

Ch. Wakolbinger

Panikstörung und Selbstkonzept

Die Behandlung von Panikstörungen in der personenzentrierten Psychotherapie

Zusammenfassung Ausgehend von der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers beschäftigt sich der vorliegende Beitrag aus einer phänomenologisch-hermeneutischen Perspektive mit dem Krankheitsbild der Panikstörung. Es wird Gemeinsamkeiten in der Selbstentwicklung bei Klienten mit Angstattacken nachgegangen und der spezifische Konflikt zwischen Selbstkonzept und organismischen Erfahrungen dargestellt. Panikattacken zeigen sich als Symptom eines grundlegenden Konfliktes zwischen Strebungen nach Autonomie einerseits und nach Sicherheit und Geborgenheit andererseits. Weiters wird der Versuch unternommen, die lebensgeschichtliche Genese der Inkongruenz zu beschreiben. Der letzte Teil des Beitrags beschäftigt sich mit relevanten Aspekten der therapeutischen Beziehung und stellt den Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses dar.

Schlüsselwörter: Panikstörung, Selbstkonzept, Personenzentrierte Psychotherapie.

Panic disorders and self-concept Person-centered psychotherapy of panic disorders

Abstract Based on Carl R. Rogers theory of personality the present contribution deals with panic disorders from a phenomenological-hermeneutic point of view. Common characteristics in the development of the self of clients with panic-attacks are investigated and the specific conflict between self-concept and organismic experiences is described. Panic-attacks manifest themselves as symptoms of a fundamental conflict between a striving for autonomy on the one hand and for security and safety on the other hand. Further a description of the development of incongruence out of the personal biography is attempted. The final section deals with the relevant aspects of the therapeutic relationship and describes the course of the psychotherapeutic process.

Keywords: Panic disorders, self-concept, person-centered psychotherapy.

Trouble panique et concept de soi

Le traitement des troubles paniques en psychothérapie centrée sur la personne

Résumé La présente contribution a pour point de départ la théorie de la personnalité de Carl Rogers; elle aborde la symptomatologie du trouble panique d'un point de vue phénoménologique et herméneutique.

D'un point de vue centré sur la personne, la peur se manifeste lorsqu'une disrépance entre les expériences faites et le concept de soi – qui avait été perçue jusque là de manière sous-jacente – est sur le point de devenir consciente. Dans ce contexte une analyse plus précise des premières attaques de panique met en évidence le fait qu'elles se sont toujours produites à un moment où le concept de soi de l'individu se trouvait sérieusement mis en question par ses expériences ou son vécu. Pourtant, cette connexion est ensuite refoulée et la personne concernée vit ses attaques de panique comme "surgissant des nues".

Nous examinons la question de savoir pourquoi le

manque de congruence entre concept de soi et expériences organismiques se manifeste précisément par le biais de troubles anxieux. En remontant à la petite enfance, on peut en retrouver les racines: les parents (de substitution) avaient constamment réagi de manière inadéquate aux réactions anxieuses de l'enfant. En conséquence, ce dernier ne réussit pas, plus tard, à percevoir sa peur comme une réaction à un vécu qui ébranle son respect de soi et ne peut donc pas l'intégrer de manière adéquate à son concept de soi.

On remarque en outre que le développement de clients souffrant d'attaques de panique montre certains points communs. On enregistre avant tout un net manque de confiance en soi, l'internalisation de nombreuses valeurs et normes, et un grand besoin de protection et de sécurité. Le concept de soi de ces personnes tente de leur assurer autant de sécurité que

possible. L'anxiété se manifeste lorsque le besoin d'une plus grande autonomie, de plus d'indépendance et de distance par rapport à des personnes importantes sur le plan émotionnel remonte à la surface. Or, comme l'individu n'a pas développé suffisamment d'empathie pour sa propre anxiété, celle-ci demeure isolée et se manifeste en tant que symptôme. Dans ce sens, les troubles paniques doivent être entendus comme un symptôme d'un conflit fondamental entre autonomie et dépendance.

Durant le processus thérapeutique une première étape essentielle consiste à accepter avec empathie le vécu que le patient a de son anxiété; plus tard, celui-ci devra être intégré au soi, symboliquement et de manière adéquate. L'anxiété peut alors être perçue en tant que réaction à un vécu qui ébranle le respect de soi. Ceci permet ensuite au patient de s'affronter aux expériences et besoins qui menacent son concept de soi et au soi de se réorganiser.

Psychotherapeuten werden in den letzten Jahren mit einer deutlichen Zunahme von Klienten konfrontiert, die unter teilweise dramatischen Angststörungen leiden. So ergaben umfangreiche Feldstudien, daß Angst-erkrankungen in den Industrienationen heute zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören (Wittchen und Zerssen, 1988).

Gleichzeitig erscheint zunehmend mehr Literatur zur Behandlung von Angsterkrankungen von den verschiedensten therapeutischen Schulen auf dem Markt, wobei auffällt, daß Klienten mit Panikstörungen und agoraphobem Vermeidungsverhalten eine klinisch und psychopathologisch relativ homogene Gruppe darstellen.

In der Literatur zur klientenzentrierten Psychotherapie gibt es schon seit längerer Zeit eine lebhaft diskussion zu Störungsspezifität und differentieller therapeutischen Handeln (vgl. Swildens, 1991; Finke, 1991; etc.). So stellte Speierer (1994) sein differentielles Inkongruenzmodell vor, das „am Ziel der Inkongruenzbearbeitung orientierte Strategien und Optionen therapeutischen Handelns patientenzentriert und störungsspezifisch erarbeitet“ (Speierer, 1994, S. 14).

Einerseits ist diese Entwicklung zu begrüßen, da krankheitsspezifische Inkongruenzdynamiken auch unter größtmöglicher Berücksichtigung und Respektierung der Individualität jedes einzelnen Klienten immer wieder feststellbar sind. Andererseits birgt eine solche Kategorisierung die Gefahr in sich, daß daraus nur Handlungsanweisungen oder Rezepte für die Therapie abgeleitet werden. In der personzentrierten Therapie erscheint es jedoch wichtiger, störungsspezifisches Wissen zum größeren Verständnis des jeweiligen Klienten und der therapeutischen Beziehung zu ihm zu nutzen.

Ausgehend von der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers werden im Folgenden Überlegungen zu spezifischen Selbst-Gemeinsamkeiten bei Klienten mit Panikstörungen dargestellt.

1. Angst in der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers

Grundsätzlich stellt Angst die natürliche Reaktion auf eine Bedrohung des Organismus dar und dient dem Schutz vor schädigenden Einflüssen. Sie schlägt Alarm, erhöht die Wachsamkeit und setzt das Signal zu Flucht- oder Abwehrreaktionen. Angst wird erst dann als unpassend bezeichnet, wenn objektiv keine Gefahr für den Organismus besteht.

Freud bezeichnete diese unpassende Angst bereits 1895 als neurotische Angst. Später meinte er, daß bei der Angstneurose Erregungen nicht wie sonst psychisch verarbeitet werden, sondern eine direkte Ablenkung ins Somatische erfolgt, und nannte die körperlichen Begleiterscheinungen von Angst „Angstäquivalente“. Die Psyche verhalte sich so, als projiziere sie die Erregung nach außen und das Nervensystem reagiere darauf. In der Folge trete Angst auf, ohne daß der Betreffende wahrnehme, wovor er Angst habe (Freud, 1917).

Angst hat in der Persönlichkeitstheorie von Rogers eine zentrale Bedeutung. So beschreibt er 1951 Angst als die gefühlsmäßige Reaktion auf eine Bedrohung der Selbst-Struktur, die eine Abwehrreaktion des Organismus zur Folge hat (vgl. Rogers, 1983, S. 444). „Angst ist phänomenologisch ein Zustand des Unwohlseins und der Spannung, dessen Ursache unbekannt ist. Von einem äußeren Bezugsrahmen betrachtet ist Angst der Zustand, in dem sich die Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und dem Gesamt der Erfahrung der Gewährwerdung nähert. Wenn Erfahrung offensichtlich vom Selbstkonzept abweicht, dann wird eine Abwehrreaktion gegen diese Bedrohung immer schwieriger. Angst ist dann die Antwort des Organismus auf die unterschwellige Wahrnehmung, eine solche Diskrepanz könnte gewahrt werden und würde in der Folge eine Veränderung des Selbstkonzeptes erzwingen“ (Rogers, 1987, S. 30).

Rogers meint, daß die Abwehrprozesse des Organismus dann versagen können, wenn ein hohes Ausmaß an Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung vorliegt, und bestimmte Erfahrungen, die diese Inkongruenz beinhalten, plötzlich oder sehr deutlich in Erscheinung treten. „In der Folge wird Angst erlebt und die Inkongruenz unterschwellig wahrgenommen. Das Ausmaß der Angst ist abhängig vom Ausmaß der Bedrohung der Selbststruktur. Bleibt der Abwehrprozeß erfolglos, dann wird die Erfahrung korrekt im Gewahrsein symbolisiert, und die Gestalt der Selbststruktur zerbricht an dieser wahr gewordenen Erfahrung von Inkongruenz. Hieraus resultiert ein Zustand der Desorganisation“ (Rogers, 1987, S. 54).

Interessant ist in diesem Zusammenhang das Auftreten der allerersten Panikattacke bei Klienten mit Angstanfällen. Sofern sie sich daran erinnern, traten die Attacken dann auf, als bestimmte, wesentliche Gefühle oder Erfahrungen plötzlich auftauchten und nicht mehr aus dem Bewußtsein verdrängt werden konnten, die Abwehr versagte, es gleichzeitig aber unerträglich für den Betreffenden war, solche Empfindungen überhaupt zu haben.

So bei einer Klientin, deren erste Panikattacke auftrat, als sie plötzlich spürte, daß ihr die Arbeit mit Volksschulkindern zutiefst zuwider war. Gleichzeitig lebte sie mit dem Bewußtsein, daß der Beruf Lehrerin der einzig wahre Beruf sei und ein Berufswechsel auch deshalb nicht in Frage kam, da sie mit massiven Vorwürfen der Mutter rechnen mußte, denen sie sich absolut nicht gewachsen fühlte. Der Gedanke: „Und das soll ich jetzt noch 30 Jahre lang aushalten?“ löste eine intensive erste Panikattacke aus.

Speierer (1994, S. 264) nennt als Auslöser der allerersten Attacken Erlebnisse, in denen sich die Klienten als Person plötzlich und unerwartet von ihrer bedeutsamen Bezugsperson unverstanden, abgelehnt oder abgeschoben erleben. Gefühle von Angst, Scham, Selbstzweifel, Schuld, Verlassensein oder Sich-Zurückgesetztfühlen entstehen dabei bei den Betroffenen und lösen eine erste Attacke aus.

Der Theorie der personenzentrierten Psychotherapie folgend wird das Auftreten der allerersten Panikattacken verstanden als Ausdruck und Folge einer massiven Bedrohung der Selbststruktur durch Erfahrungen des Organismus, die nicht mehr vollständig abgewehrt werden können. Die unerwartet an die Oberfläche dringenden organismischen Empfindungen passen nicht zum Selbstkonzept, sie sind peinlich, unangenehm und angstmachend. Die Panikattacke ist eine massive, vor allem organismische Reaktion darauf, der Organismus verliert für kurze Zeit sein psychisches Gleichgewicht und seine Integrität. Die Intensität der Panikattacke gibt dabei einen Hinweis darauf, wie dringlich und bedeutend auf der einen Seite die ins Bewußtsein gelangte Empfindung ist, und wie bedrohlich und unerlaubt sie andererseits für das Selbstkonzept erscheint, wie sehr die Selbststruktur bedroht ist (vgl. auch Wakolbinger, 1993, S. 16, 17).

Die darauffolgenden Panikattacken werden von vielen Klienten als „wie aus heiterem Himmel kommend“ erlebt, ohne vorherige Auslöser wie Gedanken oder Gefühle. Rogers (1951) zitiert dazu Untersuchungen, aus denen hervorgeht, daß Menschen imstande sind, zwischen bedrohlichen und nicht bedrohlichen Reizen zu unterscheiden und entsprechend zu reagieren, obwohl sie außerstande sind, diesen Reiz bewußt wahrzunehmen. So kommt Rogers zu der paradoxen Annahme, daß „das Individuum Erfahrungen vor dem Bewußtsein leugnen kann, ohne daß es sich ihrer je bewußt gewesen ist“ (Rogers, 1983, S. 437). Angst wird in dem Stadium entfaltet, in dem noch vorbewußt wahrgenommen wird, daß ein bestimmter Reiz eine Bedrohung für das Selbstkonzept darstellt und daher eine adäquate Symbolisierung gefährlich wäre.

Nachdem das Sichbemerkbarmachen von organismischen Empfindungen solch intensive Angst und Panik ausgelöst hat, könnte die Folge sein, daß sich der Organismus vor dem drohenden Zusammenbruch der Selbstorganisation auch damit schützt, daß er schon auf vorbewußt wahrgenommene gefährliche Reize mit intensiver Angst reagiert. Da diese Angst jedoch nicht abgewehrt werden kann, wird zumindest der Zusammenhang der Angstattacken mit den eigenen Erfahrungen, Gedanken oder Gefühlen abgewehrt. In der Folge

steht dann die Beschäftigung mit der unerklärlichen Angst im Vordergrund und nicht die mit inkongruenten Erfahrungen verbundenen Gefühle von Scham, Peinlichkeit, Schuld, Zurückweisung, etc.

Rogers meint, daß sich der Organismus immer wieder selbst aktualisiert, wenn es sich bei der inkongruenten Erfahrung um ein sehr starkes Bedürfnis handelt, indem er Wege zum Ausdruck dieses Bedürfnisses findet. „Dies wird dann jedoch in einer Art und Weise wahrgenommen, die mit dem Selbst übereinstimmt“ (Rogers, 1987, S. 53). In diesem Kontext verstanden, drängen bei Menschen mit Panikattacken wichtige und elementare Erfahrungen als Ausdruck der dem Organismus innewohnenden Aktualisierungstendenz an die Oberfläche. Das Selbstkonzept verhindert jedoch eine adäquate Symbolisierung, da es ebenfalls nach Aufrechterhaltung strebt. So erleidet das Individuum eine unerklärliche Angstattacke nach der anderen, einerseits als Ausdruck der organismischen Aktualisierungstendenz in Form eines intensiven organischen Erlebens, und andererseits in Übereinstimmung mit dem Selbstkonzept stehend, da es erlaubt ist, „krank“ zu sein bzw. der Zusammenhang zu den inkongruenten Erfahrungen ja nicht mehr erlebbar ist. Übrig bleibt ein isoliertes Angsterleben, ohne Bezug zu den eigenen Erfahrungen, ein für den Betroffenen unverständliches, nicht akzeptables und nicht zum Selbst gehöriges Erleben.

Die Angstsymptomatik schützt also den Betroffenen vor der vollständigen Wahrnehmung der in ihm innewohnenden aktualisierenden Tendenz, die, adäquat symbolisiert, einen Zusammenbruch der Selbststruktur zur Folge hätte. Man könnte sie als eine Art Notbremse bezeichnen, die verhindert, daß der Organismus eine völlige Desorganisation erleidet. Sie hat also auch ihren Sinn und ihre Berechtigung.

2. Die Spezifität der Symptomwahl

In diesem Zusammenhang ist die Frage interessant, wieso sich die erlebte Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und organismischen Erfahrungen gerade in dem Symptom Panikattacken manifestiert, bzw. warum der Zusammenhang von Angst und bedrohlichen Erfahrungen so leicht abgewehrt werden kann.

Ein Hinweis darauf findet sich bei Biermann-Ratjen (1993). Sie meint: „Erfahrungen des Organismus als Ganzem inklusive ihrer Bewertung als förderlich oder nicht können von Geburt an in den Affekten zum Ausdruck gebracht und von anderen als solche erkannt und an-erkannt werden und damit zu Kernen des Selbstkonzepts werden. Werden Erfahrungen und ihre Bewertung und ihr Ausdruck nicht an-erkannt, können sie nicht Selbsterfahrungen werden und nicht in das Selbstbild integriert werden. Die in das Selbstkonzept integrierten Erfahrungen sind also immer auch bewertete Erfahrungen: sowohl organismisch als auch sozial bewertete. Die soziale Bewertung lautet: der positiven Beachtung bzw. der An-Erkennung wert“ (Biermann-Ratjen, 1993, S. 80).

Wenn nun einschneidende Erfahrungen, die der kindliche Organismus macht, von den wichtigen Bezugspersonen nicht an-erkannt werden, reagiert das Kind auf

diese akut erlebte Inkongruenz im Sinne einer akuten Belastungsreaktion mit Angst, mit einer Einengung des Bewußtseinsfeldes, der Abwehr der Erfahrung, mit Selbstzweifeln, Flucht- und Aggressionsimpulsen (vgl. auch Biermann-Ratjen, 1993, S. 102). Werden in einem nächsten Schritt diese Belastungsreaktionen, als Folge von nicht empathischem Verstehen seitens wichtiger Bezugspersonen, wiederum nicht an-erkannt, sondern als Ausdruck z.B. eines ungezügelter Aggressionstriebes gesehen, so kann das Kind diese Erfahrungen nicht in sein Selbstkonzept integrieren. Als Folge davon gelingt es nicht, bestimmte Symptome der akut erlebten Inkongruenz auch als solche zu erleben und zu erkennen. Wenn neurotische Menschen Bewußtseinseingengungen, Angst, Depressionen oder Kontrollverlust erleben, „wird ihnen nicht bewußt, daß sie auf eine Erfahrung reagieren, durch die sie in ihrem Selbst und in ihrer Selbstachtung bedroht sind. Sie können ihre Symptome der akuten Belastungsreaktion nicht als Ausdruck ihrer eigenen Bewertung ihrer Erfahrungen ansehen“ (Biermann-Ratjen, 1993, S. 103).

Biermann-Ratjen folgend wurden Klienten mit Panikattacken gerade in ihren ängstlichen Reaktionen auf elterliche Gebote oder Verbote nicht verstanden und konnten so die Erfahrung: „Ich empfinde Angst, wenn mein Selbst bedroht ist“ nicht in ihr Selbstkonzept integrieren. Daher gelingt auch die Trennung von Angsterleben und inkongruenten Erfahrungen so gut.

In der Ätiologie spielt die Inkongruenz der Bezugspersonen eine wesentliche Rolle. Gerade dann, wenn Eltern auch ängstlich sind, können sie mit angstvollen Reaktionen ihrer Kinder schlecht umgehen. Klienten mit Panikattacken beschreiben ihre Bezugspersonen oft als ängstliche, besorgte und sehr behütende Menschen.

Biermann-Ratjen betont bei der Entwicklung der Neurose die Wiederholung von Erfahrungen des Nichtanerkanntwerdens als Kind und meint, daß „Jahre des Zusammenlebens mit Bezugspersonen, die das Kind nicht einfach um seiner selbst willen annehmen konnten, sondern weil es bestimmte Bedingungen erfüllte ...“ dazu notwendig sind (Biermann-Ratjen, 1993, S. 106).

3. Die spezifische Inkongruenz

Panikattacken sind also die Symptome eines Konfliktes zwischen Selbstkonzept und organismischen Erfahrungen. Wie sieht dieser Konflikt nun genauer aus?

Speierer (1992, 1994) versuchte, krankheitsspezifische Inkongruenzformen in Form von Arbeitshypothesen zu formulieren. Für Angstneurosen bzw. Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie findet er als Leitthema der Inkongruenz die erfahrene Abhängigkeit von anderen Menschen gegenüber dem Streben nach emotionaler Unabhängigkeit. Das Selbstkonzept dieser Klienten verlange, Gefühle durch rationale intellektuelle Kontrolle einzuschränken.

Finke ist der Meinung, daß die Inkongruenzkonstellation geprägt ist „von dem Bedürfnis des Patienten nach Sicherheit und Geborgenheit einerseits und dem geheimen Wunsch nach Ungebundenheit und individueller Kreativität andererseits“ (Finke, 1994, S. 129).

In der Folge soll dieser Ambivalenz von Autonomie- und Abhängigkeitsbedürfnissen weiter nachgegangen werden.

3.1 Das charakteristische Selbst

Das auffälligste Merkmal von Klienten mit Panikattacken ist die immer wieder erlebbare stark ausgeprägte Außenorientierung. Sie äußern oftmals, wie wichtig ihnen die Meinung anderer sei, wie sehr ihnen auch nur geringste Kritik an ihrer Person zu schaffen macht, wie ihnen vieles oft peinlich ist und wie oft sie sich wegen alltäglicher Kleinigkeiten zutiefst schämen. Sie haben große Probleme, sich abzugrenzen, sich zu wehren, oder einfach in einem Geschäft nur nein zu sagen, wenn sie doch nichts kaufen wollen. Gleichzeitig ist der Ärger groß, so abhängig von der Meinung anderer zu sein und sich nicht adäquat wehren zu können, es wird als Schwäche empfunden, die nur sehr schwer vor sich selbst und anderen zugegeben werden kann.

Speierer bezeichnet Klienten mit Panikattacken als sehr selbstunsichere Menschen, die Angst vor Einsamkeit und Kontrollverlust haben. Sie erleben es als peinliches Versagen, sich in den Angstanfällen nicht kontrollieren zu können, sind gehemmt und schämen sich oft. „Die Patientinnen schämen sich, ihre Gefühle, zumal in Gegenwart von anderen auszudrücken, geschweige denn voll zu leben. Gefühle zu beherrschen, zu kontrollieren, schließlich zu tabuisieren erscheint bei ihnen als Wertintrojekte, die sie von ihren Familien übernommen haben ... Das Selbst(ideal)konzept der Patientinnen ist der in allen Lebenslagen unabhängige, kontrolliert beherrschte, ‚coole‘, selbstsichere und rational vernünftige Mensch, der sich keine Blöße gibt“ (Speierer, 1994, S. 267).

Menschen mit Angstattacken haben „im Laufe ihres Lebens eine charakteristische Art der Beziehung zu sich selbst und ihren Erfahrungen entwickelt, die darin besteht, Gefühle abzuwehren, ängstlich Lebensäußerungen jeglicher Art unter Kontrolle zu halten, unter keinen Umständen aufzufallen und sehr streng und rigide im Umgang mit sich selbst zu sein“ (Wakolbinger, 1993, S. 25).

Wieso kommt es nun im Laufe der Entwicklung eines Menschen dazu, daß er ein so verletzliches, unsicheres und instabiles Selbst entwickelt, für das das Erleben von Gefühlen unerträglich ist?

Klienten mit Panikattacken haben eine lange Geschichte der Abhängigkeiten von anderen Menschen hinter sich, beginnend in der frühen Kindheit, wo sie in einem Klima von ängstlichem Besorgtsein kaum Spielraum für eine eigenständige Entwicklung hatten.

Es wurde ihnen als Kinder von ihren Bezugspersonen vermittelt, ständig auf der Hut vor möglichen Gefahren zu sein. Gleichzeitig wurde auf lebhaftere, aktive Schritte hinaus in die Welt nicht mit Wertschätzung und Unterstützung, sondern mit Besorgnis und teilweisem Liebesentzug reagiert. So mußten sie z.B. ständig an der Hand gehen, durften ihre Kleidung nicht schmutzig machen, sollten nicht laut sein und nur ja nirgends unangenehm auffallen, etc.

Weiters ist auffällig, wie ausschlaggebend die Meinung von wichtigen Bezugspersonen auch heute noch für das Verhalten der Betroffenen ist. Viele Gedanken kreisen darum, was wohl die Mutter meint, was sie zu diesem oder jenem sagt. So bei einer Klientin, die, längst verheiratet, bis zu ihrem 25. Lebensjahr vor ihrer Mutter geheimhielt, daß sie seit zehn Jahren rauchte, aus Angst, was diese wohl dazu sagen würde.

Klienten mit Angstanfällen hörten und erlebten als Kind immer wieder mit, wie bedrohlich doch die Umwelt sei, sie spürten die Lebensangst ihrer Bezugspersonen und spürten auch immer wieder, daß ihre lebhaften, aktiven Strebungen unerwünscht sind.

Biermann-Ratjen (1993) meint dazu, daß gerade was das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten der Kinder anbelangt, Eltern von Klienten mit Panikattacken wenig Vertrauen und viel Unverständnis für ihre Kinder zeigten.

„Kinder, die unter solchen Bedingungen aufwachsen, fühlen sich mit der Zeit nur zuhause wirklich sicher und geborgen. Sie entwickeln Angst vor ihrer Umwelt und suchen die Nähe ihrer Bezugspersonen, die sie einerseits ‚liebervoll‘ versorgen und umsorgen, wodurch sich die Kinder auch sicher und geborgen fühlen, auf der anderen Seite jedoch in eine sehr abhängige Beziehung zu diesen Menschen geraten. So entwickelt sich auf diese Weise mit der Zeit ein Selbst, dem das Vertrauen zur Eigenständigkeit fehlt. Eigenständige Schritte werden nicht zugetraut und sind mit Angst besetzt“ (Wakolbinger, 1993, S. 23).

Swildens (1991, S. 111) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Gib-acht“-Atmosphäre in der Familie, die seiner Erfahrung nach hauptsächlich von Müttern geschaffen wird und bewirkt, daß dem Kind das Grundvertrauen fehlt und sich Angst vor allem Andersartigen und Unvertrauten entwickelt. Das überprotektive und Angst machende Verhalten der Mutter bewirkt ein von Angst geprägtes Aufwachsen des Kindes, wobei es nach Swildens hauptsächlich um die Angst vor und die Abwehr von Aggression und um Abhängigkeit geht.

Von den Klienten oftmals geäußerte Todesängste sind, in diesem Kontext verstanden, Ausdruck des mangelnden grundlegenden Vertrauens, des Urvertrauens in die menschliche Existenz.

Teusch (1990) findet bei Klienten mit Angstanfällen neben einem hohen Leistungs- und Perfektionsanspruch viele Wertintrojekte, wie z.B. die einer anständigen und geordneten Ehe oder das Ideal einer selbstlosen Mutter.

In einem nächsten Schritt ist es vorstellbar, daß eine derartig einengende Erziehung auch Wut und Zorn bei den Kindern auslöst, bzw. in bestimmten Entwicklungsphasen jedes Kind vermehrt mit Trotz und Gegenwehr auf elterliche Gebote reagiert. Wenn diese Gefühle gezeigt wurden, so war die Reaktion der Bezugspersonen von Klienten mit Angstattacken oft völliges Unverständnis, sie fühlten sich dadurch bedroht. „Wieso ist dieses Kind so undankbar, wo ich doch alles für das Kind tue, wo ich mich doch aufopfere“ ist ein Satz, den Klienten mit Panikattacken des öfteren hörten. Mit der Zeit entstanden bei den Kindern große Schuldgefühle

und das Gefühl, „unmöglich“ zu sein, die Bezugsperson mit dem eigenen Verhalten tief zu kränken, was sie ja gar nicht wollten, und es entwickelte sich auch Angst, diese wichtige Bezugsperson zu verlieren.

In der Folge blieb den betreffenden Kindern nichts anderes übrig, als eigene Wünsche und Bedürfnisse zu „vergessen“, nur um weiter Liebe und Zuwendung zu bekommen, nicht zuletzt auch daher, weil sie mit Schuldgefühlen beladen waren, da ihre eigentlich gesunde Auflehnung und Opposition, ihre eigenständigen Regungen, so fatale Folgen zeigte.

Biermann-Ratjen meint dazu, daß es für die Integration von Erfahrungen ins Selbstkonzept sehr wichtig ist, ob das Kind klar unterscheiden lernt zwischen: „Dieses ist meine Erfahrung, egal wie sie von mir und anderen bewertet wird, und dieses ist die Beurteilung meiner Erfahrung durch mich oder einen anderen“ (Biermann-Ratjen, 1993, S. 85). Wenn das Kind von seinen wichtigen Bezugspersonen vor allem in seiner Wut und Ohnmacht darüber, nicht verstanden und akzeptiert zu werden oder sich selbst nicht verstehen und akzeptieren zu können, nicht angenommen wird, so bleibt dem Kind nichts anderes übrig, als diese Erfahrungen wegen der damit verbundenen unangenehmen Gefühle zu verdrängen und in der Folge sind sie mit Angst besetzt.

Erst „wenn sich schließlich ein Selbst entwickelt hat, in das auch die Möglichkeit der Erfahrung von Scham und Selbstzweifel integriert werden konnte, und die Selbstachtung nicht durch jede Form von sich nicht verständlich machen können, sich nicht selbst behaupten können, und sich nicht geliebt und anerkannt vorfinden inklusive der dazugehörigen Gefühle, vor allem der ohnmächtigen Wut, erschüttert wird, kann das Kind sein Interesse darauf richten, was es sein und werden kann – in der eigenen Wahrnehmung und in den Augen anderer – z.B. in Abhängigkeit von seiner biologischen Ausstattung als männlich oder weiblich“ (Biermann-Ratjen, 1993, S. 85).

Klienten mit Panikattacken wurden „als Kinder nicht empathisch verstanden, es fehlte ihnen die grundsätzliche, bedingungslose Zuwendung. Sie entwickelten, um eine Chance auf Liebe und Zuwendung zu haben, viele Bewertungsbedingungen und Wertvorstellungen und damit ein sehr bedingtes Selbstwertgefühl“ (Wakolbinger, 1993, S. 24).

Das Selbstkonzept bei Klienten mit Panikattacken weist also ein hohes Selbstideal von Anständigkeit, Moral, Eigenständigkeit, Tüchtigkeit und Perfektion auf, wobei sie sich jedoch als sehr unselbständig, furchtsam und angewiesen auf die Anwesenheit anderer erleben. Hier ist ein erster Konflikt zwischen autonomen und abhängigen Strebungen innerhalb des Selbstkonzeptes spürbar.

Aber auch das Selbstkonzept und die ureigentlichen organismischen Strebungen sind diskrepant. So zielt das Selbstkonzept ab auf Sicherheit und Geborgenheit, da Klienten mit Panikattacken sehr selbstunsicher sind und den Schutz anderer suchen und brauchen. Die organismischen Strebungen zielen jedoch ab auf Ungebundenheit und Trennung von den wichtigen Bezugspersonen. Hier ist also auf einer elementarerer Stufe

nochmals ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt zu finden.

3.2 Die abgewehrten Erfahrungen

Klienten mit Panikattacken haben viele übernommene Werte und Normen und erleben sich selbst als gute Mutter, brave Ehefrau, angepaßter Mitarbeiter, etc. Sie sind fast krampfhaft bemüht, nicht aufzufallen, nicht anzuecken, sich zu kontrollieren und den Wünschen ihrer Mitmenschen zu entsprechen. Erfahrungen von: „Ich habe eigene Wünsche, ich bin egoistisch, ich lehne mich gegen etwas auf“, etc. bringen sie aus ihrem mühsam erworbenen Gleichgewicht.

So eine Klientin, die ihre erste Panikattacke erlitt, als drei Monate nach der Geburt ihrer Tochter plötzlich der Wunsch auftauchte, so wie früher wieder einmal unbeschwert abends fortgehen zu können. Gleichzeitig verbot sich die Klientin, ihr Baby jemandem anderen anzuvertrauen, da dies bedeutet hätte, daß sie ihr Kind nicht lieben würde. Die daraufhin folgenden Angstfälle fesselten sie fortan ans Haus, ein Hinausgehen war ohne Begleitung oder Medikamente nicht möglich. Es entstand dadurch eine enorme Abhängigkeit, die jegliche Strebungen nach etwas mehr Selbständigkeit oder Unabhängigkeit unweigerlich zunichte machte.

Ausgehend von einem Selbstkonzept, das, auf der Basis einer extrem selbstunsicheren Persönlichkeit, geprägt ist von hohen Idealen, Werten und Normen, wird in einem nächsten Schritt verständlich, daß z.B. gerade Erfahrungen von außerehelichen erotischen Wünschen oder Gefühle von Wut und Zorn auf nahe Bezugspersonen absolut inkompatibel sind mit diesem Selbstkonzept. Die Folge davon ist eine starke Verunsicherung, die Erfahrungen differieren stark vom Selbstbild und Angst entsteht. Urängste, „daß man doch so“ nicht geliebt würde, tauchen auf und Panik wird erlebt. Da jedoch keine Selbstempathie in Bezug auf die eigene Angst entwickelt wurde, bleibt sie als Symptom isoliert bestehen.

Die immer wiederkehrenden Panikattacken führen in relativ kurzer Zeit zur „Angst vor der Angst“ und agoraphobem Vermeidungsverhalten. Wenn man die Auslöser der ersten Attacken genau untersucht, so traten sie gerade zu einem Zeitpunkt auf, als begonnen wurde, einen Schritt in Richtung Unabhängigkeit zu tun. Hier zeigt sich der grundlegende Konflikt zwischen Strebungen nach mehr Autonomie und gleichzeitig nach Sicherheit und Geborgenheit sehr deutlich.

Teusch meint dazu: „Die Angstsymptomatik ermöglicht eine, wenn auch nur partielle und unbefriedigende Abhängigkeit“ (Teusch, 1991, S. 50). Er ist der Meinung, daß die Klienten mithilfe der Panikattacken unbewußt eine Abhängigkeit suchen, die sie für sich brauchen, da sie nie gelernt haben, eigenständig und autonom zu sein.

Diese Abhängigkeit erzeugt jedoch auch enorme Wut, Zorn und Betroffenheit und widerspricht dem Selbstideal eines selbständigen, tüchtigen Menschen.

„Abhängigkeit versus Unabhängigkeit“ ist also das Leitthema bei Menschen mit Angstattacken. Die Ambivalenz bezüglich dieser Gefühle ist auch deutlich spürbar, wenn die Klienten zur Therapie kommen.

4. Relevante Aspekte für die Therapie

Wenn Klienten mit Panikattacken zur Psychotherapie kommen, so haben sie in der Regel einen langen Leidensweg mit unzähligen medizinischen Untersuchungen hinter sich, meist ohne Befund. Nachdem oft jahrelang mit wenig Erfolg versucht worden war, rein somatisch zu behandeln, soll nun plötzlich die Auseinandersetzung mit der psychischen Situation den gewünschten Erfolg bringen. Die Klienten sind dadurch teilweise massiv verunsichert. „Mit mir ist doch alles in Ordnung, ich kann mir nicht vorstellen, was in meinem Leben nicht stimmen sollte. Oder bin ich doch verrückt?“ sind übliche Gedankengänge. Da die Ängste so isoliert und abgespalten erlebt werden, ist es für sie einfach unvorstellbar, daß ein Zusammenhang zwischen aktueller Lebenssituation und Panikattacken bestehen könnte.

Weiters ist der Leidensdruck, unter dem diese Klienten stehen, enorm groß. „Sie sind meine letzte Hoffnung, ich habe schon alles versucht. Ich bin völlig verzweifelt und kann nicht mehr weiter, sie müssen mir helfen“. Diese Aussagen zeigen, wie groß der Leidensdruck ist, gleichzeitig aber wird der Therapeut idealisiert und massiv Druck auf ihn ausgeübt. Die Klienten erwarten auch eher Rezepte und Handlungsanweisungen: „Ich tue alles, was sie mir sagen, nur machen sie schnell, damit ich diese lästige Krankheit losbekomme“. So werden starke Abhängigkeitswünsche zum Ausdruck gebracht.

Das Ringen um ein Arbeitsbündnis ist groß. Panische Klienten zeigen ein sehr passives und abhängiges Hilfsverlangen, sind kaum motiviert und schon gar nicht überzeugt davon, daß die Auseinandersetzung mit sich selbst Abhilfe bringen könnte. Zusätzlich haben sie große Angst vor ihren eigenen Gefühlen und wehren die Versuche des Therapeuten, empathisch zu sein, ab. Je einfühlsamer der Therapeut ist, je mehr er versteckte, aber verbotene Gefühle aufzuspüren glaubt, desto stärker wird der Widerstand und die Verteidigungshaltung des Klienten. So verneinte ein Klient, dessen Wut auf seine Gattin in seinen Erzählungen unterschwellig immer wieder spürbar war, daraufhin angesprochen dieses Gefühl strikt und begann, mit vielen Argumenten zu belegen, daß er eine sehr glückliche Ehe führe.

„Ich habe keine Probleme, und wenn diese unerklärlichen Angstzustände nicht wären, wäre ich der glücklichste Mensch“, ist eine Aussage, die unbedingt ernst genommen werden muß und die viel über die „heile Welt“ des Klienten aussagt.

Aus personenzentrierter Sicht ist dieses Beziehungsangebot der Klienten Ausdruck ihrer spezifischen Inkongruenz, mit der in der Folge therapeutisch gearbeitet wird.

Oft wird in den ersten Stunden von den Klienten viel über die mit den Panikattacken einhergehende generelle Verunsicherung und Lebenseinschränkung gesprochen. Hier können die Klienten das empathische Beziehungsangebot des Therapeuten zulassen, oftmals erzählen sie zum ersten Mal, wie schlimm die Angstfälle für sie sind. Häufig wissen sogar die jeweiligen Lebenspartner nicht, wie sehr sich die Betroffenen mit

ihren Ängsten quälen, wie verzweifelt sie eigentlich sind, wie ungeheuer groß die Anstrengung ist, das tägliche Leben zu meistern. Sie glauben, ihre Umwelt einschließlich der behandelnden Ärzte halte sie für verrückt und hysterisch, da immer wieder betont wird, daß sie sich bester Gesundheit erfreuen.

Langsam beginnt die Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept, der Diskrepanz zwischen Selbstbild und eigenen Idealvorstellungen, wie „man doch sein sollte“.

In einem nächsten Schritt gelingt es den Klienten, mehr Verständnis für ihre Angst zu erwerben und langsam die Angsterfahrung mit all ihren Aspekten und Bewertungen, wie z.B. der erlebten Hilflosigkeit, ins Selbstkonzept zu integrieren. Es wird eine erste Ahnung dafür entwickelt, daß bestimmte Erlebnisse Angst auslösen können.

Erst in einem späteren Stadium der Therapie ist es den Klienten dann möglich, Zugang zu den Erfahrungen zu finden, die seit der Kindheit mit Angst besetzt sind. Gerade bei Klienten mit Angstanfällen sind diese ur-eigentlichen organismischen Bedürfnisse oft sehr verschüttet.

5. Abschließende Bemerkungen

Im personenzentrierten Ansatz besteht psychisches Leiden darin, daß dem Bewußtsein des Betroffenen wesentliche Teile seiner Person nicht adäquat zugänglich sind.

Im Falle von Klienten mit Panikattacken sind es Erfahrungen von Autonomie, Selbständigkeit, Getrenntheit von wichtigen Bezugspersonen, die inkompatibel sind mit einem Selbstkonzept, das bestrebt ist, möglichst viel an Sicherheit und Geborgenheit zu erhalten.

Angst entsteht, wenn Bedürfnisse nach mehr Autonomie an die Oberfläche drängen. Da jedoch schon seit früher Kindheit keine adäquate Integration von Angsterfahrungen im Selbstkonzept möglich ist, wird der Zusammenhang zu diesen selbstwertbedrohlichen Erfahrungen gelegnet und die Angst bleibt als isoliertes Phänomen, als Symptom, bestehen.

Im therapeutischen Prozeß spielt in einem ersten Schritt die empathische Annahme des Angsterlebens mit all seinen Bewertungen eine entscheidende Rolle, die in der Folge adäquat symbolisiert in das Selbst integriert werden kann. So wird es möglich, Angst als Reaktion auf ein die Selbstachtung in Frage stellendes Erleben zu verstehen. Dadurch wird eine Auseinandersetzung mit diesen selbstkonzeptbedrohlichen Erfahrungen und Bedürfnissen möglich und es kommt zu einer Reorganisation des Selbst.

Literatur

- Biermann-Ratjen E (1993) Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hrsg) Die Entwicklung der Person und ihre Störung. GwG-Verlag, Köln
- Biermann-Ratjen E (1993) Die Psychogenese der Neurosen. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hrsg) Die Entwicklung der Person und ihre Störung. GwG-Verlag, Köln
- Finke J (1991) Neurosen- und therapietheoretische Aspekte der Gesprächspsychotherapie. In: Finke J, Teusch L (Hrsg) Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Asanger, Heidelberg
- Freud S (1895) Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. Studienausgabe, Bd VI. Fischer, Frankfurt, 1971
- Rogers CR (1951) Client-centered therapy. Houghton Mifflin, Boston (Dtsch.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer, Frankfurt, 1983)
- Rogers CR (1959) A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch S (ed) Psychology. A study of a science. III: Formulations of the person and the social context. McGraw Hill, New York, pp 158-256 (Dtsch.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. GwG-Verlag, Köln, 1987)
- Speierer GW (1992) Einheitliche oder krankheitsspezifische Inkongruenzformen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie? GwG Z 85: 22-26
- Speierer GW (1994) Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Asanger, Heidelberg
- Swidens H (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. GwG-Verlag, Köln
- Teusch L (1991) Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Angsterkrankungen. In: Finke J, Teusch L (Hrsg) Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Asanger, Heidelberg
- Teusch L, Degener T (1990) Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Angstkranken in einem mehrdimensionalen Behandlungskonzept – ein Erfahrungsbericht. In: Meyer-Cording G, Speierer GW (Hrsg) Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute. GwG-Verlag, Köln
- Wakolbinger C (1994) Panik – ein Beitrag zum personenzentrierten Verständnis von Menschen, die unter Angstattacken leiden. Unveröffentlichte Abschlußarbeit der app. Wien
- Wittchen HU, Zerssen D (1988) Verläufe behandelter und un behandelter Depressionen und Angststörungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Korrespondenz: Mag. Christine Wakolbinger, Fillgradergasse 9/9, A-1060 Wien, Österreich.