

Prof.Dr. Horst Kächele
Sektion Psychoanalytische Methodik
Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm

Angst als psychotherapeutisches Problem¹

Die psychotherapeutische Bearbeitung von Ängsten als Thema eines Vortrages am Anfang einer Reihe von Vorträgen zu diesem uns alle betreffenden Phänomen weckt sicherlich eine Reihe ganz verschiedener Erwartungen. Wir leben in einer Zeit, in der zunehmend viele von Ängsten geplagt werden, die sich nicht leicht in die herkömmliche Trennung von realistischen Ängsten und neurotischen Ängsten einordnen lassen. Dies wird an einer Kontroverse deutlich, die zwischen dem Giessener Philosoph Odo Marquard und dem Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter derzeit in der Wochenzeitschrift ZEIT ausgetragen wird. Der Philosoph brandmarkt die Verängstigung all jener, die in der Friedensbewegung, in den Initiativen gegen den Atomtodkrieg, in der Öko-Bewegung sich zusammenfinden als eine Folge einer zunehmend verbesserten Beherrschung der Natur und der Krankheiten, als eine Art Überfluss-Reaktion auf den Wegfall der vielen früher die Menschen existentiell bedrohenden Gefahren. Nach Tschernobyl und den Chemiekatastrophen der letzten Wochen, nach der nun schon länger wahrgenommenen Bedrohung des Baumbestandes plädiert der Psychoanalytiker dafür, die neu erwachte Fähigkeit zur Angst als eine positive Entwicklung zu sehen, in der eine wünschenswerte Reaktion auf eine zunehmend schwerer durchschaubare technologisch nur scheinbar kontrollierte Umwelt ihren angemessenen Ausdruck findet.

Ich habe mir die Aufgabe gestellt, Sie einerseits an den speziellen Aufgaben eines Psychoanalytikers teilhaben zu lassen, die sich im therapeutischen Umgang mit Ängsten stellen und doch zu versuchen, diese Erfahrung nicht im sicheren Raum des medizinischen oder psychologischen Spezialisten stehen zu lassen, sondern diese für Überlegungen zu verwenden, die sich auf den Umgang mit Ängsten überhaupt beziehen.

¹Vortrag im Haus der Begegnung, Ulm am 22.1.87

Was ist Angst überhaupt. Es meint ein Erleben sich verändernder Mischungen von Ungewissheit, Erregung und Furcht, die aus körperlichen Vorgängen, Gefühlskomponenten und Denkvorgängen sich zusammensetzt. Lapidar formuliert bezieht sich Angst immer auf eine Gefahr und wird in diesem Zusammenhang dann als realistische Angst bezeichnet. Angst in diesem Sinne hat biologisch die Aufgabe, den Organismus zu einem zweckmäßigen Verhalten anzuregen, sie hat also eine Signalfunktion. Eine Untersuchung dessen, was man als realistisch jeweils bezeichnen muß, führt uns schnell zu der Überzeugung, dass keine leichte Aufgabe ist. Stellen Sie sich einen breiten Strich auf dem Boden vor und nehmen sich vor, auf diesem Strich entlang zu gehen. Kein Problem, keine Gefahr. Wenn der gleiche Strich auf einer Mauer gezogen wird, deren Höhe bei einem Meter liegt, dürfte auch noch immer die Mehrzahl der Anwesenden sich ohne größeren Schauer vorstellen können, auf diesem Strich ohne zu fallen entlang zu gehen. Erhöhen Sie nun gedanklich die Höhe der Mauer und Sie werden feststellen, dass jeder von uns ab einer gewissen Höhe schon bei dem Gedankenexperiment sich zu ängstigen beginnt. Die Einschätzung einer Situation als gefahrenvoll ist also abhängig von der subjektiven Einschätzung, und diese wiederum ist von einer Fülle von Vorerfahrungen abhängig.

Ängstliche Menschen sind dadurch zu charakterisieren, dass sie viel früher eine Gefahr wittern, wo andere noch leichthin bagatellisieren können. Dies ist ein wichtiges Ergebnis der Angstforschung, dass wir mit einer unterschiedlich ausgeprägten Angstbereitschaft ausgestattet sind, die sowohl biologische Wurzeln wie lebensgeschichtliche Verankerungen aufweist. Die Einschätzung von Situationen als angstmachend wird von dieser individuell ausgeprägten Angstbereitschaft bestimmt. Wir wissen alle, dass die besondere Situation des Kindes, seine ursprüngliche Hilflosigkeit eine Vielzahl von Kinderängsten nach sich zieht, denen verständnisvolle Eltern mit Nachsicht und Geduld entgegenzuwirken versuchen. Anzufügen wäre dem, dass natürlich jedes Lebensalters, jede Entwicklungsphase in besonderer Weise Ängste weckt, mit denen wir alle vertraut sind und für die jeder sich seinen besonderen Stil zulegt, mit diesen umzugehen. Angst vor der Schule, vor der ersten Tanzstunde, vor dem Verlassen des Elternhauses, Angst vor der Selbstständigkeit, vor dem Führerschein, vor der Berufswahl, der Bindung in einer Partnerbeziehung, Angst vor der Pensionierung, dem Alter, der Einsamkeit - die Liste ist so lang wie es neue Situationen gibt, sodass die Angst vor dem Tod dann die letzte unsrer sterblichen Ängste ist.

All das sind Ängste, die nicht dem Psychotherapeuten zugetragen werden, sondern die wir mit unsrer Alltagskompetenz recht und schlecht bewältigen. Erst dann, wenn die Reaktion auf eine Situation uns nicht mehr nachvollziehbar erscheint, übertrieben, unangemessen, wenn der Angsteffekt den Betroffenen nicht mehr aus seinen Fängen lässt, wenn die Ängste sich ausbreiten, wird Angst zu einem psychotherapeutischen Problem.

Nun kann man daran gehen, und die Gefahren zusammenstellen, die bevorzugt sich als angstausslösende Gefahrensituationen zeigen und wir kommen dann zu der vielfältigen Liste der sog. Phobien, angefangen von der besonders in Großstädten harmlosen Schlangenphobie, der häufigen Spinnenphobie - besonders beim weiblichen Geschlecht-, zu Brückenphobien beim Autofahren, zur Höhenphobie, wenn man das Münster ganz erklettert bis hin zu den meist stark beeinträchtigenden Phobien vor Strassen und offenen Plätzen und deren Gegenteil der Angst vor allzu beengten Räumen. Bei all diesen Ängsten lässt sich zusammen mit dem Patienten jenes Kriterium der Unangemessenheit feststellen, welches jemanden veranlassen kann einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Das Leiden an der Angst und ihren Folgen stellt also ein wichtiges Kriterium für die Unterscheidung von realistischer Angst - mit Möglichkeiten diese auf verschiedene Weise zu bekämpfen - und krankhafter Angst mit fehlenden Möglichkeiten damit fertigzuwerden - dar. Es ist also nicht die Intensität der Angst per se, diese ganz sehr intensiv und hartnäckig sein, aber sie kann durch die geschätzte Größe der Gefahr begründet sein. Diesen Hinweis gebe ich schon jetzt im Hinblick auf die eingangs festgestellten Überlegungen zur Genese politisch motivierter Ängste.

Von einzelnen umschriebenen Ängsten komme ich nun zu Angstkrankheiten, zu Menschen, die an einer sie überflutenden, überall sich festmachenden Angst leiden. Ich werde an einem Beispiel aus einer Behandlungsstunde erläutern, welche Überlegungen und Massnahmen hier angezeigt sind. Solche Patienten stellen den Therapeuten vor besondere Probleme, weil die Intensität von Angstanfällen ein Maß von Hilflosigkeit beim Patienten erzeugen kann, welches die Notwendigkeit unterstützender haltgebender Massnahmen, wie eine Klinikeinweisung oder die Gabe von Medikamenten notwendig machen. In der konkreten therapeutischen Arbeit ist aber auch besonders wichtig, neben den unterstützenden Schritten auch die seelischen Prozesse zu benennen, die zu der Angsentwicklung jeweils geführt haben.

Das folgende Beispiel stammt aus der Behandlung eines jungen Mannes, der an einer schweren Angstneurose litt, die von einem anfallsweisen Herzjagen begleitet war, dessen Schweregrad unmittelbare internistische Interventionen jeweils notwendig machte. Seine ausgeprägte Platzangst hatte zu einer weitreichenden Einschränkung seiner Bewegungsfähigkeit geführt, sodass eine Behandlung im stationären Rahmen einer internistischen Klinik eingeleitet werden musste.

Das psychoanalytische Verständnis krankhafter Angst geht von der Annahme aus, dass die Angst sich auf eine Gefahrensituation bezieht, die dem Patienten erstens nicht mehr bewusst ist und zweitens eine Gefahrensituation meint, die dem kindlichen Erlebensanteil des Patienten, der unbewusst verankert ist, zuzuschreiben ist. Je schwerer eine Angst ist, desto stärker spielen

erfahrungsgemäß kindliche Trennungsängste in der Motivierung aktueller Ängste eine entscheidende Rolle.

In dem nun folgenden Ausschnitt aus der Behandlung wurde die Intensität der zugrundeliegenden Trennungsproblematik an einem situativen Auslöser deutlich und das Beispiel zeigt den Versuch des Analytikers, die gegensätzlichen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten herauszuarbeiten.

Im Umfeld der Stunde, die ich wiedergeben, hatte der 24 jährige Patient von seiner Anhänglichkeit an die Eltern erzählt, die er an dem vergangenen Wochenende besucht hatte , und die ihm bis dahin noch nie so deutlich aufgefallen war. Die Eltern fuhren zusammen mit Bekannten für einige Stunden weg; der Patient verspürte den deutlichen Wunsch, sie möchten doch dableiben, für ihn da sein, und sich um ihn kümmern.

Im Krankenhaus auf der Station kümmern sich drei Ärzte sehr intensiv um ihn, nicht zuletzt , weil das Ausmaß seines Herzrasens ein klinisch interessantes internistisches Problem darstellte , da dieseselbst mit Medikamenten nur schwer zu beherrschen waren. Der Patient steht der medikamentösen Behandlung sehr zwiespältig gegenüber; er scheint sich auch mit der offen geäußerten Ansicht des Analytikers identifiziert zu haben, er solle, wenn möglich ohne medikamentöse Behandlung auskommen. Gleichzeitig verkörpert die direkte medizinische Zuwendung für ihn ein Teil jener direkten Zuwendung, die er vom Analytiker glaubt nicht zu bekommen.

Der Patient kommt zu dieser Stunde im Zustand akuter Beschwerden:

P.: mir ist mulmig wieder, ich hab wieder so diese - so furchtbare Aufregung, Atemnot - was heißt Atemnot - Atemnot ist übertrieben, aber so wenig Luft und Herzbeschwerden. Ich habe jetzt überhaupt kein Medikament genommen, weil Sie das ja nicht wollen, aber - ich weiß nicht, was es ist, aber - na , na , wo gibt's denn sowas(Pause)

Während ich diese Übelkeit hatte, ist mehrfach diese Sehnsucht, Sie bei mir zu haben, aufgetaucht, und dann konnte ich auch feststellen, dass ich dann wütend auf Sie war - wenigstens meinte ich das feststellen zu können - , aber ich konnte nicht die Stärke zugeben. Ich bin ja wohl irgendwie wütend auf Sie.....(Pause).....

Na komisch, jetzt denke ich plötzlich überhaupt nichts mehr und die Beschwerden sind auch weg, und es ist übriggeblieben der Ärger, dass ich so unbeherrscht war und geklopft habe, und die Ängste, dass ich Sie dadurch irgendwie indigniert habe.

A.: Aber das ist eine Angst, die offenbar viel geringer ist als das andere.....

Sind die Beschwerden wirklich weg im Augenblick ?

P.: hm, ja

A.: das zeigt ja, dass ein sehr enger Zusammenhang zwischen einer intensiven Wut und den Beschwerden ist.

P.: Ja, und dann, wenn´s mir immer so schlecht ist wie heute mittag, da habe ich den Wunsch nach irgend jemand zu schreien. >Ich muß mich da immer zusammen nehmen, dass ich nicht schreie.Irgendwie nicht allein gelassen zu werden oder so was, fällt mir noch dazu ein.

A.: Und das war ja auch gerade : verschlossene Tür: "Bitte nicht eintreten" , lässt er mich da heute womöglich auch wieder eine Viertelstunde warten

P.: Na ja, das hätte ich diesmal nicht geschafft. Ich hab´vorher den Arzt kommen lassen und gefragt; es war mir so mies diesmal. Jetzt hab ich wieder heftiges Herzklopfen, fest, nicht schnell.....

Und diese Stimmungen sind es wohl, die mich begleiten, wenn ich von Ihnen weggehe oder von zuhause weggehen.....

Allein dieses ganze Ungehaltensein lasse ich dann anscheinend an mir aus.

Aber warum lern´ich nicht, dass das Blödsinn ist und zu nichts führt ?

A.: Ja,weil Sie nicht in dem Sinn schreien und toben und brüllen gegen mich, der Sie sozusagen verlässt; indem Sie das nicht tun, fühlen Sie sich doch irgendwo noch sicherer - weil Sie ja meinen, sonst würde ich Sie erst recht verlassen.

P.: vielleicht bin ich auch beruhigt dadurch oder verblüfft, weil Sie kein finsteres Gesicht gezogen haben; ich hatte nicht gedacht, dass Sie jemand im Zimmer hatten, sonst hätte ich nicht geklopft.

A.: ja,Sie haben dann an dem erlebt, dass ich nicht böse bin; das heißt, dass die Wut, die vor dem Anklopfen war, keine schlimmen Folgen hatte; dann geht auch die Angst ein bisschen zurück: " ja, er ist doch nicht indigniert; es ist viel milder gewesen". Dann waren die Beschwerden weg. Die Wut war weg, nichts wirklich Vitales ist passiert.

Der Ablauf des Geschehens wird deutlich. Der Patient kommt schon mit einer Unruhe von der Station und hat sich vorher von dem Stationsarzt die Versicherung geholt, dass es gehen würde. Dann kommt er vor die Tür des Analytikers, auf der das Schild vorgezogen ist:"Bitte nicht eintreten". Er erlebt in diesem Moment als abruptes Verlassen werden, auf das reaktiv sich eine Wut entwickelt, die dann - da sie nicht erlebt werden darf - sich in die Beschwerden umsetzt.

Entscheidend ist, dass der Analytiker das auslösende Moment der " verschlossenen Tür" selbst einbringt und auch die Konsequenzen für den Patienten gleich ausmalt. Er übernimmt stellvertretend die Verbalisierung der

aggressiven Phantasie und stellt auch das Motiv bei, weshalb der Patient nicht toben und schreien kann.

Natürlich ist mit diesem ersten Schritt das Problem nicht gelöst, wenn es auch dem Patienten erstmals ad oculos demonstriert werden kann. Der Patient befindet sich in einem für die Aufrechterhaltung von neurotischen Ängsten grundlegenden Dilemma: Die ursprüngliche Angst, die den neurotischen Prozess in Gang setzt, ist die kindliche Angst des Verlassen werdens, wenn heftige negative Gefühle sich gegen die zugleich wichtige Beziehungsperson, also bei Kindern gegen die böse, weil fortgehende Mutter oder dem Vater, wenden. Der daraus resultierende Wunsch, der andere möchte immer freundlich und beständig sein, führt aber bei seinem Eintreffen zu der Bestätigung, dass die Differenz zwischen Kind und Mutter immer unüberwindbar bleiben wird, und setzt damit den Auslöser für neue aus der ohnmächtigen Kränkung resultierende Aggressionen, die dann wiederum durch anklammernde Sehnsüchte beschwichtigt werden müssen.

Man hilft einem Patienten aus dieser Zwickmühle heraus, indem dieses Dilemma in der therapeutischen Beziehung wieder hergestellt wird und ein Patient erleben kann, dass er seine vielfältigen, widersprüchlichen Gefühle äußern und erleben kann, ohne dafür jene Bestrafung und Zurückweisung zu erfahren, die er befürchtet. Was ich hier vereinfacht an diesem Ausschnitt aus einer Stunde dargestellt habe, vollzieht sich, je nach Schwere einer Angstkrankheit in vielfachen, Monate, Jahre in Anspruch nehmender Arbeit. Denn die Schwere eines neurotischen Krankheitsbildes wird von dem Maße geprägt, wie ein Patient an kindlichen Überzeugungen hängengeblieben ist. Wenn diese durch den sog. Krankheitsgewinn auch noch verstärkt werden, ist eine therapeutische Beeinflussung durch Einsichtsvermittlung und korrigierende emotionale Erfahrung noch um vieles schwieriger und manchmal vergeblich.

P.: mir ist mulmig wieder, ich hab wieder so diese - so furchtbare Aufregung, Atemnot - was heißt Atemnot - Atemnot ist übertrieben, aber so wenig Luft und Herzbeschwerden. Ich habe jetzt überhaupt kein Medikament genommen, weil Sie das ja nicht wollen, aber - ich weiß nicht, was es ist, aber - na , na , wo gibt's denn sowas(Pause)

Während ich diese Übelkeit hatte, ist mehrfach diese Sehnsucht, Sie bei mir zu haben, aufgetaucht, und dann konnte ich auch feststellen, dass ich dann wütend auf Sie war - wenigstens meinte ich das feststellen zu können - , aber ich konnte nicht die Stärke zugeben. Ich bin ja wohl irgendwie wütend auf Sie.....(Pause).....

Na komisch, jetzt denke ich plötzlich überhaupt nichts mehr und die Beschwerden sind auch weg, und es ist übriggeblieben der Ärger, dass ich so unbeherrscht war und geklopft habe, und die Ängste, dass ich Sie dadurch irgendwie indigniert habe.

A.: Aber das ist eine Angst, die offenbar viel geringer ist als das andere.....
Sind die Beschwerden wirklich weg im Augenblick ?

P.: hm, ja

A.: das zeigt ja, dass ein sehr enger Zusammenhang zwischen einer intensiven Wut und den Beschwerden ist.

P.: Ja, und dann, wenn´s mir immer so schlecht ist wie heute mittag, da habe ich den Wunsch nach irgend jemand zu schreien. >Ich muß mich da immer zusammen nehmen, dass ich nicht schreie. Irgendwie nicht allein gelassen zu werden oder so was, fällt mir noch dazu ein.

A.: Und das war ja auch gerade : verschlossene Tür: "Bitte nicht eintreten" , lässt er mich da heute womöglich auch wieder eine Viertelstunde warten

P.: Na ja, das hätte ich diesmal nicht geschafft. Ich hab´vorher den Arzt kommen lassen und gefragt; es war mir so mies diesmal. Jetzt hab ich wieder heftiges Herzklopfen, fest, nicht schnell.....

Und diese Stimmungen sind es wohl, die mich begleiten, wenn ich von Ihnen weggehe oder von zuhause weggehen.....

Allein dieses ganze Ungehaltensein lasse ich dann anscheinend an mir aus.
Aber warum lern´ich nicht, dass das Blödsinn ist und zu nichts führt ?

A.: Ja, weil Sie nicht in dem Sinn schreien und toben und brüllen gegen mich, der Sie sozusagen verlässt; indem Sie das nicht tun, fühlen Sie sich doch irgendwo noch sicherer - weil Sie ja meinen, sonst würde ich Sie erst recht verlassen.

P.: vielleicht bin ich auch beruhigt dadurch oder verblüfft, weil Sie kein finsternes Gesicht gezogen haben; ich hatte nicht gedacht, dass Sie jemand im Zimmer hatten, sonst hätte ich nicht geklopft.

A.: ja, Sie haben dann an dem erlebt, dass ich nicht böse bin; das heißt, dass die Wut, die vor dem Anklopfen war, keine schlimmen Folgen hatte; dann geht auch die Angst ein bisschen zurück: "ja, er ist doch nicht indigniert; es ist viel milder gewesen". Dann waren die Beschwerden weg. Die Wut war weg, nichts wirklich Viales ist passiert.