



# SCHATTEN AN DER WAND

Vom Umgang mit der Angst.

VON **BIANCA OLESEN**

Angst haben wir alle.  
Der Unterschied liegt  
in der Frage, wovor.

*Frank Thiess*

**A**ngst ist eine ontogenetisch wie phylogenetisch wichtige Emotion. Denn sie sichert dem Menschen das Überleben. Nach Paul Ekman (2010) zählt sie zu den sieben Basisemotionen, die kulturübergreifend von jedem Menschen mit densel-

ben Muskelbewegungen ausgedrückt werden und das Zusammenleben in der Gruppe regulieren.

- Angst löst den Fluchtimpuls aus (sogenannter Handlungsimpuls der Emotion), um das Überleben des Organismus zu gewährleisten.
- Angst teilt der Gruppe mit, dass der Geängstigte (über die Flucht) Distanz zu dem Angstauslöser herstellen will (sog. Motivationstendenz der Emotion).
- Und sie teilt mit, dass dieser Mensch Sicherheit braucht (sog. Kommunikationssignal der Emotion).

Das ist eine von vielen wissenschaftlichen Sichtweisen auf die Angst. Ekman spricht von einer „emotionalen Alarmdatenbank“ im Gehirn, die bei jedem evolutionär und individuell verankerten bedeutsamen Trigger unmittelbar Angst auslöst.

Wir wissen auch, dass sich Angst ausweitet, wenn die angstausslösende Situation nicht verarbeitet werden kann (Spitzer, 2006–2010, s. Abb. 1). Die Symptome der Angst werden dann vom Auslösereiz abgekoppelt. Die Psychopathologie nennt das eine „frei flottierende Angst“, die auch von Ersatzreizen ausgelöst wird. Das lässt die Angst

für Außenstehende und nicht selten auch für den Betroffenen selbst unrealistisch und grundlos erscheinen.

Etwa 15 Prozent der Bevölkerung Deutschlands erkranken im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Angststörung, meist im Alter zwischen 15 und 35 Jahren. Die Hälfte von ihnen entwickelt zusätzlich eine Depression und rund 15 Prozent der Menschen mit einer Angststörung versuchen sich das Leben zu nehmen.

Das Umfeld leidet mit. Aus Liebe, Mitgefühl und Fürsorge versuchen Partner, Kinder, Eltern und Freunde Betroffene vor angstauslösenden Situationen zu bewahren und ihnen die Symptome zu ersparen. Zuweilen erkennen sie erst nach Jahren, dass diese Hilfe die Angst nur aufrechterhalten hat. Andere wiederum brechen den Kontakt zum Betroffenen resigniert ab. Vor allem die Hilfeversuche tragen mit dazu bei, dass Menschen mit Angsterkrankungen viel zu spät behandelt werden. Je später die Behandlung erfolgt, desto schlechter ist die Aussicht auf Genesung.

## Krieg und Verlust

Ein Beispiel aus meiner Praxis: Herr L., ein Klient von weit über siebzig Jahren, leidet unter einer unerklärlichen Angst, die es ihm zunehmend schwer macht, das Haus zu verlassen. Den Weg in die Therapiestunde schafft er anfangs nur mit Mühe, und zwar wenn er zusätzlich zu angstlösenden Psychopharmaka auch noch ein pflanzliches Beruhigungsmittel einnimmt. Nach einigen Wochen Therapie bringt Herr L. ein Bild seiner Frau mit, die vor wenigen Jahren verstarb. Rückblickend stellt er fest, dass seine Angst zu jenem Zeitpunkt begann und auf immer mehr Lebensbereiche übergriff.

Vom Verlust seiner Frau zu erzählen, wühlt meinen Klienten zunächst sehr auf. In den folgenden Stunden tauchen zunehmend Szenen aus seiner Biografie auf. Als Kind flüchtete er mit seiner Mutter vor dem Krieg. Verlust und anhaltende Verlustangst sind frühe prägende Erfahrungen für ihn. Als die kleine Familie halbwegs in Sicherheit

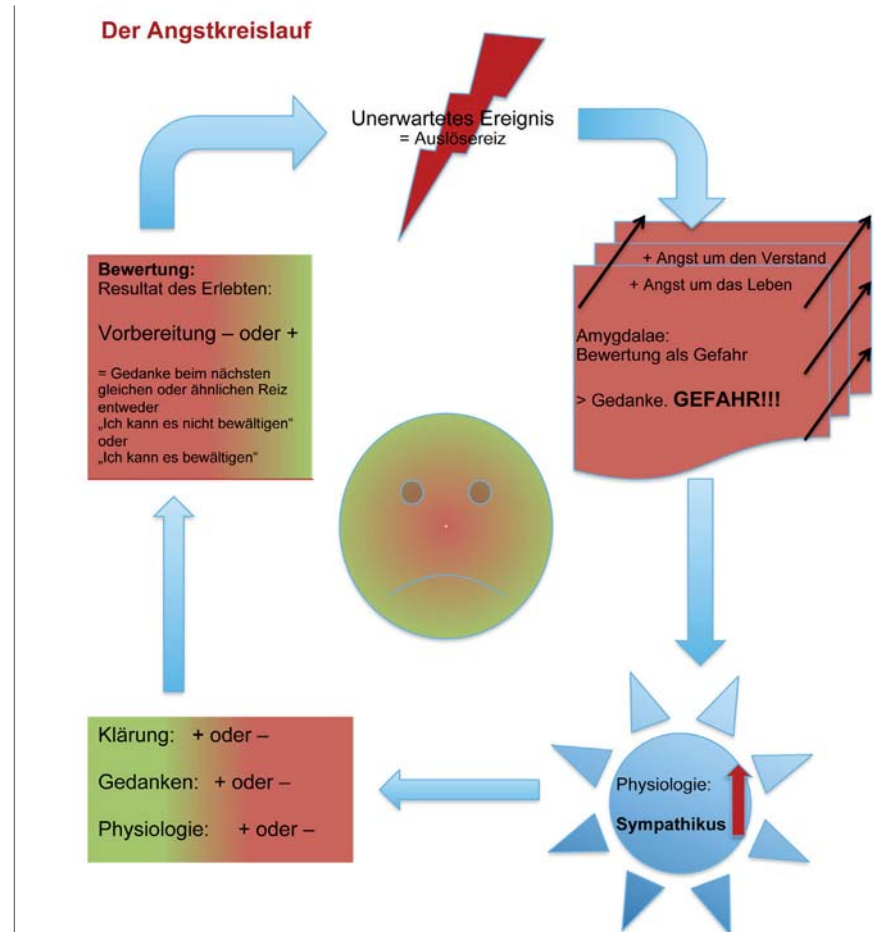


Abb. 1: Ein unerwartetes Ereignis wird von der Amygdala (Mandelkern, Areal des limbischen Systems) als Gefahr bewertet und löst eine Stressreaktion aus. Der Ausgang der Situation ist entscheidend für die künftige Bewertung ähnlicher Situationen. Bei Nichtbewältigung wird der Auslöser zunehmend generalisiert.

war, ging es um andere existenzielle Fragen. Er hatte keine Gelegenheit, seine Angst zu bewältigen und sein Trauma zu verarbeiten. Im Nachhinein wurde Herrn L. bewusst, wie viele harmlose Angstauslöser schon lange seine Lebensqualität eingeschränkt hatten: Spinnen, Höhe, Fliegen mit dem Flugzeug, Kontrollzwang aus Angst vor Unerwartetem, die Angst vor der Angst, die für seine Familie zum Alltag wurde. Mit dem Tod seiner Frau nun brach die alte Angst mit aller Macht wieder durch.

Einige Wochen lang berichtete Herr L. von all den bedrohlichen Erlebnissen seiner Kindheit und Jugend. Er konnte nachholen, wofür damals keine Zeit gewesen war, und immer wieder reflektieren: „*Ich habe es geschafft, ich habe überlebt*“. Und nach einigen weiteren Monaten begann er die The-

rapiezeit mit einem Strahlen: „Die Angst ist weg!“

## Gesichter der Angst

Wenn sich die Angst verselbstständigt, treten ihre Symptome ohne ersichtlichen Grund auf und werden meist gar nicht als Angst erkannt (s. Abb. S. 64). Zum Beispiel: Schwindel, Erröten, Zittern, Frösteln und Frieren, Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Sehstörungen, Kopfschmerz bis zur Migräne, häufiges Urinieren, Urindrang in der Nacht, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Kribbelgefühle der Haut, Schluckbeschwerden und Kloßgefühle im Hals, Schlafstörungen, sexuelle Unlust. Dies alles und vieles mehr wird zu oft isoliert betrachtet, und auch dann nicht als Angstsymptome ernst genommen, ▶

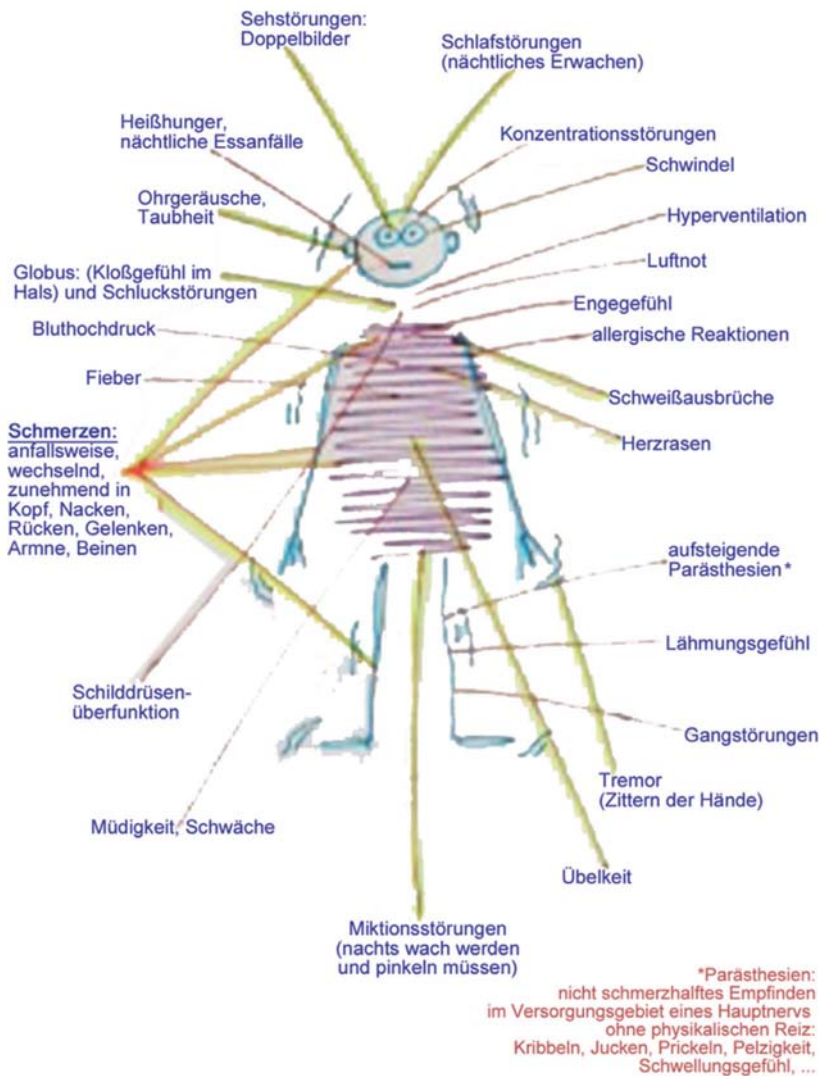


Abb. 2

wenn etwaige Untersuchungen ohne Befund bleiben.

Die ICD-10, das Klassifikationssystem des deutschen Gesundheitssystems, beschreibt als Angstsymptome weiterhin Herzklopfen und Mundtrockenheit, Atembeschwerden und Beklemmungsgefühl, einen unruhigen Magen, Unsicherheit, Schwäche, Gefühle der Unwirklichkeit („*Ich bin im falschen Film*“) und der Selbstentfremdung („*Ich bin nicht wirklich hier*“), Angst zu sterben, Gefühllosigkeit und eine starke emotionale Belastung durch die Angst.<sup>1</sup> Bei Kindern zeigt sich Angst in Weinen („das Sensibelchen“), Wutanfällen („der Trotzkopf“), Erstarren („der Träumer“) oder Anklammern („die Schüchterne“).

Unterschieden werden nach der ICD-10:

- **Phobien:** Die Angst vor einem eindeutig definierten, ungefährlichen Auslöser, z.B. Spinnen oder Menschenmengen, ist die häufigste Angststörung;
- **Generalisierte Angststörung:** anhaltende Angst ohne einen bestimmten Umgebungsreiz;
- **Panikstörung:** wiederkehrende, schwere Panikattacken (Panik ist Angst mit schweren physiologischen Symptomen und der zusätzlichen Angst, verrückt zu werden oder zu sterben. Menschen mit einer Panikstörung erleben die sogenannte „Angst vor der Angst“);
- und als eigenes Krankheitsbild:

die **Zwangsstörung**. Den Betroffenen drängen sich wiederkehrend quälende Zwangsgedanken (zur eigenen Person gehörende Ideen, Vorstellungen und Impulse) oder Zwangshandlungen (ständig wiederholte Stereotypen, etwa Waschzwang) auf, die weder als angenehm noch als nützlich bewertet werden. Dem Zwang liegt eine tiefe Angst zugrunde, die sich verstärkt, wenn der Betroffene den Zwang zu unterdrücken versucht.

## Die überängstliche Mutter

Ein Beispiel aus der Praxis: Eine junge Frau wurde nachts von einem Betrunkene[n] aus dem Bett geklingelt und bedroht. Sie hielt die Tür verschlossen und rief umgehend die Polizei. Der Vorfall wiederholte sich nie wieder, es blieb bei einem Schrecken. Fünf Jahre später beginnt sie eine Therapie, weil ihre Angst mittlerweile so raumgreifend geworden ist, dass sie sich in ihrer eigenen Wohnung gar nicht mehr sicher fühlt. Die Nacht über lässt sie das Licht brennen und alle Zimmertüren offenstehen und das TV-Gerät laufen. Sie prüft in mehreren Kontrollrunden, ob alle Fenster und Außentüren verschlossen sind. Bei jedem Geräusch springt sie panisch auf und greift den bereitliegenden Schraubenschlüssel. Seit Neuestem sieht sie in den Schatten an den Zimmerwänden Gesichter und bildet sich ein, diese würden sich bewegen (die Psychopathologie spricht hier von einer Illusion: ein vorhandener Sinnesreiz wird bedrohlich interpretiert). Tagsüber entwickelt sie zunehmend Panikattacken in willkürlichen Situationen. In der Therapie bearbeiten wir das traumatische Erlebnis. Die Klientin erkennt: „*Ich habe gut für mich gesorgt, und das kann ich jederzeit wieder tun.*“ Sie blickt in ihre Kindheit. Mit einer ängstlichen Mutter und einem viel beschäftigten, meist abwesenden

<sup>1</sup> Dilling, Freyberger, 2013, S. 157f



Vater, hat sie die Erfahrung gemacht, in beängstigenden Situationen weder Unterstützung noch Schutz zu bekommen. Vielmehr musste sie ihre Mutter versorgen und schützen.

Um ihre eigene Erfahrung von Schutzlosigkeit und ihre Überzeugung von Hilflosigkeit zu überwinden, nimmt sie Kontakt zu ihrem inneren Kind auf und gibt ihm als Erwachsene, die sie heute ist, Schutz und Hilfe. Mit autogenem Training lernte sie außerdem, ihr übererregtes Nervensystem in Alltagssituationen immer wieder zu beruhigen. Nach einigen Monaten sind der Kontrollzwang und die Panikattacken verschwunden und die Klientin schläft wieder durch – ohne Fernseher und ohne Licht.

### Sichtweisen auf die Angst

Je nach Verfahren und Schule gibt es verschiedene Sichtweisen auf Angst und den Umgang damit. Meines Erachtens macht es weniger Sinn, darüber zu diskutieren, welche davon „richtig“ ist, sondern vielmehr das Stimmige in allen zu sehen und die für den einzelnen Betroffenen passende Vorgehensweise zu finden.

**Angst als erlernter Prozess:** Die Angstreaktion wird als ein erlerntes Reiz-Reaktionsmuster gesehen, das sich durch aufrechterhaltende sowie verstärkende Faktoren ausgeweitet hat. Durch Exposition mit dem Auslösereiz, eine Methode der Verhaltenstherapie, wird umgelernt: „*Ich bin sicher*“.

**Der Angstauslöser als verschobener Stimulus:** Die Angst hat einen Auslöser, der für die Psyche nicht beängstigend sein darf. Deshalb verschiebt die Psyche die Angst zu einem anderen, harmlosen Auslöser. Beispielsweise ist es für das Überleben eines Kindes wichtig, die Beziehung zu den Eltern aufrechtzuerhalten, weshalb die von einem Elternteil ausgehende Bedrohung auf einen harmlosen Stimulus verschoben wird, z.B. Hunde. In der tiefenpsychologisch orientierten Therapie geht es darum, die zugrunde liegende Angst zu erkennen und zu bewältigen.

**Angst als Erregung ohne Kontakt:** In der Gestalttherapie ist der Kontakt zwischen Menschen der zentrale Raum, in dem alte seelische Verletzungen heilen können, welche die Lebensgestaltung von Menschen einschränken. Dabei übernimmt jeder die Verantwortung für seine Gefühle und Bedürfnisse. Er nimmt sie wahr, bringt sie in die Begegnung ein und wird ihnen selbst auf angemessene Weise gerecht.

Diese Schule betrachtet Angst als eine Erregung des Systems, das ohne Kontakt bleibt. In diesem Sinne ist nicht die Angst die „Störung“, sondern die Erfahrung, damit allein geblieben zu sein und sie deshalb nicht bewältigen zu können. Heilsam wirkt also der Kontakt und dass der Therapeut dem Klienten die Erfahrung ermöglicht, geschützt zu sein: „*Ich sehe dich mit deiner Angst, du bist damit nicht allein.*“

Im Coaching haben wir regelmäßig mit Angstthematiken zu tun. Und Coaches können ebenfalls Kontakt in der Angst anbieten. Bearbeiten oder gar behandeln sollte ein Coach sie nicht, wenn sie ein pathologisches Ausmaß erreicht hat. Dann hilft es am besten, den Klienten zu ermutigen, sich medizinische oder therapeutische Hilfe zu holen.

### Fazit

Angst wird vielerorts unterschätzt, verkannt oder als Schwäche oder lebenswürdige Macke abgetan. Betroffene schämen sich und verheimlichen ihre Symptome, so gut es geht. Angst kann, wenn das Umfeld jahrelang „zugeschaut“ und „geholfen“ hat, durchaus als systemische Störung gesehen werden. Angezeigt sind dann Familien- oder Paartherapie, um die aufrechterhaltenden Beziehungsmuster zu unterbrechen.

Weder reicht es aus, eine Angst- oder Zwangsstörung zu erkennen und anzuerkennen, noch sie überwinden zu wollen. Doch ohne dies gibt es keine Heilung. Die Betroffenen und ihr Umfeld müssen lernen, die Angst- und Zwangsstörungen gleichermaßen ernst zu nehmen. ◀◀



### Zur Autorin

#### Bianca Olesen

Heilpraktikerin für Psychotherapie, Gestalttherapeutin DVG, Trainerin und Coach mit eigener Praxis in Solingen. Autorin des Buches „Der Mensch hinter der Maske“ (2015, Junfermann) über den Umgang mit narzisstischen Störungen im Coaching.

### LITERATURNACHWEISE

Buck, R. (1985): PRIME Theory: An integrated approach to motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 389–413

Buck, R.: Typology of biological affects. *Psychological Review*, 106, 2, 301–336

Ekman, P. / Kuhlmann-Krieg, S. / Reiss, K. (2010): Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag

Ekman, P. (1992): An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6 (3/4), 169–200

Ekman, P. / Friesen, W. V. (1975): *Unmasking the Face. A Guide to Recognizing Emotions from Facial Clues*. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall

Frijda, N.H. (1986): *The emotions*. Cambridge, University Press

Koeslin, J. (2011): *Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker*. 3., vollständig überarbeitete Auflage, München, Elsevier, Urban & Fischer Verlag, S. 108ff.

Merten, J. (2003): *Einführung in die Emotionspsychologie*. Stuttgart, W. Kohlhammer, 56–65

Olesen, H. (2011): Was du verbirgst. *Kommunikation & Seminar*, 5, 34f., Paderborn, Junfermann

Perls, F.S. (2015): *Grundlagen der Gestalttherapie*. Stuttgart, Klett-Cotta (15. Aufl.)

Spitzer, M. (2006–2010): *Geist & Gehirn mit Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer*. DVD 1 bis 8, Müllheim, Auditorium Netzwerk

Spitzer, M. (2006): *Lernen. Die Entdeckung des Selbstverständlichen*. Buch und DVD, Hamburg, Beltz, Archiv der Zukunft