

Vortrag an der VHS Karlsruhe 1998 (D. Salomon)

Liebe Frau Dr. Wenzel, meine Damen und Herren,

dass wir heute Abend über Angst sprechen, ist normal, weil Angst selber normal ist. Man kann das auch andersherum sagen: Angst ist normal, weil es normal ist, über Angst zu sprechen. Je selbstverständlicher und normaler man über etwas spricht, desto selbstverständlicher und normaler ist das, worüber man spricht. Wenn man Angst hat und darüber reden darf, dann hat man viel größere Chancen, mit der Angst umzugehen. Wenn man nicht über Angst reden darf, dann ist ihre Bewältigung schwierig.

Dass es normal ist, über Angst zu sprechen, war nicht immer so. Und für viele ist es heute noch schwierig, Ängste zu äußern. Zuzugeben, dass man Angst hat, passt z. B. gar nicht gut in das traditionelle Männerbild. Ein Mann, der Angst hat, ist kein richtiger Mann. Zwar ändert sich diese Tradition in den letzten Jahren, aber immer noch sind es vor allem Männer, die in Filmen furchtlos sind. Harrison Ford, dieser Unverwundliche, übersteht Situationen, die jeder Normalmensch aus purer Angst nicht überleben würde. James Bond rettet hilflose Blondinen, die vor Angst zittern, mutig und angsterhaben aus schlimmen Gefahren. Westernhelden sind nur deshalb Helden, weil sie keine Angst haben. Männlichkeit und Angst sind inkompatibel. Frauen konnten es sich eher leisten, Ängste zu zeigen. Meine Mutter sprang hemmungslos auf den Tisch, wenn sie eine Maus oder etwas, was aussah wie eine Maus, erblickte. Mein Vater, der Held, stand furchtlos auf und verjagte die Bestie mit kämpferischer Attitüde, ein ganzer Mann eben. Und wenn er Angst gehabt hätte, er hätte sie nicht zeigen dürfen. Diese Rollen, die sich Männer und Frauen teilten, gelten nicht für Kinder. Kinder zeigen ihre Ängste, und man gesteht ihnen zu, dass sie sich vor den harmlosesten Dingen fürchten. Vielleicht haben Sie Kinder und können das beobachten, vielleicht war jemand von Ihnen selber mal Kind. Kinder, solange sie nicht entsprechend anders erzogen werden, machen keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern, was Angst betrifft. Glücklicherweise lassen sich immer mehr Erwachsene davon überzeugen, sich von rigiden Rollen zu verabschieden.

Die Geschlechterrollen sind im Aufbruch – in den letzten Jahren mit rasender Geschwindigkeit. Bestimmte Symptome sind keine frauenspezifischen Probleme mehr: Magersucht, Angst, Migräne – die Männer holen auf. Die Werbung profitiert von der neuen Männlichkeit: Während früher nur leicht- oder unbedeckte Frauen an Litfasssäulen klebten, sieht man dort immer häufiger dezent muskulöse junge Männer mit gebräunter Haut, schwarzen kurzen Löckchen und noch viel mehr, und mit der besten Zigarette dieser Welt. Sonst nichts.

Es kommt immer öfter vor, dass Männer mit eingestandener Angstsymptomatik in der psychotherapeutischen Praxis auftauchen, und damit sind wir beim Thema.

Was ist eigentlich Angst? Wie kommt sie zustande? Was kann man tun, wenn man von Angst geplagt wird?

Angst ist ein Gefühl – das psychologisch am besten untersuchte Gefühl. Was uns hier interessieren soll ist: Wie unterscheiden wir normale von übersteigter Angst? Stellen wir uns vor, gestern Nachmittag ist aus dem Zoo ein Tiger entlaufen. Während wir, die wir noch nichts von diesem Vorfall gehört haben, hier gemütlich beisammen sind, wird die Tür aufgedrückt und der sichtlich ausgehungerte Tiger kommt brüllend herein. Was passiert dann? Nehmen wir an, ich hätte Nerven wie Indiana Jones und würde völlig gelassen weiterreden, vielleicht mit einer netten Aufforderung: "Meine Damen und Herren, lassen wir uns durch diese Katze nicht aus der Ruhe bringen, hören Sie bitte weiterhin aufmerksam zu." Niemand von Ihnen würde meiner freundlichen Bitte folgen. Es käme bei Ihnen zur spontanen

Erregung. Das Alarmsystem Ihres Organismus, der sympathische Anteil des vegetativen Nervensystems, würde aktiviert werden. Energie würde freigesetzt werden, die Aufmerksamkeit wäre erhöht. Sie wären für Flucht oder Angriff bereit. Manche von Ihnen würden Stühle aus den Verankerungen reißen um den Tiger damit zu erschlagen, andere würden blitzschnell zu den Notausgängen eilen. Vielleicht würden sich einige von Ihnen zu Boden fallen lassen oder gar in Ohnmacht versinken, um dem Tiger die Lust am Angriff zu nehmen. Totstellreflex würden wir das nennen. Nur einer, Indiana Jones, würde sich ruhig verhalten und sich anschicken, den Tiger zu streicheln, um die aufgeregte Situation zu entspannen.

Wer würde sich normal, wer würde sich nicht normal verhalten haben? Sie würden sich normal verhalten haben, Indiana Jones würde mit Recht für neurotisch gehalten werden, wenn er noch lebte. Es ist sinnvoll und normal, dass der Organismus so programmiert ist. Sobald in der Umwelt eine gefährliche Veränderung auftaucht, wird über die Erregung die Aktivitätsbereitschaft für Angriff oder Flucht mobilisiert.

Ein anderes Beispiel: Ich gehe mit einer Bekannten spazieren. Nach kurzer Zeit kommt uns eine niedliche schnurrende Hauskatze entgegen, sichtlich um Zuneigung und Streicheleinheiten bemüht. Meine Bekannte reagiert panisch, sie ergreift schreiend die Flucht oder reißt eine Latte aus dem nahen Jägerzaun eines bestgepflegten Ziergartens heraus, um die Katze zu erschlagen. Den Totschlag kann ich gerade noch verhindern. Dann knie ich mich nieder zur Katze, um ihren Streicheltrieb großmütig zu befriedigen. Aus der Sicht meiner Begleiterin, sofern sie noch in der Lage ist, mich zu beobachten, bin ich Indiana Jones, der eine Bestie streichelt. Wer verhält sich normal, wer verhält sich nicht normal? Ganz klar: Ich verhalte mich normal, meine Bekannte hätte gute Chancen, für angstneurotisch gehalten zu werden.

Normale Angst, psychologisch sprechen wir von rational begründeter Angst, bezieht sich auf Gefahren, die tatsächlich vorhanden sind. Ein Tiger, ein Brand im Kino, mit hoher Geschwindigkeit fahrende Autos, Kriegshandlungen, giftige Pilze usw. usw. sind tatsächliche Gefahren, vor denen uns die Angst schützt. Wenn wir keine Angst hätten, würden wir belebte Straßen überqueren ohne auf den Verkehr zu achten. Hingegen: eine Straßenbahnfahrt, der Einkauf bei Hertie, durch einen Tunnel fahren, weiße Mäuse, das Sprechen in der Öffentlichkeit, im Beisein anderer essen usw., das alles ist völlig harmlos und selten kommt jemand dabei um. Angst vor solchen Situationen ist nicht normal und – psychologisch gesprochen - irrational.

Diese wenigen Beispiele, die wir uns gerade angeschaut haben, würden wir psychodiagnostisch den Bereichen "Phobie" und "Panik" zuordnen. Nicht jede Angst ist phobisch oder panisch bedingt. Man kann Angst haben vor Tod und Krankheit, vor Arbeitsplatzverlust, vor Verarmung, vor Beziehungen etc. pp. Alle möglichen Angstsituationen können wir heute Abend nicht annähernd beschreiben. Wir werden uns deshalb ein paar Angstgruppen anschauen und einige Angstphänomene dieser Gruppen beschreiben. Wir werden uns dann der Frage zuwenden, wie Ängste entstehen und welchen Sinn sie machen. Und natürlich wollen wir dann überlegen, was man tun kann, wenn man von Ängsten geplagt wird.

Die Angstgruppen, die wir näher betrachten wollen, sind

1. Phobie und Panik
2. Zwänge
3. Generalisierte Angst

4. Existenzangst und 5. Ängste in Beziehungssituationen

Man kommt ganz schnell mit Diagnosen in Berührung, wenn man Klassen oder Gruppen bildet, wie wir das hier nun tun. Das hat Vor- und Nachteile. Die Vorteile liegen darin, dass man spezifische Ängste genau beschreiben und zuordnen kann, und dass man sich in der psychotherapeutischen Fachwelt über Codes austauschen kann. Es gibt Diagnoseschlüssel, die in diagnostischen Manualen aufgeführt sind. Das offizielle Manual heißt ICD 10. Diagnosen sind auch hilfreich, wenn eine Angststörung als Krankheit anerkannt werden soll. Sind bestimmte Kriterien einer ICD 10-Klasse erfüllt, kann eine Diagnose gestellt und die Angst als Krankheit anerkannt werden. Die Diagnose ist dann sozusagen die Eintrittskarte in die psychotherapeutische Behandlung. Weil Ängste oft belächelt werden, ist es für viele, die unter Angststörungen leiden, hilfreich, auf eine Diagnose verweisen zu können. Die Nachteile der diagnostischen Klassifizierung liegen in der oft schwierigen Einteilung der einzelnen Merkmale. Unter Diagnostikern kommt es immer wieder zu völlig verschiedenen Diagnosen, wenn es um psychische Probleme geht. Außerdem sind Diagnosen nicht selten der Beginn einer sogenannten "selbsterfüllenden Prophezeiung". Wenn ich eine bestimmte Diagnose habe, muss ich mich der Diagnose entsprechend verhalten. So kann es dazu kommen, dass die Diagnose aufrechterhalten oder sogar gesteigert wird. Ein weiteres Problem besteht darin, dass es eine Reihe anderer Diagnosen gibt, die von Ängsten begleitet werden. Die Depression ist z. B. oft mit Angst untermalt, bestimmte Persönlichkeitsstörungen sind von multiblen Ängsten begleitet. Da kann es leicht zu Verwechslungen kommen, vor allem dann, wenn man laienhaft versucht, sich selber oder andere nach bestimmten Kriterien zu diagnostizieren. Daher meine herzliche Bitte an Sie: Verfallen Sie nicht der Versuchung, bei den folgenden Beschreibungen Diagnosen für sich selber oder für bekannte Personen zu konstruieren. Diagnosen sollten, wenn sie Sinn haben sollen, geübten Diagnostikern vorbehalten sein.

Fangen wir trotz dieser Bedenken einfach mal an, uns die einzelnen Gruppen anzuschauen, die wir gerade genannt haben.

Zu den Phobien zählen drei Angststörungen:

1. die Agoraphobie,
2. die spezifische Phobie und
3. die soziale Phobie.

Die Agoraphobie galt ursprünglich als Angst vor offenen Plätzen. Heute verstehen wir darunter zusätzlich die Angst vor Menschenmengen, die Angst, ohne Begleitung das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, allein in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen. Die Agoraphobie - auch Platzangst genannt - beginnt meist mit gelegentlichen Angstanfällen außer Haus. Die Betroffenen glauben zunächst, unter Kreislaufstörungen (Herzbeschwerden, Schwindelgefühle, Schwächegefühle in den Beinen etc.) zu leiden. Allmählich beginnt die Einschränkung der Lebensqualität, es entsteht offene Angst vor vielen Aktivitäten außer Haus, die Wohnung wird nur noch in Begleitung einer Vertrauensperson verlassen. Die Agoraphobie ist besonders einschränkend. Einige Betroffene sind völlig an ihre Wohnung gefesselt. Viele empfinden Panik bei dem Gedanken, ohnmächtig zu werden und hilflos in der Öffentlichkeit liegen zu bleiben, viele haben Angst, es könnte sie ein plötzlicher Herztod ereilen. Eines der Schlüsselsymptome der Agoraphobie ist die Furcht, nicht rechtzeitig einen Fluchtweg zu finden. Die Straßenbahn fährt einfach weiter, wenn man ohnmächtig wird, kann man nicht einfach sofort aussteigen. Das Herz fängt zu rasen an, man beginnt zu schwitzen,

man hat schließlich Todesangst. Von der Agoraphobie sind überwiegend Frauen betroffen, der Beginn liegt meist im frühen Erwachsenenalter.

Die spezifische Phobie – auch “einfache Phobie” genannt - bezieht sich meistens auf Tiere (insbesondere auf Hunde, Katzen, Schlangen, Insekten, Mäuse etc.). Aber auch übergroße Angst vor Blut, Verletzungen, geschlossenen Räumen (Klaustrophobie), Höhen (Akrophobie), Donner, Dunkelheit, dem Verzehr bestimmter Speisen usw. zählt zur einfachen Phobie. Die Zahl der möglichen angstausslösenden Reize ist praktisch unbegrenzt, auch ungewöhnlich erscheinende Reize wie Angst vor Entstellung, Angst vor Haarausfall meist bei Frauen, Angst, bestimmten Krankheiten ausgesetzt zu sein usw. gehören in diese Klasse. Es handelt sich also um Ängste, die auf ganz spezifische Situationen beschränkt sind. Die soziale Phobie zentrieren sich um die Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen. Die Ängste können klar abgegrenzt sein und beispielsweise auf Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit oder Treffen von Personen des anderen Geschlechts beschränkt sein. Soziale Phobien sind oft mit einer Selbstwertproblematik und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Vermeiden von Blickkontakt, Händezittern oder Übelkeit äußern.

Allen Phobien ist gemein, dass sie den Betroffenen häufig peinlich sind, und dass sie deshalb oft verheimlicht werden. In der Regel führen Phobien zum Vermeidungsverhalten. Das Kaufhaus wird nicht mehr betreten, auf Straßenbahnfahrten wird verzichtet, der Kontakt mit anderen Menschen wird vermieden. Soziale Phobien können durch das Vermeidungsverhalten zu vollständiger sozialer Isolierung führen. Insgesamt führt das Vermeidungsverhalten im Zusammenhang mit Phobien zu einer Ausweitung der Angst.

Phobien sind nicht selten von Panik begleitet. Panik, die auch isoliert als Panikstörung beschrieben wird, kennt als wesentliches Kennzeichen wiederkehrende schwere Angstattacken. Typisch ist der plötzliche Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen und Schwindel. Fast immer entsteht dann auch Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder Angst, wahnsinnig zu werden. Die einzelnen Anfälle dauern meist nur Minuten, manchmal auch länger. Einer Panikattacke folgt meist die ständige Furcht vor einer erneuten Attacke, es entsteht die berühmte Angst vor der Angst.

Die zweite Angstgruppe hatten wir den Zwangsstörungen gewidmet. Wir wollen diese Gruppe nur kurz beschreiben, weil nur einige wenige Zwänge mit Angst in Verbindung gebracht werden können. Grübelzwänge zum Beispiel stehen eher in enger Beziehung zur Depression. Bestimmte Zwangshandlungen oder Zwangsrituale sind jedoch eng mit Angst verbunden. Die meisten Zwangshandlungen beziehen sich auf Reinlichkeit (besonders Händewaschen), übertriebene Ordnung und Sauberkeit oder wiederholte Kontrollen, die eine möglicherweise gefährliche Situation verhindern sollen. Diesem Verhalten liegt die Furcht vor einer Gefahr zugrunde. Das Ritual ist ein wirkungsloser, symbolischer Versuch, diese Gefahr abzuwenden (23 mal schauen, ob die Kerze wirklich nicht mehr brennt). Wieweit Zwangshandlungen mit Angststörungen assoziieren, wird in der Fachwelt verschieden gesehen. Manche Psychologen sind der Auffassung, Zwänge seien ritualisierte Vermeidungsstrategien zur Abwendung von gefürchteten Ereignissen oder Situationen. Häufig werden Zwänge nicht erkannt oder als solche wahrgenommen. So manche schwäbische Hausfrau, bei der Hausstaubmilben nicht die geringste Chance haben, mag in Wahrheit zwanghaft sein und gleichzeitig von ihren Nachbarinnen beneidet werden, weil bei ihr alles so sauber und ordentlich ist. Es gibt Buchhalter, die nichts mehr fürchten als unkorrekt abgelegtes Papier. Im Büro mag ihr Verhalten geschätzt werden, zuhause allerdings fällt die Zwanghaftigkeit auf, weil sich das Verhalten dort auf das Toilettenpapier bezieht.

Die generalisierte Angst, unsere dritte Gruppe, beschreibt eine anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt oder darin besonders betont ist. Wie bei anderen Angststörungen sind die hauptsächlichsten Symptome sehr unterschiedlich, aber Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig werden Befürchtungen geäußert, der oder die Betreffende selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder verunglücken, sowie eine Anzahl anderer Sorgen und Vorahnungen.

Meine Damen und Herren, die Angststörungen, die wir bisher beschrieben haben, sind allesamt sehr gut untersucht und in den diagnostischen Manualen genannt. Ein Diagnose, die teilweise mit Angst in Zusammenhang gebracht werden kann, soll, bevor wir uns der vierten Gruppe zuwenden, kurz erwähnt werden: die sogenannte posttraumatische Belastungsstörung. Viele Menschen haben Situationen von kürzerer oder längerer Dauer erleiden müssen, die sie nicht einfach wieder vergessen können. Das mögen Kriegserlebnisse gewesen sein, Folterungen, Misshandlungen in der Kinderzeit, Vergewaltigungen oder andere traumatische Erlebnisse, die als Angst- und Belastungsbilder immer wieder auftauchen. Die typischen Merkmale sind das wiederholte angstvolle Erleben des Traumas, genannt "Nachhallerinnerungen" oder "flashbacks". Aus Zeitgründen können wir die posttraumatische Belastungsstörung jetzt nicht weiterverfolgen.

Mit der vierten Gruppe, der Existenzangst, verlassen wir die offizielle Diagnostik der Manuale und beschreiben Ängste, die sich auf die drohende Einschränkung des Lebens, auf den drohenden Verlust eines Gutes oder eine drohende Überforderung beziehen. Man könnte erkranken oder verarmen oder einsam werden oder bald sterben oder die Kontrolle über das eigene Leben verlieren. Teilweise haben wir diese Symptome unter der generalisierten Angst beschrieben. Im Unterschied zur generalisierten Angst fehlen bei der Existenzangst oft die körperlichen Symptome wie wir sie beschrieben haben: Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle usw. Die Existenzangst hat in unserer Gesellschaft oft einen realistischen Hintergrund. Man muss unter Umständen tatsächlich befürchten, den Arbeitsplatz zu verlieren, den Betrieb mangels Produktnachfrage oder wegen der steigenden Konkurrenz nicht mehr lange halten zu können, im Alter einsam zu sein und nicht – wie früher – in der Großfamilie Schutz zu finden. Diese Form der Existenzangst kommt in der Regel nicht plötzlich auf, sondern entwickelt sich mehr oder weniger schleichend. Das Problem dieser Art von Angst ist, dass sie dazu beiträgt, die befürchtete Situation zu begünstigen. Wenn man ständig Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes hat, ist man in der Arbeitswelt nicht mehr voll leistungsfähig. Wenn man ständig um das Fortbestehen der eigenen Firma fürchtet, schwindet der Blick für die geschäftliche Realität. Wer fortwährend Angst vor Einsamkeit hat, klammert sich vielleicht an andere und wird dadurch anderen zur Last. Die Sorge um den Fortbestand des Lebens nimmt rapide zu. Soziale Sicherungen und familiärer Schutz haben heute nicht mehr den Stellenwert wie früher. Unsere Moderne ist gekennzeichnet vom Individualisierungsprozess, jeder ist seines Glückes Schmied. Zwar ist es ein Fortschritt, dass wir nicht mehr in Tradition, Moral und Zwangsverbindungen gedrückt werden. Die andere Seite dieser Medaille ist jedoch, dass sich jede Lebenslage, auch die, in die man ohne eigenes Zutun geraten ist, als Folge individuellen Versagens oder individueller Tüchtigkeit präsentiert. Durch die Auflösung traditioneller sozialer Strukturen und mit der Herauslösung des einzelnen aus sozialen Verknüpfungen erscheint die Identität des einzelnen als etwas, was persönlich erarbeitet werden muss. Unsere Moderne fordert von der einzelnen, dass sie alleine – ohne den Schutz der Großfamilie – Krisen, Kränkungen und Fehlschläge bewältigt. Diese Bewältigungsfertigkeiten müssen heute schon Kinder erlernen, seit der Abstand zwischen Kindheit und Erwachsenenheit immer kleiner wird. Als ich acht war, war mein Vater dreiunddreißig – für mich damals ein alter

Mann. Als ich fünfzehn war, war mein Vater vierzig – inzwischen uralt - und lebte aus meiner Sicht in einer völlig anderen Welt. Er hörte Rudolf Schock “man müsste noch mal zwanzig sein” und “gern hab ich die Frau geküsst”, schrecklich für meine Ohren. Ich hörte Beatles und Rolling Stones, für ihn Teufelswerk in seiner reinsten Form. Mein achtjähriger Sohn und ich (und ich bin keine dreiunddreißig mehr, aber vielleicht würden Sie mir das auch glauben) haben zum Teil ähnliche Interessen und wir hören zum Teil die gleiche Musik. Kinder werden immer mehr mit der Welt der Erwachsenen konfrontiert. Während die Erwachsenenwelt zunehmend infantilisiert (verkindlicht), übernehmen Kinder immer mehr die Verantwortung für sich selbst. Kinder haben heute kaum noch die Chance, an Sicherheit und Geborgenheit zu glauben. Sie beobachten im Fernsehen täglich die Berichte über kriegerische Auseinandersetzungen, sie erleben eine Streitkultur, in der es um Streiten und nicht um Lösungen geht. Die Illusion, die Erwachsenen hätten die Welt im Griff, ist für sie nicht aufrechtzuerhalten. Im Gegenteil: Die Kinder werden sehr früh mit den ungelösten Erwachsenenproblemen konfrontiert. Die moderne Gesellschaft begreift sich, und das fängt heute schon in der Kinderzeit an, als eine Gesellschaft von Individuen – jeder ist für sich selbst verantwortlich. Das alles ist fortschrittlich, aber es fördert auch Ängste um die Existenz.

Ängste in Beziehungen - die fünfte Gruppe, die wir uns anschauen wollen, haben ganz viel mit dem zu tun, was wir gerade als Existenzangst beschrieben haben. Beziehungen, früher als schützender Hafen der Ehe institutionalisiert, werden immer häufiger zu einem Feld, in dem sich Ängste entwickeln. Die traditionelle Durchschnittsehe der Generation vor uns war der Garant gegen Einsamkeit und Angst. Nicht immer, und damals begann bereits die Korrosion der Institution “Ehe”, aber in den meisten Fällen war das noch so. Die Frau war zuhause bei den fünf Kindern, pflegte Wäsche, Heim und Garten und sorgte für das leibliche Wohl. Der Mann war berufstätig – draußen in der feindlichen Welt. Abends, die Kinder waren von ihr bereits ins Bett gebracht worden, erzählte er ihr von den Dummheiten des Chefs und wie er es ihm diesmal deutlich zurückgegeben hatte. Die Angst war draußen. Der Chef, die Kollegen, die vielleicht gefährliche Autofahrt bei Glatteis ohne Sicherheitsgurt und Airbag. Ängste, die innerehelich dennoch da waren, waren nicht existenzieller Natur, und sie wurden in der Regel nicht geäußert, sondern vermieden. Wie sollte sich die Frau nach einem harten Tag am späteren Abend schützen vor den sexuellen Forderungen ihres Mannes, dessen Einfühlungsvermögen im Bett oft nicht überragend war? Es gab Vermeidungssymptome: Migräne, Erschöpfung, der Monatszyklus, der durchaus gestreckt werden konnte.

Ängste, die heute mit Beziehungen assoziiert werden, sind Verlustangst, Bindungsangst und Angst vor Nähe. Natürlich gab es diese Ängste in der traditionellen Ehe auch, aber sie wurden entweder kaum wahrgenommen oder tabuisiert, es durfte über sie nicht gesprochen werden. Und worüber man nicht sprechen darf, so hatten wir zu Beginn gesagt, das gibt es auch nicht, bzw. das hat es nicht zu geben. Moral, Tradition, die festen Geschlechterrollen, das alles brachte eine Bindungsgarantie. Wenn man keine Bindungskompetenz hatte, wurde man eben mehr oder weniger in die Bindung gezwungen. Heute wird diese Bindungsgarantie kompensiert durch etwas, was wir “Verstrickung” nennen. Immer mehr BeziehungspartnerInnen sind miteinander verstrickt. Eine wesentliche Nebenwirkung der Beziehungsverstrickung ist Angst. Wie Beziehungsverstrickungen im einzelnen aussehen, das können wir hier aus Zeitgründen nicht weiter ausführen. Nur soviel: Betroffene einer Beziehungsverstrickung fühlen sich insgesamt unfrei und abhängig vom Beziehungspartner bzw. von der Beziehungspartnerin. Einer der Partner übernimmt die Rolle, vom anderen mehr zu wollen als der zu geben bereit ist. Der oder die andere übernimmt die Rolle, den anderen oder die andere auf Distanz zu halten. Abhängig ist aber nicht nur, wer vom anderen mehr will. Beide sind abhängig von dem Verhalten des oder der jeweils anderen. Es entwickelt sich

Angst vor Verlust oder Angst vor Nähe. Sehr häufig drückt sich Angst in Beziehungsverstrickungen über Sexualität aus, viele der sogenannten sexuellen Funktionsstörungen sind der Ausdruck für eine Beziehungsproblematik.

Meine Damen und Herren, wie schon gesagt, lassen sich nicht alle Ängste dieser Welt darstellen, wir mussten uns hier auf einige Angstgruppen beschränken.

Schauen wir uns nun an, wie übersteigerte Angst entsteht, wie sie aufrechterhalten wird, welche Funktion sie haben kann und wie in der psychotherapeutischen Welt mit Angst umgegangen wird. Eine inzwischen hundertjährige Geschichte der Erklärung von Angst bietet die Psychoanalyse. Sigmund Freud beschäftigte sich schon früh mit der sogenannten Angstneurose, und im Laufe der psychoanalytischen Geschichte sind die Erklärungen immer wieder revidiert worden.

Nun bin ich nicht Psychoanalytiker, sondern Verhaltenstherapeut und Systemiker, und als solcher sind mir die Erklärungsmodelle dieser Schulen vertrauter, und sie scheinen mir auch plausibler zu sein.

Einer der wesentlichen Schwerpunkte der Verhaltenstherapie ist die Arbeit mit Angstproblemen und zwar besonders mit phobischen Ängsten und Panikstörungen. Verhaltenstherapeuten gehen davon aus, dass Ängste erlernt werden, wie überhaupt alles, was nicht physiologisch bedingt ist, erlernt wird. Wenn Ängste erlernt werden, dann muss es auch möglich sein, dass sie wieder verlernt werden, so lautet die simple aber einleuchtende Hypothese der Verhaltenstherapie. Nun gibt es verschiedene Möglichkeiten des Lernens, die drei wichtigsten wollen wir uns kurz anschauen.

Das erste Modell ist das Reiz-Reaktions-Lernen, auch als "klassische Konditionierung" bekannt. Um die Jahrhundertwende untersuchte der russische Physiologe Iwan Pawlow Reflexe der Speichel- und Magendrüsen bei Hunden. Die Drüsen werden durch Säure gereizt. Wenn man einem Hund Fleisch darbietet, entwickelt sich sofort Speichel im Maul. Zeitgleich mit der Fleischgabe oder zeitlich sehr eng ließ Pawlow in der Nähe des Hundes eine Glocke ertönen, und das jedes mal, wenn Fleisch angeboten wurde. Nach einigen dieser zeitgleich dargebotenen Reize ließ er das Fleisch weg und nur noch die Glocke ertönen. Was passierte? Der Hund reagierte mit Speichelfluss. Das heißt, er hatte gelernt: Zur Glocke gehört Fleisch. Es hatte sich also eine Assoziation oder Verknüpfung gebildet. Die Verknüpfung von Reizen, die eigentlich nichts miteinander zu tun haben, können wir auch bei uns Menschen beobachten. Meine Großmutter zuckt immer samstags um Schlag 12,00 Uhr zusammen, nur weil immer dann die Feuerwehirsirene in der Nachbarschaft testhalber einmal aufheult. Die Sirene ist völlig ungefährlich, aber meine gute alte Großmutter assoziiert mit dem Reiz Sirene Luftschutzkeller, weil die Reize Sirene und Luftschutzkeller im Krieg miteinander verknüpft wurden. Das Zusammenzucken ist eine Angstreaktion, bei der, wie beim Pawlowschen Hund, körperliche Reaktionen ausgelöst werden. Zwar reagiert meine Großmutter nicht mit Speichelfluss, jedenfalls noch nicht, aber mit Herzklopfen und Zittern.

Die Entstehung der Agoraphobie, der spezifischen Phobie und der Panik wird von Verhaltenstherapeuten mit dem Modell der klassischen Konditionierung erklärt. Machen wir ein Beispiel: Lieschen Müller will bei Hertie einkaufen. Es ist feuchtkalt, Lieschen Müller ist leicht verschnupft, der Tag war anstrengend, zu Mittag gab es leicht verdorbenen Fisch, und nun steht sie vor Hertie. Sie tritt ein. Im Eingangsbereich bläst von oben her ein warmer Wind aus den Luftdüsen, wie das bei Kaufhäusern so ist. Der Kreislauf, ohnehin schon angeschlagen, macht schlapp, Lieschen Müller kollabiert. Nach wenigen Sekunden wacht sie am Boden liegend auf, viele Menschenköpfe neigen sich zu ihr herunter, sie ist zufällig

attraktiv und dem Fisch war kein Knoblauch beigelegt. Sie will aufstehen, aber man hält sie am Boden, sie solle warten, bis der Notarztwagen eintreffe. Sie will nicht, man muss sie zu ihrem Glück zwingen, sie ergibt sich. Da kommt der Arzt angerannt, untersucht sie hastig, sie wird mit Martinshorn und Blaulicht ins städtische Klinikum gebracht. Am nächsten Tag wird sie entlassen. Zwei Wochen später, das Wetter ist super, Lieschen Müller kerngesund, zu Mittag gab es absolut astreine Grünkernbratlinge, will Lieschen Müller den Einkauf bei Hertie nachholen. Vor dem Eingang überkommt sie plötzlich ein flaues Gefühl, sie vernimmt Herzrasen, zittert am ganzen Körper. Sie hat Angst. Das Beste, was sie nun tun könnte, wäre eintreten und den Einkauf erledigen. Aber sie tut etwas, was die Agoraphobie entstehen lässt, sie flüchtet. Verhaltenstherapeuten sagen: sie vermeidet. So geht das weiter. Sie geht nicht mehr zu Hertie, die Angst beginnt sich auszuweiten und sich auch auf andere Geschäfte zu beziehen, und schließlich hat sie schon Angst, wenn sie ihre Wohnung verlässt. Nur in Begleitung ihres Mannes oder ihrer Tochter fühlt sie sich außer Haus einigermaßen angstfrei, wenn beide nicht da sind, geht sie auch mit dem Hund raus. Dieses einfache Modell, das in der verhaltenstherapeutischen Praxis natürlich ausführlicher und mit weiteren Variablen verknüpft wird, lässt sich auch zur Erklärung anderer Phobien und Panikstörungen heranziehen.

Das zweite Lernmodell ist das sogenannte "instrumentelle Lernen". Während beim klassischen Lernen erst der Reiz kommt und dann das Verhalten (erst Hertie, dann Vermeidung), kommt es beim instrumentellen Lernen erst zum Verhalten und dann zum Reiz. Damit das mit den Reizen nicht verwechselt wird, spricht man beim instrumentellen Lernen nicht von Reiz sondern von der Konsequenz. Sowohl Reiz als Konsequenz beeinflussen das Verhalten. Mein Sohn bringt eine 1 von der Schule mit nach Hause (das ist das Verhalten), und er wird natürlich gelobt und belohnt. Lob und Belohnung wirken sich günstig auf sein weiteres Verhalten aus. Er ist weiterhin bestrebt, gute Noten mitzubringen, damit die angenehmen Konsequenzen sich wiederholen. Psychologisch ausgedrückt: Das Verhalten wird verstärkt. Das Entstehen vieler Ängste lässt sich aus verhaltenspsychologischer Sicht durch das instrumentelle Lernen erklären. Bestimmte Verhaltensweisen in Beziehungssituationen haben ungünstige Konsequenzen und führen damit zur Verstärkung von Angst oder anderen unangenehmen Konsequenzen.

Das dritte Lernmodell, auf das wir nur ganz kurz eingehen wollen, ist das sogenannte "Modelllernen". Wenn Kinder zum Beispiel am Modell "Eltern" lernen, dass man sich ständig streitet, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sich Ängste vor Beziehungen entwickeln.

Wie sieht die verhaltenstherapeutische Behandlung aus? Die Verhaltenstherapie ist besonders hilfreich bei phobischen Ängsten, Panikstörungen und Zwangsritualen. Obwohl der Verhaltenstherapie von einigen Psychoanalytikern immer noch nachgesagt wird, sie sei oberflächlich und reine Symptomklempterei, ist sie doch eine wissenschaftlich ausgereifte und sehr gründliche Therapieform. Vor der eigentlichen Behandlung werden eine genaue Problem- und Verhaltensanalyse und ein Therapieplan erarbeitet. Zwei therapeutische Vorgehensweisen haben sich bei Phobien besonders bewährt: die systematische Desensibilisierung und die konkrete Reizüberflutung, genannt "flooding". Die Desensibilisierung beginnt mit einer vorsichtigen Konfrontation, zunächst in der Vorstellung, dann in der Realität. Langsam wird die Konfrontation immer weiter erhöht, bis die Betroffenen keine Angst mehr vor dem angstausslösenden Reiz haben. Das "flooding" arbeitet mit der sofortigen vollen Reizkonfrontation. Der Therapeut bzw. die Therapeutin schickt Lieschen Müller sofort ins Kaufhaus Hertie. Solche Crashkurse haben eine hohe Erfolgsquote, sind allerdings für die KlientInnen und nicht selten auch für die Therapeuten sehr anstrengend.

Genaugenommen stehen in der Verhaltenstherapie nicht die phobischen Ängste im Vordergrund, sondern das Verhalten, das daraus folgt. Ängste kann und soll man nicht therapieren, sie gehören zu unserer Natur. Das typische Verhalten bei phobischen Ängsten ist die Vermeidung. Hier setzt die Therapie an: Das Vermeidungsverhalten wird unterbrochen und durch ein Konfrontationsverhalten ersetzt.

Andere nichtphobische Ängste werden in der Verhaltenstherapie mit Methoden der sogenannten kognitiven Verhaltenstherapie behandelt. Ganz vereinfacht gesagt, wird davon ausgegangen, dass die Angstbetroffenen Denkfehlern aufsitzen, wenn sie Ängste haben. Durch Gespräche und bestimmte Übungen wird die sogenannte "kognitive Umstrukturierung" versucht. Die Glaubensüberzeugungen im Hinblick auf die Symptomatik, genannt "beliefs", werden kritisch hinterfragt und einer Neubewertung zugeführt.

Soviel zur Verhaltenstherapie, obwohl sich dazu natürlich noch viel sagen ließe, aber das würde den Rahmen sprengen.

Sehr interessant und in vieler Hinsicht hilfreich sind die Denkwelt und die therapeutische Vorgehensweise der systemischen Therapie. Das Wort sagt es: Die systemische Therapie interessiert sich nicht nur für isolierte Symptome oder Merkmale, sondern für Systeme, also für das Ganze. Viele Ungereimtheiten der klassischen Psychotherapie sind von Systemikern entdeckt, benannt und erklärt worden. Systemiker gehen davon aus, dass sich lebende Systeme, und dazu gehören Menschen, nicht planen und steuern lassen, sondern dass sie grundsätzlich ihrer Eigenwilligkeit folgen. So mögen Verhaltenstherapeuten noch so gründlich Ziele ansteuern, das Ergebnis ist um so zweifelhafter, je rigider geplant wird. Konventionelle Therapien gehen allesamt von der Annahme aus, dass das Leben nach Ursache-Wirkungsprinzipien funktioniert. Weil etwas ganz bestimmtes passiert ist, folgt daraus etwas ganz bestimmtes. Die Ursache liegt dabei immer in der Vergangenheit. Zukünftige oder erwartete Phänomene werden als Ursache für gegenwärtiges Verhalten ausgeschlossen. Ein Beispiel, das ich in einem Buch von Paul Watzlawick gelesen, aber auch selber erlebt habe, soll das veranschaulichen. In den siebziger Jahren, ich war Student, gab es die große Ölkrise. Es gab Sonntagsfahrverbote, in jeder Zeitung stand, bald würde mangels Nachschub das Benzin für Autos völlig verknappen. Es stellte sich später heraus, dass das alles gar nicht gestimmt hatte. Das Gerücht sorgte für Hamsterkäufe, an den Tankstellen bildeten sich lange Staus, und bald trat das ein, was prophezeit worden war: Das Benzin wurde knapp. Die Ursache lag aber nicht in der Vergangenheit (etwa weil der Nachschub gefehlt hatte), sondern in der Kommunikation und in der Erwartung, die sich aus der Kommunikation entwickelt hatte.

Die systemische Therapie therapiert nicht Symptome und sie interessiert sich nicht in erster Linie für das Unbewusste. Sie sieht Probleme und Symptome in einem größeren Zusammenhang, der Kontext ist wichtig. Zum Kontext gehört das Soziale. Natürlich würde kein Systemiker leugnen, dass Angstsymptome irgendwo einen Anfangspunkt haben. Weil aber Symptome erst dann als störend oder behindernd wahrgenommen werden, wenn sie sich über einen längeren Zeitraum entwickelt haben, muss das, was sich mitentwickelt hat, in die Sicht eingeschlossen werden. Symptome werden zu einem Kommunikationsmedium. Eine 44-jährige Frau leidet seit 16 Jahren unter einer schweren Agoraphobie. Als sie 28 war, hatte sich in der Stadt eine tieffliegende Taube mit den Krallen in Ihren Haaren verfangen. Sie verknüpfte sehr einfach dargestellt, Taube und Stadt, es entwickelte sich eine Angst, die sich immer mehr ausweitete. Im Lauf der Jahre, veränderte sich die Kommunikation innerhalb ihrer Familie. Man nahm sehr viel Rücksicht, der fürsorgliche Ehemann übernahm viele Aufgaben. Zwischen den Eheleuten entwickelte sich eine extrem komplementäre

Abhängigkeitsbeziehung. Sie ist schwach, er ist stark. Vor allem stand das Thema Angst ständig auf der Tagesordnung. Die inzwischen 24-jährige Tochter und der inzwischen 22-jährige Sohn gewöhnten sich im Lauf der Jahre an eine Angstkommunikation. Wenn man mit der Mutter ins Gespräch kommen will, dann geht das am besten über Angst. Alle Kommunikationsinhalte, die nichts mit Angst zu tun haben, wurden im Lauf der Jahre völlig in den Hintergrund gedrängt. Die Geschichte ist leidvoll und die Frau wünscht sich sehr, von Ihrer Angst befreit zu werden. Aber die Angst ist auch für etwas gut: sie sichert Kommunikation. Diese kommunikative Sicherung trägt wesentlich dazu bei, dass die Angst aufrecht erhalten wird. Stellen wir uns vor, die Frau ginge in Therapie und wäre binnen weniger Sitzungen angstfrei. Wie soll das Kommunikationsloch dann gefüllt werden? Welche Ängste entwickelt den Mann vielleicht, wenn die Frau auf einmal auch mal alleine ausgehen möchte und vielleicht sogar gelegentlich mit anderen Männern flirtet? Auf jeden Fall, das können wir ahnen, würde das Ausbleiben der Angst Wirkungen haben, die Probleme mit sich brächten.

Die systemische Therapie ist besonders dort hilfreich, wo sich Ängste in Beziehungen und in Familien entwickelt haben, und darüber hinaus natürlich immer dort, wo es zur Symptombildung aller Art in sozialen Kontexten gekommen ist. Symptome werden von SystemikerInnen als der Versuch angesehen, irgendetwas anderes zu lösen. Die Therapie besteht nun darin, nach Alternativlösungen und Visionen Ausschau zu halten.

Überhaupt, dass soll noch erwähnt werden, gehen systemische TherapeutInnen relativ unkonventionell mit Menschen um, die in ihre Praxis kommen. Klienten und Klientinnen werden nicht in erster Linie als Patienten betrachtet, die geheilt werden sollen, sondern als Partner und Partnerinnen, die zusammen mit den Therapeutinnen neue Wirklichkeiten konstruieren. Eine systemische Therapiesitzung ist oft von Heiterkeit und Optimismus bestimmt. Um Verwechslungen zu vermeiden, will ich darauf hinweisen, dass Systemische Psychotherapie nichts zu tun hat mit den Familienaufstellungspraktiken nach Hellinger. Zwar nennt auch Hellinger sich Systemischer Familientherapeut, oder besser: er wird so genannt, aber seine Arbeit ist im systemisch-wissenschaftlichen Sinne nicht systemisch.

Welche Therapie ist nun die richtige? Diese Frage lässt sich pauschal nicht beantworten. Nach meiner Erfahrung sind Therapien dann erfolgreich, wenn sie allgemein ausgerichtet ist, sich also nicht nur an einer Methode orientieren. Ein guter Therapeut erkennt, wann, wo und wie welcher Schritt angeregt werden sollte.

Unsere letzte Frage: Was kann man selber tun, wenn man unter Ängsten leidet? Auch diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Bei leichteren phobischen Ängsten kann als Faustregel gelten: Vermeidung vermeiden. Gehen Sie ins Kaufhaus, obwohl Sie Angst haben. Wenn Sie sich vor einer Hauskatze fürchten und in der Lage sind, sie von einem Tiger zu unterscheiden, streicheln Sie sie. Wenn Sie Angst vor Höhen haben, besteigen Sie mit einem Begleiter oder einer Begleiterin den Turm auf dem Turmberg. Zur Ihrer Sicherheit können Sie, bevor Sie zu solchen Maßnahmen greifen, einen Gesundheitscheck machen lassen. Bei schwereren phobischen Ängsten sollte Verhaltenstherapie in Anspruch genommen werden. In Münster gibt es seit einigen Jahren eine verhaltenstherapeutische Klinik, die sehr erfolgreich in der Arbeit mit phobischen Ängsten ist, die Christoph-Dornier-Stiftung für klinische Psychologie.

Wenn Sie erwägen, Tranquilizer einzunehmen, bedenken Sie, dass Medikamente Ängste zwar vorübergehend dämpfen können, dass sie aber Ängste nicht zu heilen in der Lage sind. In manchen Fällen schwerer Phobien kann die Gabe von Tranquilizern günstig sein, um den

Einstieg in die Psychotherapie zu erleichtern. Bedenken Sie jedoch: Viele Tranquilizer machen süchtig, wenn sie über einen längeren Zeitraum eingenommen werden

Bei Ängsten, die in Beziehungen oder in anderen sozialen Systemen auftreten, denken Sie über eine systemische Therapie nach. Leider ist die Zahl der gut ausgebildeten systemischen Therapeuten noch recht klein, aber in den nächsten Jahren wird sich das wohl ändern. Die Kosten für systemische Therapie werden nicht von Krankenkassen übernommen. Weil Systemiker aber in der Regel in größeren Zeitabständen arbeiten, lassen sich die Kosten insgesamt relativ leicht tragen.

Dieter Salomon