

Erfahrungen aus fünf Jahren Angstbewältigungstherapie

in der psychosomatischen Abteilung der Brandenburgklinik in Wandlitz/Brandenburg

Verfasser: Reinhardt Krätzig, 2000

Inhaltsverzeichnis

<i>Einleitung:</i>	2
Zur Struktur in der Klinik.....	2
Einige Thesen zur Angst.....	2
<i>Beispiel für die Entstehung einer Angsterkrankung:</i>	3
Wichtige Aspekte für die Angstbewältigung:.....	4
Häufig auftretende Eigenschaften von Angstpatienten (grob verallgemeinert).....	4
Verhaltensanalyse des durchschnittlichen Angstpatienten.....	4
<i>Aufgabenbereiche in der Angstbewältigungsgruppe</i>	5
1. Wissensvermittlung	5
2. Üben.....	6
3. Dynamische Gruppe	6
<i>Einige Inhalte der Wissensvermittlung in der Gruppe</i>	7
Entstehung von Angst.....	7
Grundannahme	7
Die Angst als Folge von Überbelastung	8
Zeitlicher Verlauf der Angst.....	9
Verlauf eines Angstanfalles (Vorstellung des Patienten vs. Realität).....	9
Kreismodell der Angst.....	9
<i>Zum Übungsteil 2.1 Was kann innerhalb der Gruppe erarbeitet werden</i>	10
Vorüberlegungen:	10
Ausgewählte Übungen:	10
<i>Üben außerhalb der Gruppe</i>	11
Übungen außerhalb der Gruppe sind aus zwei Gründen sinnvoll:.....	11
Zur Individualität der Aufgabenstellungen.....	11
<i>Exkurs: Suche individueller Aufgabenstellungen mit Hilfe von Angstphantasien</i>	11
Angstphantasien	12
Wiederkehrende Themenkomplexe:.....	14
Spezifische Aufgaben für einzelne Schwerpunktthemen:.....	14
Hauptaufgaben für die Angstbewältigung:.....	15
<i>Zur Durchführung von Übungsaufgaben:</i>	16
<i>Zur Person des Verfassers:</i>	16
<i>Anhang: Angstdiagnosen im ICD 10 (gekürzte Auswahl)</i>	17

Einleitung:

Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, Erfahrungen aus einigen Jahren Angstbewältigungsgruppe in der psychosomatischen Abteilung der Brandenburgklinik in Wandlitz/Brandenburg zusammenfassend auszuwerten. Schwerpunkte, Tendenzen, Möglichkeiten und Grenzen dieser Arbeit sollen dargestellt werden, wissenschaftliche Auswertung ist nicht das Thema.

Zur Struktur in der Klinik

Die Gruppe war und ist ein Teil des therapeutischen Angebotes der Station 3 der psychosomatischen Abteilung der Brandenburg-Klinik in Wandlitz im Bundesland Brandenburg in der Nähe von Berlin. Die Patienten kommen in der Regel zu einem 6-wöchigen Aufenthalt in die Klinik. Kostenträger sind die Rentenversicherungsträger oder (seltener) die Krankenkassen.

Auf der Station sind die Angstpatienten zahlenmäßig die größte Teilgruppe, der Rest der ca. 25 Patienten kommt mit anderen Diagnosen. Die Teilnehmer der Angstbewältigungsgruppe kommen aus unterschiedlichsten Berufsgruppen. Die Altersstruktur ist ebenfalls weit gefächert. Überwiegend sind es Personen im Alter zwischen 35 und 55 Jahren. Vereinzelt auch älter oder jünger. Frauen überwiegen zumeist. Viele Patienten haben neben der Angstdiagnose weitere psychische Diagnosen. Häufig sind Depressionen, auch Zwänge und Schmerzen. Zusätzliche somatische Diagnosen sind ebenfalls häufig und sehr vielfältig. Orthopädische Diagnose sind überwiegend, kardiologische und neurologische weniger häufig. Die meisten Patienten waren vor der Kur längere Zeit arbeitsunfähig und haben zum Teil mehrere Abschnitte von Arbeitsunfähigkeit hinter sich. Ebenfalls häufig ist ein mehr oder weniger verstecktes Rentenbegehren. Die Angst ist dann in der Regel nicht behandelbar, da sie das Instrument darstellt, mit dem die Rente begründet werden soll.

Die Angstbewältigungsgruppe findet an zwei einstündigen Terminen in der Woche unter der Leitung von zwei Therapeuten statt. Darüber hinaus gibt es einen Termin, an dem sich die Patienten ohne Therapeuten treffen, miteinander sprechen oder gemeinsam Angstbewältigungsaufgaben durchführen. Bevor die Patienten in die Gruppe kommen, findet mit einem der Gruppenleiter ein Vorgespräch statt. Neben der Angstbewältigungsgruppe erhalten die Patienten Einzelgespräche mit ihrem Bezugstherapeuten. Einzelne Patienten nehmen auch an anderen psychotherapeutischen Gruppen teil, z.B. Gesprächsgruppe, Integrative Bewegungstherapie oder Kunsttherapie

Einige Thesen zur Angst

- **Angst ist ein vielschichtiges Phänomen. Angstbewältigung verlangt eine entsprechend mehrdimensionale Herangehensweise:**

Diese sollte enthalten:

- Wissensvermittlung,
- Bereitstellung von neuen Erfahrungen im sozialen Feld,
- unter anderem die Erfahrung etwas bewirken zu können, von anderen gesehen zu werden, für andere wichtig zu sein, etc,
- Selbstwertstärkung,
- Übung zur körperlichen Entspannung,
- Einüben neuer Denkstrategien,
- Wahrnehmungsübungen.

Die Vielschichtigkeit der Angst birgt die Gefahr, sich in der Angstbewältigung in einzelnen Felder zu verlieren.

- **Hinter der Angst steckt immer die Unfähigkeit eine vorhandene Belastung, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln lösen, bzw. tragen zu können**
- **Hintergrund für diese Unfähigkeit ist in der Regel eine Selbstwertschwäche.**
Je ausgedehnter diese Selbstwertschwäche ist, desto tiefergehender, bzw. vielfältiger entwickelt sich die Angst.

- Die Angstbewältigungsübungen nur auf die vordergründigen Angstsituationen zu beziehen, -mit einem Menschen mit Angst vor der vollen U-Bahn, also U-Bahnfahren zu üben- ist in der Regel erfolglos. Die Angstauslösende Situation weist zwar auf die Angstproblematik hin, ist aber mit dieser nicht zu verwechseln. **Die tatsächlichen Probleme liegen in der Regel im sozialen Umfeld, und müssen auch dort angegangen werden.**

Beispiel für die Entstehung einer Angsterkrankung:

Frau, Mitte 40. Sie hat Familie, zwei halbwüchsige Söhne und einen berufstätigen Ehemann. Sie arbeitet als Arbeiterin in einem kleinen Betrieb. Sie führt den Haushalt allein. Sie ist anpassungsfähig, fleißig, Widerspruch oder Widerstand gegen schwierige Situationen fallen ihr schwer. Sie ist sehr harmoniebedürftig. Konflikten weicht sie aus. Sie mag keinen Streit, sie hat Angst davor, von jemandem nicht gemocht zu werden.

Die Frau ist also fleißig und genügsam und wird entsprechend in Familie und Arbeitsplatz ausgebeutet. Allmählich kommt sie an körperliche Grenzen, ohne diese aber benennen zu können.

In der Firma ist zur Zeit eine schwierige Situation. Ein neuer Abteilungsleiter ist auf der Suche nach Möglichkeiten der Kostenreduzierung. Zwei Mitarbeiter sind bereits entlassen worden. Die anderen müssen deren Arbeit mitmachen.

Jetzt passiert folgendes:

- Nach einem schweren Arbeitstag war sie noch einkaufen und betritt mit den vollen Einkaufstüten die U-Bahn. Diese ist voll, die Luft ist stickig, sie bekommt keinen Sitzplatz. Plötzlich wird ihr schwindlig, sie bekommt einen Schweißausbruch, das Herz rast. Sie hat Angst umzufallen, möchte sofort aussteigen, kann sich aber zusammenreißen und hält bis zu ihrer Station aus.
- Zuhause berichtet sie darüber, aber keiner nimmt sie so richtig ernst.
- Am nächsten Morgen bekommt sie beim Betreten des U-Bahnhofes wieder einen Schweißausbruch mit Schwindel und Herzrasen. Sie setzt sich auf eine Bank, lässt ihre Bahn abfahren, geht zum Arzt und lässt sich erstmal krankschreiben.
- Da auch der tägliche Einkauf mit der U-Bahn erledigt werden muss, müssen dies zunächst die Söhne und der Ehemann übernehmen.
- Nach einer Woche Krankschreibung möchte sie wieder zur Arbeit, weil sie Angst um ihren Arbeitsplatz hat. Im U-Bahnhof wird ihr wieder schwindlig. Sie geht trotzdem in die U-Bahn muss aber in der nächsten Station wieder aussteigen. Sie läuft nach Hause zurück. Lässt sich weiter krankschreiben.
- Nach drei Wochen - sie ist noch krankgeschrieben- wagt sie das erste mal wieder einzukaufen. Sie fährt mit der U-Bahn, es geht einigermaßen. Im Supermarkt steht sie an der Kasse. Hinter ihr eine längere Schlange. Ihre Ware wird gerade abgefertigt, sie packt sie in den Korb. Plötzlich bekommt sie den nächsten Anfall. Sie reißt sich zusammen, nimmt ihre Sachen und verläßt nach dem Bezahlen fluchtartig den Laden. Da sie sich jetzt auch nicht mehr in die U-Bahn traut, steigt sie in ein Taxi und lässt sich nach Hause fahren.
- In den nächsten Wochen wagt sie sich weniger und weniger aus dem Haus. Da sie nicht mehr zur Arbeit kann, verliert sie ihre Tätigkeit. Sie bleibt krankgeschrieben, bis ihr ein Arzt die Kur vorschlägt.

Für die meisten Angstpatienten gibt es erst nach einer mehrjährigen Karriere von Arztbesuchen die Chance ihre Symptome als Angst zu verstehen und zu behandeln. Selten wird die Angstdiagnose unmittelbar gestellt.

Wichtige Aspekte für die Angstbewältigung:

Im Beispiel zeigen sich mehrere für die Angstbewältigung wichtige Aspekte:

- **Der Angstauslöser ist eine beliebige Situation/Objekt**, die lediglich auf eine dahinter liegende, aktuelle Problematik hinweist.
- Die Angst entsteht, weil die Patientin keine anderen Mittel zur Verfügung hat, diese Problematik zu lösen. **Die Angst erfüllt also einen Zweck.** Die U-Bahn Angst wird zum Vehikel dafür, daß sich andere um sie sorgen müssen und sie weniger für andere da sein kann.
- Wenn die Angst aber "gut funktioniert", also zu großer innerer Entlastung führt, ist **u. U. der Krankheitsgewinn so groß**, daß keine Veränderung mehr erreicht werden kann. Denn sollte sie jetzt die Angst wieder verlieren, würde sich vermutlich die alte Situation wieder einstellen. Bevor die Frau nicht gelernt hat, sich besser zu schützen und abzugrenzen und für sich zu sorgen, wird die Angst vermutlich nicht therapierbar sein. Das eigentliche Übungsfeld für die Angstbewältigung liegt am Anfang also im sozialen Bereich. (abgrenzen lernen, für sich sorgen, etc) Erst in einer späteren Phase macht es Sinn Expositionsübungen in der U-Bahn oder im Supermarkt durchzuführen.

Häufig auftretende Eigenschaften von Angstpatienten (grob verallgemeinert)

- Der Angstpatient schaut meist skeptisch in die Zukunft. Er beschäftigt sich viel mit der für ihn vermutlich dunklen Zukunft, wofür er die Beweise in der Vergangenheit sucht. D.h. er ist selten auf die Gegenwart bezogen.
- Er ist harmoniebedürftig bis harmoniesüchtig. Konflikte mag er nicht, er weicht ihnen aus, versteckt sich vor ihnen, geht über Konflikthafes hinweg, verschweigt es, schluckt es herunter.
- Er orientiert sich gern an einem angenommenen Allgemeinverständnis von gut und falsch. So macht man das! So ist das doch richtig!
- Er schließt sich der Gruppenmeinung an, nimmt selten bis nie eine Gegenposition ein.
- Er redet gern auf allgemeiner Ebene, vermeidet im Gespräch persönliche Bezüge
- Er mag es auch, wenn die Therapeuten in der Gruppe über die Angst an sich sprechen, über das was man generell tun kann, und wo sie allgemein ihre Ursachen hat.
- Er wird nervös, wenn man das Allgemeine an seinem Beispiel konkretisieren möchte und bei ihm nachfragt.
- Die Produktion von Angstphantasien fällt ihm leicht.
- Es fällt ihm schwer diese Phantasien konkret im Detail zu benennen, wenn er z.B. in der Gruppe danach gefragt wird. (das hieße ja, konkretes über sich selbst zu erzählen)
- Über sich selbst denkt er vor allem schlechtes. Er hält sich für unwichtig, unbedeutend. Seine Bedürfnisse und Wünsche stellt er meist zugunsten anderer zurück.
- Über sich selbst etwas Anerkennendes, Positives von anderen zu hören, ist ihm peinlich. Über sich selbst positiv zu reden, fällt ihm ausgesprochen schwer.

Insgesamt bewegt sich der Angstpatient in einer Grauzone, einer nebligen Welt ohne deutliche Kontraste, in der Diffusität und Unklarheit vorherrscht. In das undifferenzierte Grau lassen sich leicht böse Schatten oder Untiefen hineinphantasieren. Es fehlt vor allem Licht und damit bleiben auch die Schatten verborgen

Verhaltensanalyse des durchschnittlichen Angstpatienten

Körperlich:	Es fehlt:
Der Patient nimmt sich nicht wahr, geht über deutliche Zeichen hinweg: z.B. Erschöpfung	Selbstwahrnehmung.

Kognitiv:	Es fehlt:
Der Patient denkt, daß es ihm nicht zusteht, sich zu wehren, daß seine Anliegen es nicht wert sind, beachtet zu werden, daß er es auch aushalten kann, daß er sich nicht so anstellen soll	angemessene Selbstbewertung, Selbstachtung
Emotional:	Es fehlt:
Der Patient nimmt Teile der eigenen Gefühle und Bedürfnisse nicht wahr oder unterdrückt diese.	angemessenes Gefühlswahrnehmung und Gefühlsausdruck
Verhalten:	Es fehlt:
Der Patient hält überfordernde Situationen aus. Passt sich den Forderungen der Umgebung an. Vermeidet Konfrontation und weicht Konflikten aus.	Abgrenzen, nein sagen, Grenzen ziehen, für sich selbst zu sorgen, Last und Verantwortung an andere abgeben und teilen. bitten, befehle, wünschen, fordern, erzwingen...
Insgesamt fehlt :	<ul style="list-style-type: none"> - Gegenwartsbezug - Platz für das Positive und Schöne im Leben - Vertrauen zu sich und zu anderen - Klarer Bezug zur Mitwelt unter Einbeziehung der eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Interessen - Konflikte auszuhalten und auszutragen

Zentrales Thema ist der geringe Stellenwert der eigenen Person im Leben des Angstpatienten.

Wenn ein Mensch zu wenig Selbstvertrauen hat, ist ihm nicht möglich, sich gegen Ansprüche anderer zu wehren, Grenzen zu setzen oder gar eigene Bedürfnisse zu erheben. Es gibt keinen Platz für eigene Bedürfnisse, Gefühle und Wünsche.

Geringes Selbstvertrauen geht oft einher mit großer Leistungsbereitschaft. Die Leistung stellt den Versuch dar, doch noch zu der in der Kindheit meist fehlenden Anerkennung zu kommen. Nur durch die Leistung bin ich wer, ohne Leistung nichts. Diese Menschen sind nicht bestätigt worden, nie angenommen worden für das was sie sind. Kommt positive Zuwendung, glauben sie dem nicht. Körperlich drückt sich dies häufig darin aus, daß in Anwesenheit anderer keine Entspannung möglich ist. Z.B. kein Augenschließen oder kein führen lassen von anderen (in der Bewegungstherapie).

Aufgabenbereiche in der Angstbewältigungsgruppe

Es haben sich drei Aufgabenbereiche als wichtig bzw. unerlässlich herausgeschält:

1. Wissensvermittlung

Themen:

Entstehung von Angst

Was steht hinter der Angst

Was hat sie ausgelöst

Wie ist sie zu verstehen

Verlauf der Angst

Tendenz zur Verselbständigung und zur Verstärkung

Was geschieht im Angstanfall, was kann passieren

Bewältigungsstrategien

*Was kann man gegen die Angst tun.
Wie geht man mit einem Angstanfall um
Notwendigkeit praktischer Übungen*

Krankheitsgewinn

2. Üben

2.1 Übungen innerhalb der angeleiteten Angstgruppe

Umgang mit Angstsituationen: Körperliche Entspannungstechniken, Denkstrategien (= Angstphantasien unterbrechen), Wahrnehmungsübungen, Atemtechniken, u.a.

Selbstwertstärkung u. Selbstwahrnehmung: Selbstverleugnung, Selbstabwertung aufzeigen und dagegen steuern, eigene Erfolge würdigen, Zuwendungen annehmen. Negative Sprache u. negatives Denken entdecken und unterbinden. U.a.

Soziale Kompetenz: Vor der Gruppe von sich reden lernen. Für das eigene Wohl in der Gruppe sorgen. Grenzen ziehen. Im Gespräch mit anderen konkret werden (vs. Verallgemeinerungen und abstraktes Reden) Konfliktgestaltung in gespielten Situationen üben. Konkrete Angstsituationen im Rollenspiel bearbeiten. (Z.B. Gespräch mit dem Chef). Die Gruppe anregen, Rückkoppelung zu geben (sich auf den Einzelnen zu beziehen). U.a.

2.2 Externes Üben (Wenn Sie nichts tun, tut sich nichts)

a) Gruppe trifft sich ohne den Leiter und arbeitet selbständig

b) Jeder Patient bekommt individuelle Aufgaben, die er allein oder gemeinsam mit anderen durchführt

3. Dynamische Gruppe

Die Gruppe als Ort der Begegnung, Auseinandersetzung, Anregung, Ermutigung, Konfliktfeld, etc. Es geschehen Missverständnisse, Übertragungen, Projektionen, Gruppendynamik. Dies kann aufgegriffen werden und wichtige Impulse geben für die Arbeit an der eigenen Person und für den Umgang mit anderen.

Mixkonzept

Alle drei Teile sind notwendig um Effekte bei der Angstbewältigung zu erzielen.

Die Reduzierung auf z.Zt. zwei therapeutisch geleitete Sitzungen à 1 Zeitstunde und eine Übungseinheit pro Woche ohne therapeutische Begleitung führt zu Widersprüchen und Problemen.

Widersprüche, Probleme

Die Anforderungen an die Gruppengestaltung, die von diesen drei Abschnitten ausgehen, stehen z.T. einander im Weg, bzw. im Widerspruch zueinander:

Zu 1. Jede Wissensvermittlung bremst die Dynamik der Gruppe. Die Patienten ziehen sich auf die Rolle des Zuhörers zurück (das tun Angstpatienten ausgesprochen gern) und bremsen eigene Initiative. Die Probleme werden vom Kopf her angegangen. Der Transfer zu eigenem Handeln bleibt oft im Hintergrund.

Zu 2. Reines Üben um des übens willen, führt zu Aktionismus. Z.t. wird am eigentlichen Thema vorbei geübt. Der Patient übt allein Fahrstuhl fahren, obwohl das Hauptproblem bei der Tendenz zur sozialen Isolierung liegt.

Oder es werden Teilerfolge erzielt, z.B. Wegebewältigung in der Klinik funktioniert, aber der Patient kann den Transfer zu den Wegen zu Hause nicht herstellen.

Dieses Mixkonzept ist daher unzureichend, Erfolge sind in der kurzen Klinikzeit meist nur zu erreichen, wenn

- der Patient sehr engagiert ist
- einigermmaßen intelligent ist

- wenn die Störung nicht sehr tief geht:
- wenn der Einzeltherapeut am selben Strang zieht und ein enger Austausch besteht.

Ideal..

Am besten wäre es, für jeden Teil einen eigenen Rahmen zu schaffen, also z.B. 1 Stunde "Theorie", 1,5 Std. dynamische Gruppe und ein bis zwei Einheiten praktisches Üben pro Woche, mindestens einmal dabei mit Begleitung durch die Therapeuten. Aufgrund der Gegebenheiten auf der Station und der Belastung der Therapeuten durch andere Arbeiten war es nicht möglich diese Struktur zu erproben.

Einige Inhalte der Wissensvermittlung in der Gruppe

Entstehung von Angst

Für die meisten der Angstpatienten ist ihre Angst nicht zu verstehen. Sie kam aus heiterem Himmel, nichts schien sie angekündigt zu haben. Da es kein Verständnis für die Ursachen gibt, scheint es auch nicht möglich etwas dagegen zu tun.

Diese Argumentation ist Teil des angstbestimmten Denkens. "Es gibt nichts Konkretes, nichts Fassbares. Handlung ist daher ausgeschlossen, einziger Ausweg ist das Aushalten oder besser das Ausweichen, oder das Weglaufen.

Wichtiger Teil der Angstbewältigung ist es, den Patienten ein Verständnis über die Entstehung der Angst zu vermitteln. Die Angst soll so begreifbar werden, daß der Patient auch Handlungsansätze erkennen kann. Die verwendeten Verständnismodelle sollten, wegen der häufig hohen Widerstände, leicht erfassbar sein, müssen sich auf die konkreten Bedingungen des Patienten anwenden lassen und möglichst auch Handlungskonsequenzen sichtbar werden lassen.

Grundannahme

Wir gehen von folgender Grundannahme über die Entstehung von Angst aus:

Angst entsteht, weil der Patient nicht in der Lage ist, auf Überforderungen, mit denen ihn sein Leben konfrontiert, mit anderen Mitteln zu reagieren. Es fehlt ihm das Selbstvertrauen sich zu schützen, anderen Grenzen zu setzen und die eigenen Interessen nach aussen zu vertreten. Angst- also Ausweichen, Rückzug bzw. Verstecken - ist das einzige Mittel, welches ihm zur Bewältigung der Situation zur Verfügung steht.

Wenn wir diese Annahme den Patienten am Anfang der Arbeit als zentrale These präsentieren, stoßen wir bei einer Reihe von Patienten auf Ablehnung. Für Patienten die noch zu wenig von ihrer Angst und der dahinter stehenden Psychodynamik wissen, ist diese Aussage kränkend. In der Regel erleben die Patienten ihre Umwelt als ungerecht und sich als opfernd und gebend. Wenn Sie jetzt selbst an der Angst schuld sein sollen, weil sie selbst etwas nicht können, ist das zunächst nicht kompatibel mit dem bestehenden Weltbild. Entsprechend groß wäre der Widerstand.

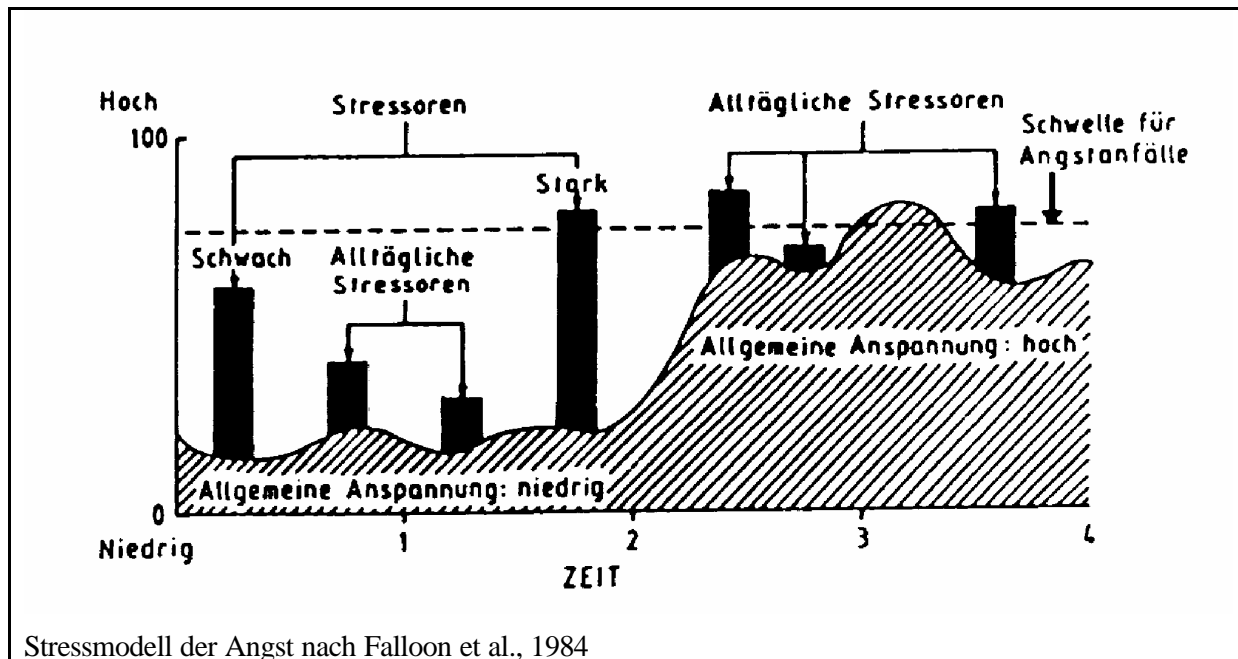
Mit den Patienten rollen wir am Anfang die Reihe von hinten auf. Wir bieten als zentrale Annahme zum Verständnis der Angstentstehung an, dass **die Angst als Folge von Überbelastung** entstanden ist. Diese Aussage entspricht der Wahrheit. Ohne entsprechende Überbelastung wäre die Kompensationsfähigkeit des Patienten nicht überfordert worden, und er hätte die Angst nicht entwickelt.

Erst im weiteren Verlauf kommen wir dann zu der Frage, warum der Patient die Überbelastung nicht vermeiden konnte, welches **Instrument ihm zur Bewältigung des Lebens** fehlt, wofür die Angst als Ersatz steht.

Das Thema: fehlendes Selbstvertrauen und die damit zusammenhängenden Punkte: negative Selbstsicht, mangelnde Durchsetzungsfähigkeit, wenig Vertrauen zu anderen, etc wird indirekt erarbeitet. Meist anhand der in Punkt 2.1 genannten internen Übungen.

Die Angst als Folge von Überbelastung

Es wird eine **Belastungsgrenze** angenommen, ab der eine zur Angst tendierende Person, abhängig von der individuellen Konstitution mit Angst reagieren würde. Diese Grenze wird bei normaler Grundbelastung nur durch Extrembelastungen überschritten, z.B. wenn ein Auto auf die Person zurast und erst im letzten Moment ausweicht oder bremst. Wenn die allgemeine Belastung durch Beruf, Ehe, Familie, Geldsorgen, Unfälle, Todesfälle in der Umgebung, etc. aber ansteigt, wird diese Grenze bereits durch kleinere Ereignisse durchstoßen. Bei sehr hoher Grundbelastung reicht dann evtl. schon die stickige Luft in der vollen U-Bahn aus, einen Angstanfall zu erzeugen. Häufig wird diese Angst dann auf die U-Bahn bezogen, als Angst vor vollen Räumen verstanden und nicht als Ausdruck einer generellen Überforderung.



Resonanz der Patienten:

Frägt man die Patienten nach ihren speziellen Belastungen vor dem ersten Angstanfall, können die meisten deutliche Belastungen benennen, die bei einigen bis in die Gegenwart andauern.

Angst vor der Angst

Bei einigen werden zwar hohe Belastungen erinnert, die aber nicht mehr gegeben sind. Das Angsterleben dauert dennoch an. Hier hat sich vermutlich die Angst verselbständigt. Es ist jetzt vor allem die Angst vor der Angst geblieben. Ansatzpunkt der Arbeit muss hier das Zurückerobern der verlorenen Lebensräume sein. Die Erfolgsaussichten für eine erfolgreiche Angstbewältigung sind meist groß.

Fehlende Wahrnehmung

Es gibt auch Patienten, die keine besondere Lebensbelastung in der Zeit vor dem ersten Angstanfall ausmachen können. Hier gibt es zwei Möglichkeiten:

1. Die tatsächliche Belastung des Lebens war und ist sehr hoch, dieses ist dem Patienten aber nicht bewußt. Genaues Nachfragen, Aufstellung aller Aktivitäten, Durchgehen des Tagesablaufes, o.ä. sind notwendig.
2. Oder die Belastungen bzw. Überforderungen sind auf einem anderen Gebiet zu suchen, welches nicht so offensichtlich ist, wie Arbeits- oder Familienstress.

Beispiel: Bei einer Patientin entstand der Druck durch ihre Wünsche etwas zu ändern, ihr Leben neu zu ordnen. Dies war deshalb für sie überfordernd, weil sie sich auf eine Auseinandersetzung mit einem übermächtigen Ehemann hätte einlassen müssen.

Solche Hintergründe lassen sich meist nur in der Einzeltherapie erschließen. Oder sehr genaues Nachfragen ist notwendig, was den Gruppenrahmen aber u.U. sprengt.

Bei kooperativen Patienten kann es auch sinnvoll sein, sie mit besonderen Beobachtungsaufgaben nach Hause zu schicken, z.B.: *Unter welchen Umständen ändert sich die eigene Stimmung, wann setzt das Angsterleben ein, bzw. welche Phänomene treten außerdem zusammen oder vor der Angst auf, z.B. Magenschmerzen oder Nackenverspannungen o.ä. Was belastet besonders und was weniger.*

Zeitlicher Verlauf der Angst

Im Vorfeld der Arbeit mit dem eben beschriebenen Belastungsdiagramm könnte auch ein eigenes Diagramm vom Patient erstellt werden.

Hier wird auf einem Blatt mit zwei Achsen die zunehmende Belastung durch die Angst im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Verlauf eines Angstanfalles (Vorstellung des Patienten vs. Realität)

Im Angstanfall gehen die Patienten in der Regel davon aus, daß sich die einsetzende Angst nicht von allein wieder auflösen wird, wenn sie nicht den Ort des Geschehens so schnell wie möglich wieder verlassen. Daher ist es sinnvoll den Patienten Informationen über tatsächlich beobachtete Verläufe zu geben:

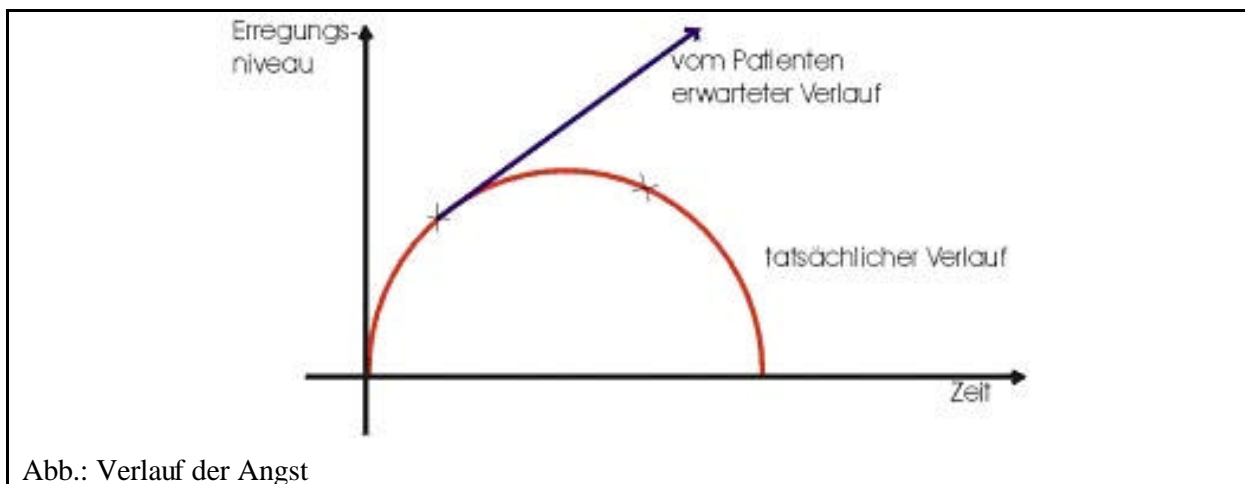


Abb.: Verlauf der Angst

In den Expositionen sollte der Patient versuchen, bis an den Scheitelpunkt der Angst zu gehen, um zu erleben, wie die Angst auch wieder weniger wird. Die Patienten schaffen dies selten ohne therapeutische Begleitung.

Kreismodell der Angst

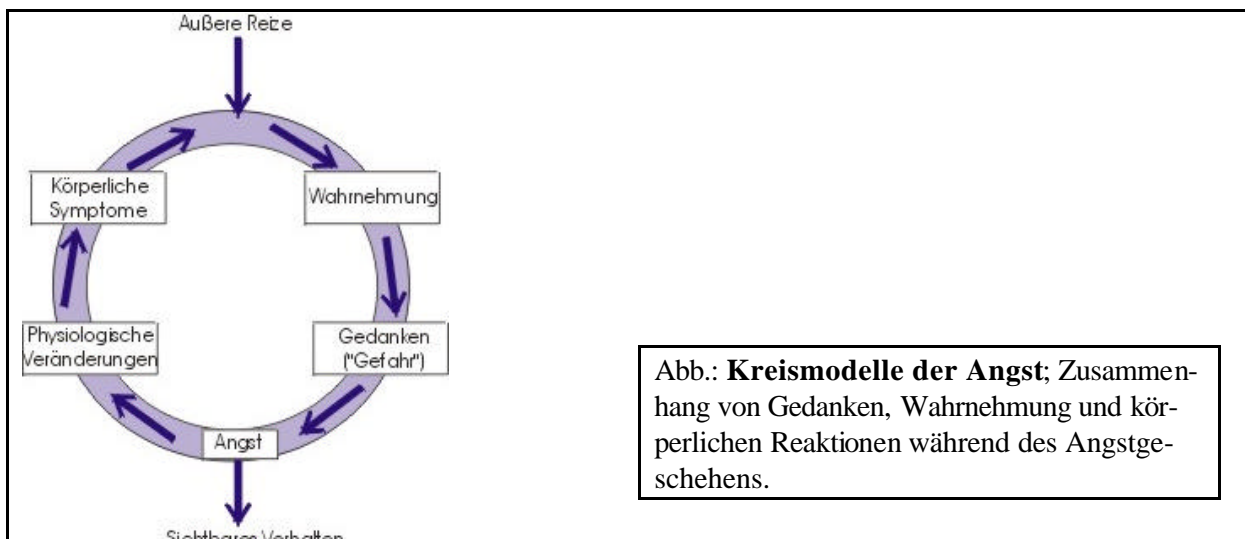


Abb.: **Kreismodelle der Angst**; Zusammenhang von Gedanken, Wahrnehmung und körperlichen Reaktionen während des Angstgeschehens.

Zum Übungsteil 2.1 Was kann innerhalb der Gruppe erarbeitet werden

Vorüberlegungen:

Es sind im Vorfeld einige Eigenschaften angesprochen worden, die dem Angstpatienten nicht zur Verfügung stehen und die durch Übungen/Gespräche trainiert werden können. Siehe oben: Verhaltensanalyse des durchschnittlichen Angstpatienten.

Es ergibt sich ein Feld von Übungsbereichen, die je nach Situation mehr oder weniger vorgeplant in die Gruppenarbeit eingebracht werden. Hierzu gehören:

Körperübungen: Entspannungstechniken, Atemtechniken, u.a.

Wahrnehmungsübungen Realität wahrnehmen üben, alle Sinne benutzen, Wahrnehmen wie Gedankeninhalte die Stimmung beeinflussen. Wahrnehmen wie bewußte Wahrnehmung von Angst ablenken kann/ bzw. erzeugen kann. Übungen zur Selbstwahrnehmung

Selbstwertstärkung, anderer Umgang mit sich selbst, andere Denkstrategien: Angstphantasien unterbrechen. Negative Sprache u. negatives Denken entdecken und unterbinden. Selbstverleugnung, Selbstabwertung aufzeigen und dagegen steuern, eigene Erfolge würdigen, Zuwendungen annehmen. U.a.

Soziale Kompetenz: Vor der Gruppe von sich reden lernen. Für das eigene Wohl in der Gruppe sorgen. Grenzen ziehen. Im Gespräch mit anderen konkret werden (vs. Verallgemeinerungen und abstraktes Reden) Konfliktgestaltung in gespielten Situationen üben. Konkrete Angstsituationen im Rollenspiel bearbeiten. (Z.B. Gespräch mit dem Chef). Die Gruppe anregen, Rückkoppelung zu geben (sich auf den Einzelnen zu beziehen). U.a.

Ausgewählte Übungen:

Positive Äußerungen zu sich machen.

Angesichts einer negativen Äußerung über sich selbst, stellen wir die Frage: Was halten Sie von sich selbst. Was haben sie für positive Fähigkeiten. Was finden Sie an sich gut.

Positive Äußerungen zu anderen

Übungen: "Blumen verteilen": Anderes etwas Gutes sagen, sich von anderen Gutes über sich selbst anhören. Positives stehen lassen und nicht "wegreden".

Wenn die Patienten sehen, wie wenig sich Mitpatienten zugestehen, die es eigentlich "verdient" hätten, kommen ihnen auch hinsichtlich der Eigeneinschätzung Zweifel.

Für den größten Teil der Patienten ist es ausgesprochen schwierig etwas Positives über die eigene Person zu äußern. "Eigenlob stinkt" ist ein oft gehörter Satz. Es wird kein Unterschied gemacht zwischen überheblicher Selbstdarstellung und realem positivem Selbstbezug. Wer positiv über sich redet, ist bereits unangemessen selbstzentriert, arrogant und überheblich. Da man nicht darüber redet, verbieten sich die meisten auch darüber zu denken. Weit verbreitet sind ausgesprochen negative Gedanken zur eigenen Person. "Ich kann nichts", "ohne meine Arbeit bin ich nichts", "was soll an mir schon gutes sein".

Abgrenzen üben

Den Therapeuten abweisen (bei einer vorher besprochen Handlung)

Einen Mitpatienten zurückweisen (bei einer vorher besprochen Handlung)

Üben außerhalb der Gruppe

Übungen außerhalb der Gruppe sind aus zwei Gründen sinnvoll:

1. Jede Therapie braucht die Eigenaktivität des Patienten. Therapie soll handlungsrelevant sein. Es soll sich etwas verändern, sonst würde man sie nicht anfangen.
2. Insbesondere Angstpatienten haben häufig das Gefühl nicht mehr aktiv in die Lebensvorgänge eingreifen zu können. Für sie ist es besonders wichtig, wieder ein Gefühl dafür zu bekommen, selbst mitgestalten zu können. Die Tendenz zum immer weiteren Rückzug soll unterbrochen werden.

Um hier nicht das Gegenteil zu erreichen, müssen die Aufgaben angepasst sein. Sie müssen so gestaltet sein, daß sie zu bewältigen sind und so schwer, daß sie eine Aufgabe darstellen.

Es ist in der Regel nicht sinnvoll, die **Übungsaufgaben** direkt an die vordergründig benannte Angst zu binden, wie z.B. Angst vor U-Bahn oder Fahrstuhl. In der Regel ergeben sich hier nur selten Erfolge. Wichtiger ist es Aufgaben zu finden, die an die dahinter liegende Problematik anknüpfen. Meist sind dies Aufgaben, die sich auf die soziale Umgebung beziehen, wie Partner, Vorgesetzte, etc.

Zur Individualität der Aufgabenstellungen

Trotz der grundsätzlichen Ähnlichkeit der grundlegenden Schwächen der Angstpatienten hat jeder Patient sein eigenes, individuell gestaltetes Feld, in dem die Angst entstanden ist und in dem sie bekämpft werden muss. Dieser Kampf ist für jeden unterschiedlich und jeder Patient braucht unterschiedliche Hilfen dabei. Um dies zu ergründen, muss man sich näher mit dem einzelnen Patienten auseinandersetzen.

Es geht darum, herauszufinden, was der einzelne Patient konkret an Hilfe, bzw Herausforderung braucht, um mit seinen individuellen Angsthintergründen umgehen zu lernen. Was kann er unternehmen, um die Angst im konkreten Fall zu mindern. Wobei kann der Therapeut helfen, bzw. wobei braucht der Patient therapeutische Hilfe oder Anregung.

Für diese personenzentrierte Arbeit ist in der Angstgruppe wenig Platz, obwohl wir es immer wieder versuchen. Es gibt zwei Hindernisse: Es ist nicht genügend Zeit gegeben und der größte Teil der Patienten hat große Schwierigkeiten damit, persönliche Probleme in der Gruppe darzustellen. Und es liegt in der Natur der Angst konkrete Ansatzpunkte für Veränderungen eher zu verbergen, als sie hervorzuheben.

Wir bräuchten anamnestische Daten um angemessene Aufgaben formulieren zu können.

Es gibt aber noch eine andere Möglichkeit zu Aufgabenstellungen für das Üben im Außenfeld zu kommen. Diese ist etwas spekulativer, lässt sich aber im Rahmen der Gruppe durchführen:

Die genaue Betrachtung einer Angstsituation zusammen mit den vom Patienten in der Angstsituation erlebten Befürchtungen ist eine mögliche Basis, um zu vorläufigen Aufgabenstellung für den jeweiligen Patienten zu kommen.

Exkurs: Suche individueller Aufgabenstellungen mit Hilfe von Angstphantasien

Im Eingangsbeispiel hatte die Patientin eine Angst vor dem U-Bahnfahren entwickelt. In der Betrachtung des Falles war bereits klar geworden, daß die U-Bahn-Angst nicht das eigentliche Problem war. Sie weist nur darauf hin, dass es überhaupt ein Problem gibt. Im Beispiel lag dies in der Unfähigkeit der Patientin mit den Überlastungen in Firma und Haushalt umzugehen und sich ausreichend vor Ausbeutung zu schützen.

Die Angstbewältigungstherapie soll die Patientin in die Lage versetzen hier etwas zu ändern. Wie könnte das gehen? Welche Eigenaktivität könnte diese Patientin entwickeln? Schauen wir hierzu auf die Angstphantasien der Patientin:

Angstphantasien

Beim Nachfragen in der Angstbewältigungsgruppe stellte sich heraus, daß die Patientin folgende Gedanken in der ersten Angstsituation hatte (Sie stand erschöpft in der U-Bahn und erlebte körperliche Symptome, wie Schwindel, Herzrasen, etc):

"Gleich falle ich um/ Dann starren mich alle an/ ..und denken: was ist das denn für eine, kann die nicht mal das bisschen U-Bahn fahren aushalten/ dann wenden sich die anderen Fahrgäste voller Verachtung von ihr ab/

Deutlich sind in den Phantasien zu erkennen:

Die grundlegende Angst vor sozialer Ausgrenzung, die dann droht, wenn sie sich nicht mehr „aufrechterhalten“ kann. Also die Angst davor, mit ihren Belangen (Erschöpfung, Schwäche) eine Last für andere zu sein und zurückgewiesen und verachtet zu werden

Ein weiterer Aspekt ist das geringe Vertrauen in ihre Umgebung. Sie kann von niemandem Entlastung erwarten, muss alles allein machen.

Als Aufgaben kämen demzufolge in Frage:

- Die Patientin soll versuchen im Kreis der Mitpatienten nicht so perfekt zu funktionieren: d.h. gegenüber anderen üben Schwächen zuzulassen und üben sich Aufmerksamkeit und Zuwendung zu holen.
- In der Gruppe soll sie üben sich selbst deutlicher abzugrenzen, bzw. zu unterscheiden.
- Sie soll sich im Kreise der anderen mehr zeigen und eigene Positionen benennen.
- Sie soll positives von sich herausstellen, die eigenen Fähigkeiten benennen.
- Sie soll sich mal loben lassen.
- Um Mithilfe bitten.
- Im Kontakt mit Mitpatienten ihre Rolle als Tragende, Aushaltende, Hilfsbereite etc. entdecken und neues üben: Auch mal andere den Tisch decken lassen. Mal weggucken, wenn Aufgaben verteilt werden, etc. Mal aus der Angstgruppe rausgehen, wenn es zu viel wird, o.ä.
- Sinnvoll könnten auch Paargespräche sein.

Eine genaue Anamnese ergibt sicher bessere Ergebnisse, aber in der Realität der Angstbewältigungsgruppe haben wir leider selten ausreichend Gelegenheit in Vorgesprächen die genauen Hintergründe der Angst zu erschließen.

Zu dieser Art der Befragung einige weitere Beispiele:

Der Patient wird gefragt, wovor er sich in der benannten Situation fürchtet. Er wird aufgefordert die Phantasien zu benennen, die sich in seinem Kopf in der Angstsituation abspielen. Sind diese dem Patienten nicht bewußt, soll er sie aktuell ausphantasieren.

Typisch für diese Art der Befragung ist, daß sich die Patienten am Beginn kaum auf diese Phantasie-reise einlassen wollen. Nur wenige antworten bereitwillig und stellen ihre Ängste dar. Viele argumentieren in der Weise:

Therapeut: „Wenn die U-Bahn Tür hinter ihnen zugeht, was macht ihnen dann Angst?“

Patient: „Eigentlich gar nichts, ich weiß doch, dass mir nichts passieren kann.“

Therapeut: „Und trotzdem haben Sie aber Angst.“

Patient: „Ja, aber ich weiß nicht, was mir da Angst macht.“

Therapeut: „Spekulieren Sie doch mal, was es sein könnte.“

Patient: „Das kann ich nicht.“

Therapeut: „Dann überlassen Sie es doch mal ihrer Phantasie, stellen Sie sich vor, sie sitzen in der U-Bahn, was könnte dort passieren.“

Patient: „Widerwillig kommt die erste Phantasie.“

Hier klingt vielleicht die Vermutung an, daß dieser Vorgang den Patienten **unter hohem Druck** setzt. Meist ist es für den Befragten weniger belastend, sich in der Phantasie auf die Angstsituation einzulas-

sen. Vielleicht, weil die Angstsituation diesmal nicht im undurchsichtigen Nebel bleibt, sondern die angstmachenden Faktoren aufgedeckt werden und die Situation dadurch differenzierter und klarer wird.

Von den **Mitpatienten** in der Gruppe wird diese Art der Befragung dagegen häufig als sehr belastend empfunden. Sie äußern die Angst, selbst zum Ziel dieser Art von Fragen zu werden. Sollten Sie aber später tatsächlich in dieser Art befragt werden, äußert die überwiegende Zahl, dass sie dies nicht so belastend erlebten wie befürchtet.

Zu empfehlen ist dennoch diese Art der Befragung in einem Vorgespräch oder in den Einzeltherapien durchzuführen.

Beispiel:

Patient: „Ich fahre nicht mehr Auto, weil ich Angst habe im Stau stecken zu bleiben.“

Therapeut: „Was ist die Befürchtung?“

Patient: „Dann komme ich zu spät.“

Therapeut: „Und dann..?“

Patient: „Dann verliere ich meinen Job.“

Therapeut: „Und dann?“

Patient: „Dann habe ich nichts mehr...“

dann verlässt mich meine Frau.“

Leistung = Anerkennung
Ansonsten gibt es keinen Wert

Lernen: nichts zu tun, Ruhe aushalten, Schwäche zulassen. Sich selbst mehr anzuerkennen.
Paargespräch

Beispiel:

Therapeut: „Stellen Sie sich vor, sie stehen an einer Kasse. Was könnte passieren, wenn sich jemand dahinter anstellt.“

Patient: „Dann bin ich total unter Druck.“

Therapeut: „Was könnte passieren?“

Patient: „Ich mache alles falsch.“

Therapeut: „Z.B.?“

Patient: „Ich finde mein Geld nicht.“

Therapeut: „Und was passiert dann.“

Patient: „Dann werden die anderen ungeduldig.“

Therapeut: „Und dann?“

Patient: „Die schauen mich alle an.“

Therapeut: „Und?“

Patient: „Das ist unangenehm.“

Therapeut: „Was ist unangenehm?“

Patient: „Was die denken.“

Therapeut: „Was denken die?“

Patient: „Was hat der denn? Ist der bescheuert.“

Therapeut: „Wie ist das für sie, wenn die anderen über sie so denken.“

Patient: „Peinlich, ich will nicht, das jemand über mich so denkt.“

Therapeut: „Warum nicht?“

Patient: „Weil man mit so einem nichts zu tun haben will.“

Im Lichte der anderen nicht zu funktionieren und nicht gemocht zu werden.

Lernen: sich selbst mehr anzunehmen. Üben auch mal eine Last für andere zu sein. In der Gruppe Raum einnehmen.

Thema: Angst vor Ausgrenzung

Andere Variante:

Patient: „...dann wird mir schwindlig, und schlecht und dann falle ich um.“

Therapeut: Was geschieht dann?“

Patient: „...dann denken die anderen, was hat der denn, ist der besoffen.“

Therapeut: „Wie ist das für sie?“

Patient: „Das ist wie bei meinem Vater, so will ich nicht sein.“

Themen: Problem mit dem Vater(Alkoholismus)

Angst vor Ausgrenzung, jemand könnte mir ansehen wo ich herkomme und mich daher ablehnen.

Beispiel

Patient: „Dann geht die Tür des Busses zu und mir wird schwarz vor Augen.“

Therapeut: „Und dann?“

Patient: „Dann werde ich ohnmächtig und falle um.“

Therapeut: „Und dann?“

Patient: „Dann sterbe ich...na ja ich weiß ja, dass sich die anderen Fahrgäste dann um mich bemühen werden, aber...“

Therapeut: „Aber?“

Patient: „Das ist mir unangenehm.“

Therapeut: „Das die anderen sich um Sie kümmern?“

Patient: „Ja.“

Themen: Patient kann sich eigene Schwäche nicht eingestehen. Wunsch nach Entlastung bleibt ungeäußert.

Der Bus steht für Ausgeliefert sein und erleben von Hilflosigkeit Dann kommen die anderen nahe und dann kommen vielleicht noch andere Wünsche und Bedürfnisse z.B.: die Sehnsucht ab, dass sich andere mal um mich kümmern sollten.

Beispiel

Patient: „Wenn der Fahrstuhl stecken bleibt, dann kriege ich einen Angstanfall.“

Therapeut: Und dann?“

Patient: „Dann sterbe ich.“

Beispiel

Patient: Wenn die Türen abgeschlossen werden, dann drehe ich durch.“

Therapeut: „Und dann?“

Patient: „Dann kriege ich keine Luft mehr.“

Therapeut: „Und dann?“ Patient: „Dann sterbe ich.“

Wiederkehrende Themenkomplexe:

- **Angst vor Ausgrenzung**
- **Angst vor Tod**
- **Angst vor Alleinsein**
- **Angst vor Nähe**

Spezifische Aufgaben für einzelne Schwerpunktthemen:

Angst vor Ausgrenzung:

Angst vor Ausgrenzung ist ein häufiges Thema bei den Angstpatienten. Immer sind große Mehrheiten in der Gruppe daran interessiert, vordergründige Harmonie aufrechtzuerhalten, Konflikte zu vermeiden, sich in der Gruppe zu verstecken, nicht als Einzelner hervortreten. Die Angst vor Ausgrenzung ist insbesondere in neu zusammengesetzten Gruppen beherrschend. Es muss vermieden werden unangenehm aufzufallen, durch falsche Worte, erröten, stottern etc.

In den Angstsituationen bildet sich dies z.B. ab in der Angst vor dem Umfallen in der Öffentlichkeit, dem Schwanken im Schwindelanfall. Die anderen denken: die ist ja besoffen, die ist ja doof, etc. Das Gefühl des Betroffenen ist Peinlichkeit, verbunden mit dem Wunsch verschwinden zu wollen.

Der große –meist tief verdrängte- Wunsch danach gesehen zu werden und die gleichzeitige Angst vor dem Zurückgewiesenwerden bilden ein Spannungsfeld, in dem sich Angst entwickeln kann. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang:

Angst vor vollen Läden, engem Gedränge bzw. allgemein vor Menschenmengen, und die Angst davor in der Öffentlichkeit aufzufallen, die Unfähigkeit in der Öffentlichkeit zu sprechen, vor den Augen anderer aktiv zu sein, generell etwas falsches bzw. nicht genormtes zu tun.

Üben sich im Kreis der Gruppe (bzw. Freunde/ Familie, etc) darzustellen. Nein sagen üben. Forderungen stellen, Grenzen setzen.

Angst vor Tod:

Die Angst vor dem Tod tritt häufiger auf, als auf den ersten Blick anzunehmen wäre. Sie ergibt sich oft dann, wenn zu viel Leistung für andere gegeben wird und zu wenig Raum für die eigenen Belange vorhanden ist, gekoppelt mit der Unfähigkeit sich abzugrenzen, bzw. nein zu sagen. Wenn eigene lebendige Impulse keinen Lebensraum bekommen, dann ist dies vergleichbar mit einem kleinen Tod. Dieser wird zwar als unangenehm erlebt, aber es kann ja noch nachgeholt werden.

Wenn der tatsächliche Tod, vielleicht durch den Tod eines Menschen im Umfeld plötzlich nahe tritt, ist die Möglichkeit des Nachholens plötzlich bedroht. Der Tod würde ein unerfülltes Leben beenden, fordert also die Person heraus, endlich im eigenen Sinne zu handeln. Dies geht aber nicht, stellt also eine Überforderung dar. Angst ist die Reaktion.

Diese kann sich in vielerlei Formen zeigen: Angst vor abgeschlossenen Räumen (Sargbezug). Angst vor Luftmangel, Fahrstuhl, Fahrzeuge, Enge, Alleinsein, etc.

Also wenn jemand hinter mir die Tür zuschließt, dann dreht er mir quasi das Gas ab. Ich bin also nicht mehr Herr der Lage, bin der Willkür anderer ausgeliefert und das bedeutet den Tod.

Üben: Lebendige Anteile wahrnehmen, Platz für Eigenes schaffen, Gefühle wahrnehmen, ausdrücken, eigene Impulse setzen, sich selbst positiv annehmen können, Forderungen stellen

Angst vor Alleinsein:

Angst vor dem Alleinsein ist eng mit dem Thema Ausgrenzung verbunden und wird häufig vom Patienten mit dem Tod verbunden. „Wenn ich allein bin und dann umfalle und nicht gefunden werde, dann sterbe ich.“

Hier drückt sich auch großes Misstrauen gegen die Mitwelt aus. „Wenn ich die anderen nicht im Auge behalte, kann ich mich nicht auf sie verlassen.“

Auch häufig z.B. bei Patienten mit realen körperlichen Problemen: wie überstandener Schlaganfall, Herzinfarkt, Anfallsleiden, etc

Üben: Individualität wagen, sich unterscheiden lernen. Vertrauen üben, Nähe zulassen (nicht nur räumlich, sondern auch "von Herzen". Kritik an anderen üben.

Angst vor Nähe:

Angst vor Nähe entspricht oft der Angst davor, vereinnahmt zu werden, also als Individuum zu verschwinden. Entsteht z.B. wenn es zu dicht wird, z.B. in Menschenmengen, im vollen Bus oder im Stau. Dann droht die eigene Person zu verschwinden...in der Menge unterzugehen. Ich ersticke darin, werde zertrampelt, übersehen, vergessen.

Es fehlt also: gesehen zu werden, als Individuum Bestätigung zu finden.

Üben: Eigenes ausdrücken, Unterschiede deutlich machen.

Wenn Nähe Unruhe auslöst, weil Ärger dahinter steckt: Gefühl lernen auszudrücken. Eigenes Positiv bewerten und Raum dafür geben. Gefühle differenzieren lernen.

Insgesamt ergeben sich folgende Hauptaufgaben für die Angstbewältigung:

Hauptaufgaben für die Angstbewältigung:

Eigenes herausstellen, Unterschiede sehen und benennen lernen. Verbindendes zulassen und ausdrücken. Kritik benennen. Gefühle benennen. Bedürfnisse und Wünsche wahrnehmen und für die Realisierung einsetzen, Individualität betonen. In Beziehungen wahrhaftig sein. **Ende Exkurs**

Zur Durchführung von Übungsaufgaben:

Wiederkehrender Satz: Wenn Sie nichts tun, tut sich nichts

Wir versuchen den Patienten zu vermitteln, daß sie aktiv werden müssen, um in der Auseinandersetzung mit der Angst Erfolge zu erzielen.

Ich habe früher gerne das 'Bild benutzt: Stellen sie sich die Angst wie einen vielköpfigen Drachen vor. Jeden Meter, den sie zurückweichen, wird er annectieren und freiwillig nicht wieder hergeben. Nur wenn sich in ihre Rüstung werfen und dem Drachen Kopf für Kopf abschlagen, werden Sie ihren früheren Lebensraum zurückgewinnen können. Heute benutze ich dieses Bild kaum noch, vermutlich, weil das Bild eines feuerspeienden Drachens kaum dazu anregt in die Welt hinauszugehen.

Gerade weil die Drachen da draußen so übermächtig waren, haben sich die Patienten ja zurückgezogen.

Heute benutze ich gerne ein friedlicheres Bild: Zunächst frage ich die Patienten welche Ziele sie gerne erreichen möchten. Was könnten sie tun, wenn Sie keine Angst mehr hätten? Stellen Sie sich jetzt vor ihr Ziel wäre so weit oben, dass sie es nur mit einer Leiter erreichen können. Wenn Sie jetzt die Leiter anstellen, müssen Sie Schritt für Schritt nach oben gehen, um ihr Ziel zu erreichen. Sie dürfen nicht versuchen zu große Schritte zu machen, sonst fallen sie evtl. herunter. Sie werden ihr Ziel nicht mit einem Schritt erreichen, sondern müssen viele kleine Schritte machen. Die unterste Stufe ist so hoch angebracht, dass sie von ihrem jetzigen Standort mit einer kleinen Anstrengung erreicht werden kann. Die darüber liegenden Stufen werden Sie erst erreichen, wenn Sie die darunter liegenden sicher begehen können.

Dies heißt für die Übungsaufgaben:

- Kleine Schritte gehen, gerade so groß, dass die Aufgabe eine Anforderung darstellt, ohne zu überfordern.
- Ich darf mir hohe Ziele setzen, muss aber Zeit und Ausdauer mitbringen, um diese zu erreichen
- Nur wenn die unteren Stufen sicher gegangen werden können, sollte ich mich weiter wagen. Also müssen Aufgaben wiederholt ausgeübt werden, bis sich ein sicheres Gefühl einstellt.

Die Durchführung folgt dem Schema:

- Ziel definieren und ersten Schritt suchen
(Tendenz zur Überforderung beachten)
(Tendenz zur Vermeidung beachten)
- Übung durchführen und Erfahrungen sammeln
- Erfahrungen besprechen und auswerten
- Neue Übung definieren

Zur Person des Verfassers:

Reinhardt Krätzig, geb.1951, Grundausbildung als Studienrat, Hochschulabschluss Leibeseziehung, Geographie 1978, Freie Universität Berlin; Weiterbildung zum Tanzpädagogen, Mitbegründer und Mitleiter der Tanzfabrik Berlin, Weiterbildung in Integrativer Bewegungstherapie am Fritz-Perls-Institut (FPI), Düsseldorf ab 1983; Heilpraktikererlaubnis; Ergänzende Weiterbildung in Lomi-Körpertherapie und Akupunktur. Berufliche Ausübung der Psychotherapie in der psychosomatischen Abteilung der Brandenburg-Klinik, Bernau. Daneben tätig in freier Praxis als Einzel-, Gruppen- und Paarpsychotherapeut, sowie Coaching und Supervision.

Anhang: Angstdiagnosen im ICD 10 (gekürzte Auswahl)

F40 phobische Störungen	Angst wird vorwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte außerhalb des Patienten hervorgerufen.
F40.0 Agoraphobie	...bezieht sich jetzt nicht nur auf Ängste vor offenen Plätzen , sondern z.B. auch auf Menschenmengen oder die Schwierigkeit, sich wieder sofort und leicht an einen sicheren Ort zurückziehen zu können. ... Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben oder alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen. Das Fehlen eines sofort nutzbaren Fluchtweges ist eines der Schlüsselsymptome.
F40.1 soziale Phobien	..zentrieren sich um die Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleine Gruppen. ..sind in der Regel mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden.
F40.2 spezifische (isolierte) Phobien	...sind auf ganz spezifische Situationen beschränkt : Tiere, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, ...Zahnarztbesuch. Im Gegensatz zur Agoraphobie wechselt das Ausmaß der Furcht vor dem phobischen Objekt nicht.
F40.8 sonstige phobische Störungen	
F40.9 nicht näher bezeichnete phobische Störung	
F41 andere Angststörungen	Bei diesen Störungen stellen Manifestationen der Angst die Hauptsymptome dar, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation begrenzt zu sein . Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst, können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt.
F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	... wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik) , die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind.....zwischen den Attacken müssen weitgehend angstfreie Zeiträume liegen (Erwartungsangst ist jedoch häufig).
F41.1 generalisierte Angststörung	...generalisierte und anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt , oder darin nur besonders betont ist, d.h. sie ist frei flottierend. Der Verlauf tendiert zu Schwankungen und Chronifizierung.
F41.2 Angst und depressive Störung gemischt	...nur wenn keine der beiden Störungen ein Ausmaß erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde. Treten beide Syndrome in starker Ausprägung auf, sollen zwei Diagnosen kodiert werden.
F41.3 sonstige gemischte Angststörungen	.. nur für Störungen, welche die Kriterien für eine generalisierte Angststörung (F41.1) erfüllen und deutliche (aber nur kurzzeitig andauernde) Merkmale anderer Störungen aus dem Kapitel F40-F48 aufweisen, ...Z.B.: Zwangsstörung, dissoziative Störung, Somatisierungsstörung, hypochondrische Störung...
F 45 Somatoforme Störungen	
F 45.0 Somatisierungsstörung	wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome. hartnäckige Weigerung, den Rat mehrerer Ärzte anzunehmen
F.45.2 hypochondrische Störung	beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden Krankheiten zu leiden

