen, aber er zieht sie durch seine eigene Mitte. Er tut sich selbst das an, was er am liebsten den anderen antun würde (vgl. *ibid.*, 58).

### **6.3.3. Zur Chronifizierung des Neurotischen**

Zu einer Chronifizierung neurotischen Geschehens kommt es aufgrund folgender Tatsachen:

In der Neurose ist das Selbst besiegt worden, indem es sich mit der starken Autorität, nämlich den Kräften im sozialen Umfeld, die die Aufgabe seiner Eigenart und seiner Bedürfnisse verlangt haben, identifiziert. Diese Identifikation bringt eine massive Befriedigung mit sich:

- Die Leiden des Konfliktes sind vorbei – die drohende Niederlage, Beschämung und Erniedrigung ist abgewendet.

- Die Selbst-Anerkennung sowie das Sich-Sonnen in sozialer Anerkennung wachsen.
- Eine Identifizierung mit den Tugenden der vermeintlichen Autorität erfolgt.
- Dem Neuen Selbst steht permanent das ursprüngliche Selbst als Opfer zu Diensten. Der Neurotiker kann seine Aggressionen beständig an sich ausüben. Die Stabilität des resignierenden Charakters resultiert nicht daraus, dass er ein für allemal aufgegeben hätte, sondern sie kommt aus der Tatsache, dass die Aggression dauernd verübt wird.

(vgl. Perls u.a. 1988, cit. Eidenschink, Eidenschink 2001, 693f).

Nachdem der Begriff des „Selbst“ nun des Öfteren gefallen ist, scheint es mir wesentlich darauf in aller Kürze einzugehen.

### ***Exkurs: Zum Verständnis des Selbst in der IGT***

Betrachtet man die Persönlichkeitstheorie der IGT muss man feststellen, dass diese bis heute keine wirklich einheitlich fundierte ist.

Während traditionelle GestalttherapeutInnen von einem relationalem Selbst ausgehen, welches sich im jeweiligen Augenblick konstruiert, wird diese Annahme mittlerweile um eine weitere, nämlich die des personalen Selbst, welches über die Zeit hinweg kontinuierlich ist, ergänzt. Manche GestalttherapeutInnen gehen sogar noch einen Schritt weiter und meinen, dass die Einheit dieser beiden Annahmen bzw. Pole im transpersonalen Selbst verwirklicht wird (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 384).

Liselotte Nausner (2010) versucht in ihrem Skriptum: „Theorie der Integrativen Gestalttherapie“ einen Einblick in die Persönlichkeitstheorie zu geben und kommt zu folgender Zusammenfassung: Man kann sich das Selbst als einen strukturbildenden Prozess vorstellen, welcher im Laufe der Entwicklung differenzierte Substrukturen ausbildet – nämlich das Ich zur Orientierung im Raum und die Persönlichkeit für die

Stabilität in der Zeit. Dabei entwickelt es sich in einem komplexen Interaktionsprozess (Kontakt) mit der zuerst intrauterinen, dann extrauterinen Umwelt (Bewusstsein als Akt) und bildet schließlich im Zuge dieser Entwicklung Strukturen aus (Bewusstsein als Erwerb), die die zukünftigen Prozesse beeinflussen, aber nicht absolut festlegen (Plastizität) sondern veränderbar sind. Das Selbst umfasst somit das Bewusstsein als Akt und Erwerb (consciousness), während die Ich-Funktion auf den Kontakt im Augenblick – Bewusstsein als Akt – beschränkt ist (awareness), aber aus dem Selbst und seinen Erfahrungsschatz schöpft.

Das Selbst ist also keine psychische Instanz. Das Selbst bezeichnet vielmehr das Insgesamt dessen, wie wir uns jeweils in und mit der Welt erleben und erfahren. Damit haben Perls und Goodman ein rein auf das isolierte Individuum bezogenes Menschenbild, wie es Freud gestaltet hat, aufgegeben. Das Selbst, welches dynamisch ist, beinhaltet dabei die Es-Funktionen (das sind unsere Triebe, Bedürfnisse und Interessen, die den Kontaktprozess antreiben - was brauche ich?), die Ich-Funktionen (das sind die Fähigkeiten, mit denen wir uns die Umwelt aneignen – was tue ich und was tue ich nicht?) sowie die Persönlichkeits-Funktionen (das sind unsere Identifikationen und Lebenserfahrungen – was bin ich?). In der therapeutischen Arbeit geht es um die Wiederbelebung der Ich-Funktionen, da diese die Es- und Persönlichkeitsfunktionen aufrechterhalten (vgl. Dreitzel 2004, 43f).

Das Selbst kann also als ein Geschehen verstanden werden, das sich als psychischer Vorgang in einem Kontaktgeschehen aktiviert, intensiviert und nach erfolgreicher Bewältigung des Kontaktes wieder in sich zusammenfällt, bis ein neuer Kontaktvorgang notwendig oder gewünscht und damit die entsprechenden Selbstprozesse wieder zum Einsatz kommen. Diese Selbstprozesse können sich auf den Kontakt mit anderen Menschen, aber auch mit unbelebten Objekten sowie mit Vorstellungsinhalten konzentrieren (vgl. Butollo 2003, 92).

Dieser traditionelle prozesshafte Zugang (relationales Selbst) reicht jedoch für eine umfassende Betrachtung der „Persönlichkeit“ nicht aus, da dieser u.a. weder eine Erklärung über die Entwicklung des Selbst und seiner Funktionen, noch eine Anschlussfähigkeit an heute gültige Modellvorstellungen bietet.

Das Persönlichkeitsmodell der Integrativen Therapie von Hilarion Petzold bietet mit seiner Definition des Selbst eine derartige Anschlussfähigkeit und ist ein Teil der Theorie, welche die IGT von Petzold integriert hat. Nicht nur, dass das Modell an heute fundierte Ergebnisse im Bereich der Säuglingsforschung anknüpft – es beruht auch zu einem großen Teil darauf (siehe nachfolgende Abbildung: 5).

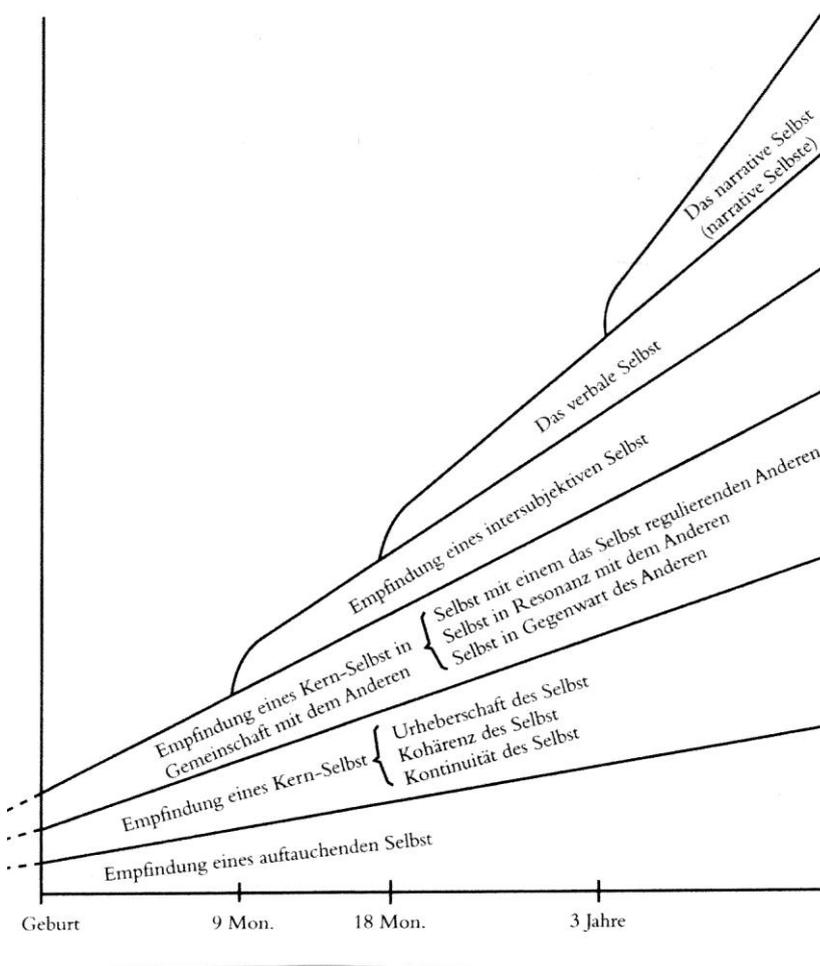
Petzold geht vom Modell der Lebenswelt (Husserl/Schütz) aus, wobei diese die Bühne ist, auf der alle Szenen ablaufen – diese also Ausdruck totaler Ko-Existenz sind. Jeder Mensch ist dabei ein Mitspieler auf dieser Bühne, worin sich das Gefühl totaler Zugehörigkeit und damit Grundvertrauen gründet. Das Selbst ist für Petzold neben dem Ich und der Identität eine Grunddimension der Persönlichkeit – es ist ein leibliches Phänomen, welches in sich und zugleich auch in der Lebenswelt ruht. Diese Grunddimensionen sind in einer Dialektik von Prozess und Struktur zu denken (vgl. Nausner 2010).

In aller Kürze möchte ich auf die Begriffe: Selbst, Ich und Identität, sowie sie innerhalb der Integrativen Therapie verstanden werden, eingehen.

Grundlage des Selbst und Basis der menschlichen Existenz ist der Leib - das Leib-Selbst ruht in sich und zugleich in der Lebenswelt. Das Selbst ist also ein leibliches Phänomen, welches in der kollektiven Leiblichkeit gründet und in der Zwischenmenschlichkeit der Mutter-Kind-Dyade eingewurzelt ist. Es geht als Teil der biologischen Welt jeder reflexiven/gedanklichen Distanzierungsmöglichkeit und sozialen Zuschreibung voraus und entwickelt sich als Teil der sozialen Umwelt unter dem Einfluss der inneren Reifungs- und Entwicklungsprozesse unter den äußeren Einflüssen der Sozialisation. Die grundlegende Dimension der Persönlichkeit wird somit sowohl als biologisch als auch sozial gedacht. Das Ich ist das „Selbst in Aktion“ – die Instanz bewusster Wahrnehmung und bewussten Handelns, die Instanz des Habens und Machens. Es ist mit sinnlicher Bewusstheit (awareness) und rationalem Bewusstsein (consciousness) untrennbar verbunden. Die Stabilität des sich wandelnden Ich liegt in der Leiblichkeit des Selbst und in der Stabilität und Dauer des sozialen und ökologischen Kontexts, woraus für das Ich Identität im Sinne von mittelfristig überdauernden Konzepten über das Selbst im Kontext erwächst. Dieses Identitätserleben ist die zentralste Funktion des Ich und ermöglicht, die

Veränderungen des Lebens auszuhalten. Es ist situationsgebunden und vollzieht sich in sozialen Kontexten und in persönlichen Bereichen, welche die Identität tragen (=Säulen der Identität) (vgl. *ibid.*).

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über den Entwicklungsverlauf des Selbst nach Daniel Stern (2007, XX) und soll nochmal das Bestehen eines personalen Selbst deutlich machen.



**Abbildung 5: Der Entwicklungsverlauf des Selbst** (Stern 2007, XX)

„Das Selbst kann nicht mit seinen Funktionen identisch sein, da der Begriff „Selbst“ einer höheren logischen Ebene zugerechnet werden muss als den Funktionen dieses Selbst.“ Dies scheint auch bereits für Perls wesentlich gewesen zu sein, da dieser in

seinem Modell der neurotischen Schichten (siehe auch Kapitel 6.4.2.1.) einen Kernbereich der authentischen Persönlichkeit annahm und sich damit im Widerspruch zu Goodman befand (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 384f).

Da eine weitere Differenzierung der bisherigen Ausführungen zu weit führen würde, möchte ich den Exkurs: Zum Verständnis des Selbst in der IGT mit folgenden Zeilen beenden:

Die Annahme eines transpersonalen Selbst innerhalb der Gestalttherapie ist gegenwärtig noch sehr umstritten. Es sei dem einzelnen Leser selbst überlassen, inwieweit er sich in die Thematik vertiefen möchte. Anmerken möchte ich jedoch – um mir selbst treu zu sein – dass ich von der Existenz eines transpersonalen Selbst überzeugt bin (siehe u.a. Sylvester Walch, 2002 und 2011).

Es bleibt zu hoffen, dass sich für ein umfassendes Verständnis die gegenseitigen Betrachtungen nähren und ergänzen und nicht gegenseitig ausschließen.

#### **6.3.4. Zum Kontaktgeschehen**

Auch wenn die folgenden Ausführungen zum Teil Wiederholungen des bisher im Kapitel 6.3 Dargestellten bedeuten, möchte ich darauf nicht verzichten. Dies gerade auch deshalb, weil darin für mich noch einmal in verstärkter Betonung zum Ausdruck kommt, was Menschen mit Angststörungen charakterisiert und was auch in weiterer Folge im Mittelpunkt jedes therapeutischen Prozesses stehen muss. Dies ist auch der Grund dafür, weshalb ich die Ausführungen nicht in den vorherigen Kapiteln miteingearbeitet habe.

Menschen mit Angststörungen weisen im weitesten Sinne Beeinträchtigungen beim Herstellen und Lösen von Kontakt auf (vgl. Butollo, Krüsmann et al. 1995). Dies wird aus den vorherigen Ausführungen bereits recht deutlich erkennbar. Bevor ich nun differenzierter darauf eingehe, erscheint es mir wesentlich zunächst überhaupt darzustellen, was ein Kontakt ist bzw. was einen Kontaktprozess bzw. Kontaktzyklus kennzeichnet.

„Kontakt ist jede Art von lebender Wechselbeziehung im Organismus-Umweltfeld, bei der eine Kontaktgrenze zwischen Organismus und Umweltfeld entsteht, über die ein Austausch stattfindet.“ (Gremmler-Fuhr 2001, 360).

Ein Kontakt ist also ein Prozess, der in vier Phasen untergliedert werden kann, wobei diese ineinander übergehen und sich auch überschneiden können (vgl. Dreitzel 2004, 37ff):

In der **ersten Phase**, dem Vorkontakt, wird der Organismus durch einen Stimulus oder ein Bedürfnis erregt und Energie wird freigesetzt, wodurch sich die Kontaktgrenze zu verfestigen beginnt.

In der **zweiten Phase**, der Orientierung und Umgestaltung, werden sensorische Funktionen mobilisiert, was dazu führt, dass wir uns in der Umwelt orientieren, diese ordnen und gestalten – sodass die Figur unseres Interesses in den Vordergrund rückt. Unsere Erfahrungen und Fähigkeiten kommen zum Einsatz – der Energiepegel steigt weiter und unsere Kontaktgrenze wird immer undurchlässiger. Auf der einen Seite ist das Ich mit seinen Kompetenzen, auf der anderen Seite ist das Andere, Fremde, Neue, das Anziehende und das Störende.

In der **dritten Phase**, dem Vollen Kontakt, wird aus der Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Neuen eine Berührung und Verschmelzung – wodurch das Ziel erreicht ist. Alle absichtsvollen Ich-Funktionen können und müssen nun fallen gelassen werden – es geht nur noch um Los-Lassen, Sich-Einlassen, Sich-Hingeben und Sich-Öffnen. Die Kontaktgrenze ist nun durchlässig, um das Neue aufnehmen zu können. Dabei stellt sich allmählich Sättigung, Befriedigung, Erfüllt-Sein ein.

In der **vierten Phase**, dem Nachkontakt, sinkt die Energie ab, der Abstand zwischen dem Ich und der Umwelt rückt wieder ins Gewahrsein, die Kontaktgrenze wird wieder undurchlässiger.

Während die Ich-Funktionen des Selbst, also die Fähigkeiten, mit denen der Organismus sich Teile der Umwelt zu eigen macht, um zu überleben und zu wachsen, in jedem Kontaktprozess eine Rolle spielen, tauchen Kontaktgefühle nur auf, wenn im Prozess Überraschendes und Unvorhergesehenes erfolgt. Kontaktgefühle äußern sich durch bestimmte körperliche Symptome wie rasches

Atmen, Herzklopfen, Schwitzen, Kribbeln, Erröten oder Erbleichen, die durch rasche Hormonausschüttungen verursacht werden.

Wie die Ich-Funktionen können auch die Kontaktgefühle den einzelnen Kontaktphasen zugeordnet werden, was einen diagnostischen Wert insofern hat, als das dadurch aufgrund des Fehlens von emotionalen Reaktionen oder auch ihrer Unangemessenheit oder Intensität ersichtlich wird, um was für eine Kontaktunterbrechung bzw. um welchen neurotischen Kontaktprozess es geht. Dabei werden die Gefühle: Neugier, Furcht, Ekel und Sehnsucht dem Vorkontakt zugeordnet. Sex, Erregung, Ärger treten in der zweiten Phase auf, während Liebe, Trauer und Freude im Vollkontakt stattfinden. Die Gefühle, die im Nachkontakt auftreten oder unterdrückt werden können, sind: Stolz, Dankbarkeit, Schuldgefühl und Verzweiflung.

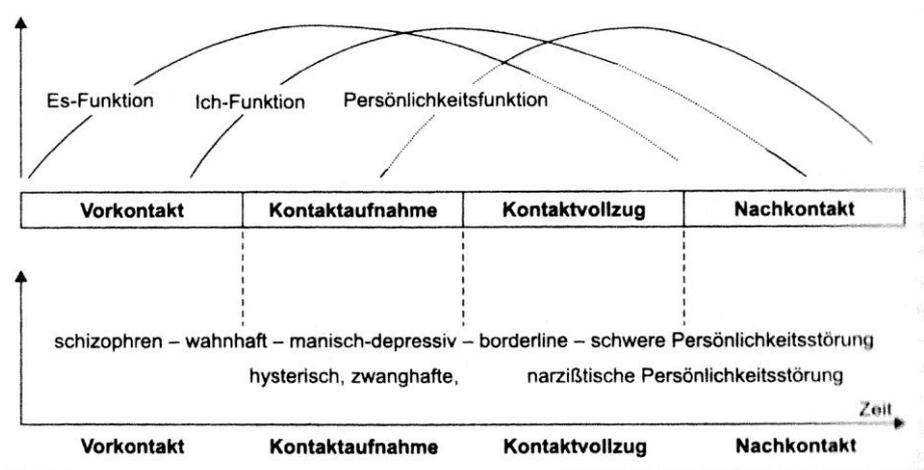
Betrachtet man nun die Phasen des Kontaktprozesses auf dem Hintergrund möglicher Unterbrechungen zeigt sich laut Müller (2001, 656ff) folgendes:

Wird der Prozess der Kontaktnahme bereits in der beginnenden Phase – also im zeitlichen Rahmen an der Schwelle des Vorkontakts zur Phase der Kontaktaufnahme – unterbrochen, unterbleibt die Differenzierung zwischen Innen und Außen (Konfluenz). Wird nun dieses Unvermögen zur Differenzierung zu einem gewohnheitsmäßigen ist dies der Grundmechanismus für ein psychotisches Geschehen.

Kommt es am Beginn der Phase der Kontaktaufnahme – also während der zunehmenden Erregung - zu einer Unterbrechung, nämlich durch eine gewohnheitsmäßige Hemmung des Verlangens (Introjektion), bildet dies die Grundlage von zwanghaften Erleben und Verhalten.

„Projizieren ist Begleitumstand und andauernde Folge besonders bei voller Erregung und während der Entstehung von Gefühlen durch gewohnheitsmäßiges Nichtidentifizieren mit diesen Gefühlen, also am Ende der Phase der Kontaktaufnahme (Grundmechanismus zu Angst und Panikstörungen des Erlebens).“

Kommt es in der Phase des Aufgehens im Organismus-Umweltfeld in Gefühlen durch ein Wenden der Energie gegen den eigenen Körper zu gewohnheitsmäßigen Unterbrechungen (Retrofektion) ist dies der Grundmechanismus für narzisstische Erlebens- und Verhaltensstörungen.



**Abbildung 6: Störungen im Verlauf des Kontaktprozesses** (Müller 2001, 664)

Auf Menschen mit Angststörungen bezogen, kann man laut Butollo, Krüsmann et al. (1995) feststellen, dass sich Störungen im Kontakt gerade in Form von Isolation äußern – also der völligen Vermeidung der Begegnung – oder in Form von Konfluenz – also der unreflektierten Selbstaufgabe der eigenen Identität und der eigenen Bedürfnisse und damit dem völligen Aufgehen in der Seins- und Sichtweise des Anderen. Damit riskiert der Betroffene zwar keinen Konflikt, gibt aber die Verantwortung für das eigene Leben her und überträgt es einer anderen Person. Dieses Kippen von Isolation und Konfluenz ist eines der auffälligsten Beziehungsprobleme von AngstklientInnen, die sich entweder völlig aufgeben, um von einer anderen Person unterstützt und beschützt zu werden oder sich völlig zurückziehen und die Isolation wählen.

Sowohl die Isolation als auch die Konfluenz sind für die Betroffenen letztendlich unbefriedigend, da dadurch kein wirkliches Gegenüber und damit keine dialogische Beziehung möglich wird. Die Person befindet sich in einem ständigen Konflikt zwischen dem Wunsch nach Autonomie und dem Wunsch nach Abhängigkeit.

Die Angststörung ist also laut Willi Butollo (2003, 91ff) dabei behilflich, ein im bewussten Selbstkonzept der Person nicht tolerierbares Bedürfnis auf indirekte

Weise doch zumindest ansatzweise zu befriedigen – und zwar ohne dass dieses Bedürfnis zum Ausdruck oder gar sich selbst und anderen gegenüber eingestanden werden muss. Das Ergebnis ist die soziale Kontrolle, für welche die Betroffenen selbst nicht verantwortlich zu sein scheinen, zumal sie ja das Angstproblem als weit außerhalb ihrer bewussten Kontrolle und jenseits aller Verantwortung ansiedeln. Der Preis, der dafür gezahlt wird, ist eine Rolle im familiären System und dementsprechend auch im Selbstkonzept, in dem die Behinderung und die Unfähigkeit, selbständig zu leben, im Vordergrund stehen. Die Angststörung wird also als eine Störung gesehen, die wesentlich als eine Beeinträchtigung der Selbstentwicklung verstanden wird. Die Ausführungen machen jedoch auch deutlich, dass die Angststörung in gewisser Weise eine Beziehungsstörung kaschiert, sie überdeckt Defizite der Beziehungsgestaltung, um auf diese Weise ein bedrohlicheres Gefühl bzw. eine bedrohliche Konsequenz für das Selbstkonzept zu verhindern. Der Preis, der dafür bezahlt wird, ist hoch. Das alte Selbstkonzept, die Vorstellung von einem in Beziehungen durch die Angst behinderten Selbst wird aufrechterhalten. Diese Behinderung wird jedoch dem Ich-fremden Phänomen der Angst zugeschrieben, und dafür meinen die Betroffenen, keine Verantwortung übernehmen zu müssen.

Weil man Angst hat, kann man das und das eben nicht tun. Man braucht also nicht die Verantwortung dafür zu übernehmen, Forderungen zurückzuweisen, weil man sie aufgrund der Angst nicht erfüllen kann. Es fehlt die Sicherheit im eigenen Wollen, wie auch in der Selbstwahrnehmung. Die Selbstunterstützung der eigenen Gefühle, der eigenen Wünsche scheint geschwächt. Die Angstproblematik ersetzt nun die Selbstunterstützung in der Abgrenzung zum Anderen. Der Andere wird nicht so gemein sein, dem Angstpatienten die Hilfe zu verweigern oder von ihm etwas Konfliktträchtiges zu fordern. Das birgt die Gefahr in sich, dass die Angst eben zu einem verlockenden Vehikel in der Beziehungsgestaltung wird (vgl. Butollo, Krüsmann et al. 1995).

## 6.4. Zur Behandlung

Ich möchte nun im Folgenden speziell auf die Behandlung von Menschen mit Angststörungen – und damit auch Panikstörungen – eingehen. Dazu erscheint es mir wesentlich zunächst die allgemeinen Prinzipien eines gestalttherapeutischen Vorgehens zu betrachten – beruhen doch darauf jegliche weitere spezifische Überlegungen.

Gesundheit bedeutet ein Sich-Einlassen auf den fortwährenden Lebensprozess – ein Gleiten von Situation zu Situation, welche jeweils durch innere Bedürfnisse, Gefühle, Erfahrungen und äußere Wahrnehmungen, Kontakte, Dialoge, Begegnungen gekennzeichnet ist; diese Situationen sind komplex und ganzheitlich miteinander verwoben, auch wenn das Bewusstsein bzw. die Aufmerksamkeit den Bedürfnissen entsprechend jeweils einzelne Aspekte (Figuren, die sich vor dem Hintergrund hervorheben und dadurch zur Gestalt werden) herausgreift. Gesundheit hängt also eng mit dem laufenden Kontakt zur Umwelt und der eigenen Innenwelt, dem Fluss von Gewahrsein oder Bewusstheit (awareness continuum) in der Begegnung im Hier und Jetzt zusammen. Demgegenüber stellt Krankheit eine Störung des Wachstums bzw. der Entwicklung dar – sie entsteht als Folge einer dauerhaften Störung der organismischen Selbstregulation (vgl. Hutterer-Krisch, Salem 2009, 11).

Die hauptsächliche phobische Haltung ist, Angst davor zu haben, das zu sein, was du bist. Das was man einfach ist, wird dabei bei Perls als das Selbst bezeichnet. Dieses ist veränderlich und von flexibler Vielfalt – besitzt also einen prozessualen Charakter. In der therapeutischen Arbeit geht es um Wachstum und nicht darum, zu definieren, was abnorm ist. Perls meint auch der bessere Begriff für Neurose sei Wachstumsstörung. Daraus ergibt sich, dass der wachsende reifende Mensch im Gegensatz zum neurotischen Menschen jemand ist, der die verschiedenen Aspekte seiner selbst integrieren kann, statt sie gegeneinander zu richten. Bewusstheit und bestimmte Formen des Bewusst-Sein sind dabei das Vehikel, neue Erfahrungen zu ermöglichen. Der Klient muss nichts üben, er muss auch nicht nach alternativen Verhaltens- und Erlebensweisen Ausschau halten – er wird neue Möglichkeiten für sich entdecken, wenn er sich darauf einlässt, ganzheitlich sein subjektives

Wahrnehmen-Erleben der Figuren des Organismus-Umweltfeldes zu erforschen. (vgl. Eidenschink, Eidenschink 2001, 693f).

#### **6.4.1. Allgemeine Überlegungen**

Die Behandlung eines Menschen mit Hilfe der IGT – unabhängig von der jeweiligen Diagnose – beruht auf folgenden Grundprinzipien: die therapeutische Beziehung, die Arbeit im Hier und Jetzt sowie das Schließen von Gestalten. Hinter all diesen Grundprinzipien steckt eine phänomenologische Grundhaltung, die den Menschen in seiner Gesamtheit wahrnimmt. Dies bedeutet, dass die IGT als dialogische, feldtheoretisch begründete, phänomenologische und existenzialistische Therapieform bezeichnet werden kann.

Laut IGT entstehen Psychische Störungen durch die Beziehung zwischen der Person und ihrer Umwelt und finden auch in diesen ihren Ausdruck. Nur in und durch Beziehungen können sie wahrnehmbar und dadurch letztendlich veränderbar werden. Die therapeutische Beziehung schafft ein Potential, verlorenes Vertrauen neu entstehen zu lassen – Veränderung kann in Gang gesetzt werden. Dabei erhalten die Erfahrungen ihre Bedeutung von dem, was momentan zwischen den am therapeutischen Prozess Beteiligten, stattfindet. Diese Orientierung am Hier und Jetzt erlaubt es, Betroffene genau dort wahrzunehmen, zu begegnen und zu akzeptieren, wo sie gegenwärtig stehen – wobei im Hier und Jetzt sich immer auch das Vergangene und Zukünftige abbildet. Das Schließen von Gestalten bedeutet die Möglichkeit der Veränderung innerer Einstellungen oder Überzeugungen über eigene Reaktions- oder Aktionsmöglichkeiten in den Beziehungen zur Welt. Eine gestalttherapeutische Arbeitsweise bedeutet, dass der Blick eher auf das „Wie“ des gesamten Seins und weniger auf das „Warum“ gerichtet ist, denn erst wenn die eigene Verantwortung für dieses „Wie“ bewusst ist, kann es verändert und damit auch positives Selbst gelebt werden (vgl. Butollo, Krüsmann, et al. 2002, 50ff).

Durch diese Form der therapeutischen Arbeit, kann sich der Klient in der ganzen Breite seiner emotionalen Ausdrucks- und Erlebensfähigkeit entdecken, ... (vgl. *ibid.*, 195).

In den Worten von Staemmler (2001, 441ff) ausgedrückt, bedeutet dies:

- Gestalttherapie als dialogische Methode beruft sich besonders auf die Anthropologie Martin Bubers und sieht TherapeutInnen als partnerschaftliche BegleiterInnen ihrer KlientInnen, die diesen als persönlich erkennbare, emotional resonanzfähige, engagierte und unabhängige Menschen in einer Haltung „kultivierter Unsicherheit“ und nicht als besserwissende ExpertInnen gegenüberreten.
- Gestalttherapie als feldtheoretisch begründete Methode (die Grundlage bildet die Feldtheorie des Gestaltpsychologen Kurt Lewin) beruht auf der Annahme, dass der Mensch sich in einem kontinuierlichen Austausch mit seiner Umwelt (Organismus-Umweltfeld) in Form einer ständigen kreativen gegenseitigen Anpassung befindet. Er kann also nicht ohne sein jeweiliges Feld gedacht und verstanden werden. Somit geht es in der IGT um die Frage, wie diese Interaktion stattfindet, während sie stattfindet. Die Techniken stellen dabei die Strukturelemente des therapeutischen Feldes dar – die es den KlientInnen ermöglichen, ihre kreativen Anpassungsprozesse zu erforschen, indem sie ihre Arten der Kontaktaufnahme zu variieren versuchen.
- Gestalttherapie als phänomenologische Methode beruft sich auf die Annahmen von Husserl, welcher Phänomenologie als die Wissenschaft von den Erscheinungen, wie sie sich subjektiv im Bewusstsein des Betrachters darstellen, versteht. Dabei ist es wesentlich, sich unvoreingenommen und mit offenen Sinnen der jeweiligen Erfahrung zu stellen, welche nicht erklärt sondern beschrieben wird, wobei alle in ihr enthaltenen Elemente gleichwertig zu behandeln sind. D.h. Gestalttherapie betont die primäre Bedeutung dessen, was den Sinnen und damit der unmittelbaren und möglichst unvoreingenommenen Erfahrung des Menschen zugänglich ist.
- Gestalttherapie als existentialistische Methode sieht den Menschen als einen „Verantwortlichen“. Sie begleitet jeden Menschen dabei, ihn in den Besitz dessen

zu bringen, was er ist und auf ihm die gänzliche Verantwortung für seine Existenz ruhen zu lassen.

Nachdem nun versucht wurde, die Methodik der Gestalttherapie - also das kohärente Gesamt ihrer Wege (dialogisch, feldtheoretisch begründet, phänomenologisch, existenzialistisch), menschliches Veränderung zu erreichen – darzustellen, möchte ich nun auf die Techniken eingehen, die dazu herangezogen werden.

Dabei gilt, dass die Methoden in allen Anwendungen von Techniken zum Ausdruck kommen bzw. mit ihnen vereinbar sein müssen. Wenn eine Technik nicht im Sinne der Methode verwendet wird, dann verliert sie ihren eigentlichen Sinn, wird geistlos und degeneriert zum Trick. Im Verlauf der Geschichte der Gestalttherapie haben sich dabei vier Typen von Techniken etabliert, mit welchen versucht wird, den Geist der Methodik in Aktionen umzusetzen, nämlich: Übungen, Experimente, Hausaufgaben und situationsbezogene Interventionen. Diese Techniken lassen sich als Parameter des Dialogs verstehen d.h. sie werden von den TherapeutInnen im Geiste ihrer dialogischen Haltung angewandt – also zusammen mit den KlientInnen entwickelt oder ihnen als Angebote und Vorschläge unterbreitet, in ihrer von den TherapeutInnen intendierten Funktion transparent gemacht, gemeinsam reflektiert, gegebenenfalls modifiziert oder auch wieder zurückgenommen. Alle Techniken können mit unterschiedlichen Medien (z.B. Medium des Leibes, direkte körperliche Interaktionen, kreative Medien) zur Anwendung kommen (vgl. Staemmler 2001, 441ff).

Ich möchte kurz auf die einzelnen Begrifflichkeiten eingehen:

- Übungen werden als vorsätzliche Situationen verstanden, die durch Anleitungen mehr oder weniger strukturiert und inhaltlich definiert sind und dazu dienen, die Bewusstheit der Beteiligten davon zu fördern, wie sie sich im gegebenen Feld selbst gestalten.
- Experimente sind speziell auf die Situation bzw. die Person zugeschnittene Erfahrungsrahmen, die dazu dienen eine zur genaueren Betrachtung

ausgewählte Verhaltens- oder Erlebensweise unter einer bestimmten Fragestellung zu beleuchten.

- Hausaufgaben sind Experimente, deren Design während der Therapieeinheit entworfen wird, die dann jedoch vom Klienten außerhalb des therapeutischen Settings durchgeführt werden sollen, um so Erfahrungen im Alltag machen zu können.
- Situationsbezogene Interventionen können Rückmeldungen oder Mitteilungen persönlicher Resonanzen aber auch Formulierungen von Realphantasien sein.

(vgl. *ibid.*, 447ff).

### **6.4.2. Spezifische Überlegungen**

Ich möchte an den Beginn dieses Kapitels einige Ausführungen, welche ich in der IGT-Literatur zu Behandlung von „neurotischem Leid“ bzw. Angststörungen gefunden habe, auflisten. Überschneidungen in den Ausführungen liegen vor, unterstreichen für mich jedoch nur nochmals die wesentlichen Parameter – lassen also somit zusammenfassend betrachtet, meiner Meinung nach, einen Rückschluss auf die allgemeinen Überlegungen einer Behandlung zu. Deutlich wird dabei, dass ein stringiertes Vorgehen – mit genauen Abläufen – den Prinzipien der IGT widerspricht. Lediglich Willi Butollo (2003) nähert sich einem derartigen Vorgehen an – darauf wird im Kapitel 6.4.2.2. eingegangen.

„Das Symptom des Klienten wird gestalttherapeutisch als wichtiges Phänomen betrachtet, ist aber nur ein Ausgangspunkt, um die innere Welt des Klienten und seine Konflikte kennenzulernen. Den Klienten ist in der Regel zunächst überhaupt nicht bewusst, dass sie bestimmte Seiten, Impulse, Bedürfnisse oder Wünsche in sich ablehnen. Zunächst sind ihnen bestimmte Symptome, nicht der innere Konflikt bewusst.“ (Eidenschink, Eidenschink 2001, 709).

Die Therapie beinhaltet methodenübergreifend zunächst ein verbessertes Angstcoping, um den betroffenen Menschen die Freiheit des Fühlens, Denkens und Handelns zurückzugeben. Dies ist vorrangiges Therapieziel. Darüber hinaus werden

die Betroffenen darin unterstützt bzw. begleitet, dem tieferen Sinn ihrer ängstlichen Gehemmtheit nachzugehen, um das erreichte Coping im Lebensentwurf zu verankern (vgl. Klingelhöfer, Mestel 2003, 110).

Klient und Therapeut müssen gemeinsam auf die Suche nach einem Verständnis dafür gehen, wie das Leiden an der Angst entstanden ist, welche Geschichte das Angstleiden hat und aus welchen Quellen die Angst gespeist wird (vgl. Baer, Frick-Baer 2009, 17).

Ziel der Therapie ist es, der Person ein Mittel in die Hand zu geben, mit der sie sowohl ihre gegenwärtigen Probleme als auch die zukünftigen lösen kann. Dieses Mittel ist der Selbst-Support. Wenn sie sich in jedem Augenblick ihrer selbst und ihrer Handlungen wirklich bewusst werden kann, dann kann sie sehen, wo ihre gegenwärtigen Schwierigkeiten liegen – und kann sich damit selbst helfen, diese in der Gegenwart im Hier und Jetzt zu lösen (vgl. Perls 2002, 81).

„Wenn dem Patienten bewusst wird, dass er seine Umwelt in einer Form manipuliert, die letztlich selbstzerstörerisch ist, wie differenziert auch immer sie sei; und wenn ihm seine Manipulationstechniken als solche bewusst werden, dann wird er fähig sein, Änderungen herbeizuführen.“ (ibid., 65).

Wenn der Neurotiker erfährt, auf welche Weise er sich daran hindert, jetzt zu sein, wie er sich blockiert, wird er auch anfangen, das Selbst zu erleben, das er blockiert hat (vgl. ibid., 83).

Die Bewusstheit – awareness – verschafft der Person den Sinn für ihre eigenen Fähigkeiten, für ihre eigene sensorische, motorische und intellektuelle Ausstattung (vgl. ibid., 84).

„Gestalttherapeutische Psychotherapie mit neurotisch leidenden Menschen ist geprägt von der Beschäftigung mit den intrapsychischen und interpsychischen Konflikten, wie sie sich in der Begegnung von Klient und Therapeut nach und nach offenbaren. Beide Konfliktsorten haben einen Bezug zu unerfüllten Sehnsüchten und Bedürfnissen des Klienten (oder des Therapeuten). Diesen Bezug mit dem Klienten herauszuarbeiten, die Bedürfnisse wieder spürbar werden zu lassen und die dadurch entstehende Spannung zwischen den Bedürfnissen und den Ängsten

befriedigend zu lösen, sind die wesentlichen Ziele von gestalttherapeutischer Psychotherapie.“ (Eidenschink, Eidenschink 2001, 709).

In der Therapie geht es darum, die Defizite der Selbstentwicklung sichtbar zu machen, Wege aufzuzeigen, wie diese Entwicklung nachgeholt werden kann und wie die in der bisherigen Entwicklung nicht gelernten Fähigkeiten bezüglich Selbstwahrnehmung und Ausdruck der eigenen Gefühle gleichsam nachgelernt werden können. Das sollte zu einer Bereicherung und Differenzierung sowohl der Persönlichkeit wie auch der sozialen Fertigkeiten der Betroffenen führen. Führt die Therapie zu einer erfolgreichen Bewältigung der Angst, so geht damit in der Regel, wenn auch häufig implizit, eine Reduktion von Beziehungsdefiziten einher. Die Beziehungsthematik der Klienten ist daher wesentlich innerhalb der Therapie – auch wenn die Arbeit mit dem Auftrag der Klienten beginnt, an ihren Angstproblemen zu arbeiten. Sobald dies einigermaßen geschieht, sich die Angstsymptomatik verbessert, soll die Aufmerksamkeit auf die in den Angsterfahrungen zum Ausdruck kommenden Beziehungsdefizite gelenkt werden. Dadurch lernen die Betroffenen sich in ihrem gegenwärtigen Verhalten und hinsichtlich ihrer Lebensgeschichte besser kennen und sehen, wie sich ihr psychisches Erleben und ihre Kontaktgestaltung auf den Dimensionen Autonomie/Abhängigkeit und Distanz/Nähe, entfaltet. Sie lernen mit den Konflikten dieser Polaritäten umzugehen, differenziert ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, anzuerkennen und in die Gestaltung aktueller Kontakte einzubringen (vgl. Butollo 2003, 91ff).

#### **6.4.2.1. Kontaktnahme und Schichten der Neurose**

Versucht man nun Antworten über einen möglichen Ablauf eines therapeutischen Prozesses von Menschen mit Neurotischen Störungen innerhalb der IGT ausfindig zu machen, können zwei Theorien als wesentlich erachtet werden. Dies sind einmal der Prozess der Kontaktnahme (siehe Kapitel 6.3.4.) und andererseits die Theorie über die Schichten der Neurose.

Der **Kontaktzyklus** beschreibt dabei mehr oder weniger einen einmaligen gesunden Ablauf, der zur Befriedigung eines Bedürfnisses führen kann.

Wie im Kapitel 6.3.4. bereits genau ausgeführt, äußern sich bei AngstklientInnen Störungen im Kontakt in Form von Isolation oder Konfluenz. Es geht daher laut Willi Butollo, Krüsmann et al. (1995) darum, sich in der Therapie speziell diesen möglichen Kontaktunterbrechungen zuzuwenden, damit Kontakt wieder möglich wird. Anders ausgedrückt: Ziel der Therapie ist es, den KlientInnen zu helfen, den Konflikt zwischen Autonomiewunsch und Abhängigkeitswunsch zu bewältigen um so zu erfahren, dass ein „Pendeln“ zwischen diesen Polen durchaus möglich ist. Das Hin- und Herwandern auf dem Kontinuum zwischen Nähe und Distanz, gemäß der Polarität der jeweiligen Bedürfnisse, macht das Wesen guter Kontaktfähigkeit aus.

In der Therapie geht es daher u.a. um folgende wesentliche Punkte:

- Akzeptierende Selbstwahrnehmung (awareness) und in weiterer Folge eine organismische Selbstregulation.  
Dies ermöglicht ein Wahrnehmen von und Vertrauen in körperliche Reaktionen, ohne diese sofort beeinflussen zu wollen sowie darüber hinaus die Wahrnehmung weiterer subjektiv registrierbarer Kräfte, die zur jeweiligen Zeit wirksam sind.
- Selbstunterstützung  
Gerade AngstklientInnen neigen dazu, Bedürfnisse, welche da sind aber dem eigenen Selbstideal nach nicht da sein sollten, abzuspalten. Dies führt zu einer Reduktion der Sicherheit in der jeweiligen Kontaktsituation und hat ein verstärktes Erleben von Angst zur Folge. Ziel ist es nun, Vertrauen in die Situation und in sich Selbst aufzubauen um so ein Mittel gegen die Angst zu bekommen und befriedigende Kontakte herzustellen.
- Die Fähigkeit, seine eigenen Grenzen zu kennen und darüber kommunizieren zu können.
- Das Einlassen auf eine auf den Kontakt zielende Aktion.  
Nur wenn man Begegnungen riskiert, kann man sein Selbst aktualisieren und in diesem aktualisierten Selbst neue Erfahrungen seiner Selbst und seiner Umwelt machen.
- Das Schließen von unerledigten Handlungen, da unterbrochene wichtige Erfahrungen, die als unverarbeitete Inhalte das Bewusstsein blockieren, Angst produzieren.

- Die Orientierung an der Gegenwart, damit Erwartungsängste reduziert werden können.

Die Grenze dieses Modells liegt jedoch darin, dass die einmalige Veränderung im Durchleben der Bedürfnisse keine stabile Veränderung bewirkt. Diese setzt erst dann ein, wenn der Klient übt und sich weiterhin seinem Bewusstseinsprozess anvertraut. Nachdem die Bewusstheit der Bedürfnisse oft mit Spannung und damit Angst verbunden ist, greift der Betroffene zu seinen bisherigen neurotischen Verhalten zurück und unterbricht den Kontaktzyklus wieder. Aufgabe des Therapeuten ist es nun, den Klienten zu unterstützen bei der Bewusstheit zu bleiben, wodurch die anstehenden Themen unumgänglich werden. Hier wird nun das **Schichtenmodell** wesentlich. Die persönliche Veränderung eines Menschen wird dabei als ein Prozess verschiedener, zeitlich aufeinanderfolgender Phasen verstanden, die durchlaufen werden müssen, damit Wachstum und nachhaltige Veränderung geschehen kann. Das Erreichen von Authentizität ist identisch mit dem Überwinden der Neurose und gilt als Ziel der Therapie. Der Therapeut trägt mit seinem Klienten eine Schicht nach der anderen ab, bis der Gegenpol zur Neurose, das authentische Selbst hervortritt (vgl. Staemmler, Bock 2007, 60ff).

Ich möchte nun kurz auf die Schichten der Neurose bzw. die Wachstumsstadien eingehen:

#### 1. Phase der Stagnation

Am Anfang jeder Veränderung steht Unzufriedenheit, da Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Die Person leidet an diversen Symptomen, die als etwas empfunden werden, was dem Betreffenden von außen widerfährt – er sieht sich als Opfer, wodurch sich die subjektive Notwendigkeit ergibt, die Umwelt und andere Menschen dahingehend zu beeinflussen, dass sie zu einer Verbesserung der eigenen Situation beitragen.

#### 2. Phase der Polarisierung

Diese Phase ist charakterisiert durch ein Gefühl der Angst als Aufsteigen einer Erregung einerseits und dem Versuch diese zu unterdrücken andererseits. „Ich würde gerne – aber ich traue mich nicht.“ Es kommt also zu einem gleichzeitigen Stattfinden einer expansiven und einer kontraktiven Handlung, was dazu führt,

dass der Betroffene beginnt Eigenverantwortung zu übernehmen und sich nicht nur mehr als Opfer sieht – er beginnt seine Bedürfnisse immer mehr zu spüren. Diese Phase der Polarisation kann nur überwunden werden, indem man sie durchlebt und weitere Veränderung zulässt.

### 3. Phase der Diffusion

Der Betroffene befindet sich nun immer mehr in einer gewissen Richtungs- und Orientierungslosigkeit, er nimmt Verwirrung und Leere wahr. Wo vorher noch offene Fragen und Lösungsversuche waren, herrscht nun das Gefühl „Ich weiß nichts mehr.“ Diese Erfahrung des Nichts ist als die Erfahrung des unstrukturierten, inhaltslosen, reinen Prozesses zu verstehen und bedeutet existenziell, dass nach der Befreiung von der Illusion der Verantwortungslosigkeit beim Eintritt in die Polarisation nun eine weitere Befreiung, nämlich die von der Illusion, das Problem sei inhaltlich zu lösen, stattfindet.

### 4. Phase der Kontraktion

Es beginnt eine einheitliche Bewegung. Der Klient hat meist ein schmerzhaftes oder bedrohliches Gefühl, dem er gerne ausweichen würde, doch durch die Konfrontation kommt es zu einer Befreiung und Aufgabe von Kontrolle. Die Kontraktion kann nur erfahren werden, wenn das Ich die Kontrolle, also die noch verbliebene Unterteilung der Person aufgibt - die Illusion von der Widersprüchlichkeit von Ich und Erfahrung wird überwunden.

### 5. Phase der Expansion

Nach dem Durchlaufen der ersten vier Phasen sind nun schließlich neue Erfahrungen und Handlungen möglich, die Person kann sich ausdehnen. Erleichterung und Entspannung setzen ein. Es kommt zu einer Erweiterung des kognitiven Horizontes und der Verhaltensmöglichkeiten.

(vgl. *ibid*, 83ff).

„Die Grenzen beider Modelle (Schichtenmodell oder auch Veränderungsprozess und Kontaktzyklus) liegen darin, dass sie kaum etwas zum Umgang mit der unerschöpflichen Vielfalt stagnativer Phänomene beitragen. Beide Konzepte werden erst relevant, wenn der Klient beginnt, seine organismischen Bedürfnisse wahrzunehmen. Der Weg dorthin kann jedoch sehr weit sein. Nach beiden Modellen befindet man sich dann einfach in der ersten Phase. Weitere Möglichkeiten der

Differenzierung und damit der Orientierungshilfe bieten sie nicht.“ (Eidenschink, Eidenschink 2001, 697).

„Daher ist der psychotherapeutische Prozess davon geprägt, herauszufinden, welche Bedürfnisse nicht mehr wahrgenommen werden, welche Bedürfnisse bekämpft und abgelehnt werden und welche mit Schuld- oder Schamgefühlen besetzt sind.“ (ibid., 698).

#### **6.4.2.2. Münchner Integrative Mehrphasige Behandlung von Angststörungen (MIMBA)**

Willi Butollo (2003, 98ff) formuliert einen mehrphasigen integrativen Therapieansatz (MIMBA), in welchem er Prinzipien der Integrativen Gestalttherapie und jene der Verhaltenstherapie kombiniert.

Die Grundprinzipien des mehrphasigen Ansatzes sind:

- Verhandlung über Therapieschritte

Das Ziel ist dasjenige, den Klienten dort abzuholen, wo er sich befindet. Durch diese Arbeit am Ist-Zustand des Betroffenen, mit den für ihn selbst vordergründigen Themen, werden die weiteren Phasen des Therapieprozesses praktisch vorbereitet. Gleichzeitig wird der Klient mit der Notwendigkeit bisherige Lösungsstrategien zu erweitern, konfrontiert – wodurch die Konfluenzneigung deutlich gemacht und die Verantwortung für Veränderung dem Klienten zurückgegeben wird.

- Beziehungsarbeit und Symptomdruck

Diese sollte und kann erst dann beginnen, wenn die Symptomarbeit ausreichend bewältigt ist.

- Sukzessiver Übergang von hoch zu niedrig strukturierter Therapie.

- Gefühle

Dadurch wird eine gewisse Selbst- und Körperwahrnehmung gefördert.

- Erfahrungsorientierte Arbeit

Erlebnis-aktivierendes Aufsuchen konflikthafter oder Kontaktdefizite aktivierender Schlüsselszenen aus der Biografie einer Person werden erst zu einem Zeitpunkt

angeregt, wenn die Person sowohl eine deutliche Erleichterung ihrer Symptome erfährt und eine Retraumatisierung auf jeden Fall ausgeschlossen werden kann.

Die Ziele in den einzelnen Phasen der Therapie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Bessere Kenntnis der eigenen Körperfunktionen vor allem als erfahrbare Körpervorgänge  
Dadurch sollen diejenigen Prozesse identifizierbar werden, die das Angstgeschehen verstärken und fixieren.
- Identifikation von Vermeidungsmaßnahmen, die eine Löschung bzw. Gewöhnung an aversive körperliche Zustände verhindern oder verzögern  
Die Identifikation kognitiver Prozesse - wie der Aufbau einer Angsterwartung, die das Angstgeschehen begleitenden Gedanken und Vorstellungen sowie gedankliche Vorgänge, die auf eine Angstatacke folgen – ist dabei wesentlich. Dies sollte die Veränderung dieser Prozesse vorbereiten und zu einer Stabilisierung beitragen.
- Verbesserung der Gefühlswahrnehmung jenseits der Angsterregung  
Dazu gehören die Verbesserung der Wahrnehmung der eigenen Atmung, der gezielte Einsatz dieser zu einer vertiefenden Entspannung und eine Zunahme der Sicherheit im Ausdruck von verschiedenen Gefühlserfahrungen.

Diese Prozesse sind bereits Teil der Therapie der Beziehungsgestaltung.

Zuvor geht es jedoch noch um die Entwicklung von

- kontraphobischen Bewältigungsfertigkeiten  
Dabei lernen die KlientInnen sich systematisch an phobische Situationen anzunähern und dabei auftretende Erregungszustände wahrzunehmen und zuzulassen. Die Angstkonfrontation wird dadurch zunehmend selbst gesteuert und in die Selbstkontrolle übernommen.
- Ebene der Beziehungsgestaltung  
Hier geht es um Selbstwahrnehmung, das Erkennen und in weiterer Folge Ausdrücken und Mitteilen von Bedürfnissen sowie um Abgrenzung.
- Entwicklung der Fähigkeit, sich schwierigen Gefühlen – auch der Angst - stellen zu können.

(vgl. *ibid.*, 99ff).

Willi Butollo (ibid., 102) weist darauf hin, dass für diese Therapiephasen zwar ein Rahmen vorgegeben ist, der jedoch nicht zu einem starr festgelegten Umfang wie z.B. Sitzungszahl führt, sondern sich an der Entwicklung der Betroffenen orientiert.

### **6.4.3. Exemplarischer Einblick in von mir in der Praxis angewandte Techniken**

Ich möchte nun am Ende meiner Arbeit noch in exemplarischer Art auf einige von mir in der praktischen Arbeit angewandte Techniken innerhalb der Behandlung von Menschen mit Panikstörungen eingehen und dabei auch einige Fallvignetten beschreiben.

Bevor ich dies jedoch tue, möchte ich die vorherigen Ausführungen in meinen Worten zusammenfassen, um so noch einmal deutlich zu machen, wie ich das Syndrom der Angst und jenes der Panik verstehe:

Basis für das Entstehen neurotischer Störungen sind meiner Meinung nach gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die das Individuum dazu veranlassen, eigene individuelle Bedürfnisse zu unterdrücken. Es entsteht ein Konflikt zwischen einem Bedürfnis und der diesem individuellen Bedürfnis entgegenstehenden gesellschaftlichen Norm, wobei die Angst dabei als das Unterbrechen der schöpferischen Erregung gesehen werden kann. Angststörungen können als ein Verharren zwischen dem Wunsch nach Autonomie einerseits und dem Wunsch nach Sicherheit (und damit oft Abhängigkeit) andererseits beschrieben werden. Das Entstehen von Angststörungen beruht letztlich auf psychischen Vulnerabilitäten durch Verletzungen von Bedürfnissen in der Biografie. Angst als Abwehrmechanismus überdeckt die primären Emotionen der Wut und Trauer.

Daraus folgt für mich weiter, dass Panikstörungen als ein besonderer oder nochmals verdichteter Ausdruck des Organismus für eine zu massive innere Spannung, zwischen dem Wunsch nach Autonomie auf der einen Seite und dem Wunsch nach

Anpassung und Dazugehörigkeit auf der anderen Seite, gesehen werden können. Anders formuliert: Panikattacken stellen eine Art Warnsignal des Organismus dar, dass das bisher Gelebte nicht mehr länger zuträglich ist – das der Preis der Anpassung bzw. der Unterdrückung eigener Bedürfnisse ein nicht mehr länger zu bezahlender ist. Durch die Panik wird das Individuum darauf aufmerksam bzw. zum Innehalten und möglichen Verändern seines Tuns und Handelns aufgerufen.

#### **6.4.3.1. Das Unfassbare fassbar machen**

Auch wenn man mir vorwerfen kann, dass ich Symptom-orient agiere, zeigt meine Erfahrung, dass die Benennung des Leids, für die Betroffenen eine große Erleichterung darstellt. Gerade durch die Angst verrückt zu werden oder sterben zu müssen, wie es beim Auftreten von Panikattacken oft üblich ist, ist es wichtig, dass die Betroffenen eine Begrifflichkeit für ihre Symptome – nämlich die der Panikattacke – erhalten. Oft „irren“ Betroffene sehr lange von einem Arzt zum nächsten bevor an die Möglichkeit einer Panikstörung gedacht wird.

*So berichtete mir Herr A., 29 Jahre alt, im Erstgespräch, dass er seit nun mehr einem Jahr immer wieder ganz plötzlich Herzrasen und Schweißausbrüche, einhergehend mit massiven Schmerzen in der Brust hätte. Dies hätte dazu geführt, dass er zunächst einen Internisten aufgesucht, in weiterer Folge – auch weil er massive WS-Beschwerden hätte – eine Physiotherapie gemacht und sich schließlich im Krankenhaus durchchecken hätte lassen. Dort hätte man erstmals von möglicher Angst gesprochen und das Aufsuchen eines Facharztes für Psychiatrie empfohlen. Dieser überweist ihn letztendlich zur Psychotherapie.*

*Auch Herr B, 47 Jahre alt, seit vielen Jahren selbständig, kommt mittels Überweisung vom Facharzt für Psychiatrie, den er erst nach langem Leiden aufgesucht hätte. Er wollte sich lange nicht eingestehen, dass er möglicherweise psychische Probleme hätte – dies wäre bisher in seinem Denken nicht vorgekommen. Er berichtet vom Vorhandensein einer ängstlichen Symptomatik, welche über die letzten Monate hinweg immer massiver geworden wäre. So leide er an einem permanenten*

*Schwindelgefühl, innerlicher Unruhe und Anspannung, Nervosität, einem Druckgefühl in der Brust sowie einem Gefühl der Zitterigkeit und Vibration der Adern. Dieses ständige Unwohlsein würde sich bis zur Panik steigern – die Angst plötzlich umzufallen und zu sterben wäre gegeben. Die Symptomatik hat dazu geführt, dass Herr B nun sehr zurückgezogen lebt – die größte Sicherheit würde er zu Hause in Anwesenheit seiner Ehefrau erleben.*

Darüber hinaus ist mir eine genaue Aufklärung darüber, was eine Panikattacke ausmacht, wichtig. In dieser Aufklärung beziehe ich mich im Wesentlichen auf die Ausführungen von Margraf und Schneider (1990) (eine genaue Darstellung findet sich im Anhang), welche zunächst die allgemeine Natur der Angst beschreiben, danach die drei wesentlichen Komponenten der Angst (Körper, Gedanken und Verhalten) skizzieren und sich dann dem Teufelskreis der Angst (siehe Kapitel 4. Zum Syndrom Panik: Die Panikstörung) zuwenden. Zudem wird ein Einblick in den Zusammenhang von Angst und Stress gegeben. Dieser Aufklärung der KlientInnen widme ich so viel an Zeit, bis sich im Gegenüber ein Gefühl des tieferen Verständnisses für die Abläufe eingestellt hat. Damit die KlientInnen auch zu Hause stets Zugriff zu diesen Ausführungen haben, gebe ich ihnen diese immer in kopierter Form mit.

#### **6.4.3.2. Entspannung**

Da das Erleben von Angst meist mit einer hohen Anspannung verbunden ist, ist es in der Behandlung meiner Einschätzung nach durchaus effektiv, wenn die Betroffenen lernen, sich in einen Zustand der Entspannung zu bringen. Dabei werden als gängige Techniken das Autogene Training, die Progressive Muskelrelaxation sowie Biofeedbackverfahren angewandt. Ich selbst bevorzuge die Progressive Muskelrelaxation, weil sie in relativ kurzer Zeit, durch eine gezielte Anspannung und danach Entspannung einzelner Körperteile, ein bewusstes Unterscheiden dieser Qualitäten möglich macht.

Die Methode der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) wurde von Edmund Jacobson 1938 begründet und von Joseph Wolpe (1958) sowie Douglas A. Bernstein und Thomas D. Borkovec (1973) weiterentwickelt. Jacobson sah in der mangelnden Entspannungsfähigkeit die Hauptursache für viele psychosomatische Beschwerden. Das Ziel der PMR besteht in der willentlichen Reduktion der Spannung einzelner Muskelgruppen des Bewegungsapparates. Dies geschieht durch systematisches An- und Entspannen der Muskelgruppen und Konzentration auf die dabei auftretenden Empfindungen. Dabei geht es in der Anspannungsphase nicht darum, möglichst intensive Kontraktionen durchzuführen, sondern möglichst subtile geringfügige Anspannungen einzelner Muskelgruppen wahrnehmen zu lernen. Die Begründung für die Verwendung der Anspannung während des Entspannungstrainings liegt darin, dass sie hilft das Individuum für geringfügige Fluktuationen kleinster Muskelspannungen zu sensibilisieren. Durch das Verfahren soll eine Art „Muskelsinn“ entwickelt werden. Es soll helfen Überforderungssymptome frühzeitig zu erkennen. Effekte, die durch die PMR messbar werden, sind u.a. eine Senkung der Atem- und Herzfrequenz, eine Reduktion des Blutdrucks sowie eine periphere Vasodilatation. Auch konnte in Laborexperimenten aufgezeigt werden, dass PMR-trainierte Personen signifikant geringere Reaktionen auf Belastungssituationen zeigten als PMR-untrainierte (vgl. Seminarunterlagen – Fachausbildung zur Klinischen Psychologin).

Ich persönlich gehe in der Regel dabei so vor, dass ich mit dem jeweils Betroffenen schon sehr bald nach Beginn der Therapie – meist am Ende der jeweiligen Einheit – beginne, sie mit der Methode der PMR vertraut zu machen. Dabei leite ich die Entspannung an und bespreche im Anschluss kurz das jeweilige Empfinden und Erleben. Ich gebe den Betroffenen eine dementsprechende Entspannungs-CD (Lundbeck) mit nach Hause, damit sie die Entspannung täglich üben können. Wenn die Person für sich das Gefühl hat, sie kommt alleine gut damit zurecht, baue ich die Entspannung nur noch bei Bedarf in die therapeutischen Einheiten mit ein – rege die Betroffenen jedoch dazu an, diese auch weiterhin regelmäßig für sich zu Hause durchzuführen. Meine Erfahrung dabei ist diejenige, dass Betroffene dies auch wirklich konsequent für sich nutzen – auch wenn die Symptomatik bereits deutlich abgeklungen ist.

Oftmals kann auch schon die Konzentration auf eine vertiefte Atmung eine Entspannung bringen und – beim Auftreten von Hyperventilation – zu einer Normalisierung der Atmung führen.

#### **6.4.3.3. Imagination**

Imaginationen haben verschiedene Aspekte, die gerade im Rahmen der Therapie bedeutsam sein können. So können Menschen Imaginationen schaffen, sei es in Form von Tag- oder Nachträumen, in Form von geplanten bildhaften Vorstellungen oder spontan entstehenden inneren Bildern. Imaginationen kommen also nicht irgendwo her, sondern sind Regungen des menschlichen Leibes. Diese Fähigkeit, Imaginationen zu schaffen, birgt in sich die Chance in der Therapie Bilder unseres Selbst, unserer Themen und Probleme, unserer Gedanken, unseres Körpers, unserer sozialen Beziehungen, unserer Ängste und unserer Wünsche zu gestalten und damit vorhandene Bilder zu verändern. Daneben beinhalten Imaginationen immer Aspekte der Zeit – nämlich sowohl der Vergangenheit, der Gegenwart aber auch der Zukunft. Hinzu kommt, dass eine Imagination immer zuerst die Vorstellung von etwas bedeutet und danach die Umsetzung, die Tat, erfolgt. In der Therapie können sich Imaginationen vielfältig – nicht nur verbal – ausdrücken. Gerade für Menschen, die für ihre inneren Bilder und die damit verbundenen Gefühle keine Worte finden, können nicht-verbale Techniken (Gebrauch der Hände, Stifte, Farben, Ton, Papier, Stoffe, Sand etc.) eine Möglichkeit darstellen, doch zu einem Ausdruck und zum Kontakt damit zu kommen (vgl. Baer 2007, 346ff).

Mit Hilfe von Imagination kann Exzentrizität geschaffen werden, die es ermöglicht sich von einer Bedrohung zu distanzieren. Dadurch ist es möglich, sich einen Überblick zu verschaffen, das Ganze in einem anderen Licht zu betrachten oder zu sehen, was es noch gibt. Darüber hinaus können Imaginationsübungen eingesetzt werden, um neue Spielräume zu erschließen - um in der Phantasie auszuprobieren, was in der Realität noch nicht möglich oder noch zu bedrohlich ist. Durch Imagination werden Atmosphären geschaffen, in denen KlientInnen Kraft schöpfen können. Sie regen die Kreativität an, fördern die Fähigkeit zu träumen und lassen

spielerisch neue Möglichkeiten erwachsen. Die Rollenflexibilität wird erhöht (vgl. Rahm, Otte et al. 1999, 404f).

Eine gern von mir angewandte Imagination ist jene des sicheren inneren Ortes. Dabei geht es mir darum, dass die KlientInnen für sich einen in ihrem Inneren sicheren Ort spüren, in welchem Angst und Panik nicht platziert sind. Die Konzentration auf diesen Ort kann im Alltag behilflich sein, den Teufelskreis der Angst zu unterbrechen, wenn sich dieser in Gang setzt bzw. wenn Paniksymptome in der Person aufkommen.

Eine mögliche Instruktion dazu, ist jene von Luise Reddeman (2008, 45f):

„Und nun möchte ich Sie einladen, die Übung des inneren sicheren Ortes kennenzulernen ... Dieser Ort kann auf der Erde sein, er muss es aber auch durchaus nicht. Er kann auch außerhalb der Erde sein. ... Lassen Sie die Gedanken oder Vorstellungen oder Bilder aufsteigen von einem Ort, an dem Sie sich ganz wohl und geborgen fühlen. Und geben Sie diesem Ort eine Begrenzung Ihrer Wahl, die so beschaffen ist, dass nur Sie bestimmen können, welche Lebewesen an diesem Ort, Ihrem Ort, sein sollen, sein dürfen. Sie können natürlich Lebewesen, die Sie gerne an diesem Ort haben wollen, einladen. Wenn möglich, rate ich Ihnen, keine Menschen einzuladen, aber vielleicht liebevolle Begleiter oder Helfer, Wesen, die Ihnen Unterstützung und Liebe geben. Prüfen Sie zuerst, ob das, was Ihre Augen wahrnehmen, angenehm ist für die Augen. Wenn es noch etwas geben sollte, was Ihnen nicht gefällt, dann verändern Sie es ... Nun überprüfen Sie bitte, ob das, was Sie hören, für Ihre Ohren angenehm ist ... Wenn nicht, verändern Sie es bitte so, dass alles, was Ihre Ohren wahrnehmen, angenehm ist. ... Ist die Temperatur angenehm? ... Wenn nicht, so können Sie sie jetzt verändern. ... Kann Ihr Körper sich so bewegen, dass Sie sich damit ganz wohl fühlen? ... Wenn noch etwas fehlt, verändern Sie alles so, bis es ganz stimmig für Sie ist. ... Sind die Gerüche, die Sie wahrnehmen, angenehm? ... Auch sie können Sie verändern, sodass Sie sich ganz wohl damit fühlen. ... Wenn Sie nun spüren können, dass Sie sich ganz und gar wohl fühlen an Ihrem inneren Ort, dann können Sie mit sich eine Körpergeste vereinbaren. Und diese kleine Geste können Sie in Zukunft ausführen und sie wird Ihnen helfen, dass Sie diesen Ort ganz rasch wieder in der Vorstellung haben. Und wenn Sie das

möchten, können Sie diese Geste jetzt ausführen. ... Um die Übung zu beenden, können Sie wieder Ihre Körpergrenzen wahrnehmen und den Kontakt des Körpers mit dem Boden achtsam registrieren. Danach kommen Sie dann mit der Aufmerksamkeit zurück in den Raum.“

#### **6.4.3.4. Kreative Medien – Malen, Arbeit mit Ton**

Kreative Medien sind ein geeignetes Hilfsmittel, um die Dynamik der inneren Landschaft und ihr Kräftespiel zu externalisieren – also inneres Erleben nach Außen zu projizieren und so einen Abstand zu schaffen, der die erneute Hinwendung aus der Distanz erlaubt (vgl. Hartmann-Kottek 2004, 228).

Die Arbeit mit kreativen Medien umfasst die Medien, die auch in den Kunstformen zur Anwendung kommen, nämlich Ton oder ähnliche Materialien, Farben, verschiedenste Figuren – wie Puppen, Kasperfiguren, Kuscheltiere, Holztiere, Naturmaterialien – wie Steine, Muscheln, verschiedene Kerne, Zapfen, Musik, Tanz, Märchen, Texte und Gedichte usw. . Der therapeutische Umgang mit diesen Medien bietet vergleichbar dem kindlichen Spielen die Möglichkeit, sich besser kennen und verstehen zu lernen – sie setzt also unmittelbar am Leib (nämlich dem perzeptiven, expressiven und memorativen) an. Gerade die Techniken: Lebenspanorama, Ressourcenfeld, Säulen der Identität, body-chart werden häufig in kreativer Weise in der Therapie erarbeitet und sind diagnostisch wesentlich (vgl. Rahm, Otte et al. 1999, 417ff).

„Der Ausdruck durch den kreativen Akt und das kreative „Produkt“ dient der projektiven Darstellung von (oft unbewussten) Selbstaspekten und Erfahrungen, die in der Auseinandersetzung durch Identifikation bewusst angeeignet werden können.“  
(Nausner: Handout) .

Der Einsatz kreativer Medien gehört für mich zu einem wesentlichen Bestandteil in der therapeutischen Begleitung. Dabei ist es für mich wichtig, gemeinsam mit dem

jeweils Betroffenen hinzuspüren inwieweit diese Technik eine für ihn denkbar anwendbare ist.

Gerade auch bei Menschen mit Panikstörungen lasse ich diese ihre Angst und Panik (nachdem ich sie über Entspannung und Imagination „in Sicherheit einbette“) oftmals malen oder in Form von Ton oder Knetmasse darstellen. Das, was die Betroffenen dabei oftmals überrascht, ist die Tatsache, dass sie ihre Angst tatsächlich zu fassen bekommen – auf dem Papier oder eben in Form einer Gestalt, die in ihren Händen Platz hat. Die Angst und Panik wird somit zu etwas Greifbaren und bekommt eine überblickbare Größendimension.

*Ich erinnere mich an einen jungen Klienten, der seine Angst in Form von Ton als kleines Männchen mit Stacheln dargestellt hat und erstaunt war, dass dieses so klein im Gegensatz zu ihm gewesen ist. Er beschloss für sich, dass Männchen mit nach Hause zu nehmen und immer wenn er es schaffte, seine Symptome rechtzeitig abzustoppen und nicht zu einer Panikattacke anschwellen zu lassen, dem Männchen einen Stachel abzubrechen. Schließlich kam er mit dem „kahlen“ Männchen in die Therapieeinheit und meinte, er hätte nun begriffen „wofür er seine Panikattacken benötigt hätte“.*

#### **6.4.3.5. Geschichten**

Nossrat Peseschkian (2003, 17ff) führt aus, dass Geschichten ein Element der „Volkspsychotherapie“ waren, die sich lange bevor Psychotherapie eine wissenschaftliche Disziplin wurde, den seelischen Konflikten annahm. Gerade in orientalischen Ländern haben Geschichten seit langem die Bedeutung von Lebenshilfen, die sich mit der des Vergnügens und Zeitvertreibe verbindet. Wohl das bekannteste Beispiel wie Geschichten als Lebenshilfe, im weitesten Sinne sogar als Psychotherapie, Verwendung fanden, ist die Geschichtensammlung „1001 Nacht“, deren Rahmenhandlung von der Heilung eines psychisch erkrankten Herrschers, mit Hilfe der Geschichten, berichtet. „In den zwischenmenschlichen Beziehungen sowie im Erleben und der seelischen Verarbeitung laufen bei der Konfrontation mit

Geschichten Prozesse ab, die wir als deren Funktionen beschreiben.“ Diese Funktionen sind u.a.:

- Spiegelfunktion: Der Hörer kann seine Bedürfnisse auf die Geschichten übertragen und ihre Aussagen in der Weise gliedern, die den eigenen momentanen inter- als auch intrapsychischen Konflikten entspricht. Losgelöst von der unmittelbaren Erfahrungswelt verhelfen die Geschichten dem Klienten zu einem distanzierten Verhältnis den eigenen Konflikten gegenüber. Somit ist der Klient nicht nur der Erdulder seiner Symptome, sondern kann seinerseits zu diesen und seinen bisher gewohnten Lösungsmöglichkeiten Stellung beziehen. Die Geschichte wird zu einem Spiegel, der immer wieder aufs Neue reflektiert werden kann.
- Modellfunktion: Geschichten sind ein Modell, die Konfliktsituationen aber auch deren Lösungen nahe legen und dabei viele Interpretationsmöglichkeiten beinhalten und somit nicht starr sind.
- Mediatorfunktion: Durch das Medium Geschichte kann die Konfrontation Klient-Therapeut (bei Widerständen von Seiten des Klienten) aufgelockert werden. Es wird nicht über den Klienten gesprochen, der symptomatisches Verhalten zu produzieren hätte, sondern über den Helden der Geschichte. Die Geschichte kann somit als Filter gesehen werden.
- Depotwirkung: Geschichten sind durch ihre Bildhaftigkeit gut zu behalten und können auch außerhalb der Therapie im Alltag leicht abgerufen werden. Sie wirken also nach und machen den Klienten vom Therapeuten unabhängiger.
- Regressionshilfen: Geschichten helfen den erworbenen Charakterpanzer des Erwachsenen abzulegen und frühere lustbetonte Verhaltensweisen und Einstellungen wieder aufzunehmen. Sie öffnen das Tor zur Phantasie, zum bildhaften Denken, zum ungebunden und unbestraften Agieren mit Phantasieinhalten.
- Zudem erfüllen sie die Funktion Traditionsträger und transkulturelle Vermittler zu sein.

„Märchen haben den Vorzug, dass sie einerseits aus der Kindheit etwas sehr Vertrautes sind und an frühe Erlebnisse und Identitäten anknüpfen (können) und,

dass sie andererseits die Realität auf Abstand schieben, dass sie verfremden und ein Spiel zwischen Wirklichkeit und Fantasie in seinen ersehnten und/oder gefürchteten Aspekten zulassen. Die verdeckten Botschaften der subjektiven Märchenvarianten sind im Allgemeinen ganz nahe am Kern der unbewussten, aktuellen Weltsicht.“ (Hartmann-Kottek 2004, 231).

Eine Geschichte, die ich in der Therapie - gerade von Panikattacken Betroffenen - vorlese, ist die nachfolgende aus dem Buch von Peseschkian (2003, 130):

„Die Schwierigkeit, es allen recht zu machen

Ein Vater zog mit seinem Sohn und einem Esel in der Mittagsglut durch die staubigen Gassen von Keshan. Der Vater saß auf dem Esel, den der Junge führte. >Der arme Junge<, sagte da ein Vorübergehender. >Seine kurzen Beinchen versuchen mit dem Tempo des Esels Schritt zu halten. Wie kann man nur so faul auf dem Esel herumsitzen, wenn man sieht, dass das kleine Kind sich müde läuft.< Der Vater nahm sich dies zu Herzen, stieg hinter der nächsten Ecke ab und ließ den Jungen aufsitzen. Gar nicht lange dauerte es, da erhob schon wieder ein Vorübergehender seine Stimme: >So eine Unverschämtheit. Sitzt doch der kleine Bengel wie ein Sultan auf dem Esel, während sein armer, alter Vater nebenherläuft.< Dies schmerzte den Jungen und er bat den Vater, sich hinter ihn auf den Esel zu setzen. >Hat man so etwas schon gesehen?< keifte eine schleierverhangene Frau, >solche Tierquälerei! Dem armen Esel hängt der Rücken durch, und der alte und der junge Nichtsnutz ruhen sich auf ihm aus, als wäre er ein Diwan, die arme Kreatur!< Die Gescholtenen schauten sich an und stiegen beide, ohne ein Wort zu sagen, vom Esel herunter. Kaum waren sie wenige Schritte neben dem Tier hergegangen, machte sich ein Fremder über sie lustig: >So dumm möchte ich nicht sein. Wozu führt ihr denn den Esel spazieren, wenn er nichts leistet, euch keine Nutzen bringt und noch nicht einmal einen von euch trägt?< Der Vater schob dem Esel eine Hand voll Stroh ins Maul und legte seine Hand auf die Schulter seines Sohnes. >Gleichgültig, was wir machen<, sagte er, >es findet sich doch jemand, der damit nicht einverstanden ist. Ich glaube, wir müssen selbst wissen, was wir für richtig halten.<“

Nachdem ich die Geschichte vorgelesen habe, bitte ich die KlientIn darum, mir zu schildern, was die Geschichte in ihr ausgelöst hat und wie sie sich im Moment fühlt. Auch frage ich danach, ob sie sich mit einer der Agierenden besonders stark verbunden fühlt.

*Eine 43 jährige Klientin, Frau C, meinte nach dem Vorlesen der Geschichte, ihr würde dies nur allzu bekannt vorkommen und die Geschichte erinnere sie an sich selbst. Sie wolle es auch immer allen Recht machen und würde dabei feststellen, dass sie auf ihre eigenen Bedürfnisse vergesse.*

*Kurz seien einige Eckpunkte aus der Anamnese von Frau C angeführt:*

*Frau C ist seit neunzehn Jahren verheiratet – seit einundzwanzig Jahren – kenne sie ihren Ehemann. Es gibt zwei Kinder, einen Sohn, der neunzehn Jahre alt ist und eine Tochter, mit fünfzehn. Frau C ist gelernte Verkäuferin, der Beruf hätte ihr Spaß gemacht – allerdings hätte sie gemeinsam mit ihrem Mann nach der Geburt des zweiten Kindes beschlossen, dass sie bei den Kindern zu Hause bleiben solle. Die Rolle der Mutter genießt sie sehr, in dieser fühlt sie sich sicher und stark.*

*Sie leben gemeinsam mit ihren Eltern im Obergeschoß, wobei sie sich den Eingang teilen würden. Das Obergeschoß wäre nicht durch eine Tür vom Erdgeschoß getrennt – man wäre direkt, wenn man die Stiege raufgehe, in ihrer Wohnung. Ihre Eltern wären es gewohnt, dass sie jederzeit in ihr Geschoß kommen könnten – dies würden sie auch tun. Als einzige Tochter wäre sie verpflichtet, sich um ihre Eltern zu kümmern, mit diesen diverse Termine bzw. Besuche wahrzunehmen und Erledigungen für diese zu tätigen. Sie liebe ihre Eltern sehr, allerdings würde sie der Alkoholkonsum ihres Vaters belasten – sie müsste ihn regelmäßig zu dessen Verwandten auf die Alm bringen und jedes Mal wäre er danach betrunken.*

*Frau C leidet nun schon seit einiger Zeit an einer Panikstörung. Die erste Panikattacke hätte sie beim Abholen ihres Vaters im Auto bekommen. Es entwickelt sich in weiterer Folge eine massive Angst vor der Angst, auch weitere Panikattacken folgen und beinhalten die Panik sterben zu müssen. Nach Abklärungen im Krankenhaus und einer Konsultation des Facharztes, die mit einer Medikamenteneinstellung einhergeht, wendet sich Frau C an unsere Beratungseinrichtung.*

*Die eigene Berührtheit, welche die Geschichte bei Frau C auslöst, führt im Laufe der Therapie dazu, dass Frau C immer mehr erkennen kann, was für sie hinter ihrer*

*Symptomatik steckt. Sie entdeckt einerseits, dass sie durch die Panikattacken eine Legitimation hat, sich nicht um die Eltern v.a. um den Vater kümmern zu müssen. Andererseits wird ihr bewusst, dass eine weitere Ursache diejenige ist, dass die zunehmende Selbständigkeit ihrer Kinder ihr deutlich macht, wie sehr sie in der Rolle der Mutter aufgegangen und dabei auf andere Aspekte ihrer Person vergessen hat.*

Ein weiterer Text, den ich gerne in die Therapie integriere, ist der folgende von Virginia Satir. Dies mache ich v.a. bei Betroffenen, wo perfektionistische Züge und die Ausrichtung auf Leistung im Vordergrund stehen. Die Betroffenen sollen so ein Gespür dafür erhalten, dass es abseits von Leistung auch eine Identität geben kann. Ich gebe den Text den Betroffenen auch gerne mit nach Hause.

„Meine Proklamation der Selbstachtung

Ich bin ich.

Nirgendwo gibt es jemanden, der genauso ist wie ich.

Einige Menschen sind mir in Einzelheiten gleich, aber niemand ist ganz so wie ich.

Darum gehört alles, was ich tue, authentisch zu mir, weil ich allein es so wollte.

Alles an mir gehört zu mir, mein Körper und alles, was er tut – mein Geist mit all seinen Gedanken und Ideen – meine Augen mit allen Bildern, die sie sehen – alle meine Gefühle, Ärger, Freude Frustration, Liebe, Enttäuschung, Erregung – mein Mund und alle Worte, die er spricht, höfliche, harte oder grobe, wahre oder falsche – meine Stimme, laut oder leise – und alles, was ich tue in Bezug auf andere oder auf mich selbst.

Meine Phantasien gehören zu mir, meine Träume, meine Hoffnungen, meine Ängste – alle meine Triumphe und Erfolge gehören zu mir – alle meine Niederlagen und Fehler. Weil das alles zu mir gehört, kann ich mich selbst genau kennenlernen. Wenn ich das tue, kann ich mich lieben und freundlich sein zu allen Teilen meiner Person. So kann ich es ermöglichen, dass alles in mir zu meinem Besten wirkt.

Ich weiß von Seiten an mir, die mich verwirren, und ich weiß, dass ich Seiten habe, die ich noch gar nicht kenne. Solange ich jedoch freundlich und liebevoll bin zu mir selbst, kann ich mutig und voller Hoffnung darauf warten, dass sich die Verwirrung löst und dass ich Möglichkeiten finde, mehr über mich zu erfahren. Wie immer ich

aussehe und mich äußere, was immer ich sage oder tue, was immer ich denke oder fühle in jedem beliebigen Augenblick: Das bin ich. Das bin ich und drückt aus, wo ich in diesem Augenblick stehe.

Wenn ich später erneut betrachte, wie ich ausgesehen und wie ich mich ausgedrückt habe, was ich gesagt und getan habe, wie ich gedacht und gefühlt habe, dann mögen sich Einzelheiten als unpassend erweisen. Ich kann das Unpassende fallenlassen und das Passende beibehalten und etwas Neues finden für das, was ich aufgabe. Ich kann sehen, hören, fühlen, denken, sprechen und handeln.

Ich habe alles, was ich brauche, um zu überleben, um anderen nahe zu sein, um schöpferisch zu sein und die Welt der Dinge und Menschen um mich herum sinnvoll zu gestalten.

Ich gehöre mir selbst, darum kann ich mich gestalten. Ich bin ich, und ich bin wertvoll.“ (Satir)

Weitere Geschichten, die ich immer wieder als therapeutische Hilfsmittel einbaue, sind jene von Jorge Bucay (2009a, 2009 b). Ich verzichte jedoch darauf, eine davon im Speziellen herauszugreifen.

#### **6.4.3.6. Leerer Stuhl**

Am „empty chair“ können positive und negative Anteile der eigenen Identität aus dem Unbewussten gehoben und in der Bedeutung und Prägekraft erkennbar gemacht und zu neuen Orientierungen begleitet werden. Unabhängig davon ob es sich um innere Dialoge oder Auseinandersetzungen mit äußeren Anderen handelt, immer geht es um Identifikation mit dem Ziel Polaritäten zu integrieren (vgl. Frühmann).

Der leere Stuhl dient dazu, dass der Klient seine Projektionen und Übertragungsfiguren „hinsetzt“ und so einverlebte, unverdaute Stimmen der Vergangenheit, aber auch eigene Unsicherheiten zum Sprechen einlädt. Dieser leere Stuhl füllt sich durch die Worte bzw. das Rollenspiel des Klienten, der mit der Stimme

seiner Peiniger und manchmal auch seiner Freunde oder mit seiner eigenen Stimme als Kind spricht (vgl. Hutterer-Krisch, Salem 2009).

Ich möchte im Folgenden auf zwei KlientInnen (Frau D Herrn F) eingehen, bei welchen ich die Technik des Leeren Stuhls mehrfach angewandt habe. Dabei schildere ich die Symptomatik sowie die Anamnese im kurzen und greife jeweils exemplarisch Bereiche heraus, die durch die Technik bearbeitet werden konnten:

*Frau D, 30 Jahre alt, alleinlebend, berichtet, dass sie seit geraumer Zeit an Panikattacken leiden würde. Diese würden mittlerweile überall auftreten und dazu führen, dass sie begonnen hätte, sich total abzukapseln und einzuigeln. Sie hätte einen sechswöchigen Krankenstand hinter sich, dieser hätte ihr jedoch nicht die gewünschte Besserung gebracht. Ziel von Frau D ist es, beschwerdefrei zu werden, damit sie sich letztendlich wieder frei bewegen könnte.*

*Die Anamnese macht u.a. deutlich, dass Frau D innerhalb der letzten zwei Jahre mehreren massiven Belastungen ausgesetzt war: So wird nach sieben Jahren ihre Beziehung von Seiten des Mannes beendet, ihr Vater verstirbt unmittelbar nach Feststellung eines Krebsleidens (zu diesem hatte sie eine besonders enge Bindung), ihre Großmutter verstirbt wenige Monate später, sie wechselt ihren Job.*

*Frau D hat eine ältere Schwester, zu welcher sie eine sehr innige Beziehung hat. Ihre beiden Nichten würde sie sehr lieben, sie würde viel mit der Familie der Schwester zusammen sein, auch ihre Mutter sehe sie regelmäßig.*

*Im Laufe der Therapie lässt sich die Klientin auf die Anwendung der Technik des Leeren Stuhls immer wieder ein. Ich möchte exemplarisch einige Beispiele für die Anwendung schildern:*

*Nachdem Frau D ihren Vater auf den Leeren Stuhl Platz nehmen lässt, erkennt sie - in einer ihr bisher nicht bewussten Weise -, dass dieser der wesentlichste Halt in ihrem Leben gewesen ist. Sie schafft es dem Vater gegenüber für sie offen gebliebene Inhalte anzusprechen und seinen Tod immer mehr zu akzeptieren.*

*Nachdem sie nach einem Streit mit der Schwester innerlich sehr aufgewühlt in die Therapieeinheit kommt, wendet sie sich der Schwester und dem Vorgefallenen nochmals zu. Sie kann dabei zunächst für sie beim Streit Offenes ansprechen und*

*erkennt in weiterer Folge, dass sie in der Beziehung zur Schwester die Gewährende und Gebende ist – diejenige, die sich anpasst und unterordnet. Sie versucht in den Therapieeinheiten sich zusehends auch als die Nehmende und Fordernde zu üben und erkennt, als sie sich schließlich getraut, sich als solche auch im realen Kontakt der Schwester gegenüber zu zeigen, dass diese sie nicht zurückweist oder ablehnt. Auch die Beziehung zum Ex-Freund kann die Klientin für sich durch den Einsatz der Technik nochmals beleuchten.*

*Herr F, Jahrgang 1960, kommt von sich aus in Therapie, nachdem er bereits vor einigen Jahren – aufgrund einer Burnout-Symptomatik - Psychotherapie in Anspruch genommen hat.*

*Der Grund für die Kontaktierung ist das wiederkehrende, plötzliche Auftreten von Herzklopfen, Atemnot und Beklemmungsgefühlen, welches mit der Angst einen Herzinfarkt erleiden zu müssen einhergeht und seit ca. sechs Wochen besteht. Nachdem eine internistische Abklärung deutlich macht, dass mit seinem Herz alles in Ordnung ist, vermutet Herr F seine Symptome könnten psychischer Natur sein – er selbst spricht von Panikattacken. Dies auch deshalb, weil er das Gefühl hat, seine Arbeit, die er grundsätzlich sehr mag, wäre ihm zu viel. Als zusätzlichen Belastungsfaktor beschreibt Herr F seine seit dreizehn Jahren bestehende Fernbeziehung.*

*Die erste Panikattacke hätte er gehabt, nachdem seine ältere Tochter ihm mitgeteilt hätte, dass ihre Sponsionsfeier bevorstehe, bei welcher sie gerne die ganze Familie – also auch die Ex-Frau von Herrn F - dabei hätte.*

*Aus der Anamnese wird Folgendes ersichtlich:*

*Herr F ist seit vielen Jahren in leitender Position tätig und steht unter der Woche täglich sehr früh am Morgen auf um am späten Abend – oft auch erst in der Nacht - nach Hause zu kommen. Seine Arbeit mag er grundsätzlich sehr gerne – sie wäre ihm jedoch in letzter Zeit über den Hals gewachsen. Zwischen seinem Wohnort und der Arbeit liegen rund 50 Kilometer – er lebt unter der Woche bei seinen Eltern.*

*Jedes Wochenende fährt er mit seinem PKW über 700 km zu seiner Freundin, die in Deutschland lebt.*

*Die Beziehung zu seiner Ex-Frau, mit welcher er zwei erwachsene Töchter hat, gestaltet sich enorm schwierig. Er würde sich sehr gerne mit dieser zu einer*

*Aussprache treffen - sie hätten sich im Bösen voneinander getrennt und blitzartig scheiden lassen, was ihn heute noch sehr belasten würde.*

*Im Verlauf der Therapie wird Herrn F deutlich, was seine Symptomatik bedingt – auch wenn er glaubt, mit seiner Lebenssituation zufrieden zu sein, erkennt er für sich, dass diese ihn überlastet. Er schafft es herauszuarbeiten, was er wirklich für sich möchte und braucht. So entschließt er sich zunächst, in Krankenstand und dann für längere Zeit auf Urlaub zu gehen, um für sich aus einer gewissen Entfernung auf seine berufliche Situation zu schauen. Der Abstand zur Arbeit tut ihm sehr gut, er versucht Hobbies zu reaktivieren (er ist ein sehr kreativer, musischer Mensch).*

*Mit Hilfe der Anwendung der Technik des Leeren Stuhls schaut Herr F auf seine Ex-Frau und seine geschiedene Ehe hin. Er schafft es, seinen Teil der Verantwortung für das Scheitern der Ehe zu übernehmen. Nachdem ihm dies für sich in der Therapie gelingt, bittet er seine Ex-Frau schließlich auch über den geschützten Rahmen der Therapie hinaus um eine Aussprache. Dies macht es ihm in weiterer Folge möglich zu erkennen, dass ihm die Fernbeziehung zu wenig ist und er gerne dauerhaft mit seiner Freundin zusammen leben möchte. Nachdem er sich in Deutschland sehr wohl fühlt und bereits seit längerer Zeit sehr gute geschäftliche Beziehungen dorthin unterhält, entschließt er sich dort einen Job zu suchen, was ihm auch gelingt.*

Wie ich bereits in meinen einleitenden Worten zu diesem Kapitel festgehalten habe, kann ein Anspruch auf Vollständigkeit meine Ausführungen betreffend, von mir als angehende Integrative Gestalttherapeutin nicht erhoben werden. Dies würde jeglichem phänomenologischen Zugang widersprechen und ein möglicherweise rein am Symptom orientiertes Vorgehen nahe legen. Ich wollte mit diesem exemplarischen Einblick, in einige von mir in der Praxis angewandte Techniken, lediglich mein therapeutisches Tun und Handeln unterstreichen.

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde den Fragen nachgegangen, inwieweit es für die therapeutische Begleitung von Menschen mit sogenannten Neurotischen Störungen (und damit Angst- und Panikstörungen) ausreicht, eine umfassende Kenntnis über die grundlegenden Prinzipien, Methoden und Techniken der Integrativen Gestalttherapie hinsichtlich eines neurotischen Geschehens zu kennen - oder ob es darüber hinaus für eine zielführende Behandlung nicht auch erforderlich und notwendig ist, weitere Kenntnisse u.a. über mögliche Erklärungen für Angst und Panik sowie die in anderen Therapierichtungen als wesentlich erachtete Hintergründe und Techniken zu besitzen.

Der Hintergrund für diese Fragestellungen nährt sich u.a. aus der stetigen Zunahme von Angststörungen (es ist zu befürchten, dass die Annahmen der WHO bzgl. des Anstiegs von Menschen mit Angststörungen eintreffen werden, betrachtet man die vielfältigen Anforderungen, denen wir in unserer Gesellschaft ausgesetzt sind) sowie der Feststellung, dass innerhalb der Fachausbildung Menschen mit Neurotischen Störungen explizit nur ein einziges Seminar gewidmet ist.

Zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragen wurde dazu zunächst der Begriff der Angst im allgemeinen sowie die pathologische Angst definiert, da diese gerade in der heutigen Zeit – durch die speziellen Anforderungen, welche das Mensch-Sein im 21. Jahrhundert mit sich bringt – stetig zunimmt. Als spezieller Ausdruck von Angst kann dabei das Symptom der Panik – und in weiterer Folge die Panikstörung – gesehen werden, weshalb dieses Syndrom genauer betrachtet wurde.

Im Anschluss wurde die Verhaltenstherapie kurz dargestellt, da diese als effektivste Therapieform in der Behandlung von Menschen mit Angststörungen gilt. Danach wurde der Umgang der IGT mit Menschen mit Angst- und Panikstörungen betrachtet. Dabei wurden der Begriff der Neurose und die Person des Neurotikers im speziellen beleuchtet um in weiterer Folge auf die Behandlung überzugehen. Ein abschließendes Kapitel wurde der eigenen praktischen Arbeit gewidmet.

Zusammenfassend betrachtet, ergeben sich nun folgende Schlussfolgerungen:

Die IGT kann durch ihre grundsätzliche Ausrichtung (dialogisch, feldtheoretisch, phänomenologisch, existenziell) als eine umfassende Methode für die Behandlung von Menschen mit Neurotischen Störungen gesehen werden. Auch die angewandten Techniken heute tätiger TherapeutInnen ermöglichen durchaus eine zielführende Begleitung der Betroffenen.

Die IGT hat also gut daran getan, sich in den letzten Jahrzehnten in einer umfassenden Weise zu öffnen und u.a. klinische Konzepte in ihr therapeutisches Verständnis zu integrieren.

Es erscheint jedoch unerlässlich, dass gerade in der heutigen Fachausbildung nicht nur der Begriff der Neurose zur Bestimmung von Neurotischen Störungen – also sämtlichen Angststörungen – herangezogen wird, vielmehr erscheint eine differenzierte Kenntnis über die einzelnen Störungsbilder zusätzlich notwendig. Eine therapeutisch zielführende Begleitung von Betroffenen – die sich phänomenologisch ausgerichtet versteht – kann sich nicht einem wichtigem Element, nämlich dem der individuellen Symptomatik einer Person – und damit einer falls notwendig und gerechtfertigt – psychiatrischen Diagnose verschließen.

Wie kann man einem Menschen mit Panikstörung „integrativ“ begegnen, wenn man keinerlei Wissen über das Syndrom der Panik an sich hat?

Betroffene sind am Beginn der Therapie daran interessiert einen Namen für ihre Probleme zu erhalten. Dabei geht es nicht um eine Etikettierung und ein Schubladen-Denken sondern darum, dass sie sich durch eine Benennung ihrer Symptome durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten auch sicher begleitet fühlen können.

Zudem sind Betroffene daran interessiert eine Symptomreduktion zu erfahren – was gerade durch den Einsatz von Techniken aus der Verhaltenstherapie ermöglicht wird. Ein Wissen um diese Techniken gehört zu einem weiteren wesentlichen Inhalt in der Fachausbildung.

Erst wenn die betroffene Person ein grundsätzliches Wissen über Angst und Panikattacken im allgemeinen hat und für sich das Gefühl bekommt, sie kann dagegen etwas tun, wird sie sich auf das „Dahinterliegende“ – also eine wirkliche

Nachhaltigkeit in der Therapie einlassen. Hier wird die IGT innerhalb der therapeutischen Begleitung erst wirklich tragend.

Kurzum: Eine sinnvolle Kombination aus Techniken der Verhaltenstherapie sowie den Methoden und Techniken der IGT scheint wesentlich für eine zielführende Behandlung von Menschen mit Panikstörungen – und auch sämtlichen anderen Neurotischen Störungen – zu sein.

## LITERATURVERZEICHNIS

Amendt-Lyon Nancy, Hutterer-Krisch Renate (2000): Diagnostik in der Gestalttherapie. In: Laireiter, A.-R. (2003) (Hg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Vienna, New York: Springer. 179-191.

Arbeitskreis OPD (2006) (Hg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.

Baer Udo (2007, 5. Auflage): Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder ... Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle. Neukirchen-Vluyn: Affenkönig Verlag.

Baer Udo, Frick-Baer Gabriele (2009): Gefühlslandschaft Angst. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Becker Eni-S., Ellwart Thomas, Rinck Mike (2003): Angst aus kognitiver Sicht: Kognitive Verzerrungen bei Angstpatienten. In: Staemmler Frank-M., Merten Rolf (2003) (Hg.), 64-79.

Beiglböck Wolfgang, Feselmayer Senta, Honeman Elisabeth (2000) (Hg.): Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung. Wien New York: Springer .

Blankertz Stefan, Doubrawa Erhard (2005): Lexikon der Gestalttherapie. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Bucay Jorge (2009 a): Geschichten zum Nachdenken. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Bucay Jorge (2009 b, 9. Auflage): Komm ich erzähl dir eine Geschichte. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Butollo Willi (1984, 2. Auflage): Die Angst ist eine Kraft. Über die konstruktive Bewältigung von Alltagsängsten. München: Piper.

Buttollo Willi, Krüsmann Marion, Maragos Markos, Wenzel Achim (1995): Kontakt zwischen Konfluenz und Isolation: Gestalttherapeutische Ansätze in der

Angsttherapie. Forschungsbericht aus dem Institut für Psychologie. Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ludwigs-Maximilians-Universität München. Forschungsbericht Nr.3.

Butollo Willi, Krüsmann Marion, Hagl Maria (2002, 2. Auflage): Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.

Butollo Willi (2003): Integrative Therapie der Angst. In: Staemmler Frank-M., Merten Rolf (2003) (Hg.), 80-109.

Der Brockhaus Psychologie (2001): Fühlen, Denken und Verstehen. Leipzig – Mannheim: F.A. Brockhaus GmbH.

DSM-IV. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (1998). Göttingen: Hogrefe.

Dreitzel Hans-Peter (2004): Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter. Bergisch-Gladbach: EHP.

Dreitzel Hans-Peter (2009): Die Welt-Krise im Spiegel der Gestalttherapie. Thesen zur Re-Politisierung der Psychotherapie. Vortrag auf der Fachtagung der Fachsektion Integrative Gestalttherapie im ÖAAG. Graz.

Ehrenberg Alain (2008): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt: Suhrkamp.

Eidenschink Klaus, Eidenschink Heika (2001): Gestalttherapie mit neurotischen Leid In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Fuhr-Gremmler Martina (2001) (Hg.), 689-714.

Francesetti Gianni (Ed.) (2007): Panic Attacks and Postmodernity. Gestalt Therapy Between Clinical and Social Perspectives. Milano: Franco Angeli Psychotherapies.

Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Fuhr-Gremmler Martina (2001, 2. Auflage) (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.

Frühmann Renate: Hot Seat und Empty Chair. Skriptum.

Goldstein Kurt: Selected Papers/Ausgewählte Schriften. Edited by Gurwitsch Aron, Goldstein Haudek Else M., Haudek William E.. Nijhoff, Den Haag (1971). 231-262.

Gremmler-Fuhr Martina (2001): Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Fuhr-Gremmler Martina (2001) (Hg.), 345-392.

Greimel Elfriede R. (2000): Klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung von chronischen Unterbauchbeschwerden. In: Beiglböck Wolfgang, Feselmayer Senta, Honemann Elisabeth (2000) (Hg.), 269-279.

Hartmann-Kottek Lotte (2004): Gestalttherapie. Berlin Heidelberg: Springer.

Heinrichs Nina, Alpers Georg W., Gerlach Alexander L. (2009): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung und Agoraphobie. Evidenzbasierte Leitlinie Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Hochgerner Markus, Hoffmann-Widhalm Herta, Nausner Liselotte, Wildberger Elisabeth (2004) (Hg.): Gestalttherapie. Wien: Facultas.

Hutterer-Krisch Renate, Amendt-Lyon Nancy (2004): Gestaltdiagnostik – Gestalttradition und grundlegende diagnostische Modelle und Konzepte. In: Hochgerner Markus, Hoffmann-Widhalm Herta, Nausner Liselotte, Wildberger Elisabeth (2004) (Hg.), 153-175.

Hutterer-Krisch Renate, Salem Elisabeth (2009): Neurosen. Skriptum.

Keupp Heiner (2011): Vortragsunterlagen: Alles ist möglich!? Wie leben und was brauchen Menschen heute? Vortrag im Bildungshaus Maria Trost am 10.11.2011, Graz.

Klingelhöfer Jürgen, Mestel Robert (2003): Diagnose und differenzielle Therapie der Angststörungen in einem multimodalen, stationären Ansatz. In: Staemmler Frank-M., Merten Rolf (2003) (Hg.), 110-122.

Kriz Jürgen (2003): Die Angst vor der Zukunft und die Zukunft der Angst. In: Staemmler Frank-M., Merten Rolf (2003) (Hg.), 166-177.

Lundbeck: Entspannungs-CD. Entspannung und Wohlbefinden bei Angst.

Margraf Jürgen, Schneider Silvia (1990, 2. Auflage): Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer.

Marx Rudolf (2000): Angststörungen – eine Einführung. In: Beiglböck Wolfgang, Feselmayer Senta, Honemann Elisabeth (Hg.), 169-174.

Marx Rudolf (2000): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Beiglböck Wolfgang, Feselmayer Senta, Honemann Elisabeth (Hg.), 235-249.

Morschitzky Hans (2009, 4. Auflage): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. Wien New York: Springer.

Müller Bertram (2001): Ein kategoriales Modell gestalttherapeutischer Diagnostik. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Fuhr-Gremmler Martina (2001) (Hg.), 647-671.

Nausner Liselotte (2010): Theorie der Integrativen Gestalttherapie. Skriptum.

Nausner Liselotte: Identifikation als zentrale Technik der Integrativen Gestalttherapie. Handout.

Perls Frederick S. (2000, 6. Auflage): Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls Fritz (2002, 11. Auflage): Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.

Peseschkian Nossrat (2003, 27. Auflage): Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

Rahm Dorothea, Otte Hilka, Bosse Susanne, Ruhe-Hollenbach Hannelore (1999, 4.Auflage): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.

Reddemann Luise (2008, 14. Auflage): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett Cotta.

Schübel Thomas (2011): Gibt es eine gestalttherapeutische Diagnostik? Zur Begründbarkeit und Anschlussfähigkeit gestalttherapeutisch fundierter Diagnostikansätze. In: Gestalttherapie 25/ 2 (2011), 46- 66.

Seminarunterlagen – Fachausbildung zur Klinischen Psychologin.

Staemmler Frank-M. (2001): Gestalttherapeutische Methoden und Techniken. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler –Fuhr Martina (2001) (Hg.), 439-460.

Staemmler Frank-M. (2001) unter Mitarbeit von Bock Werner: Verstehen und Verändern – Dialogisch-prozessuale Diagnostik. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler –Fuhr Martina (2001) (Hg.), 673-687.

Staemmler Frank-M., Merten Rolf (2003) (Hg.): Angst als Ressource und Störung. Interdisziplinäre Aspekte. Paderborn: Junfermann.

Staemmler Frank-M., Bock Werner (2007, 4. Auflage): Ganzheitliche Veränderung in der Gestalttherapie. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Stern Daniel (2007, 9. Auflage): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett Cotta.

Walch Sylvester (2002): Dimensionen der menschlichen Seele. Transpersonale Psychologie und holotropes Atmen. Düsseldorf: Patmos.

Walch Sylvester (2011): Vom Ego zum Selbst. Grundlinien eines spirituellen Menschenbildes. München: O.W. Barth.

Weltgesundheitsorganisation (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber Verlag.

Zimbardo Philip G. (1992, 5. Auflage): Psychologie. Berlin: Springer.

<http://www.wunderland-deutsch.com>

[http:// www. gestalttherapie.at/gestalttherapie\\_methode.html](http://www.gestalttherapie.at/gestalttherapie_methode.html)

[http://de.wikipedia.org/wiki/Kognitive\\_Verhaltenstherapie](http://de.wikipedia.org/wiki/Kognitive_Verhaltenstherapie)

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Der Verlauf von Angstreaktionen (Marx 2000, 170)	Seite 5
Abbildung 2: Der Teufelskreis der Angst (Margraf & Schneider 1990, 198)	Seite 12
Abbildung 3: F40-F43 (Marx 2000, 171)	Seite 19
Abbildung 4: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus (Arbeitskreis OPD 2006, 258)	Seite 33
Abbildung 5: Der Entwicklungsverlauf des Selbst (Stern 2007, XX)	Seite 46
Abbildung 6: Störungen im Verlauf des Kontaktprozesses (Müller 2001, 664)	Seite 50

# ANHANG

# 11 Informationsblatt - Ursachen

## Informationen zu den Ursachen von Angst und Angstanfällen

### 1. Die allgemeine Natur der Angst

Angst ist wahrscheinlich das grundlegendste unserer Gefühle. Sie tritt nicht nur bei Menschen auf, sondern wurde auch bei allen Tierarten bis hin zu so einfachen Organismen wie Seeschnecken und ähnlichen wirbellosen Tieren gefunden. Angsterlebnisse können von einem flüchtigen, leichten Unwohlsein bis zur tagtäglichen Erfahrung extremer Panik reichen. Obwohl Angst unangenehm ist, ist sie nicht gefährlich, sondern ein normales Gefühl. Es gibt wohl niemanden, der nicht ein gewisses Ausmaß an Angst erlebt hat, sei es z.B. das Gefühl, vor einer Prüfung den Klassenraum zu betreten oder das Gefühl, mitten in der Nacht wach zu werden und sicher zu sein, daß man draußen ein seltsames Geräusch gehört hat. Weniger bekannt ist jedoch, daß Gefühle wie extreme Benommenheit, Flimmern vor den Augen, Taubheit und Kribbeln in Körperteilen, steife und schmerzende gelähmte Muskeln sowie Atemnot, die sich bis zu Erstickungsgefühlen ausweiten kann, ebenfalls Ausdruck von Angst sein können. Wenn diese Empfindungen auftreten und die Betroffenen die Ursache dafür nicht erkennen, dann kann die Angst bis zu einem Zustand von Panik anwachsen, da man dann oft glaubt, unter einer Krankheit zu leiden.

Angst ist jedoch nicht grundsätzlich ein schlechtes Gefühl, sondern eine biologisch sinnvolle Reaktion mit einem hohen Überlebenswert. Sie ist als wichtiges Signal für Bedrohungen im Laufe von vielen tausend Jahren Evolutionsgeschichte entstanden. Die physiologischen Reaktionen wie erhöhter Herzschlag und eine stärkere Durchblutung der großen Muskeln haben eine Alarmfunktion und dienen dazu, den Körper auf eine Handlung vorzubereiten - Kampf oder Flucht. Wissenschaftlich wird plötzliche oder kurz andauernde Angst daher auch als "Kampf/Flucht-Reaktion" bezeichnet. In früheren Zeiten, als die Menschen bzw. ihre Vorfahren noch in der freien Natur lebten, war es lebensnotwendig, daß bei Gefahren eine automatische Reaktion eintrat, die sie auf unmittelbares Verhalten vorbereitete (angreifen oder weglaufen). Für die Entwicklung des Menschen (und auch anderer Lebewesen) war die Entstehung von Angstreaktion also sehr wichtig, um den Organismus vor Gefahren zu warnen und somit zu seinem Schutz beizutragen.

Ein gewisses Maß an Angst, insbesondere in unbekanntem Situationen, ist auch in unserer heutigen hektischen Zeit noch notwendig. Sie kann die Aufmerksamkeit erhöhen und somit eine bessere Anpassung an die Situation

ermöglichen. Denken Sie nur an Situationen wie ein Bewerbungsgespräch, eine Prüfung oder das Autofahren. Wenn Sie gar keine Angst vor Prüfungen hätten, könnten Sie dazu neigen, sich nicht ausreichend auf Prüfungen vorzubereiten oder riskante Manöver beim Autofahren durchzuführen. Oder stellen Sie sich vor, daß Sie die Straße überqueren und plötzlich ein Auto hupend auf Sie zugerast käme. Wenn Sie absolut keine Angst empfinden, würden Sie überfahren. Da aber Ihre "Kampf/Flucht-Reaktion" aktiv wird und Sie weglaufen läßt, geraten Sie außer Gefahr und überleben. Bei manchen Menschen ist das "Alarmsystem Angst" überempfindlich geworden und kann schon bei kleinsten, ungefährlichen Veränderungen in der Umwelt oder auch im Körper ausgelöst werden. Dann tritt die Angst sehr häufig oder sehr intensiv auf, so daß sie quälend wird und sie in ihrem Leben einschränkt. In solchen Fällen kann es notwendig werden, professionelle Hilfe aufzusuchen.

## 2. Die drei Bestandteile der Angst

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, daß Angst ein Gefühl ist, das aus einer Kombination von drei Bestandteilen besteht: einer körperlichen Komponente, einer Gedanken-Komponente und einer Verhaltens-Komponente. Diese drei Bestandteile hängen zwar im allgemeinen zusammen, müssen aber nicht immer gleichzeitig oder gleich stark auftreten. Manche Menschen nehmen mehr die körperliche Komponente der Angst wahr, während andere Menschen mehr die Gedanken- oder Verhaltens-Komponente wahrnehmen. Obwohl die Bedeutung der einzelnen Komponenten also von Mensch zu Mensch verschieden ist, sind alle drei wichtig bei der Entstehung und dem Fortbestehen von Ängsten. Man kann sich diese Komponenten der Angst am besten vorstellen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß sie alle darauf abzielen, den Organismus auf plötzliche Handlungen vorzubereiten und ihn zu schützen. Die drei Aspekte der Angst werden im folgenden einzeln erläutert.

### a) Die körperliche Komponente:

Bei Angst steigt die Erregung des autonomen Nervensystems an. Dieser Teil des Nervensystems wird "autonom" genannt, weil er viele körperliche Vorgänge kontrolliert, die verhältnismäßig wenig willentlich beeinflussbar sind. Dazu gehören auch die Funktionen von inneren Organen (z.B. das Herz-Kreislauf-System, die Atmung und das Magen-Darm-System). Wenn ein Mensch intensive Angst erlebt, verstärken sich manche Körperprozesse automatisch. Angst geschieht also nicht "nur im Kopf", sondern sie beinhaltet auch deutliche körperliche Veränderungen. Viele dieser Veränderungen treten auch während sportlicher Betätigung, Aufregung, sexueller Erregung oder ähnlichen Dingen auf. Die Erregung ist mit einer Vielzahl von Empfindungen, Gefühlen oder Symptomen verbunden, die man je nach den äußeren Umständen auch als beängstigend und quälend erleben kann. Doch handelt es sich nur um eine Verstärkung normaler körperlicher Prozesse, die nicht gefährlich sind. Jeder empfindet zeitweise physiologische Veränderungen oder einzelne Angstsymptome, allerdings reagieren die Menschen

---

unterschiedlich darauf. Manche Menschen suchen solche Empfindungen regelrecht (z.B. Achterbahn fahren oder Horror-Filme anschauen). Andere hingegen nehmen diese Empfindungen häufiger oder intensiver wahr und neigen dazu, sie als gefährlich zu bewerten. Dies führt dazu, daß sie häufiger ängstlich werden. Es ist also wichtig zu wissen, daß Angst normale Körperreaktionen beinhaltet. Im folgenden gehen wir daher noch einmal genauer auf die körperlichen Effekte der Angst ein. Dabei besprechen wir nacheinander die Geschehnisse im Nervensystem, im Herz-Kreislauf-System, in der Atmung, den Schweißdrüsen und anderen körperlichen Systemen.

### *Nervensystem*

Wenn irgendeine Art von Gefahr wahrgenommen oder vorausgeahnt wird, sendet das Gehirn Botschaften zum autonomen Nervensystem. Das autonome Nervensystem hat zwei Unterteilungen oder Äste, die das "sympathische Nervensystem" und das "parasympathische Nervensystem" genannt werden. Es sind genau diese beiden Äste des Nervensystems, die direkt das Energieniveau des Körpers und die Vorbereitung von Handlungen kontrollieren. Einfach gesagt ist das sympathische System ein Kampf/Flucht-System, das Energie freisetzt und den Körper auf Handlungen vorbereitet, während das parasympathische Nervensystem ein "wiederherstellendes" System ist, das den Körper zurück in den Normal-Zustand versetzt. Einer der Haupteffekte des sympathischen Nervensystems liegt darin, daß es zur Freisetzung von zwei chemischen Substanzen, Adrenalin und Noradrenalin, führt. Diese chemischen Substanzen werden von dem sympathischen Nervensystem als Botenstoffe benutzt, um Erregung zwischen den Nervenzellen und den Körperorganen weiterzugeben. Die Aktivität des sympathischen Nervensystems kann auf zwei verschiedene Arten gestoppt werden. Zum einen werden die chemischen Botenstoffe Adrenalin und Noradrenalin teilweise von anderen chemischen Stoffen im Körper abgebaut. Zum anderen wird das parasympathische System, das im allgemeinen entgegengesetzte Effekte wie das sympathische Nervensystem hat, aktiviert und stellt einen entspannten Zustand wieder her. Es ist sehr wichtig zu wissen, daß der Körper nach einer gewissen Zeit genug von der Kampf/Flucht-Reaktion hat und das parasympathische Nervensystem aktiviert wird, um ein entspanntes Gefühl wiederherzustellen. Mit anderen Worten: Angst kann weder für immer andauern noch sich zu einem endlos andauernden und möglicherweise schädigendem Niveau aufschaukeln. Das parasympathische Nervensystem ist ein eingebauter Schutz, der das sympathische Nervensystem stoppt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, daß die chemischen Botenstoffe Adrenalin und Noradrenalin eine gewisse Zeit benötigen, um abgebaut zu werden. Somit kann es vorkommen, daß selbst wenn die Gefahr vorüber ist und Ihr sympathisches Nervensystem aufgehört hat zu reagieren, Sie sich noch für eine gewisse Zeit aufgereggt oder angespannt fühlen, weil diese chemischen Substanzen im Blut noch nicht vollständig abgebaut sind. Sie müssen immer daran denken, daß dies absolut natürlich und ungefährlich ist. Auch diese Eigenschaft erfüllte früher in der freien Natur eine wichtige Funktion, da dort die Gefahr häufig wiederkehrt und es für den Organismus dann nützlich ist, wenn er auf die Kampf/Flucht-Reaktion vorbereitet ist.

### *Herz-Kreislauf-System*

Aktivität im sympathischen Nervensystem führt zu einer Erhöhung der Herzfrequenz und zu einem stärkeren Herzschlag. Dies ist als Vorbereitung für körperliche Aktivität lebensnotwendig, weil so der Blutkreislauf beschleunigt werden kann, indem der Transport von Sauerstoff ins Gewebe und der Abtransport von Stoffwechselprodukten aus dem Gewebe verbessert wird. Neben einer erhöhten Aktivität des Herzens verändert sich auch der Blutfluß. Grundsätzlich wird Blut von den Stellen, an denen es nicht gebraucht wird, durch Verengung der Blutgefäße weggenommen und an die Orte transportiert, wo ein erhöhter Bedarf herrscht (durch Dehnung der dortigen Blutgefäße). So wird z.B. Blut aus der Haut, den Fingern und den Zehen weggenommen. Dies ist nützlich, wenn der Körper angegriffen und in irgendeiner Form verletzt wird, da es dann unwahrscheinlich ist, daß man verblutet. Folglich sieht die Haut bei Angst oft blaß aus und fühlt sich kalt an, die Finger und Zehen werden häufig kalt und fühlen sich taub und kribblig an. Zusätzlich wird das Blut zu den großen Muskeln transportiert, wie z.B. zu den Oberschenkeln und zum Bizeps, was dem Körper wiederum dazu verhilft, sich auf Handlungen vorzubereiten, die Muskelarbeit erfordern.

### *Atmung*

Die Kampf/Flucht-Reaktion ist mit einer schnelleren und tieferen Atmung verbunden. Dies ist offensichtlich von Bedeutung für die Alarmbereitschaft des Organismus, da das Gewebe mehr Sauerstoff benötigt, um den Körper auf Aktivitäten vorzubereiten. Die Gefühle, die durch diese Zunahme der Atmung hervorgerufen werden, können Atemlosigkeit, Erstickungsgefühle und sogar Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust einschließen. Es ist eine wichtige Nebenwirkung der verstärkten Atmung, besonders wenn keine aktuelle körperliche Aktivität eintritt, daß die Versorgung des Gehirns kurzzeitig etwas heruntergesetzt ist. Obwohl dies nur von geringer Bedeutung und überhaupt nicht gefährlich ist, können damit doch eine ganze Reihe unangenehmer Symptome (jedoch ungefährliche) verbunden sein, wie z.B. Benommenheit, verschwommenes Sehen, Zustände von Verwirrung und Unwirklichkeit, sowie Hitze- oder Kältewallungen.

### *Schweißdrüsen*

Eine Aktivierung der Kampf/Flucht-Reaktion führt zu vermehrtem Schwitzen. Auch dies hat wichtige biologische Funktionen, indem es die Haut glitschiger macht und es so einem Angreifer erschwert zuzupacken. Außerdem kühlt das Schwitzen den Körper und bewahrt ihn vor dem Überhitzen.

### *Andere körperliche Systeme*

Eine Reihe anderer Effekte werden durch die Aktivierung des sympathischen Nervensystems produziert, von denen jedoch keiner in irgendeiner Weise schädlich ist. Zum Beispiel werden die Pupillen weit, um mehr Licht durchzulassen. Dies kann verschwommenes Sehen, Pünktchen vor den Augen und ähnliche Symptome zur Folge haben. Außerdem tritt verminderter Speichelfluß auf, der

einen trockenen Mund verursacht. Des Weiteren ist die Aktivität des Verdauungssystems herabgesetzt, was oft Übelkeit, ein schweres Gefühl im Magen, oder sogar Verstopfung hervorrufen kann. Schließlich spannen sich viele Muskelgruppen an, als Vorbereitung für den Kampf oder die Flucht. Dies entspricht dem subjektiven Gefühl von Anspannung, das sich manchmal bis zu deutlich sichtbarem Zittern oder Beben ausweitet. Insgesamt betrachtet führt die Kampf/Flucht-Reaktion zu einer allgemeinen Aktivierung des gesamten Stoffwechsels. Auf diese Weise fühlt man sich oft heiß und erhitzt, und weil dieser Prozeß eine Menge Energie verbraucht, fühlt man sich hinterher müde und ausgelaugt.

#### b) Die Gedanken-Komponente:

Diese Komponente betrifft unsere Gedanken, Überzeugungen, Erwartungen und ähnliches. Menschen werden in starkem Maße von ihrer Art über Dinge zu denken beeinflusst. Mit anderen Worten: Unser Denken beeinflusst unsere Stimmung, Gefühle und Verhalten. Ein Beispiel kann dies veranschaulichen: Stellen Sie sich vor, Sie machen einen langen Spaziergang und wandern dabei einen steilen Berg hoch. Es ist sehr anstrengend, den Berg hochzugehen, und Sie bemerken, daß Ihr Herz schneller zu schlagen beginnt. Obwohl Ihr Herz schneller schlägt, sind Sie nicht beunruhigt, da Sie denken, daß Ihr schnellerer Herzschlag durch die Anstrengung begründet ist. Der gleiche schnellere Herzschlag kann Sie aber in anderen Situationen sehr leicht beunruhigen. Wenn Sie beispielsweise zuhause auf dem Sofa sitzen, und Sie bemerken, daß Ihr Herz schneller zu schlagen beginnt, werden Sie vielleicht besorgt darauf reagieren und ängstlich werden. Sie bewerten in diesem Moment Ihren schnelleren Herzschlag als bedrohlich. Obwohl Sie in beiden Situationen das gleiche Symptom bemerken, bewerten Sie es ganz unterschiedlich.

In ähnlicher Form bewerten Menschen alle ihre Erlebnisse, wenngleich ihnen dies nicht immer bewußt ist. Manchmal sind die Interpretationen von Situationen und Erlebnissen von Personen nicht richtig oder sogar unbrauchbar, da sie ungerechtfertigt Angst auslösen. Unsere Interpretationen können somit eine Anzahl von Problemen verursachen. Die Bewertungen und Interpretationen unserer Erfahrungen können teilweise sogar in regelrechten "Selbstgesprächen" geschehen. Oder uns schießen blitzartige Gedanken durch den Kopf, die wir kaum wahrnehmen, die aber auch unsere Erwartungen und unser Verhalten beeinflussen. Diese "Gedankenblitze", Interpretationen und "Selbstgespräche" können uns sowohl eine gute Stimmung als auch eine schlechte Stimmung vermitteln. Manche dieser "Selbstgespräche" (z.B. "Ich schaff' das nicht und werde es auch nie schaffen") behindern uns bei der erfolgreichen Bewältigung von Situationen oder Anforderungen. Andere dagegen (z.B. "Ich schaff' das schon, andere können das auch") können uns helfen, Situationen oder Anforderungen besser zu bewältigen.

Es ist weiterhin wichtig, sich bewußt zu machen, daß der erste Effekt der Kampf/Flucht-Reaktion darin besteht, den Organismus auf die Existenz möglicher Gefahren aufmerksam zu machen. Folglich ist einer der Haupteffekte eine plötzliche und automatische Wendung der Aufmerksamkeit auf die Umwelt hin,

die nach möglicher Bedrohung abgesucht wird. Dies macht es schwierig, sich auf alltägliche Aufgaben zu konzentrieren, wenn man ängstlich ist. Deshalb beklagen sich ängstliche Leute häufig, daß sie leicht von ihren alltäglichen Arbeiten abzulenken sind, daß sie sich nicht konzentrieren können und daß sie Schwierigkeiten mit ihrem Gedächtnis haben. Dies ist ein normaler und wichtiger Teil der Kampf/Flucht-Reaktion, da ihr Sinn darin besteht, Sie von Ihren laufenden Arbeiten abzuhalten und es Ihnen somit zu ermöglichen, Ihre Umgebung nach möglichen Gefahren abzusuchen.

### c) Die Verhaltens-Komponente:

Der dritte wichtige Aspekt der Angst ist die Verhaltenskomponente. Mit Verhalten meinen wir hier alles das, was wir tun und was für andere sichtbar ist. Gedanken und innere Vorstellungsbilder gehören demnach nicht dazu. Angst kann nun das Verhalten einer Person auf mehrere Weise beeinträchtigen. Bei der ersten Art von Beeinträchtigungen sind zumeist Verhaltensweisen davon betroffen, die Konzentration oder Geschicklichkeit erfordern, z.B. lesen, eine schwierige Arbeit erfüllen oder auch vor anderen Menschen reden. Durch die aufkommende Angst können diese Leistungen nur unter größter Anstrengung erbracht werden oder müssen sogar kurzzeitig unterbrochen werden.

Bei der zweiten Art der Verhaltensbeeinträchtigung sprechen wir von "hilfesuchendem Verhalten". Damit ist gemeint, daß viele Menschen Situationen nur dann ohne Angst überstehen können, wenn sie bestimmte "Hilfsmittel" immer bereit halten. Ein häufiges Beispiel für solche Hilfsmittel ist das ständige Mittragen der Telefon-Nummer des Hausarztes oder von "Medikamenten für den Notfall".

Die dritte Art der Verhaltensbeeinträchtigung ist die Vermeidung oder auch das Flüchten aus angstausslösenden Situationen. Manche Personen lernen Situationen oder Plätze zu vermeiden, an denen sie Angst erlebt haben, oder von denen sie denken, daß sie Angst erleben würden. Andere Leute wiederum verlassen die Situationen, in denen sie Angst bekommen, sie laufen weg. Im allgemeinen haben Personen mit dem Paniksyndrom keine extremen Probleme mit Vermeidung oder Flucht. Sie versuchen weiterhin, möglichst alle Orte aufzusuchen und die möglicherweise aufkommende Angst auszuhalten, statt zu vermeiden oder zu flüchten. Dies ist eine gute Methode, und wir möchten Ihnen raten, weiterhin angstbesetzte Plätze so oft wie möglich aufzusuchen.

Ein häufiges Problem von Personen mit Ihren Beschwerden ist, daß sie in angsterregenden Situationen oft eine "Zuschauer-Rolle" einnehmen. Sie sind dann so mit ihrer Angst oder ihren negativen Gedanken beschäftigt, daß ihre Aufmerksamkeit von den momentanen Anforderungen abgelenkt wird. Dies kann zu einer Unfähigkeit führen, die Situation zu bewältigen. Zum Beispiel kann eine Person so von dem Eindruck, den sie in einer sozialen Situation macht, eingenommen sein, daß sie Teile des aktuellen Gesprächs nicht wahrnimmt.

Wie bereits zuvor erwähnt, bereitet die Kampf/Flucht-Reaktion den Körper auf Verhalten vor: ursprünglich war das entweder Angreifen oder Weglaufen. Es ist somit nicht verwunderlich, daß wir in solchen Situationen einen Drang zu Aggressionen oder den Wunsch zu fliehen verspüren. Wenn dies nicht

möglich ist (z.B. aufgrund sozialer Zwänge) zeigt sich dieses Verlangen oft in Verhaltensweisen wie z.B. mit dem Fuß wippen, auf und ab laufen oder andere Menschen beschimpfen. Im Grunde sind es jedoch Gefühle des Eingesperrtseins und des Fliehenmüssens, die sich so äußern.

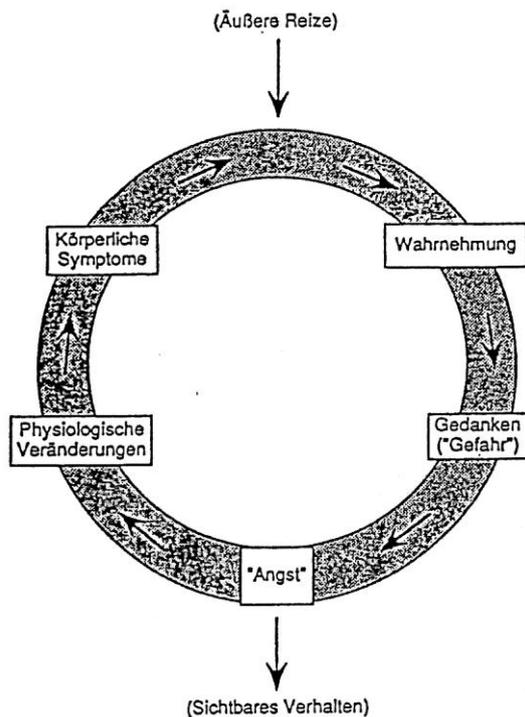
Wir wollen die wichtigsten bisher besprochenen Punkte noch einmal kurz zusammenfassen: Angst wird wissenschaftlich als Kampf/Flucht-Reaktion verstanden, weil ihre wichtigste Funktion darin besteht, den Organismus zu aktivieren und ihn vor Gefahren zu schützen. Angstreaktionen bestehen aus drei nicht immer eng zusammenhängenden Komponenten, einer körperlichen, einer gedanklichen und einer verhaltensmäßigen Komponente. Aus diesem Grund können bei Angstzuständen eine Vielzahl körperlicher und psychischer Symptome auftreten. Dabei ist vielen Menschen nicht bekannt, daß auch Empfindungen wie Benommenheit, Taubheit und Kribbeln in Körperteilen, und Unwirklichkeitsgefühle typische Angstsymptome sind.

### 3. Der Teufelskreis der Angst

Bis jetzt haben wir die Merkmale und Komponenten von allgemeiner Angst bzw. der Kampf/Flucht-Reaktion betrachtet. Sie mögen sich jedoch fragen, was dies alles mit Ihren Angstanfällen zu tun hat. Warum soll die Kampf/Flucht-Reaktion während Angstanfällen aktiviert werden, wo doch offensichtlich nichts Beängstigendes vorliegt? Wissenschaftliche Untersuchungen dieser Frage haben gezeigt, daß das, wovor Menschen mit Angstanfällen Angst haben, in der Regel die aktuellen körperlichen Empfindungen der Kampf/Flucht-Reaktion sind. Somit kann man Angstanfälle als eine Reaktion auf unerwartete körperliche Symptome betrachten.

Bei Menschen, die an plötzlichen, scheinbar unerklärlichen Angstanfällen leiden, hat sich in aller Regel zwischen den verschiedenen Bestandteilen der normalen Angstreaktion ein Teufelskreis herausgebildet. Obwohl dieser Teufelskreis von Mensch zu Mensch verschieden ist, gibt es doch einige wichtige Gemeinsamkeiten. Diese sind in Abb. 1 dargestellt.

Die Abb. zeigt einen Kreis mit folgenden Komponenten: Wahrnehmung, Gedanken, physiologische Veränderungen, körperliche Symptome. Der Teufelskreis kann nun an jeder Stelle in Gang gesetzt werden. Meist beginnt er nur mit einer Komponente. Das folgende Beispiel zeigt Ihnen, wie während eines Angstanfalls der Teufelskreis abläuft: Stellen Sie sich vor, Sie bemerken plötzlich, wie Ihr Herz schneller zu schlagen beginnt. Sie haben das Gefühl, Sie können nicht mehr richtig atmen. Sie haben keine Erklärung für diese Symptome und werden ängstlich und stellen sich vor, wie Sie nach Luft schnappen müssen. Gleichzeitig denken Sie, Sie fallen gleich in Ohnmacht. Sie nehmen hier also körperliche Symptome wahr und interpretieren sie als gefährlich, als Warnung vor etwas Schrecklichem, das bald geschehen könnte. Diese Vorstellung erzeugt Angst. Durch die Angst werden in Ihrem Körper weitere physiologische Veränderungen ausgelöst (z.B. Adrenalinausschüttung), und die körperlichen Symptome werden noch intensiver. Ihnen wird jetzt sehr



schwindlig und heiß, und Sie fangen an zu schwitzen und haben das Gefühl zu schwanken. Ihre Gedanken fangen an zu rasen, und Sie fühlen sich völlig verwirrt. Sie denken: "Ich verliere den Verstand und werde vollständig die Kontrolle verlieren." Ihr Herz schlägt noch schneller, und Sie spüren Schmerzen in der Brust. Sie nehmen wiederum die jetzt stärker gewordenen Symptome wahr und bewerten Sie erst recht als gefährlich, da sie ja wirklich stärker geworden sind und Sie somit Ihre Befürchtung einer drohenden Gefahr bestätigt sehen. Das ganze schaukelt sich also auf. Sie denken jetzt: "Ich werde einen Herzanfall bekommen." Sie werden noch ängstlicher. Sie denken: "Dieses Gefühl wird nie wieder weggehen, und niemand wird mir helfen können. Ich habe Angst zu sterben." Sie würden gerne irgendwohin laufen, wo Sie sich sicher fühlen, aber Sie wissen nicht wohin. Sie rufen jetzt Ihren Arzt an und bitten ihn um Hilfe. Sie spüren sofort, daß nach dem Telefongespräch Ihre Angst langsam nachläßt. Bis der Arzt bei Ihnen ist, ist Ihre Angst fast verschwunden.

Das Beispiel zeigt unter anderem, daß körperliche Symptome häufig stärker werden, wenn man besonders auf sie achtet. Da die Person in dem Beispiel keine Erklärung für ihre Symptome hatte, wurde sie ängstlich. Weil sie ängstlich war, bekam sie noch mehr Angst. Je ängstlicher sie wurde, desto stärker wurden die Symptome und umgekehrt. Manche Menschen, die einmal starke Angst erfahren haben, werden sehr empfindlich gegenüber körperlichen Veränderungen. Sie nehmen sehr schnell körperliche Veränderungen wahr, sie achten verstärkt auf diese Symptome, bewerten sie als besonders gefährlich und setzen so den Teufelskreis in Gang.

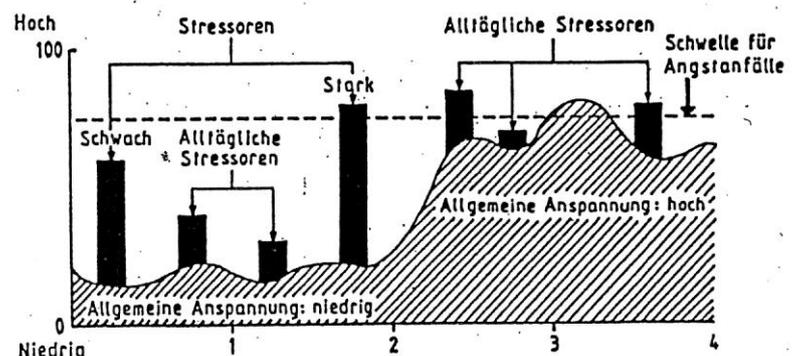
Wie bereits erwähnt, kann der Teufelskreis der Angst an verschiedenen Punkten ausgelöst werden. Das folgende Beispiel zeigt einen Teufelskreis, der durch die Gedanken-Komponente ausgelöst wird: Sie lesen in der Zeitung, daß

jemand in Ihrem Alter an einem Herzinfarkt gestorben ist. Sie denken: "Ich könnte auch an einem Herzinfarkt sterben. Viele Angstanfälle wird mein Herz nicht mehr aushalten können." Durch diese Gedanken beginnt Ihr Herz schneller zu schlagen. Sie bemerken, daß Ihr Herz schneller schlägt und denken natürlich sofort: "Oh Gott, beginnt jetzt wieder ein Angstanfall?". Dadurch werden Sie ängstlich, und Sie achten vermehrt auf Ihr Herzklopfen. Wie bereits erläutert, fängt durch diese Reaktion Ihr Herz wirklich an, noch schneller zu schlagen und trägt so zur Entstehung des Teufelkreises bei. In beiden Beispielen wird ein Aufschaukelungsprozeß in Gang gesetzt, der dann oft dazu führt, daß Sie Ihr Verhalten verändern. So werden Sie z.B. eine Tablette nehmen oder Sie werden sogar aus der Situation flüchten.

Noch einmal zusammenfassend kann der Teufelskreis also an jeder Stelle in Gang gesetzt werden: Er kann durch negative Gedanken ebenso wie durch die Wahrnehmung körperlicher Veränderungen ausgelöst werden. Entscheidend ist dabei, daß diese inneren Reize (vor allem körperliche Veränderungen) als Gefahrensignale interpretiert und somit stärker werden. Erst dadurch kommt der Aufschaukelungsprozeß so richtig in Gang. Als Konsequenz der Aufschaukelung wird dann auch Ihr Verhalten beeinflußt. Angstanfälle entstehen also als eine Reaktion auf die Wahrnehmung und Bewertung innerer Reize. Obwohl diese Reaktion zunächst meist verständlich und weitgehend natürlich ist, geht sie bei manchen Menschen zu weit, da sie auf falschen Bewertungen beruht. Ihre Angstreaktion auf die von Ihnen als gefährlich interpretierten Reize ist dabei ganz natürlich, aber Ihre Bewertungen von Reizen, für die Sie keine Erklärung haben, als gefährlich, ist in diesem Fall falsch.

#### 4. Angstanfälle und Streß

Wir haben bisher beschrieben, wie durch bedrohliche Gedanken oder durch besondere Beachtung von körperlichen Symptomen der Teufelskreis der Angst in Gang gesetzt wird. Darüber hinaus hängt der Teufelskreis auch von allgemeiner Anspannung bzw. Streß ab. Diese Verbindung werden wir nun erläutern. Einen Überblick gibt die folgende Abb. 2.



Die Abb. zeigt eine Kurve, die das allgemeine Anspannungsniveau darstellt. Die meisten Menschen sind ständig mehr oder weniger angespannt. Etwas mehr angespannt sind Sie z.B., wenn Sie auf einen wichtigen Anruf warten. Die durchgezogene Linie stellt die Schwelle für die Auslösung von Angstanfällen dar. Manchmal ist die allgemeine Anspannung hoch, d.h. sie liegt kurz unter der Schwelle, bei der ein Angstanfall ausgelöst wird. Sie kann aber auch niedrig sein, also weit unter der Schwelle zur Auslösung eines Angstanfalls liegen. Es gibt nun Tage oder auch länger anhaltende Phasen, an denen Sie angespannter sind, weil sie z.B. viel Arbeit zu bewältigen haben oder weil in Ihrem Leben eine einschneidende Veränderung (etwa die Geburt eines Kindes, eine Operation, ein Umzug), stattgefunden hat, an die Sie sich erst gewöhnen müssen. In solchen Phasen, in denen Sie ein allgemein hohes Anspannungsniveau haben, kann schon eine alltägliche Stresssituation, wie beispielsweise, daß Sie vergessen haben, die Herdplatte abzustellen und Ihnen das Essen angebrannt ist, zu einem Auslöser für einen Angstanfall werden. Viele Betroffene erleben ihren ersten Angstanfall in einer solchen Stresssituation. Es kann aber auch sein, daß Ihr allgemeines Anspannungsniveau niedrig ist und Sie einem starken Stressor (z.B. Tod eines nahestehenden Menschen, Ehekrise) ausgesetzt sind und so die Schwelle für einen Angstanfall überschreiten. Es gibt viele Kombinationen von allgemeiner Anspannung und Stressoren, die zu einem Angstanfall führen können.

Wenn man mehrmals einen Angstanfall hatte, entwickelt man oft eine anhaltende Sorge davor, so etwas könnte wieder geschehen. Dies erhöht das allgemeine Anspannungsniveau. Auch andere Folgeprobleme von Angstanfällen können zu einer solchen Steigerung des allgemeinen Anspannungsniveaus führen. Sie können z.B. wegen Ihrer Angstanfälle in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt werden. Vielleicht können Sie aufgrund Ihrer Angstanfälle nicht mehr so gut vor anderen Menschen reden. Dies ist aber ein wichtiger Teil Ihrer Arbeit. Sie versuchen diese Situationen so oft wie möglich zu vermeiden, fühlen sich aber ständig unter dem Druck, den Anforderungen Ihrer Arbeit nicht nachkommen zu können. Infolgedessen steigt natürlich Ihr allgemeines Anspannungsniveau. Es können nun schon schwache Stressoren und Belastungen zur Auslösung eines Angstanfalls führen.

Stress kann nun am Teufelskreis sowohl an den Gedanken als auch an körperlichen Symptomen oder auch an beidem ansetzen. Auch dies möchten wir wieder mit Hilfe eines Beispiels erläutern: Eine alleinstehende Mutter hat zwei Kinder und arbeitet als Sekretärin ganztags in einem Unternehmen. Sie fühlt sich durch ihre Arbeit und die Versorgung ihrer beiden kleinen Kinder schon seit längerer Zeit unter starker Anspannung. Zusätzlich kommt als plötzlich einsetzender mittlerer Stressor eine Blinddarmentzündung ihres fünfjährigen Sohnes hinzu. Ihr Sohn soll sofort im Krankenhaus operiert werden. Um ihren Sohn pflegen zu können, müßte sie sich von ihrer Arbeit Urlaub nehmen. Sie beginnt daraufhin zu denken: "Oh Gott, ich kann unmöglich jetzt Urlaub beantragen, mein Chef könnte mir kündigen. Ich kann das alles unmöglich schaffen." Dann spürt sie, wie ihr Herz schneller zu schlagen beginnt und ihr plötzlich schwindlig wird. Die Mutter bekommt daraufhin einen ersten Angstanfall. Dieses Beispiel

---

soll deutlich machen, daß das allgemeine Anspannungsniveau und das Vorhandensein von Stressoren einen ganz entscheidenden Einfluß auf die Entstehung eines Angstanfalls hat. Häufig sind diese Stressoren nicht so offensichtlich wie in unserem Beispiel. Doch bei genauerem Betrachten der Situation oder auch der vorausgegangenen Ereignisse lassen sich meistens auch noch nachträglich Auslöser für den Angstanfall finden.

## 5. Die vier Arten von Angstanfällen

Eine weitere Frage, mit der wir uns beschäftigen wollen, ist "Wo kommen die Empfindungen her, die den Teufelskreis der Angst starten?". Hier müssen wir die verschiedenen Arten von Angstanfällen getrennt betrachten. Grundsätzlich können wir zwei verschiedene Typen von Angstanfällen unterscheiden, die sich wiederum in jeweils zwei Untertypen aufspalten lassen. Dabei erlebt nicht jeder Patient notwendigerweise alle vier Arten. Zunächst einmal gibt es Angstanfälle, die auf eine Phase erhöhter Angst folgen und solche, die ohne vorhergehende Angst ganz plötzlich auftreten. Besprechen wir den ersten Fall.

Es gibt prinzipiell zwei Ursachen für Phasen von erhöhter Angst: Eine Ursache kann sein, daß Sie erwarten, einen Angstanfall zu erleben, weil Sie vorher schon einmal einen Angstanfall erfahren haben (Beispiel: Sie haben gelernt, daß Sie in Kaufhäusern oder beim Autofahren Angstanfälle haben können. Sobald Sie in eine solche Situation kommen, erhöht sich Ihre Angst, weil Sie nun befürchten, einen Angstanfall zu bekommen). Die erhöhte Angst kann aber auch durch Probleme oder Sorgen über andere Dinge ausgelöst worden sein (Beispiele: Prüfung, Besuch des Chefs, Vortrag, finanzielle Probleme, Krankheiten, familiäre Sorgen). In beiden Fällen macht die erhöhte Angst das Auftreten eines vollen Angstanfalls wahrscheinlicher, da Sie näher an die Schwelle für Angstanfälle herankommen (vgl. den Abschnitt zu Angstanfällen und Streß). So werden z.B. durch Hormonausschüttungen (Adrenalin) infolge von Streß körperliche Empfindungen hervorgerufen, die den Teufelskreis auslösen können. Gleichzeitig neigt man unter Angst dazu, die Umwelt oder den eigenen Körper nach Anzeichen von Gefahr abzusuchen. Man nimmt körperliche Veränderungen noch eher wahr und kommt daher umso leichter in den Teufelskreis hinein.

Der zweite Typ von Angstanfällen betrifft Angstanfälle, die nicht auf eine Phase erhöhter Angst folgen. Viele Patientinnen erleben diese Anfälle als besonders bedrohlich, da sie hier noch weniger eine Ursache für ihre Empfindungen sehen. Auch hier müssen wir wieder zwei Unterarten unterscheiden, nämlich solche Angstanfälle, die tagsüber auftreten und solche, die Sie aus dem Schlaf reißen. Die Ursache für unerwartete Angstanfälle, also solche Anfälle, die nicht durch vorherige Ängste ausgelöst werden, liegt in dem Teufelskreis zwischen inneren Reizen, ihrer Wahrnehmung und ihrer Bewertung bzw. Verknüpfung mit Gefahr. Die inneren Reize sind meist körperliche Empfindungen, können aber auch Gedanken oder Vorstellungen sein (Bsp.: Herzklopfen, Atemnot, "ich bin krank, werde verrückt"). Es gibt eine Vielzahl

von Ursachen für solche inneren Reize. Zum einen handelt es sich oft um ganz normale körperliche Vorgänge, die die meisten Menschen üblicherweise gar nicht bemerken. Wir wissen aus unserer Forschung, daß viele Patientinnen mit Angstanfällen solche Vorgänge besser wahrnehmen können als andere Menschen. Es ist also oft so, daß gar keine besonderen Veränderungen auftreten, sondern daß nur normalerweise unbewußte Vorgänge besser wahrgenommen werden. Weiterhin gibt es viele harmlose Dinge, die solche Symptome wie Herzklopfen, Atemnot etc. auslösen können. Dazu gehören z.B. körperliche Belastung, falsches Atmen oder falsche Ernährung, aber auch Gefühle wie Ärger, Wut oder Freude. So gibt es etwa Patientinnen, die ihre Anfälle immer dann bekommen, wenn sie sich besonders gefreut oder geärgert haben, da diese Gefühle starkes Herzklopfen hervorrufen können. Das Herzklopfen wird während der ursprünglichen Situation (z.B. Streit) noch nicht so gut wahrgenommen, da man zu sehr abgelenkt ist. Wenn die Ablenkung weg ist, wird es aber eher bemerkt und kann dann den Teufelskreis auslösen, zumal die Betroffenen ja nun nicht mehr in der Situation sind, die das Herzklopfen erklären könnte.

Für Angstanfälle im Schlaf gilt genau das gleiche Prinzip. Auch hier wirkt der Teufelskreis, da das Gehirn auch während des Schlafs arbeitet. Das kann man sich rasch veranschaulichen, wenn man bedenkt, daß viele Mütter sofort aufwachen, wenn ihr Kind schreit, aber bei anderen Geräuschen ungestört weiterschlafen. Ebenso berichten viele Soldaten, daß sie während des Krieges von dem Lärm feindlicher Gewehre aufwachen, nicht aber von dem gleich lauten Lärm der Gewehre ihrer eigenen Kameraden. Gerade während des Schlafs gibt es besondere Phasen, in denen starke körperliche Veränderungen auftreten. Diese körperlichen Veränderungen werden auch während des Schlafs interpretiert. Für den Fall, daß sie als gefährlich bewertet werden, kommt es dann zu Angstanfällen, die so stark werden können, daß die Betroffenen aus dem Schlaf gerissen werden können.