

Angststörungen

A. Differentialdiagnostik

1. Einteilung der Ängste

- Realangst
Durch äußere Bedrohung
- Vitalangst
Durch Körperinnenreize vermittelt, z. B. durch Sauerstoffmangel
- Existenzangst
als anthropologische Grunderfahrung (siehe Kapitel "Existenzphilosophie")
als begründete Sorge um die soziale Existenz
als wahnnahe Phänomen bei Depressionen
- Neurotische Angst
 - Triebimpulse drohen durchzubrechen: inkompatible Es-Anteile begegnen Überich-Instanzen. Dies ist ein unbewusster Prozess, z. B. bei den Ängsten zwangskrankter Menschen; dieser Prozess kann aber auch bewusstseinsnah sein, wenn z. B. das eigene Handeln dem Über-Ich in Gestalt sozial geronnener Normative begegnet. Generell aber wird der Begriff "neurotische Angst" zur Unterscheidung von der Realangst gebraucht und impliziert, dass dem Betroffenen die Ursache der Angst nicht bewusst ist: "frei flottierende Angst".
 - Als Angst in sozialen Beziehungen: ausgehend von "normaler" Angst (z.B. Schwellenangst, Erwartungsangst, Schulängste bei Kindern, Prüfungsangst) in fließendem Übergang zu sozialen Ängsten aufgrund neurotischer Lerndefizite.

2. Epidemiologie der Angststörungen

(Dia 9 A 5, 7 B 25)

- Neuere Untersuchungen zeigen, dass Angststörungen die häufigste Störungsgruppe in der Allgemeinbevölkerung darstellen. Dabei kommt die einfache Phobie in der Bevölkerung am häufigsten vor, die Panikstörung dagegen am häufigsten bei denen, die Hilfe suchen.
- Bei Frauen stellen die Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen dar, bei Männern kommen sie in der Häufigkeit gleich nach den Abhängigkeitssyndromen.
- 10 % der Bevölkerung hat irgendwann im Leben die Erfahrung von einem Angstanfall¹
- Bei Angstanfällen kommt es zwar oft zu Schwankungen im Verlauf, aber es kommt kaum zu völligen Spontanremissionen². Andere Quellen bestätigen häufige Spontanremissionen; aber nach einem Jahr habe man mit einer Chronifizierung zu rechnen.
- 72 % der Patienten einer Fachklinik haben als Diagnose oder Zusatzdiagnose die Diagnose einer Angststörung nach DSM-III-Kriterien.³

¹ Schapira et al. 1972; Wittchen 1988

² Schapira et al. 1972; Wittchen 1988

³ J. Margraf, S.Schneider; Panik (Angstanfälle und ihre Behandlung), S. 20

- Panikstörung, Phobien und Zwangsstörungen kommen unter Verwandten 1. Grades häufiger vor als unter der übrigen Bevölkerung.⁴

Lebensalter und Angststörung:

- Tierphobien beginnen fast immer in der Kindheit
- Blut- und Verletzungsphobien beginnen eher in der Adoleszenz
- Ängste innerhalb Zwangsstörungen beginnen üblicherweise in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter
- Agoraphobische Ängste beginnen eher im 4. Lebensjahrzehnt
- Epidemischer Höhepunkt der Angststörungen um das 40. Lebensjahr, insbesondere bei Frauen. Nach dem 50. Lebensjahr fällt die Häufigkeit von Angststörungen drastisch ab (mit Ausnahme der Phobien)
- 2/3 aller Patienten werden bisher mit Psychopharmaka behandelt und 70% der Patienten werden bisher mit unspezifischer Psychotherapie behandelt.
- nur 4 % der Patienten haben bisher eine spezifische cognitiv-behaviorale Therapie.
- und nur 2,6 % der Agoraphobiker haben bisher eine Reizkonfrontation bekommen.⁵

3. *Synonyma für die Angststörungen*

Es gibt viele Synonyma für die im DSM (ICD) definierten Syndrome, wobei oft unterschiedliche Syptomdominanten angesprochen werden:

Agoraphobie
 Akrophobie, Höhenangst
 Angsthysterie
 Claustrophobie
 Da Costa Syndrom
 Effort-Syndrom
 Herzanst
 Herzhypochondrie
 Herzneurose
 Herzneurose vom Typ A (Typ B hat kontraphobische Verarbeitung)
 Hyperkinetisches Herzsyndrom
 Hyperventilationstetanie
 Hyperventilation
 Neurozirkulatorische Asthenie
 Organneurose des Herzens
 Panikattacken
 Panikstörung
 Platzangst
 Soldatenherz
 Tetanie

4. *Differentialdiagnostik der Panikstörungen nach DSM und ICD*

(Dia: 9 A 2, 7 B 24)

Die Angststörungen bekamen in der Weiterentwicklung vom DSM-II zum DSM-III eine besondere Gewichtung, die jetzt auch in den ICD-10 übernommen wurde. Die **Angstanfälle** wurden ins Zentrum der Klassifikation der Angststörungen gesetzt. Angststörungen mit Angstanfällen wurden unter dem Begriff der "**Panikstörung**" zusammengefaßt.

⁴ Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R, S 291

⁵ J. Margraf, S.Schneider; Panik (Angstanfälle und ihre Behandlung), S. 6

Für die Diagnose einer Panikstörung nach dem DSM werden mindestens 4 Symptome aus den bekannten Symptomen gefordert, die innerhalb von 10 Minuten aufzutreten haben und sie sollen zumindest manchmal spontan auftreten, d.h. für den Patienten nicht aus einem äußeren Ereignis erklärbar sein.

	ICD - 10	DSM-III-R
Agoraphobie mit Panikstörung	F40.01	300.21
Agoraphobie ohne Panikstörung	F40.00	300.22
Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	F41.0	300.01
Generalisierte Angststörung	F41.1	300.02
Soziale Phobie	F40.01	300.23
Spezifische (einfache, isolierte) Phobie	F40.2	300.29
andere Zwangsstörungen (Gedanken und Handlungen)	F42.8	300.30
Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1	309.89
Anpassungsstörung mit ängstlicher Gestimmtheit	-----	309.24
Akute Belastungsreaktion	F43.0	308.3 (erst ab DSM IV)
Angst und depressive Störung gleichzeitig	F41.2	-----
andere gemischte Angststörungen	F41.3.	-----
Angststörung n.n.b.	F41.9.	300.00

- Die neue Einteilung der Angststörungen im DSM-III-R ist umstritten, da insbesondere Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass es schwierig ist Angststörungen (insbesondere Panikstörungen) von **Depressionen** abzugrenzen.⁶ Eventuell wäre es besser von einem Kontinuum Angststörungen / Depression auszugehen (im ICD-10 wurde dem Rechnung getragen).
- Die Angststörungen haben im Erleben des Therapeuten eine nahe Verwandtschaft zu **Konversionsreaktionen** und der **Hypochondrie**.
- Ein Übergang besteht auch zu der **Zwangskrankheit**. Bei einer Zwangskrankheit können die Ängste so im Vordergrund stehen, dass man besser von spricht. Wird die Ausübung von Zwängen verhindert, gehen die "Besorgnisse" des Zwangskranken augenblicklich in Ängste über, die in Nichts der Phänomenologie eines Panikanfalls nachstehen.
- Im DSM-III wird insbesondere bei der generalisierten Angststörung und den schweren Fällen von Panikstörung mit Agoraphobie und bei multiplen Phobien auf die **Dependente Persönlichkeitsstörung** verwiesen. Die Diagnose einer Angststörung kann in der Dependenten Persönlichkeitsstörung aufgehen und braucht dann nicht extra als Diagnose aufgeführt werden.

5. Differentialdiagnostik der Ängste unter allgemeinen psychopathologischen Gesichtspunkten

5.1. Angst bei somatisch-organischen Störungen

- Drogeninduzierte Ängste:
Halluzinogene ("Horrortrip" und "flash back")

⁶ Angst und Vollrath (1988)

beim "flash back" ist nicht eine weiterwirkende Substanzwirkung anzunehmen
sondern es ist davon auszugehen, dass eine brüchige Ich-Struktur vorübergehend
oder langfristig nachhaltig gestört wurde
Überdosierung von Haschisch
sogenannte Designer-Drogen (Derivate des Methamphetamin)
Kokain

- Angstinduktion durch Alltags-Drogen
 - Überdosierung von Koffein oder Teein (Eine Tasse Kaffee entspricht 2 1/2 Tassen Tee oder 2 1/2 Gläsern Coca Cola)
 - Nikotin ist fraglich (eventuell je nachdem was die überwiegende subjektive Wirkung ist:
 - Anregung oder Beruhigung; Nikotin erhöht das Cortisol im Blut)
 - Angst bei akutem Alkohol-Delir
 - Tribunale Instanzen bei chronischer Alkoholhalluzinose
- Medikamenteninduzierte Ängste
 - Generell alle Sympatikomimetika
 - Amphetamine ("Weckamine"): Bazedrin, Elastonon, Pervitin, Preludin
 - Appetitzügler
 - "Designerdrogen"
 - Mittel gegen niedrigen Blutdruck (Effortil)
 - bestimmte Asthmamittel: Alupent
 - Nasenspray: Otriven, Tyzine, Privin, Yxin
 - Kokain
 - Thyroxin
 - Entzug von Benzodiazepinen
 - als Nebenwirkung von Neuroleptika
 - als Nebenwirkung von Antidepressiva
- Fieber (Fieberdelir, häufig bei Kindern)
- Herzsymptomatiken
 - als Angstreaktion:
 - Orthostasesyndrom
 - Arrhythmien
 - als Vitalangst:
 - Infarkt
 - Der Mitralklappenprolaps als Auslöser von Angstsymptomatiken wird diskutiert; egal wie die Diskussion ausgehen wird: es hat sich gezeigt, dass diesselben psychotherapeutischen Maßnahmen hilfreich sind wie bei Angststörungen, bei denen kein Mitralklappenprolaps diagnostiziert wurde.
 - (Zur Frage der Paroxysmalen Tachykardie siehe Material)
- Lunge:
 - als Vitalängste:
 - Asthma
 - Emphysem
 - pulmonale Embolie
 - bewusste Hyperventilation (z. B. Rebirthing, Holotropes Atmen)
- Neurologische Ursachen:

epileptische Aura
 Gehirntumoren
 Zustand nach Gehirntrauma
 Demyelinisierende Prozesse (z.B. Multiple Sklerose)

- Endokrine Ursachen
 - Hyperthyreose
 - Hypoglykämie
 - Phäochromocytom, ein Nebennierenrindentumor mit folgenden Symptomen:
 - stärkste Kopfschmerzen, Rötung oder Blässe des Gesichts, Atemnot, pektanginöse Beschwerden, Orthostase, Blutdruckerhöhung mit akuten Spitzen,
 - Oberbauchschmerzen, Erbrechen, Obstipation, Abmagerung, Polyurie nach Anfall
 - und Glukosurie
 - Karzinoid, ein Tumor der enterochromaffinen Zellen mit folgenden Symptomen: je nach Lokalisation (Darm oder Metastasen in der Leber oder nach dem Pfortadersystem) Flush, Ödeme an Hals und Gesicht, Oberbauchschmerzen, Durchfälle, Asthma
- Delir:
 - Die führenden Symptome sind Verwirrtheit (d.h. der Patient ist nicht klar ansprechbar), **Angst** und körperliche Symptome. Vorkommen z.B. bei Alkoholismus (Entzugsdelir oder Spontandelir) oder bei hohem oder schnell ansteigendem Fieber
- Psychoorganisches Durchgangssyndrom:
 - Unterscheidet sich vom Delir durch die fehlende Bewusstseintrübung (d.h. der Patient ist klar ansprechbar). Dauert oft nur Minuten. Bei der Rückbildung von Vergiftungen oder Schädel-/Hirntraumata
- Synkopen (Ohnmachten)
 - Vagovasale Synkope mit Schwindel, Übelkeit, schwachen Beinen und Ohnmacht auf akuten Schreck oder ihm Rahmen einer Blut-Phobie
 - Synkope ihm Rahmen eines Hyperventilationssyndroms mit massiver Angst solange noch nicht Bewusstlosigkeit eingetreten ist
 - Konversationsneurotische Synkope ohne Angstsymptomatik (die Synkope ist eine Kompromisslösung der Ich-Instanzen um mit dem Über-Ich inkompatible Triebanteile aus dem Bewusstsein herauszunehmen
 - die befürchtete Synkope im Rahmen einer Angststörung, die aber niemals eintritt
- Nächtliche Hypoventilation
- Vocal Cord Dysfunktion
 - Oft nur Sekunden dauernde inspiratorische oder (gelegentlich) expiratorische Atemnot durch Verengung der Stimmritze. 20% des therapieresistenten Asthma. Oft nächtlich und lageabhängig, da oft durch Reflux verursacht.

5.2. Angst infolge eines Posttraumatischen Belastungssyndroms nach

- Vergewaltigung
- Einbruch
- Raub

- Katastrophe
- Verschüttung
- Bombengriff und sonstige militärische Aktionen
- Konzentrationslager
- körperliche und psychische Folter
- Das Miterleben all der angeführte Traumatas an anderen, nahestehenden Personen

Das Kernsymptom des Posttraumatischen Belastungssyndroms (**erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel**) ist **chronische Angst**. Es kommen aber auch häufig **akute Angstanfälle** im Sinne von "flash back" vor. Im Unterschied zur einfachen Phobie, steht ein eventuell phobisch vermiedener Stimulus mit einem **realen** Ereignis in Verbindung.

Weitere Symptome sind des Posttraumatischen Belastungssyndroms sind

- die depressive Verstimmung
- asthenische Leistungsinsuffizienz
- und vegetative Störungen
- Alpträume
- Dissoziationsstörungen
- Ein- und Durchschlafstörungen
- emotionale Anästhesie
- **übertriebene Schreckreaktionen**
- Erleben einer fehlenden Zukunftsperspektive
- Oft gleichzeitig hirnorganischen Störungen infolge der Traumata (siehe auch unter Kapitel "Genese")

Die Traumafolgen sind um so stärker, je mehr der Traumatisierung durch **menschliche** Aktionen verursacht war. Es muss bei Traumastörungen **auch an hirnorganische** Ursachen gedacht werden durch direkte Traumatisierung des ZNS (Schädel und Hirnverletzungen) und durch indirekte Traumatisierung der limbischen Strukturen durch chronische Cortisolserhöhung.

Vom Posttraumatischen Belastungssyndrom ist die Posttraumatische Belastungsreaktion zu unterscheiden, bei der es nicht zum Persönlichkeitswandel gekommen ist.

5.3. Angst bei Psychosen

- Es gibt bei einer psychotischen Störung mit Verfolgungswahn auch ein Vermeidungsverhalten bezüglich Situationen in denen sich die Person einem Angriff ausgesetzt glaubt; aber im Unterschied zur einer Angststörung besteht bei psychotischer Angst nicht die Angst vor dem **unerwarteten** Auftreten der Angst und diese Angst ist **kognitiven** Interventionen nicht zugänglich und **vegetative** Angstreaktionen sind gering bis nicht vorhanden
- Dörner/Ploog weisen darauf hin, dass hirnorganische Erkrankungen oder andere körperliche Erkrankungen unter Umständen zur Abschwächung, Unterbrechung oder gar zum Abbruch psychotischer Angst führen können. Und akute Lebens- oder Körperangst könne psychotische Angst erübrigen.
- Es gibt reine **Angstpsychosen**, die klinisch als **Agitierte Depression** erscheinen und sich klinisch nur durch die Intensität der Symptome unterscheiden.
- Bei der **Paranoiden Angstpsychose** treten zur Angst auch noch Wahnsymptome hinzu, im Sinne von Beziehungs- und Verfolgungswahn und **Halluzinationen**. Bei Angstpsychosen ist der Affekt dem Wahnerleben adäquat (im Unterschied oft zur Schizophrenie). Manche dieser

Angstpsychosen können kippen in **Ekstatische Psychosen (Glückspsychosen)**; wenn es dabei zu einem schnellen Wechsel von Angst und exstatischem Erleben kommt, dann spricht man von einer **Cycloiden Psychose**. Der Unterschied zur Manie liegt darin, dass der Maniker agitierter wirkt.

5.4. Angst bei Schizophrenie

- Schon im Vorstadium einer klinisch erkennbaren schizophrenen Symptomatik schildert der Patient Angst vor Unbekanntem und Unerklärlichem (**Wahnspannung**). Die Angst vermag sich innerhalb eines Wahns (z. B. Verfolgungswahn) immer mehr zu steigern. Hinter der Erregung und Aggressivität und Verweigerung jeder Annäherung steht bei einem Menschen mit einer floriden schizophrenen Symptomatik in der Regel Angst. In der akuten Schizophrenie besteht immer Angst.
- Bei der Schizophrenie werden manches Mal als Folge von Wahnphänomenen bestimmte Tätigkeiten und Situationen vermieden; aber im Unterschied zur einer Angststörung besteht nicht die Angst vor dem unerwarteten Auftreten der Angst und die Wahnängste können vom Betroffenen nicht als übertrieben oder unvernünftig eingeordnet werden (wie das z.B. bei einem Phobiker möglich ist)

5.5. Affektive Psychose (Endogene Depression, Maior Depression, Melancholie)

- Es gibt bei einer Maior Depression auch ein Vermeidungsverhalten bezügliche Situationen in denen sich die Person überfordert fühlt; aber im Unterschied zur einer Angststörung besteht bei der Angst innerhalb einer affektiven Psychose üblicherweise nicht die Angst vor dem unerwarteten Auftreten der Angst. Bestehen soziale Ängste, so unterscheidet sich der Patient mit einer einfachen Sozialen Phobie von dem Patienten mit einer Maior Depression, dass er jederzeit um das Übertriebene seiner Angst weiß. Die Angst bei einer Maior Depression ist cognitiver Kommunikation zugänglich; aber den Betroffenen erreicht ein Argument, selbst wenn er ihm zustimmt, nicht in der Seele.
- Bei der Maior Depression (monophasisch oder im Rahmen einer Cyclothymie) tritt die Angst eher im Sinne einer bis ins wahnhafteste gesteigerten **Lebenssorge** und **Existenzangst** auf. Gelegentlich zeigt sich, dass eine Angststörung nur der Vorläufer einer Melancholie war (Dörner/Ploog).
- Während einer Episode von Maior Depression können wiederkehrende unerwartete Panikattacken auftreten.⁷ Es kann sich innerhalb einer Maior Depression auch eine Angststörung und eine Angststörung mit Agoraphobie entwickeln.

5.6. Angst bei Zwangsstörungen

- Ängste bei Zwangspatienten vermögen zwar überwertig werden und bizarr erscheinen (z.B. überall müssten alle Bakterien entfernt werden), aber üblicherweise kann eine Person mit einer Zwangsstörung nach einiger Zeit logischer Argumentation wenigstens die Möglichkeit anerkennen, dass ihre Vorstellung bezüglich der Angstsymptomatik einige logische Brüche aufweisen. Die Symptomatik einer Zwangsstörung kann mit den Symptomen einer Panikstörung und auch den Symptomen einer Panikstörung mit Agoraphobie fluktuieren.

⁷ Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R, S. 293 und: Leckmann et al. 1983; Barlow et al. 1985

5.7. Angst bei Borderline-Persönlichkeitsstörung (Beschreibung unter psychoanalytischen Gesichtspunkten)⁸

- Angst als Deckaffekt für aggressive Impulse und Wut:
Im psychoanalytischen Sprachgebrauch wird bei der Borderlinestörung von einem "Ich"-Defekt ausgegangen, was zu einer **mangelhaften Angsttoleranz** führe. Während die Real-Angst zum Handeln bringt, soll die Angst bei einer Borderlinestörung das Handeln verhindern: sie wird zu einem Deck-Affekt zur **Abwehr eigener Angriffsimpulse** auf das geliebte Objekt (im Sinne eines Totstellreflexes oder dem Erleben einer Ohnmacht) oder zur **Abwehr einer Flucht** vor dem geliebten Objekt. Bei entsprechender Ich-Schwäche weite sich die Angst zu einer "pan-anxiety" aus.
- Angst als Deckaffekt für Schmerz:
Die Angst "vor" dem Schmerz impliziert, dass er noch gar nicht eingetreten ist; wenn der Schmerz als noch nicht eingetreten phantasiert wird, ist der Patient vor den Auswirkungen reaktiver Wut auf das geliebte Objekt geschützt.
Die Dynamik vermag sich auch auf den akuten, gegenwärtigen Schmerz zu beziehen, da Schmerz sich immer auf eine Gegenwartserfahrung bezieht. Durch die Angst als Deckaffekt kann der Schmerz als noch gar nicht eingetreten erlebt werden.
- Angst als libidinisierte Angst: (Dia: 8 A 5)
Bei Borderline-Patienten kann immer wieder die Beschäftigung mit angsterregenden Situationen, Gedanken und Symbolen beobachtet werden, mit einer Vorliebe für Gruseffekte. Diese libidinisierte Angst kann im Sinne einer apotropäischen Dynamik gedeutet werden. In tiefenpsychologischen Gestaltungsarbeiten zeigt sich tatsächlich immer wieder, dass sich der Borderline-Patient mit Angsterregendem identifiziert, was gelegentlich mit der Erfahrung von "Besessenheit" einhergeht.
- Todesangst:
Todesangst wird bei Borderline-Patienten oft herbeigeführt, um sich selbst spüren zu können (Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten bei Sport, Autofahren, Drogengebrauch, Sexualität). Beim Rückgang einer Angstreaktion kann es im Sinne einer Flush-Symptomatik zur Anflutung von Endorphinen kommen, die auch süchtig ausgelöst werden kann.
- Phobien: (Dia "Augen": 5 A 43, 8 A 5, 8 A 7, 7 B 47, 3 A 47/48, 1 A 22, 6 A 1, 6 A 33/39/35, 8 B 17)
Phobien bei Borderline-Patienten sind oft soziale Phobien, die in irgendeiner Weise damit zu tun haben, angeblickt zu werden:
Erythrophobie,
Angst vor öffentlichen Auftritten,
Angst vor Beschämung,
Angst, von anderen in einer Gruppe angeblickt zu werden,
generalisierte Scham,
Angst, einem Erwachsenen in die Augen zu schauen.

⁸ Rhode-Dachser, Das Borderline-Syndrom

Diese Art sozialer Phobien lässt sich von einem jungianischen Ansatz her (siehe der Abschnitt "Der Schrecken des Pan") gut deuten. Hier ordnet sich auch eine Symptomatik ein, die bei weiblichen Borderline-Patienten oft zu beobachten ist: die zwanghafte kosmetische Hervorhebung der Augen. Im Unterschied zu der üblichen weiblichen Kosmetik ist die kosmetische Hervorhebung der Augen aber zwanghaft und das Weglassen dieser Kosmetik wird unter großer Angst und Unsicherheit erlebt. Auch dieses Verhalten ist in einem apotropäischen Sinne zu deuten.

- **Multiple Phobien:**

(Dia: 6 a 33/35 [Wiederholung])

Typisch für Borderline-Patienten sind auch multiple Phobien. Insbesondere wenn sich die Phobien auch auf symbolische Repräsentanzen (Bilder, Worte, Zeichen) ausdehnen, darf von einem Überschreiten einer neurotischen Konfiguration ausgegangen werden.

- **Angst verrückt zu werden:**

(Dia: "Dismemberment" 5 a 43 [Wiederholung], 7 B 41/42/43, 6 A 5)

Die Angst, verrückt zu werden, wird in gestalterischen Darstellungen von Borderlinpatienten so gut wie immer mit Fragmentationserlebnissen dargestellt; d.h. insbesondere wenn es zu Darstellungen des eigenen Körpers kommt, wird dieser ganz oder teilweise auseinandergefallen dargestellt; gleichbedeutend der Erfahrung des "Dismemberments" ist die Erfahrung, von wilden Tieren zerrissen oder verschlungen zu werden; oder die Gestaltungsarbeit besitzt als Ausdruck des Mangels einer stabil organisierenden Ich-Struktur kein Zentrum oder keinen Rahmen.

- **Angst sich in einem Anderen zu verlieren:**

Aus dem angenommenen Strukturangel in der eigenen Ich-Organisation hat ein Borderline-Patient in der Nähe eines anderen "Ich" das Erleben sich aufzulösen und seine Identität zu verlieren. Die Angst, sich zu verlieren, wird oft gespürt und auch gelebt aber ebenso oft unter massiver Aggressivität verdeckt.

5.8. Angst bei Antisozialer Persönlichkeitsstörung

Bei soziopathischen Menschen wird beobachtet, dass sie keine Angst zeigen, insbesondere gegenüber sozial verankerten Überich-Normativen. Unter psychoanalytischen Gesichtspunkten wird dies erklärt, dass es bei soziopathischen Menschen in der Entwicklungsgeschichte nicht zu einer Herausbildung von Überich-Instanzen gekommen ist.

Unter systemischen Gesichtspunkten lautet die Erklärung, dass die Angst, die dem soziopathischen Menschen selber zustehen würde, auf andere Menschen übertragen wird, indem der soziopathisch diagnostizierte Mensch anderen Menschen Angst "macht". Das "Angst machen" wird dabei zum bevorzugten Interaktions- und Kommunikationsmittel.

In der Konzeption der Psychoanalyse ist hierbei auch an die intrapsychische Operation der "Extraversion von Konflikten" und der "Projektiven Identifizierung" zu denken.

5.9. Definierte Phobien

Tierphobien haben meist vor dem 7. Lebensjahr begonnen. Bei kleinen Kindern sind Ängste vor Tieren im Rahmen der Entwicklung normal. Dabei darf man annehmen, dass sich im Rahmen der ontogenetischen Entwicklung eines Kindes sich die phylogenetischen Ängste aus der Kindheit der Menschheit wiederholen. Multiple Tierphobien weisen darüber hinaus auf sogenannte "Frühe" Ich-Störungen hin.

Blut- und Verletzungsphobien sind die einzigen Phobien und überhaupt die einzigen Syndrome, wo eine befürchtete Ohnmacht auch tatsächlich eintritt (im Sinne eines Totstellreflexes; vagovasale Synkope).

5.10. Soziale Phobien

- Angst, wenn jemand beim Schreiben zuschaut (Schreibkrampf)
- Angst, beim Essen oder sonstigen Verrichtungen unter den Augen anderer zu zittern.
- Angst, im Beisein eines anderen zu urinieren (nur bei Männern beschrieben)
- Es ist zu unterscheiden
 - die Angst vor dem Zittern (dieser Mensch zittert in der Regel nicht) und der Scham und dem eventuellen sozialen Rückzug eines Menschen mit idiopathischem Tremor oder beim Tremor auf Grund einer definierten organischen Störung (z. B. Parkinson).
- Soziale Phobien bei idiopathischem Kop fzittern müssen als sekundär angesehen werden: Kop fzittern hat ein neurologisches Korrelat, kann aber durch Stress verstärkt werden.

6. Nicht klinisch definierte Angstphänomene

6.1. Tabu-Ängste

Tabu-Ängste sind Ängste vor bestimmten Handlungen (und auch Gedanken). Das Tabu ist sozial vermittelt (sozial vermitteltes Über-Ich). Die klassischen Tabu-Ängste werden in der heutigen Gesellschaft von Normängsten sozialer Untergruppen ergänzt und z.T. auch abgelöst. Eventuell wird bei mangelnder klassischer Tabu-Angst die Angst auf andere Menschen im System übertragen.

Beispiel:

Bei der Leichtigkeit, mit der manche Menschen aus einer Paar-Bindung herausgehen, werden eventuell die Ängste, die das Lösen einer Paarbindung macht, an die Kinder deligiert.

Oder: bei sexuellen Übergriffen unter Verwandten haben oft die Älteren wenig Ängste während die Scham-Angst, die eigentlich den Älteren zugehörig wäre, von den Jüngeren übernommen wird.

6.2 Die Angst vor dem Bösen in der Welt

- Was die Menschen früher wesenhaft erlebten als

Pan
Elementarwesen
Geister
Trolle
Teufel
Trolle
Wolpertinger

- erlebt der heutige Mensch als logisches Konstrukt innerhalb von bestimmten Vorstellungen über

Schadstoffe
Giftspritzung
Toxin
Verseuchung
Umweltverschmutzung
Radioaktivität
Atom
Genveränderung
Candidapilz
Bakterie

6.3. Zukunftsängste und Angst vor Neuem**6.4. Angst "Ich" zu werden (Schwellenangst) und Angst vor der Einsamkeit**

Siehe die Achtmonatsangst des Kleinkindes oder die Angst des alttestamentarischen Jonas bei seinem Ich-Werden (siehe "Die Rolle der Angst in der Existenzphilosophie"). Generell geht es um "Schwellen"angst, um die Angst vor der Geburt:

- die Angst bei der "psychischen Geburt" (Mahler),
- die sozialen Ängste in der Pubertät (die soziale Geburt),
- die Angst der Frau mit Beginn der Menopause (sozialer Umbruch),
- die Angst des Mannes bei Pensionierung (sozialer Umbruch),
- die Angst vor dem Tod (Todesschwelle)

6.5. Angst vor dem Alter und Angst im Alter

Angst vor dem Verlust der Kompetenz

Angst vor dem Verlust der Kontinuität

Angst vor dem Tod

Angst vor Kriminalität

Angst vor dem Neuen in der Gesellschaft ("wie soll das Alles noch werden?!")

6.6. Die übernommene Angst

- Angst, die aus dem Familiensystem übernommen wird (siehe 3.1.)
- Angst, die man von anderen "gemacht" bekommt und die eigentlich die Angst des anderen wäre in der Dynamik der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (siehe 3.8.)
- Angst, die man von anderen "gemacht" bekommt und die eigentlich die Angst des anderen wäre in der Dynamik überängstlicher Mütter
- Angst einer Gruppe, die die Angst eines Einzelnen über dessen Atembeklemmung induziert bekommt

7. Beobachtete Fehldiagnosen

Agitierte Depression

Blutdruckkrise bei Hypertonie

Calcium-Mangelsyndrom

Herzstillstand

Herzinfarkt

Kammerflimmern

Neurovegetatives Erschöpfungssyndrom

Orthostase-Störung

Paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie

B. Das Erleben der Angst

1. Die Spannweite des Angsterlebens

- Im Zustand der **Panik**:
Der Mensch **ist** Angst.
Die körperlichen Vorgänge werden weder als Ursache noch als Folge von etwas erlebt: die körperlichen Vorgänge sind die Angst
Alle Sinnesmodalitäten werden gleichzeitig erlebt
Denken, Fühlen und Handeln werden gleichzeitig erlebt
Der Mensch "gerät außer sich" vor Angst
- Im Zustand des **Mutes**:
Der Mensch **hat** Angst
Die Sinnesmodalitäten können identifiziert und als nacheinander, bzw. als sich abwechselnd erkannt werden
Denken, Fühlen und Handeln können als unterschiedliche Qualitäten erkannt werden (im Sinne eines Angstzyklus)

2. Symptomatik bei Realangst

Die Symptomatik der Realangst ist durch das sympathische Nervensystem vermittelt und ist bei Mensch und Tier bezüglich der Physiologie gleich (wie schon Darwin feststellte⁹):

- erhöhte Frequenz des Herzens
- Bluthochdruck
- Abkühlung der Peripherie (Hände, Füße ["der hat wohl kalte Füße bekommen!"], Gesicht insbesondere die Nasenspitze); der physiologische Sinn dieser Zentralisierung des Blutvolumina ist, den Blutverlust durch eine erwartete Verletzung zu minimalisieren.
- vertiefte Atmung
- Erhöhung der Atemfrequenz bis hin zur Hyperventilation
- zumindest beim Menschen Überwiegen der Brustatmung über die Zwerchfellatmung. Durch die Brustatmung kommt es zu einem Absinken des $p\text{CO}_2$ auf 33 mmHg (beim Menschen mit einem chronischen Hyperventilationssyndrom auch zwischen den Anfällen!), während der normale Durchschnittswert bei 40,7 mmHg liegt. Die Folge ist eine respiratorische Alkalose.¹⁰
- weite Augen und weite Pupillen
- Einschränkung des Blickfeldes und Abnahme der peripheren Aufmerksamkeit
- Zittern, das ist: Erhöhung des Muskeltonus bei Inhibition motorischer Reaktionen
- "Gänsehaut", was zu gestäubten Haaren führt
- Erhöhung der Hautleitfähigkeit aufgrund erhöhter Schweißproduktion
- Harndrang ("sich verpissen")
- Drang zur durchfälligen Defäkation ("Schiss haben") (Orocökaler Transit von 50 - 140 Minuten auf 10 bis 70 Minuten im Durchschnitt beschleunigt¹¹)
- Veränderung der Stimme; sie wird höher und leiser (eventuell heißer, belegt)
- Trockener Mund (das obligatorisch Glas Wasser für Redner)
- Einschränkung cognitiver Leistungen, dadurch dass angstrelevante Reize mit höherer

⁹ J. Margraf, S. Schneider; Panik (Angstanfälle und ihre Behandlung), S. 4

¹⁰ Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 686 ff

¹¹ J. Küchenhoff: Funktionelle Unterbauchbeschwerden. Verdauungskrankheiten 14 (1996) 221-226

Priorität verarbeitet werden

- Beschreibung mit der Terminologie einer esoterischen Physiologie: Heraushebung des Astral-Leibes (als eines Teiles der Aura) nach oben;¹² dies ist gleichbedeutend mit der Erfahrung des "Außer-sich-sein-vor-Angst". Beim Menschen mit Synkope hebt sich mit dem Astral-Leib gleichzeitig der Äther-Leib aus dem physischen Körper heraus. Beim Tier wird dies als Totstellreflex beschrieben.

Auch die Verhaltensweisen in der Angst sind bei **Mensch und Tier ähnlich**:

- Flucht oder Angriff (bzw. dem ursprünglich Bedrohenden nun selbst die "Angst zu machen")
- Die Tendenz auf Angst mit Vermeiden zu reagieren
- Aufbau von Angsterwartung durch schlechte Erfahrungen
- Tendenz, dass die physiologischen Reaktionen auf Angst zur Gewöhnung neigen

Angstreaktionen **im Verhalten**:

regressiv:

Lächeln
 Augen niederschlagen
 Vorbeischauen
 Verstecken
 Weglaufen
 Kotau (Unterwerfung)

progressiv:

Angriff
 Angst machen
 Imponiergehabe
 betonte Selbstsicherheit (kontraphobisches Verhalten)

3. Subjektives Erleben

Anfall aus "heiterem Himmel" (Beginn zu 80% an einem öffentlichen Ort)

Atemnot

Angst zu Ersticken

Beklemmung

Todesangst

Angst, das Herz bleibt stehen

Das Klopfen des Herzen wird stark wahrgenommen

Benommenheit

Gefühl der Unsicherheit

Übelkeit

Depersonalisation

Derealisation

Angst, verrückt zu werden

Angst, etwas Unkontrolliertes zu tun oder überhaupt die Kontrolle zu verlieren

¹² Siehe das Kapitel " I. Die Angst in der Karrikatur"

Angst, ohnmächtig zu werden
 Angst, einen Ort nicht mehr verlassen zu können
 Angst, dass keine Hilfe in der Nähe ist, wenn "etwas" passiert
 Schwindel: der Boden wogt (üblicherweise kein Drehschwindel!)

4. Rudimentäre Symptomatik

(Dia: 9 A 1)

Angstpatienten haben auch gehäuft somatoforme Störungen oder ein somatoformes Schmerzsyndrom oder erscheinen hypochondrisch.

Neben Herzängsten werden oft folgende Symptome zunächst als **alleiniges** Symptom geschildert, bis näheres Nachfragen eine ausgesprochene Angststörung aufdeckt:

- Globusgefühl
- Angst Erbrechen zu müssen
- Krebsangst
- Angst, jemandem geschieht ein Unfall
- nächtliche Lumbalgien¹³
- depressive Verstimmung
- "ich habe immer zu wenig Luft"
- "ich habe Asthma"
- "immer habe immer wieder schwache Beine"
- "ich habe es auf dem Herz"
- "Magenschmerzen" (und andere gastrointestinale Symptome)
- Durchfälle (Reizcolon!)
- "ich muss dauernd auf das Klo" (urinieren)
- Schwindel

5. Lösungsversuche des Angstpatienten werden zum Symptom

- Depression (depressives und regressives Rückzugsverhalten)
- Alkohol
 - Viele Suchtpatienten (insbesondere Alkoholiker oder Medikamentenabhängige) haben unter der Suchtsymptomatik eine Angststörung; wobei es manches Mal nicht klar ist, ob die Angst zur Selbstmedizierung geführt hat, oder ob durch die alltäglichen Erfahrungsdefizite infolge des Trinkens im Umgang mit den Alltagsängsten sich eine Angststörung überhaupt erst entwickelt hat.
- Medikamente (Beta-Blocker, Tranquillizer, niedrigpotente Neuroleptika)
- Vermeidung
- Gebrauch von Sicherheitssignalen und Übergangsobjekten
 - Medikamente dabei haben
 - Rescue-Tropfen dabei haben
 - Die Telefon-Nummer des Arztes dabei haben
 - Nur mit dem Partner zusammen ausgehen
- Bei Agoraphobie: sich an etwas Festhalten
 - an einem Begleiter
 - an einer Zeitung
 - an einem Kind

¹³ Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 884

an einem Einkaufswagen
 an einem Koffer
 an einem Spazierstock
 an einem Geländer

6. Auch die Rolle des Partners gehört zur Symptomatik der Angststörung

- Die Angstpatienten stehen zu **weitaus größtem Teil in einer Beziehung**. Dem Referenten ist kein Angstpatient bekannt, der für sich alleine in einem Haushalt gewohnt hätte. Angstpatienten leben entweder in einer Partnerbeziehung oder in einer "überfälligen" Beziehung innerhalb der Herkunftsfamilie.
- Die Partner werden als **passiv, freundlich und wenig aggressiv** geschildert
- Der Angstpatient ist in der Regel fähig, Kontakte herzustellen und sie in einem erstaunlichen Maße aufrechtzuerhalten. Dem Referenten ist bisher nicht ein Fall bekannt geworden, wo ein Angstpatient von seinem Partner wegen der für eine Partnerschaft doch recht eingreifenden Symptomatik **verlassen worden wäre**.
- Die Partner spielen im realen Leben eine wichtige Rolle, bleiben aber in der therapeutischen Situation merkwürdig unbedeutend. Vom Patienten werden sie regelrecht "**draußen**" gehalten und auch von den Angehörigen sind wenig Impulse da, sich in eine Therapie zu integrieren (zumal wenn es gelungen ist, den Symptomträger in eine Therapie zu "bringen"). Die Reaktion des Therapeuten darauf ist, dass er viel weniger als bei anderen Störungen daran denkt, den Partner mit ein zu beziehen.
- Die Partner benutzen den Angstneurotiker oft **zur eigenen Stabilisierung** im Sinne einer Wiederholung der alten Mutter-Kind-Beziehung: die selbst labile, überängstliche Mutter hatte das Kind im Sinne eines Selbstobjektes zur eigenen Stabilisierung benutzt. Diese Rolle wird zwar oft als lästig empfunden und dann an den Therapeuten delegiert aber nur sehr schwer grundsätzlich aufgegeben. Gelingt es dem Patienten, mit Hilfe der Therapie einen echten Fortschritt, einen Autonomiezuwachs und die Angstfreiheit zu erreichen, so gerät oft der Partner ins Schwanken, er wird selbst labil, unsicher und ängstlich.
- Oft werden von männlichen Angstpatienten die Partner trotz langjähriger Beziehung nicht geheiratet und der "Altar" ist der ultimative Angstauslöser. Die Dynamik besteht in einer ungelösten Mutterbindung.

C. Fragen der Genese

1. Wissenschaftliche psychologische Empirik

- Angst ist eine mögliche Antwort auf Bedrohung und sie ist abhängig von der Einschätzung der Möglichkeiten und von den tatsächlichen Möglichkeiten mit der Bedrohung umzugehen, d.h. abhängig von der Kompetenz einer Person.

- Die Art, mit Angst umzugehen, hat auch eine kulturelle Ausprägung.¹⁴
- Angst entsteht als Lerndefizit durch chronifiziertes Vermeidungsverhalten (z.B. Alkohol, β -Blocker)
- Angst entsteht durch Mangel an Kontrollmöglichkeiten, wodurch sich irrationale Überzeugungen breit machen (Ellis)
- Angst entsteht durch inadäquate kognitive Schemata (Beck)
- Die Angstreaktion verstärkt sich, obwohl man wegen der ausbleibenden negativen Konsequenzen von Seiten des phobischen Objektes eine Löschung erwarten müsste. Im Falle der phobischen Angst wird aber die negative physiologische Reaktion als so massiv erlebt, dass es zu keiner Löschung kommt. So haben die Patienten dann auch eher Angst vor der Angst, die von dem phobischen Objekt ausgelöst wird, als vor dem Objekt selbst.¹⁵
- Aus empirischer Sicht ließen sich **nicht** als Ursachen herausfiltern:
 - Sexualprobleme
 - überprotektives Verhalten der Mütter
 - instabile Familienverhältnisse
 - Passivität
 - Schüchternheit
 - Abhängigkeit¹⁶

(Dia: 7 A 8, 5 B 47[verloren], 8 B 33)

Somit stellt sich im Rahmen der wissenschaftlichen Empirie nicht der Frage einer verursachten oder verursachenden Psychodynamik
- Als Auslöser ist konkreter Stress gesichert:
 - Krankheiten
 - Operationen
 - Ende von Paarbeziehungen
 - finanzielle Probleme¹⁷

(dazu aber Dia: 1 A 16)
- Angst, Depression und Neurotizismus sind hoch korreliert¹⁸
- **Der Stand der Diskussion ist der Bezug auf komplexe psychophysiologische Modelle:**

Der Panikanfall wird als positive Rückkopplung (Teufelskreis) beschrieben; das Abfallen der Angst wird als negative Rückkopplung beschrieben

 - durch Habituation,
 - selbstbegrenzender physiologischer Homöostasemechanismen
 - und kognitive Neubewertung.

Negative Rückkopplungen haben eine protrahiertere Zeitdynamik wie eine positive Rückkopplung; daher baut sich ein Angstanfall langsamer ab, als er sich aufgebaut hat.

¹⁴ Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 181

¹⁵ Eysenk 1968

¹⁶ Marks 1987a

¹⁷ Klein 1964

¹⁸ Watson und Clark, 1984;
und: Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 179 ff

Angstanfälle entstehen durch eine positive Rückkopplung zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und er daraus resultierenden Angstreaktion. Die Modelle betonen die Rolle **interner** Angstausslöser.

1. Die physiologische Veränderung kann entstehen durch
 - körperliche Anstrengung
 - chemische Substanzen
 - situationaler Stressoren (z.B. oder Hitze oder Vollmond)
 - emotionaler Reaktionen (z.B. auch Freude!!)

2. Abnorme Wahrnehmung physiologischer Veränderungen (Dia: 9 A 3/4)
 - Von Angstpatienten werden in der Regel Veränderungen physiologischer Parameter stärker wahrgenommen als von der Durchschnittsbevölkerung
 - Die subjektiven Beschreibungen der Patienten sind dramatischer als es sich durch Messungen nachweisen läßt. Dabei gibt es statistisch keinen Unterschied zwischen Angstanfällen, die spontan auftretend erlebt Werden und Anfällen, die einen externen Auslöser haben.¹⁹
 - Angstpatienten reagieren auf falsche Rückmeldung der Herzfrequenz mit größerem Stress als Normalpersonen²⁰.
 - Bei Ratingfragen neigen die Patienten zur Überbewertung.
 - Patienten mit Angstanfällen zeigen eine selektive Verarbeitung von Gefahrenreizen²¹.

3. Assoziation mit Gefahr
 - Insbesondere bei Veränderungen der biologisch wertigen Vorgänge von Atmung und Puls

4. Emotionale Angstreaktion
 - Die emotionale Angstreaktion mit positiver Rückkopplung auf physiologische Parameter und Kognition

5. Vulnerabilitätsfaktoren
 - Individuelle Prädispositionen sind physiologische oder psychische Diathesen einschließlich solcher, die erst im Verlauf der Störung erworben wurden.

 - Physiologische Prädispositionen wie etwa α_2 -adrenerge Dysregulation, zentrale Chemorezeptoren-Sensitivität oder körperliche Fitness beeinflussen die Wahrscheinlichkeit körperlicher Veränderungen und ihre Wahrnehmung.²²

 - Willkürliche Hyperventilation löst bei Angstpatienten, aber nicht bei Normalpersonen, Angst und körperliche Symptome des Angstanfalls aus²³. Als eine disponierende Bedingung kann bei Angstanfällen die chronische Hyperven-

¹⁹ J. Margraf, S.Schneider; Panik (Angstanfälle und ihre Behandlung), S. 11

²⁰ Margraf et al. 1987 b

²¹ Clark et al. 1988

²² J. Margraf, S.Schneider; Panik (Angstanfälle und ihre Behandlung), S. 24

²³ Bonn et al. 1984

tilation bestehen. Bei 60 % der Fälle besteht eine Diagnosenüberlappung von Hyperventilationssyndrom und Panikstörung und / oder Agoraphobie²⁴.

Vulnerabilitätsfaktoren können die familiäre Umgebung in der Kindheit (Lernen am Modell beim Umgang mit der Angst), hohe genetische Ladung für Angst und non-spezifischen Stress sein. Dies zusammengenommen kann schon in der Kindheit einen vermeidenden und abhängigen Bewältigungsstil induzieren²⁵.

2. Psychoanalytische Positionen

Zur tiefenpsychologischen Theorie der Angststörungen

A. Die Genese der Angststörungen

Die Angst des Angstneurotikers hat zwei Wurzeln: den drohenden Verlust des Objektes und (eng damit verbundenen) den drohenden Verlust der Selbstrepräsentanz.

Im tiefenpsychologischen Modell ähneln sich die genetischen Vorstellungen und die Erfahrungen der Gegenübertragung bezüglich Angststörung und Depression. Dies ist ein weiterer Hinweis Angst, Zwang und Depression als verschiedene Ausprägungen eines gemeinsam seelischen Konfiguration zusammenzufassen.

Die psychodynamische Gemeinsamkeit aller Depression und aller Angststörungen ist

- die Sehnsucht nach dem frühen wichtigen Objekt bzw. der biologische Bezogenheit auf das frühe wichtige Objekt
- die Enttäuschung am Objekt mit der Entwicklung einer affektiven Ambivalenz gegenüber dem Objekt
- die Entwicklung einer Selbstwertstörung

1. Genetische Modelle der Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie

1.1. Angst vor Objektverlust

- Der Angstneurotiker hat nur **schwache Selbst-Objektrepräsentanzen**, die zu verschwinden drohen, wenn das Objekt nicht konkret verfügbar ist. Daher hat der Angstneurotiker ausgeprägte Sicherheitsbedürfnisse und die dazugehörigen Ängste vor dem Verlust dieser Sicherheit. Die Sicherheitsbedürfnisse werden daher extrem mechanistisch und konkretistisch am äußeren Objekt zum Ausdruck gebracht.
- Die "**Repräsentanzschwäche**" der Selbst-Objekte ist **relativ**: eine durchschnittliche ausgebildete Repräsentanz vermag durch eine überdurchschnittlich starke Affektmenge überwältigt werden.
- Entscheidend im späteren Leben ist dann nicht das Gewicht des Äußeren Verlustes sondern die Brisanz des inneren Konfliktes bzw. eine Schwäche der vorhandenen Ich-Strukturen.
- Die innere Repräsentanzenwelt reicht nicht aus, um die in der Beziehung zum Anderen und zu sich selbst auftauchenden Affekte **als psychische Erlebnisse unterzubringen**. Deshalb verarbeitet der Angstneurotiker z. B. den Tod der Mutter konkretistisch über Herzschmerzen anstatt über Trauer.
- **Genetisch** gesehen werden für die "Blässe" und "Schwäche" der Objekt-Repräsentanzen folgende Faktoren diskutiert:
 - systematisches Vermeiden der in der Beziehung zu den Primärpersonen auftauchenden Affekte durch die überängstliche und **affektvermeidende Mutter** und der Übernahme dieses Verhaltens durch das Kind
 - eine Mutter, die selbst Angst vor direkt psychisch erlebten Affekten in der Interaktion hatte und somit selbstständig auf das konkretistisch Äußere ausgewichen ist

²⁴ Margrag et al. 1986a

²⁵ Mathews 1981

- Aufspaltung und Schwächung der Repräsentanz des Primärobjekts durch konkurrierende Primärobjekte
- Fehlen des Vaters

- Prozesse um die **Objektverlustangst** zu mindern
 - a) Aufgabe der Autonomie:

tut der Mensch alles, dass es dem frühen wichtigen Objekt gut geht.
 Er macht sich leicht wie eine Feder,
 ist nur für das frühe wichtige Objekt da,
 lebt einen destruktiven Altruismus
 und verzichtet auf Autonomie und eigene Identität

Die tiefgreifende Infragestellung von Autonomieprozessen kann sich z. B. daran zeigen, dass so gut wie immer das Wort "Ich" vermieden und durch Redewendungen ersetzt wird wie: "man..." oder "ich glaube, ich denke..." oder: "es könnte sein, dass ich denke...".

Der Verzicht auf Autonomie kann sich auch daran zeigen, dass die Eigenwilligkeit nie durch ein "ich will" zum Ausdruck gebracht wird, sondern jeweils hinter ein fremdbestimmtes "ich muss" oder "ich kann nicht" zurückgezogen wird.

Eine kleine Gruppe von Angstneurotikern stabilisieren ihr Selbstvertrauen nicht über äußere Objekte sondern über ein narzisstisch aufgeblähtes Selbstvertrauen.

- b) Die Installierung von Übergangobjekten:

Arzt
 Medikamente
 Medikamente im Handschuhfach
 Telefonnummer des Arztes im Geldbeutel

1.2. Angst vor Selbstverlust

Dort wo im Gegensatz zum Objektverlust der Selbstverlust im Vordergrund der Angststörung steht, wird man Menschen mit einer deutlichen Persönlichkeitsstörung erleben. Die Angstsymptomatik ist schwerer und fluktuierender und breiter (Pan-anxiety).

- Die häufig vorkommende **Angst vor dem Sterben** bedeutet eigentlich Angst vor dem Selbst-Verlust. Dieser Selbstverlust kann über zwei Dynamiken erlebt werden:

1. über die Trennung:

Wenn Objekt und Selbstobjekt nicht genügend getrennt sind, dann geht die drohende Trennung des Objektes mit der Angst des Selbst-Verlustes einher.

Die Lösung ist die **Spaltung** in ein abwesendes, idealisiertes Objekt (das zur Grundlage des Selbstobjektes wird) und in ein anwesendes, gehasstes Objekt.

Die Objektbeziehungen des Patienten folgen dann einem strikten Schwarz-Weiß-Muster (bei sich selbst und bei anderen), in dem es keinen Platz für weichzeichnende Zwischentöne gibt. Gleichzeitig kommt es zu abrupten Verschiebungen von der Idealisierung zur Abwertung, wenn sich ein idealisiertes Objekt als enttäuschend erweist.

Diese Abwertung ist für den Patienten eine gefährliche Operation, da in der Abwertung die vom Objekt nur unklar unterschiedenen Selbstrepräsentanzen mitbetroffen sind und diese Operationen die Gefahr in sich bergen (in dem Maße wie die Spaltung nicht funktioniert) in schwere narzisstische Depressionen mit Suicidideen münden - begleitet von schweren Panikattacken und süchtigem Ausgieren (als Ausweichverhalten gegenüber der Angst).

2. über die Annäherung:

Wenn Objekt und Selbstobjekt nicht genügend getrennt sind, dann geht die Annäherung des Objektes mit der Angst des Selbst-Verlustes einher.

Solche Patienten fühlen sich unvollständig und fragmentiert, wenn sie kein entsprechendes Objekt zur verschmelzenden Identifizierung finden; gleichzeitig muss diese Verschmelzung auch wieder durch **Abwertung** infragegestellt werden, da sich mit der verschmelzenden Identifizierung die Gefahr des Identitätsverlustes verbindet. In der Nähe zu einem anderen Menschen entwickeln diese Patienten daher oft massive Angstsymptomatiken.

2. Neurosogenetische Vorstellungen

Die Reifung der Angstfähigkeit geht bei einem Kind von einem **diffus-panischen, körpernahen Angstzustand** hin zu der entsomatisierten Real- bzw. Signalangst. Als Reaktion auf ungelöste Konflikte vermag diese Reifung verhindert zu werden.

- Die internalisierten, zu **prägenitalen** Konflikten in Beziehung stehenden **bösen Objektbilder** können sich bei den Patienten in Form **sadistischen Über-Ich-Vorläufer** integrieren. Da diese zu überwältigend sind, werden sie in Form von bösen äußeren Objekten externalisiert.

- Um dem anwesenden furchterregenden Objekt die affektive Besetzung zu entziehen kommt es zu einer primären Depression, zu einem Zustand der Leere und des Nicht-Seins.
- Eine oft beobachtete Anhedonie dieser Patienten ist ein Kontrollversuch ihrer exzessiven Wut gegen die eigentlich geliebten, aber als frustrierend erlebten Objekte. Wo kein Bedürfnis geäußert wird, kann es nicht frustriert werden. In der Frustration des Bedürfnisses wird aber nicht nur die Frustration eines Bedürfnisses erlebt sondern die Infragestellung des Selbstes. Die Anhedonie der Patienten, ihr "wunschloses Unglücklichsein", ist daher der Versuch, die Frustration der Einschränkung in der Auseinandersetzung mit den realen Objekten zu vermeiden, der Äußerungen von Bedürfnissen zwangsläufig unterliegen.
- Der Patient mit einer Angststörung kann **schlecht intensive Gefühle ertragen**, weil Gefühle libidinöser **und** aggressiver Natur auf **dasselbe** Objekt gerichtet sind (das sowohl geliebt als auch frustrierend erlebt wird). Daher werden intensive Gefühle **ambivalent** erlebt. Der angstneurotische Mensch hat große Angst, dass er durch seine womöglich destruktive Aggression gerade das für ihn existentiell nötige Objekt vernichten oder feindlich einstellen könnte.
- Um der Ambivalenz zu entkommen zeigt der Patient eine **Aggressionshemmung** gegen das geliebte Objekt und **Wendung ins Gegenteil**. Damit werden die häufigen Gewaltträume erklärt und die oft typische Freundlichkeit der Angstpatienten.
- Abwehr von Triebspannung: z. B. steckt unter der Angst einer Frau, auf die Straße zu gehen, der Impuls, mit einem anderen Mann die aus dem Unbewussten andrängenden libidinösen Es-Anteile zu leben. (Angst als **Konversionsneurose**)
- Eine andere Theorie bezieht sich bei der Entstehung der Angststörungen auf die **Achtmonatsangst** in der sich die ersten Unterscheidungsmöglichkeiten von Selbst und Nichtselbst zeigten (Eine Ansicht, die durch die experimentelle Säuglingsbeobachtung von Daniel Stern widerlegt ist). Auslösung im späteren Leben durch anstehende Individuierungsschritte z. B.:
 - notwendige Ablösung aus einer Partnerbeziehung
 - notwendig gewordenen Eigenständigkeit innerhalb einer Partnerbeziehung
 - notwendige Ablösung aus der Herkunftsfamilie
 - Lebenssituationen, die eine neue Selbstdefinition verlangen (z.B. bei Frauen in der Prämenopause).

3. Ersatzobjekt-Theorie bei Phobien

- Im Bezug auf Phobien wird das phobisch besetzte Objekt als symbolisch gewertet, sondern es als Ersatzobjekt für ein Objekt aus der realen persönlichen Geschichte steht.

B. Übertragung und Gegenübertragung als Symptomatik

Die Angststörungen haben im Erleben des Therapeuten eine nahe Verwandtschaft zu Konversionsreaktionen und der Hypochondrie. Wie der hypochondrische Patient ist der Angstpatient häufig sensitiv und übergewissenhaft. Während der hypochondrische Patient seine Befürchtungen auf den Körper bezieht (ohne dass "etwas" gefunden werden kann) werden die Befürchtungen des Angstpatienten aber zusätzlich noch von vegetativen Reaktionen begleitet, unterhalten und ausgelöst. Ein Übergang zwischen Hypochondrie und Panikstörung wäre z.B. die "Herzneurose". Der Unterschied zwischen Angststörung und Konversion ist der, dass der Mensch mit einer Konversion auf etwas verweist, das alle anderen deutlich sehen können, während der Mensch mit einer Hypochondrie bei anderen die Reaktion hervorruft: "da ist doch nichts zu finden!".

1. Der Arzt als funktionalisiertes Objekt

- Enervierende monotone, stereotype, **konkretistische Dialoge**, mit der bemerkenswerten Tendenz, trotz der großen Angst doch fast wie mit Genuss ständig über die Angst zu sprechen. Beim Therapeuten können dabei Wut, Ohnmachtgefühle und Versagensängste entstehen.
- Oft wird vom Therapeuten eine **Klammerungstendenz** bemerkt, die vom Patienten von der Ratio her oft zugestanden aber letztendlich nicht hinterfragt wird.
- Druck beim Therapeuten, da im psychoanalytischen Setting von den Patienten oft der Vorwurf kommt, **keine konkrete Hilfe** zu bekommen wo doch der (in der Regel omnipotent phantasierte Therapeut) mit seinen magischen Kräften die Probleme wegzaubern könnte.

2. Der Arzt als Übergangsobjekt

- Die Instrumentalisierung des **Therapeuten zur Hilfs-Ichfunktion** und zum magisch-omnipotenten Objekt bei Angstneurotikern kann erfasst werden mit dem Winnicott'schen Konzept des **Übergangsobjektes** oder Greenacres Beschreibung des kindlichen Fetischs. Aber im Gegensatz zur entwicklungsfördernden Funktion in den Zeiten der Ambivalenz und der noch nicht fixierten Objekt-Konstanz hält in späteren Entwicklungsphasen der **infantile Fetisch** eine psychische Differenzierung auf.

- In der Zeit, in der beim Kind noch eine Ambivalenz in der Objektbeziehung überwiegt, dient das Festhalten am **Übergangsobjektcharakter der Objekte** zur Bewältigung dieser Ambivalenz. Der Übergangsobjektcharakter der Objekte zeigt sich innerhalb der Übertragungsbeziehung in der Instrumentalisierung des Therapeuten.
- Oft zeigt sich, dass der Patient **multiple Übergangsobjekte** hat (d.h. andere Ärzte). Das führt beim Therapeuten zu Ärger und Aggressionen.
- Der Arzt sieht sich in der Aufgabe, den Schnuller abzugewöhnen (Medikamente, Alkohol, sich als selbst als Arzt usw.)
- Der Therapeut hat oft den Eindruck, dass er als Retter hoch idealisiert wird; aber am Schluss einer Therapiestunde fühlt er sich oft funktionalisiert für Rezepte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Überweisungen für diagnostische Untersuchungen (= Übergangsobjekt, d.h. der Patient hat etwas in der Hand) . Es ist, als wäre alles das, was in der Stunde gerade durchgearbeitet worden ist, überhaupt nicht gewesen.
- Für einen nur analytisch arbeitenden Therapeuten ist die Situation schwierig, weil der Patient ihn nicht als Übertragungsgegenüber nimmt sondern als realen Arzt, der ganz konkret Schutz bietet.

3. Aktivierung des Bindungssystems

- Es scheint manchmal so, als wolle der Patient die Angst nicht hergeben. Nach den Verhaltensprotokollen geht die Angst zurück, aber es ist so, als interessiere ihn das nicht; es ist so, als **wolle er immer nur beruhigt** werden. Er stellt immer dieselben sorgenvollen Fragen, obwohl die Symptomatik sich deutlich gebessert hat. Es ist die das "Quengeln", das nach der Bindungstheorie das Bindungsverhalten der Bindungspartner auslöst.
- In immer gleichen Wiederholungen mit immer denselben Details wird die Angst geschildert. Der Patient fragt immer wieder : "**woher kommt diese Angst?**" oder: "**Glauben Sie, dass es noch einmal besser wird?**" Diese Frage ist oft formelhaft und die Antworten des Therapeuten -auch wenn sie sorgfältig mit dem Patienten erarbeitet wurden- scheinen keine Kraft zu haben, die Häufigkeit dieser Frage zu reduzieren. An einer echten Beantwortung der Frage wird sowohl bewusst als auch unbewusst (z.B. bei Gestaltungsarbeiten oder imaginativen Techniken) nicht mitgearbeitet.

4. Aufgabe der Autonomie

- Angstpatienten erscheinen oft **freundlich und nett**. Die Schilderung von Angstgefühlen und insbesondere von verletzenden oder kränkenden Situationen werden oft von einem Lächeln begleitet.
- In der Therapiestunde besteht durch den Angstpatienten aber die Tendenz den Therapeuten so zu behandeln, dass dieser die bestmöglichen Chancen hat, sich **ebenfalls freundlich**, stützend und harmonisch zu verhalten. In der Gegenübertragung taucht der Ambivalenzkonflikt (nämlich dass der Patient an seinem frühen Objekt frustriert ist und nur freundlich ist, um sich nicht noch mehr Frustrationen einzuholen) dennoch auch auf: man möchte helfen, aber das ständige Gejammerge geht einem auf die Nerven.
- Angstpatienten haben trotz ihrer Freundlichkeit oft **Angsträume mit aggressiven und destruktiven Inhalten**. Sie vermögen auch gegen den Therapeuten aggressiv zu inszenieren aber selten direkt sondern z.B. über den Partner.
- Ein kleinerer Teil der Patienten imponiert durch eine **besondere Selbstständigkeit**: Medikamente werden über nacht abgesetzt, kaum dass ihre Einnahme problematisiert wurde. Sie wollen gar nicht mehr in die Stunde kommen, sondern holen sich telefonisch Tipps, wie sie weitermachen können.

5. Therapietechnische Fragen

- **Psychodynamische Überlegungen beruhigen den Patienten so gut wie nie**. Eher sorgfältig erarbeitete konkrete und logische Erklärungen. Logische Erklärungen helfen aber nur, wenn durch die Überprüfung der logischen Strukturen gewährleistet ist, dass der Patient im Augenblick der Rezeption der logischen Argumentation nicht in seinem Angst-Bewusstseinszustand ist.
- Durch **Deutung der Übertragung** können die gefühlsmäßigen Beziehungsaspekte schlecht bewusst und erlebbar gemacht werden: sie werden in der Regel hartnäckig abgewehrt und sie vermögen das monoton sich wiederholende konkretistische Anklammern nicht zu unterbrechen und führen oft eher zu einer Zunahme der Symptomatik und zum Agieren.

3. Holotroper Ansatz nach Stanislav Grof

- Nach Stanislav Grof verschiedene Typen der Angst je nach Zeitpunkt des Geburtstraumas

4. Jungianischer Ansatz

- siehe unter dem Absatz "Der Schrecken des Pan"

5. Reinkarnationstherapeutischer Ansatz

(Dia: 6 A 33/39/35 [Wiederholung])

- Reinkarnationstherapeuten beziehen die Entstehung von Angststörungen verschiedenster Art auf Erlebnisse in vergangenen Leben (siehe Diaserie von der multiplen Persönlichkeitsstörung)

6. Biologischer Ansatz

- Bezüglich Phobien wird davon ausgegangen, dass sie sich vorwiegend auf Objekte beziehen, die **phylogenetisch Stressoren** für die Menschen gewesen sind: giftige Spinnen, Schlangen, Wölfe oder "Weit von zuhause weg sein". Diese Angst ist auch beim heutigen Menschen biologisch als Pattern gespeichert (phylogenetisches Gedächtnis; "biologisch vorbereitet") und kann in der Kindheit als allgemeine Antwort auf Stressoren aktiviert werden. Daher sind sie auch schnell aquiriert und schlecht zu löschen. Nicht nur das Vermeidungsverhalten ist biologisch vorbereitet sondern auch das aktive Aufsuchen von sicheren Orten oder Personen.²⁶
- Starker Stress vermag das Gehirn im Bereich des **Hippocampus** zu schädigen, z.B. bei Menschen, die im Kindesalter Kriegsängste oder Misshandlungen erlebten. Im Hippocampus bekommen afferente Sinnesreize ihre affektive Tönung. Diese biologischen Veränderungen wurden z.B. bei Vietnam-Veteranen beobachtet, bei denen eine Reduktion der Masse des Hippocampus bis zu 26 % beobachtet wurde. Diese Reduktion der Masse wurde beidseitig beobachtet im Gegensatz zu Erwachsenen, die als Kinder misshandelt wurden, wo nur eine linksseitige Massereduktion (bis zu 12 %) beobachtet wurde. Korreliert sind diesen anatomischen Befunden eine vermehrte Inzidenz von Depressionen und eine vermehrte Angstbereitschaft. Der pathophysiologische Mechanismus scheint der zu sein, dass die chronische Ausschüttung des "Stresshormons" Cortisol die Nervenzellen im Hippocampus schädigt.²⁷
- Elektrische Reizung limbischer System im **Gyrus cinguli** kann bei Patienten zu Panikattacken führen.²⁸
- Patienten mit Panikattacken weisen im frontalen Bereich des **Temporallappens** starke neuronale Aktivitätssteigerungen auf.²⁹
- Im Magnetresonanzbild lassen sich bei Panik-Patienten häufig Läsionen im ventralen Pol des Temporallappens nachweisen.³⁰

²⁶ Seligmann 1971

²⁷ Science, Bd 273, S.749

²⁸ Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 134

²⁹ Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 134

³⁰ Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 134

- Injektion von Beta-Carbolinen oder Pentetrazol in subconvulsiven Dosen (beide als anxiogene Substanzen bekannt) aktivieren die **Corpora mammilaria**, die ventralen Thalamuskern und den frontalen Kortex.³¹
- Neuere Untersuchungen zeigen, dass Panikpatienten und Kontrollpersonen sich nicht qualitativ in ihren Reaktionen auf biochemische Stressoren (z.B. Natriumlaktat-Infusionen oder CO₂-Inhalationen), wohl aber stark in den Ausgangsniveaus von Angst und Aktivierung unterscheiden.³²
- Die Erklärung des Panikanfalls "ohne Ursache": bei einem Angstpatienten treten nicht besondere Veränderungen in besonderer Stärke auf sondern physiologisch adäquate Veränderungen werden bewusster wahrgenommen und anders konnotiert als dies eine Normalperson täte. Die Wahrnehmungen von Veränderungen ist auch während des Schlafes möglich (Angstfälle, die aus dem Schlaf heraus kommen); z. B. hört man im Schlaf den Schlüssel an der eigenen Haustüre heraus, während man auf die Schlüsselgeräusche der Nachbarn nicht achtet. Eine andere Erklärung: das Herz kann man im Liegen eher schlagen spüren.

E. Behandlungsverfahren

1. In der Regelpsychotherapie anerkannte Verfahren

- Verhaltenstherapie
- Psychoanalytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

2. Kognitiv-behaviorale Verfahren (Verhaltenstherapie)

2.1. Allgemeines

- Es lohnt sich auch bei Persönlichkeitsstörungen mit fluktuierender Symptomatik fokussiert an der Angststörung zu arbeiten. Zum therapeutischen Rational bei Frühstörungen siehe das Kapitel "Der Schrecken des Pan"
- Das Vorgehen ist stark strukturiert und direktiv
- Viel hängt davon ab, ob es gelingt den Patienten insbesondere am Beginn zur intensiven Mitarbeit zu bewegen, d.h. mehrmals in der Woche, möglichst an aufeinander folgenden Tagen, für mehrere Stunden
- Katamnesen von bis zu 9 Jahren zeigen, dass die Ergebnisse kognitiv-behavioraler Therapie stabil und Rückfälle selten sind.³³ Es kommt auch zu keiner Symptomverschiebung oder zu einer Verschlechterung der Paarbeziehungen.³⁴
- Die Konfrontationsverfahren sind die effektivsten Therapieformen für Angststörungen.³⁵

³¹ Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 134

³² Übersichten Ehlers et al. 1986b; Margraf et al. 1986b

³³ Fiegenbaum, 1988

³⁴ Marks 1987a

- Bei den Konfrontationsverfahren sind die in-vivo-Verfahren den In-sensu-Verfahren ("Implosionsverfahren") überlegen.³⁶
- Für die Behandlung spezifischer Phobien hat sich die Systematische Desensibilisierung als geeignet erwiesen; aber weniger für agoraphobische Ängste.³⁷

2.2. Beginn der Behandlung

- **Bestätigen, dass im Körper tatsächlich etwas ist**; dass das, was wahrgenommen wird, nicht "psychisch" ist sondern physiologische Realität; denn der Patient hat oft als letzte Botschaft vom Somatiker "da ist nichts" oder "das bilden Sie sich nur ein".
- Klarmachen, dass nicht die Angst **sondern der Umgang mit der Angst** behandelt wird
- Klarmachen, dass das Ziel der Therapie ist es, **möglichst viel Angst** zu erleben, um den Umgang mit ihr zu lernen
(Dia: 7 B 27)
- **Genaue Erklärung** des Vorgehens auf kognitiver Ebene
- Durch **Rollentausch** läßt sich der Therapeut vom Patienten das therapeutische Rational erklären
- Klarmachen, dass es die **eigenen Fähigkeiten** des Symptomträgers sind, die die Angststörung besser werden lassen
- Klarmachen, dass die Therapie **wissenschaftlich fundiert** ist und hilft
- Klarmachen, dass es **keine monokausale** Erklärung der Angstanfälle gibt
- Bei Häufung von Angststörungen in der Familie klarmachen, dass es keine "Vererbung" gibt sondern höchstens **vererbte Dispositionen**
- Eines der guten **Angstbücher** zum Durcharbeiten mit nach Hause geben³⁸
- **Absetzen von Medikamenten** (Antidepressiva, Anxiolytika, Beta-Blocker), natürlich nur in Absprache mit dem verordnendem Arzt, dem man klarmachen kann, dass sich unter den Bedingungen einer Psychotherapie eine veränderte Situation ergeben hat.
- **Alkoholverbot** (eventuell stationärer Entzug)

2.3. Kognitive Techniken der Angstanfälle

- Führung eines Angsttagebuchs (Dia: 9 A 6/7)
- Bei Angstanfällen aus "heiterem Himmel" Herausarbeitung internaler Auslöser und chronischer Stressmuster durch die "Anatomie" eines typischen Angstanfalls:
 - Situation
 - Körperreaktionen
 - verbale Kognitionen ("Selbstgespräche") sowie Vorstellungsbilder und Erinnerungsbilder
 - Verhalten (Ausweich- und Sicherheitsverhalten)
 - In welchen Situationen häufiger, wann weniger, wann leichter, wann schwerer?

³⁵ Grawe et al., Psychotherapie im Wandel

³⁶ Grawe et al., Psychotherapie im Wandel

³⁷ Grawe et al., Psychotherapie im Wandel

³⁸ Margraf und Schneider: Panikstörung oder Isak Maaks: Angststörungen

- Verhalten und Einstellungen anderer Personen (auch der Ärzte!!)
- Eigene Konzepte des Patienten über den Charakter der Panikstörung

- Erklärung der 4 Angstarten

(Dia: 7 B 28/29 bzw Folie von Strobel)

- a) Anfall aus einer Phase erhöhter Angst heraus

1. Die erhöhte Angst entsteht durch vermehrten allgemeinen oder konkreten Stress im Leben
2. Die erhöhte Angst besteht darin, vermehrt zu erwarten einen Angstanfall zubekommen

- b) Anfall aus einer Phase normalen Angstpegels heraus

3. bei Tag
4. aus dem Schlaf heraus

- Erklärung der Wichtigkeit innerer Reize bei "plötzlichen" Anfällen:

- Erhöhte Aufmerksamkeit für Veränderungen normaler physiologischer Parameter
- Herausarbeiten, wodurch physiologische Parameter sich verändern können.

Nämlich durch

- .. körperliche Belastung
- .. falscher Atem (chronisches Hyperventilationssyndrom: prüfen des $p\text{CO}_2$ nur in Klinken mit Intensivstation möglich)
- .. falsche Ernährung (z.B. Blähungen, die das Zwerchfell hochdrücken)
Gefühle (auch Freude!!)

- Hinweis, dass der Anfall vielleicht auch nur deshalb als "plötzlich" erscheint, weil man in der eigentlichen Auslösesituation (z. B. Streit) den Stress gar nicht wahrgenommen hat, weil man abgelenkt war.

- Erklärung der Anfälle bei Nacht

Das Gehirn ist auch in der Nacht aktiv und nimmt wahr und bewertet (Mütter!!)

Gerade in der Nacht gibt es starke physiologische Umstellungen (z.B. schaltet der Körper gegen 3 Uhr in der Nacht von Vagotonus auf Sympatikotonus um)

- Erklärung, dass auch die plötzliche Angst eine Anstiegsphase hat.

(Dia: 7 B 29 [Wiederholung])

Unterschied zwischen schneller positiver Rückkopplung und langsamer negativer Rückkopplung

- Erklärung des "Teufelskreises" der Angst aus den vier Komponenten:

(Dia: 7 B 26)

Körper
Gedanken
Gefühl
Verhalten

- "Hieb- und stichfeste" Erklärung jeder Körperreaktion in der Sprache des Patienten (möglichst medizinisch und naturwissenschaftlich logisch; wenn es vom Hintergrund des Patienten her sein muss, dann auch in der Sprache der "erwachenden Kundalini")

- Identifizierung dysfunktionaler Gedanken
 - durch das Induzieren einer Angstsituation
 - oder durch: "wenn sie sich jetzt noch erinnern könnten"
 - oder durch genaue Analyse der letzten Situation
 - oder im Hypnoid
 - oder durch: "was würden sie denken, wenn es jetzt so wäre"

- Korrigieren der Überzeugungskraft von dysfunktionalen Gedanken (Überzeugungsratings)
 - Alle Beweise für die dysfunktionale Überzeugung restlos aufzählen lassen
 - Identifizierung von Beobachtungen, die der dysfunktionalen Überzeugung widersprechen
 - sowohl für die Zeit zwischen den Anfällen
 - als auch für die Zeit im Anfall
 - Die Reframings erst beenden, wenn das neue Denkmodell für das Jetzt und die Angstsituation 100% angenommen ist. Wenn die nicht zutreffenden Überzeugungen nicht abnehmen ist die Therapie blockiert!
 - Wichtig:
 - Unterschied zwischen befürchteter Ohnmacht und tatsächlicher Ohnmacht (Ohnmacht wegen steigendem Blutdruck nicht möglich. Unterschied zwischen vagovasaler Synkope und Synkope bei Konversionsstörung und progressiver Hyperventilation erklären)
 - Erklärung der Brustschmerzen (nach oben verschobene Atemmittellage)
 - Erklärung des Schwindels (durch die Veränderung der chemischen Zusammensetzung des Blutes)
 - Erklärung diverser anderer Körpersymptome, die oft "hypochondrisch" vorgebracht werden. (durch Störung der Endplattenpotentiale der afferenten Nervenfasern durch die Veränderung der chemischen Zusammensetzung des Blutes infolge Hyperventilation kann es zu den verschiedensten Parästhesien kommen, die dann nur für diesen einen Patienten spezifisch zu sein brauchen: z.B. Kribbeln am Hoden)
 - Erklärung des Gefühls verrückt zu werden (Derealisations- und Depersonalisationserleben durch Änderungen im elektrophysiologischen Gleichgewicht im zentralnervösen System infolge der Hyperventilation. Noch keiner ist verrückt geworden.)
 - Erklärung, warum ein Anfall in der Entspannung auftreten kann (Das Lösen von Muskelspannungen kann unangenehme Körpersensationen hervorrufen)
 - Erklärung, warum oft morgens eher ein Angstanfall auftritt (Niedriger Blutdruck; eventuell Hypoglykämie; eventuell erhöhtes Serotonin)

Statt der Erklärung der Körpersymptome lassen sich im Hypnoid auch gut Reframings dieser Körpersymptome durchführen.

- Analyse fehlerhafter Logik
 - Schlüsse auf Grund unzulässiger Beweise
 - Unzulässige Generalisierungen (verabsolutierendes Denken; Immer-wenn-Denken)
 - Unterschied zwischen möglichem Eintreten und sicherem Eintreten von Gefahren
 - logisch falsche Verknüpfungen
 - Alles-oder-Nichts-Denken (Schwarz-Weis-Denken)
 - Entkatastrophisieren durch "was-wäre-wenn"-Fragen.
 - (Angstpatienten denken in der Regel bezüglich ihrer Symptomatik nicht in logischen Schritten bis zum Ende.)
 - Korrektur dramatisierender Formulierungen wie "wahnsinnige" Kopfschmerzen oder "tödliches" Kribbeln

- Erarbeitung hilfreicher Selbstinstruktionen für **jede** Stufe des Anfalls
Was würden sie einem anderen raten, sich in dieser Situation zu sagen?
Was würde sich jemand sagen, der mit dieser Situation gut zurechtkommt?
(möglichst in der Therapie schriftlich erarbeiten und mitgeben. Schriftlich erarbeitete Anweisungen in kleinere Schrift aus dem PC ausdrucken: sie werden sich als Übergangsobjekte ihm Geldbeutel untergebracht [in diesem Falle hilfreich])
- Auflösung des magischen Denkens
Die Angst auflösen, dass durch Sprechen über die Ängste ein Panikanfall eintreten könnte, indem über die Ängste gesprochen wird
- Im Hypnoid die Angstsituation durcherleben lassen
auch hier muss das Abfallen der Angst erlebt werden
- Angst vor Rückfällen
Das restliche Leben ist eine immer weiter steigende Möglichkeit mit der Angst umgehen zu lernen. Wenn allgemeiner Stress zunimmt, ist wieder mit Anfällen zu rechnen. Es wird keine Null-Angst geben.

2.4. Reizkonfrontation bei Angstanfällen

- Provokationstests:
 - Hyperventilationstest (eventuell pCO_2 prüfen bei Verdacht auf chronische Hyperventilation)
im Beisein des Therapeuten (auch mit Lageänderung - im Liegen ist das Herz besser zu spüren)
ohne Therapeut
aufgesetzte Hyperventilation
 - Körperliche Belastung
Fitness-Studio mit Pulsfrequenzmesser
 - Schnelles Drehen des Kopfes
(wobei der Schwindel bei der Panikstörung in der Regel kein Drehschwindel ist!!)
 - Visuelle Irritationen
irritierende Tapeten- oder Raumdecken oder vorbereitete Graphiken
 - Fokussieren auf ein Körperorgan
(Durch Fokussierung auf Herzschlag oder Atmung erhöht sich das Angstniveau ohne dass sonst etwas Besonderes stattgefunden hätte)
 - Assoziationspaare lesen
(z. B.: Atemnot = Ersticken; Herzschmerz = Sterben; usw.)
- "Blow up"-Technik: Empfindungen und Befürchtungen werden humorvoll übertrieben³⁹
- Paradoxe Intention: der Patient soll Angst willentlich herbeiführen und solange ängstlich bleiben, wie es ihm möglich ist.⁴⁰
- Paradoxe Interventionen im Rahmen systemischer Familientherapie.⁴¹

2.5. Konfrontationsübungen bei Speziellen Phobien und Agoraphobie

Erstens:

Entweder Verhinderung des Auftretens negativer körperlicher Reaktionen bei Exposition (=Systematische Desensibilisierung)

³⁹ Lazarus 1984

⁴⁰ Michelson et al., 1985 und 1986

⁴¹ Haley 1979

oder zweitens:

Erleben des Nachlassens der körperlichen Reaktionen in Gegenwart des Angstreizes [Dazu siehe Goethe⁴²]

- durch graduierte Reizkonfrontation
- oder durch massive Reizkonfrontation (Floating=Reizüberflutung)

Für die ambulante Praxis bewährt es sich, die Therapiestunden für Floating einzusetzen und den Patienten zu schulen, zwischen den Therapiestunden mit graduierter Reizkonfrontation zu arbeiten.

Die Aufgaben für die Zeit zwischen den Therapiestunden besprechen. Keine Lücken entstehen lassen, insbesondere in der Anfangszeit! Aufgaben schriftlich erarbeiten!

In einer Konfrontation muss der Patient die Erfahrung gemacht haben, dass die Angstsymptomatik auf der physiologischen und emotionalen Ebene **wieder nachgelassen** hat. Das wichtigste Hilfsmittel dazu ist die akkurate Symptombeobachtung während der Angst.

2.6. Hilfen zur unspezifischen Entstressung

- Allgemeines Entstressen des Alltags
- Training sozialer Fertigkeiten
- Bei Patienten mit Angstanfällen **zusammen mit** Agoraphobie hat die Einführung der Progressiven Muskelrelaxation eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses zur Folge. Bei Angstanfällen allein konnte keine Verbesserung beobachtet werden.⁴³

3. Psychoanalytische Psychotherapie

- Schon Freud schrieb 1917, dass bei Phobikern die klassische Psychoanalyse nicht hilfreich ist:

"Unsere Technik ist aus der Behandlung der Hysterie erwachsen und noch immer auf diese Affektion eingerichtet. Aber schon die Phobien nötigen uns, über unser bisheriges Verhalten hinauszugehen. Man wird kaum einer Phobie Herr, wenn man abwartet, bis sich der Kranke durch die Psychoanalyse bewegen läßt, sie aufzugeben...."⁴⁴

- Richter und Beckmann (1973) lehnen eine Große Psychoanalyse als ungeeignet bei Herzneurotikern ab.
- Die Behandlung mit der psychoanalytischen Standardmethode - liegend, viermal in der Woche - ist nicht möglich.⁴⁵

⁴² Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 1080

⁴³ Bonn et al., 1984

⁴⁴ Freud 1947, S. 191; nachzulesen: J. Margraf, S.Schneider; Panik (Angstanfälle und ihre Behandlung), S. 32

⁴⁵ Stavros Mentzos (Hg); Angstneurose, Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte

4. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verschiedenste Therapieverfahren und Techniken.

5. Weitere anerkannte Therapieverfahren

- Familientherapie (besonders bei kindlichen Ängsten)
- Systemische Therapie
- NLP: Arbeit mit verschiedenen Dissoziationstechniken und Arbeit mit Submodalitäten und Ressourcen. Zusammengefasst im Reimprinting.⁴⁶

6. Häufig von den Betroffenen in Anspruch genommene Therapieformen

- Bachblüten
- Homöopathie
- Kinesiologie⁴⁷
- Akupunktur
- Geistheiler

7. Pharmakologische Therapie

Die Verschreibung von Psychopharmaka ist unter unkomplizierten Bedingungen unter lerntheoretischen Gesichtspunkten und vor allem wegen der Suchtdynamik kontraindiziert. Anders sieht die Situation aus bei Angststörungen bei denen zusätzlich eine Psychose, eine Major Depression oder eine Mini-Psychose (psychotische Reaktionen bei sogenannten Frühstörungen) diagnostiziert wird.

F. Der Schrecken des Pan

Der Patient, der zu einem Therapeuten kommt mit einer Angststörung, fühlt sich nur dann verstanden, wenn er spürt, dass sein Gegenüber akzeptiert, dass seine bedrängende Erfahrung nicht einfach eine "starke" Angst sondern eine "panische" Angst ist.

Es ist interessant, den Begriff der "Panik", der sich für die zu besprechende Symptomatik aufdrängt, zu untersuchen. "Panik" ist von dem griechischen Gott Pan abgeleitet. Der Gott Pan hatte im griechischen Bewusstsein schon vor der hellenistischen Epoche eine Metamorphisierung erfahren von einer allgewaltigen, furchterregenden Naturgottheit (pan = alles) hin zu einem bocksfüßigen, satyrhaften "Pan"flötenbläser. Schrieb man dem satyrhaften Pan die Erfahrungsmöglichkeit naturnaher, ekstatischer Sinnlichkeit zu (in dieser Gestalt wurde er dann für körper- und sinnenfeindliche Teile des Christentums zur Gestalt des Teufels), so wurde der ursprüngliche Pan ganz anders erlebt. Im "panischen" Schrecken, der die Erscheinung des Pans auslöste, erlebte sich der damalige Mensch in einem Zustand, in dem er "außer sich", das heißt ohne eigenes Ich-Zentrum war. Das sind Angst-Erfahrungen, wie sie Menschen der heutigen Kultur in Depersonalisations-/Derealisationszuständen oder in den Desintegrations-Erfahrungen des sogenannten Borderline-Zustandes beschreiben. (Ähnliches wird bei den Phänomenen der "erwachenden Kundalini" oder dem "Spirituellen Erwachen" der Schule von Stanislav Grof beschrieben.)

⁴⁶ Alexa Mohl, Der Zauberlehrling, Das NLP Lern- und Übungsbuch

⁴⁷ Roger J. Callahan; Leben ohne Phobie

Gerade Menschen mit Borderline-Zuständen oder mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen vermögen sich in Gestaltungsarbeiten so mitzuteilen, dass der eigentliche Strukturprozess der "Panik" nachvollziehbar wird. Diese Gestaltungsarbeiten weisen sehr oft

- kein eigenes, die Gestalt haltendes Zentrum auf
- oder es tauchen Augen auf, die typischerweise über die gesamte Gestaltung verteilt, von oben und von allen Seiten blicken
- oder die Gestaltung wird durch einen Ring von Augen oder Augenäquivalten zusammengehalten

Das altgriechische Wort *derkomai* (=derkomai) wird allgemein mit dem aktiven Wort "blicken" übersetzt. In der altgriechischen Wortbedeutung schwingt aber gleichzeitig mit dem aktiven Anteil des Blicks auch noch der passive Anteil mit, der berücksichtigt, dass beim Blicken eigentlich etwas in den Menschen eindringt. Für den Menschen der heutigen Zeit ist der Aspekt des passiven Blickens [= des Schauens] so gut wie verloren gegangen. Wenn der alte griechische Mensch die ersten Keime eines ichhaften, aktiven Blickes in seinem Bewusstsein entwickelt hatte, so gingen ihm diese Ansätze in der Erfahrung des Pan wieder verloren: er erlebte sich von der ringsumgebenden Natur nur noch angeblickt, ohne dieser anblickenden Natur aus einem eigenen Ich-Zentrum heraus standhalten zu können. Wie stark dieses Angeblicktwerden erlebt wurde zeigt sich auch daran, dass aus dem Wort *derkomai* sich das Wort *drakon* (= Drache) ableitet⁴⁸; und das Feuerspeien des Drachens ist eigentlich nichts anderes als der feurige Blick, der den ich-losen oder ich-geschwächten Menschen (oder den Menschen der noch nicht in sich ruht oder der gerade außer sich ist [= der seine Ich-Instanzen dispensiert hat]) zu vernichten droht. Besteht der Mensch aber die Gefahr des Pan oder des feuerspeienden Drachens, überwindet er seine Angst (d. h., entwickelt er seine Ich-Instanzen), dann hat er einen wichtigen Schritt in seiner Bewusstseinsentwicklung getan.

Diese, in einem jungianischen Verständnis dargelegte Symptomatik der Panikstörung, läßt verstehen, dass unter den Menschen mit Panikstörungen, insbesondere unter den Menschen mit einer diffusen und multiplen Symptomatik, gehäuft Menschen mit einer schweren Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden können.

G. Die Rolle der Angst in der Existenzphilosophie

Das denkerische Durchdringen der menschlichen Existenz in der Weise, wie sie im letzten Jahrhundert in einem gewissen Gegensatz zur idealistischen deutschen Philosophie entstand, ist wie eine denkerische Vorwegnahme dessen, was manchen heutigen Beobachter von einem "Zeitalter der Angst" sprechen läßt. Das Denken der Existenz und das Erleben der Existenz, wie sie insbesondere Kierkegaard in seinem eigenen Leben gelebt hat, ist in der heutigen Zeit, dem "Zeitalter der Angst", auseinandergefallen in diejenigen, die die Existenz geängstigt durchleben, und diejenigen, die diese geängstigten Menschen mit nahezu 1000 wissenschaftlichen Veröffentlichungen pro Jahr distant beforschen. Die Existenzphilosophen bringen das menschliche Ich in Begegnung mit der Absurdität seiner Existenz; die Ich-Erfahrung und die Erfahrung des Selbst-Bewusstseins gerät im Existentialismus in die Nähe zu der Erfahrung des Nichts. Und gerade dies ist die Erfahrung der Menschen, die in sogenannten Borderlinezuständen sich selbst nicht mehr zu definieren wissen und über Entfremdungs- und Derealisationserlebnisse der Erfahrung begegnen, verrückt zu werden. Die Existenzphilosophie ist der denkerische Versuch, das Mysterium der Ich-Findung exoterisch, d.h. im Alltag, zu leben.

⁴⁸ Wolfgang Giegerich: Die Atombombe als seelische Wirklichkeit, Schweizer Spiegelverlag / Raben-Reihe, 1988

- Insbesondere bei Kierkegaard erscheint die Angst als notwendige Begleiterscheinung in dem Werden des Bewusstseins der Menschen. Die Angst ist bei Kierkegaard untrennbar verbunden mit dem Werden der Freiheit des Menschen:

Die Welt ist paradox, und der Mensch steht in seinem Leben stets vor dem Wagnis des "Sprunges". Der geschichtliche Prozess ist nicht logisch determiniert, kann nicht aus dem Vorhergehenden durch Erinnerung abgeleitet werden, ist darum auch nicht kontinuierlich, sondern geschieht durch den Ruck der Entscheidung, durch den wagenden Sprung. "Die Geschichte des individuellen Lebens schreitet fort in einer Bewegung von Zustand zu Zustand. Ein jeder Zustand wird durch einen Sprung gesetzt" (Werke XI und XII, 116). Damit ist nun die Angst verbunden. "In einem jeden Zustand ist die Möglichkeit gegenwärtig und insofern die Angst" (a.a.O. 116). "Die Angst läuft vorweg, sie entdeckt die Folge, ehe denn sie kommt, so wie man es an sich selber spüren kann, dass ein Wetter im Anzuge ist" (a. a. O. 119). "Im Hintergrund aber stehet die Freiheit, und diese Freiheit ist unendlich und entspringt aus nichts" (111). Die Angst auf dem Grunde der Freiheit und des Nichts ist für Kierkegaards Philosophie geradezu ein Existential und wird typisch für das von ihm verkündete und überall auch von ihm persönlich gelebte Leben. Das wird nun entscheidend für seine Stellung zur Welt und Gott. Mit dem Sprung ist nämlich auch der Glaube verbunden. Ohne ihn hätte das Wagnis keinen Sinn. Nicht nur die Angst schwebt dem Übergang von Zustand zu Zustand vor, sondern auch der Glaube. In eminenten Weise ist der Glaube aber in der Religion gegeben. Es gibt nach Kierkegaard drei Wege zur Innerlichkeit des Ich: den ästhetischen - er ist reine, untätige Beschauung dessen, was war; den ethischen - er führt in die entscheidende Tat, in die freie Wahl, besonders die Selbstwahl des Ich und seiner eigenen Möglichkeiten, und hier sieht sich der Mensch schon allein und steht vor der Angst, weil alle unsere Pflichten höchst persönliche Pflichten sind und als solche getragen und entschieden werden müssen; und dann gibt es den religiösen Weg.⁴⁹

- Ähnliches ist bei Heidegger zu finden. Die Existenz des Menschen ist ein "Hineingehalten-Sein in das Sein" - einem Sein, das in seiner ontologischen Qualität eigenschaftslos und damit identisch mit dem Nichts ist. Somit ist die Existenz des Menschen ein "Hineingehalten-Sein in das Nichts". Im Ergreifen des So-Seins seiner ontischen Existenz gelangt der Mensch zum Bewusstsein seines Seins (seiner ontologischen Existenz) - in einer anderen Sprache: zur Selbstgewissheit seines Ich. Und Heidegger sieht in diesem Prozess Angst und Sorge als die Grundbefindlichkeit:

"Das Sein zeigt sich zunächst als Entwurf des Menschen in seinen Existenzweisen oder Existenzialen. In der Uneigentlichkeit .. verliert er beim Besorgen der Welt Dinge sich selbst. Darüber erhebt ihn die Angst, die das Nichts als Grund alles Seienden aufreißt: in der Gegenwart als Nichtigkeit des Alltäglichen; in der Vergangenheit, insofern das Woher verborgen bleibt: Gerworfenheit; in der Zukunft, weil von ihr nur das eine gewiss ist, dass sie in den Tod abstürzt. Die Erfahrung des Nichts umgreift also sämtliche Erstreckungen des Daseins und stellt damit den Menschen vor das Ganze des Daseins."⁵⁰

Oder: "...Dasein ist nicht mehr Bewusstsein, so wenig wie bei Jaspers, ... Es wird als Existenz gedeutet. Existenz aber wieder wird interpretiert als In-der-Welt-Sein, Bei-Sein, Mit-Sein, Befindlichkeit, Verstehen, Rede, Ergreifen der eigenen

⁴⁹ Johannes Hirschberger, Geschichte der Philosophie Band II, S. 496, Herder 1965

⁵⁰ Walter Brugger, Philosophisches Wörterbuch, S. 86

Möglichkeiten, Sich-selbst-vorweg-Sein, Sorge, Angst, Sein zum Tode, Hineingehaltensein in das Nichts, kurz: Zeitlichkeit. Sorge ist eine Grundbefindlichkeit des Seins ..." ⁵¹

- Bei Jaspers wird der Einzelne als "Existenz nicht vom Allgemeinen her begriffen, sondern ist als je dieser in seiner einmaligen geschichtlichen Situation aus sich selbst zu erhellen. Gegen das in der Angst erfahrene Nichts behauptet sich die Existenz durch die Entscheidung für das eigene Selbstsein. Dieses wiederum gründet in der Transzendenz, die sich im Durchgang durch die Grenzsituationen öffnet." ⁵²

H. Die Rolle der Angst in den Mysterien

Brücke und Drache

(Dia: 8 A 6, 8 A 5[Wiederholung], 7 B 30, 8 A 20/21, 5 A 7/11/12/13)

In den nicht-östlichen Mysterien wurden die Erfahrung von Angst (und Schmerz) systematisch genutzt, um bestimmte Bewusstseinsinhalte zu fördern. Die Anwendung von Angst in den nicht-östlichen Mysterien hatte zur Folge, dass sich die "Ich"-Institutionen der Menschen stärker herausbildeten. Indem in der Schulung der nicht-östlichen Mysterien darauf geachtet wurde, dass der Mensch bei der Erfahrung von Angst und Schmerz nicht "außer sich" geriet, hatte diese Schulung das Ergebnis, dass der Mensch vermehrt die Möglichkeit hatte, Zeuge seiner eigenen Gefühle zu bleiben und auch bei starken Gefühlen "bei sich" zu bleiben. In der esoterischen Sprache wird über diese Vorgänge als Inkarnation des Ichs gesprochen im Sinne einer Christianisierung (Rosenkruzertum, Theosophie, Anthroposophie).

Bilder unter denen diese Schulung zu finden ist, sind z.B. das Beschreiten der Gjallar-Brücke (siehe Externsteine) oder das Bezwingen wilder Tiere entweder real oder imaginativ unter Drogen (Muskarin, Fliegenpilz).

Interessant ist unter diese Aspekten auch der "Weg des Kriegers", den Casteneda in den Peyote-Mysterien mittelamerikanischer Indianer beschreibt.

⁵¹ (a. a. O.)

⁵² Walter Brugger, Philosophisches Wörterbuch, S. 86

I. Die Angst in der Karikatur

(Dia: 9 A 8/9/10/11/12)

Wenn in der Karikatur ein Mensch dargestellt wird, treten stereotype Zeichenformen auf und zwar deutlich unterschieden für ein heftiges, kurzzeitiges Gefühl (Schreck, freudige Überraschung) oder für ein protrahiertes Gefühl von Stress und Angst. Auffallend dabei ist, dass über die Mimik und die Körperhaltung hinaus Zeichenstrukturen auftauchen, die die **Umgebung des Körper** in typischer Weise bezeichnen, so als würde ein Schreck-Körper oder Angst-Körper um den physischen Körper herumgezeichnet. Dieses Phänomen deckt sich mit Angaben aus einer esoterischen Physiologie und Psychologie beziehungsweise mit der dem psychosomatischen Gehalt unserer Umgangssprache.

Wenn wir davon sprechen, dass ein Mensch in der Panik "**außer sich gerät**", dann spricht die esoterische Psychologie von einem Herausheben des Astralkörpers aus dem physischen Leib nach oben über das Haupt. Wenn also in Karikaturen Schreck so dargestellt wird, dass sich Hüte in die Höhe heben, oder Schweißtropfen einen über den Kopf nach oben wegfliegenden Kranz bilden oder wenn sich sogar der ganze Körper von Erdboden abhebt, dann decken sich die gezeichneten Phänomene mit der Psychosomatik unserer Umgangssprache und den Darstellungen einer esoterischen Psychologie.

Während der Schreck durch Strukturen bezeichnet wird, die über den Kopf hinausweisen, wird die protrahierte Angst mit Strukturen dargestellt, die eher vom Kopf aus nach unten deuten und die Mitte des physischen Körpers umgeben. Die nach unten weisende Tendenz chronischer Angst zeigt sich in der Psychosomatik der Umgangssprache in Redewendungen wie "das Herz rutscht mir in die Hosentasche" oder "der Schreck sitzt mir noch in den Knochen" oder "das ging mir an die Nieren". Aus Körperschemazeichnung von Menschen, die chronisch geängstigt wurden und im späteren Leben mit einer Schicht von "Panzerfett" reagierten, ist zu ersehen, dass das Fett unabhängig von seiner tatsächlichen physischen Verteilung hauptsächlich im Bereich des Stammes sich ausdehnend erlebt wird. Rudolf Steiner beschreibt im Sinne einer esoterischen Psychologie: in den Knochen steckt die allermeiste Angst und die Knochen sind so fest, weil in ihnen die allermeiste Angst drinsteckt.

(Eventuell Dia Venus von Millendorf: 8 B 47/48)

J. Die Angst im Märchen

Am Beispiel des Eisenhans⁵³

In diesem Märchen wird aufgezeigt, wie die Menschheit, bzw. der Einzelmensch über die Entwicklung der Tugend des ichhaften Mutes seine animistische Angst, bzw. seine Existenzangst zu besiegen vermag.

Der König, mit dem das Märchen beginnt steht für die Zeit der Menschheit, die man in der Mythologie gemeinhin das "Goldene Zeitalter" nennt. In dieser Zeit befand sich die Menschheit bewusstseinsmäßig im Zustand einer paradiesischen Urgeborgenheit. Diese Zeit entspricht im einzelnen Menschenleben der symbiotischen Geborgenheit einer behüteten Kindheit. In diesem symbiotischen Reich, in diesem Goldenen Zeitalter, ist es dem Menschen im Sinne eines Primären Narzissmus geschenkt, der König der eigenen Welt zu sein.

Zu Beginn des Märchens wird von einem Wald und einem Schloss berichtet. Beides, sowohl Schloss als auch Wald, sind nebeneinander und unverbunden. Im Wald ist das Unbewusste und Unzugängliche und das Tierisch-Wilde, das dem Herrschaftsbereich des Schlosses nicht, bzw. noch nicht gegeben ist. Die Bewusstseinsmacht des Menschen im Goldenen Zeitalter, bzw. die Bewusstseinsmacht des Primären Narzissmus reicht noch nicht aus, um die tierischen und triebigen Aspekte der Existenz zu bändigen. Alles, was in diesen Bereich vor der Zeit, vor der Reife, hineinschaut, wird getötet.

⁵³ Rudolf Geiger, Märchenkunde S. 535 ff

Dann aber kommt ein fremder Jäger, d.h. es kommt ein Bewusstseinsanteil in die Menschheitsentwicklung bzw. in die Bewusstseinentwicklung eines Einzelmenschen herein, der bisher noch nicht vorhanden war. Dieses Bewusstseinsäquivalent nun hat keine Angst, in den Wald hineinzugehen: "von Furcht weiß ich nichts."

Der Jäger im Wald ist ein wichtiges Bild. Wenn ein Nicht-Jäger in den dunklen Wald hineingeht, erlebt er sich von allen Seiten angeschaut, hinter jedem Baum ist etwas versteckt, er erlebt sich aus dem Verborgenen heraus angeschaut, beobachtet und bedroht. Anders der Jäger: da ist es er, der beobachtet. Und sein blitzender Blick bekommt im Pfeil tödliche Macht. Wo tierisch-triebliches Es war, tritt wollendes Ich die Macht an. Aus diesem Ich heraus kommt der Mut, der sagen kann: "von Furcht weiß ich nichts." In diesem Sinne ist die Jagd mythologisch die Überwindung des Animismus oder in der Sprache der Griechen: die Überwindung des allumfassenden Naturgottes Pan. Pan, die Panik, wird durch die Jagd, durch das jagende Auge, durch den Augenblitz (nichts anders ist mythologisch der Pfeil) überwunden. Im Töten, tötet sich das Ich aus der umgebenden Natur heraus.⁵⁴

In der Jagd findet der Jäger zum Eisen. Zunächst ist dieses Eisen in der Gestalt des Eisenhans noch rostig und wild. Es wird aber in einen geschmiedeten Eisenkäfig im Schloss gebannt: d.h., das was das Eisen mythologisch bedeutet, wird in einen kulturdurchdrungenen Bereich verbracht, wird zum Bewusstsein gebracht. Eisen ist eine Substanz deren Beherrschung die Menschheit zeitlich erst nach der Beherrschung von Gold, nach der Beherrschung des Silbers, nach der Beherrschung des Bleis und des Zinns (Blei und Zinn gleich Bronze) erlernt hat. Das Eisen vermag Alles, was vorher da gewesen war, zu besiegen. Das Eisenzeitalter steht mythologisch im Zeichen des Schwertes, des Schwertkreuzes, an dem der Mensch erhöht und aufgerichtet wird - und an dem er selbst zugrunde gehen kann. Wenn in der Apokalypse des Johannes unter der Gestalt des Söhnchens von der Geburt eines neuen Bewusstseins gesprochen wird, dann geschieht das unter dem Bilde "des Hirten mit dem eisernen Stab". Das Eisen steht für die ichhafte Willenssubstanz, die das Natürlich-Tierische zu beherrschen versteht. Diese Eisen-Ich-Substanz bringt der Jäger nun ins Schloss, das heißt sie wird dem Bewusstsein eingefügt.

Die Järgeschichte, die die Entwicklung auf der menschheitsgeschichtlichen Ebene schilderte, wird für die individuelle Geschichte eines Menschen aufgegriffen, indem sie auf der Ebene des Königssohnes wiederholt wird. Nun ist es der goldene Ball, der die Zeit der goldenen Ganzheit und Geborgenheit, die Zeit des primären Narzissmus symbolisiert. Und genau dieses Kindergeschenk der goldenen Kugel verliert sich in dem Eisernen des Käfigs. Die goldene Zeit geht unwiderruflich in der eisernen Zeit verloren. Verfügbar werden die Eisenkräfte aber in dem Augenblick, als der Königssohn den Schlüssel zu diesen Kräften der **Mutter** unter dem Kopfkissen wegstiehlt. Von diesem Augenblick an hat er genug bewusstes Ich, um in der Wildnis des Waldes die Begegnung mit Pan zu bestehen. Der Versuch, den Prozess wieder umzukehren in der Regression auf das Goldene Zeitalter scheitert in den drei Proben an dem goldenen Teich. Es bleibt nur der Weg in die Progression: hinaus in die Welt auf den Pfad des Kriegers (siehe bei Castaneda: der Pfad des Kriegers). Hier hat er mit dem Bewusstsein des Kriegers die ängstigende Einsamkeit (die "Geworfenheit ins Sein" der Existentialisten) zu besiegen mit der Tugend des Mutes. Zuletzt erhält er die goldene Kugel wieder aus der Hand der Königstochter - aber dieses Mal nicht als Geschenk sondern als Verdienst eines Bewusstseinsweges.

⁵⁴ Giegerich, Vortrag bei den Lindauer Psychotherapiewochen 13.10.1991