

Serge K. D. Sulz, Ute Gräff-Rudolph, Miriam Hebing, Annette Hoenes,
Annette J. Richter-Benedikt

Die Rolle der Angst bei der Symptomentstehung und im Therapieprozess

The role of anxiety in the occurrence of symptoms and in the therapy process

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird die Bedeutung der Angst für die Symptombildung, für die therapeutische Beziehung und für den Verlauf des Therapieprozesses diskutiert: Angst ist die Drehscheibe menschlichen Erlebens und Verhaltens in schwierigen Situationen. Sie führt in der symptomauslösenden Situation dazu, dass kompetentes wehrhaftes Verhalten unterlassen wird und stattdessen ein Symptom entsteht. Im therapeutischen Prozess ist sie Quelle des Widerstands. Ein tieferes Verständnis der Zusammenhänge verspricht, Therapien effektiver werden zu lassen. Als Interventionen werden Schemaanalyse, Funktionsanalyse, Angstexposition und kognitiv-emotive Gesprächsführung angeboten, die zweiphasig mit Emotion Tracking und metakognitiver Reflexion stattfindet.

Schlüsselwörter

Angst – Symptombildung – Therapiebeziehung – Therapieprozess – Metakognition – Emotion Tracking – kognitiv-emotive Gesprächsführung

Summary

This article discusses the role of anxiety in the occurrence of symptoms, in the therapeutic relationship and in the course of the therapy process. Anxiety is the turntable of human experience and behaviour in difficult situations. In a symptom-triggering situation it hinders competent defensive behaviour so that a symptom occurs instead. In the therapeutic process it is a source of resistance. A deeper understanding of the interconnections holds the promise of making therapies more effective. The interventions available include scheme analysis, function analysis, anxiety exposure and cognitive-emotive discussion, which take place on a two-phased basis with emotion tracking and metacognitive reflection.

Keywords

anxiety – symptom occurrence – therapy relationship – therapy process – metacognition – emotion tracking – cognitive-emotive discussion

■ Einführung

Angst und Vermeidung sind allgemeine Steuerungsprozesse der menschlichen Psyche. Die Verhinderung von Bedrohungen und Gefahren ist auf das rechtzeitige Erkennen von Gefahrenmöglichkeiten angewiesen. Unser ganzes Leben lang sammeln wir in unserem Gedächtnis Erfahrungen und Beinaheerfahrungen, die wir mit Gefahren assoziieren, und etablieren sie als Warnsignale, die bei zeitlicher, räumlicher oder bedeutungsmäßiger Annäherung Alarm auslösen. Unsere intrapsychische physikalisch-geographische und interpersonelle Landkarte enthält Bahnen und Straßen, auf denen wir uns angstfrei bewegen können, und Zonen schnell zunehmender Gefahrenbedeutung, die rasch so viel Angst auslösen, dass wir uns gleich wieder zurück auf den sicheren Weg begeben. Wie nah wir einem Menschen mit bestimmten Merkmalen und einer bestimmten Bedeutung für uns kommen dürfen, auf welche Weise wir uns annähern, liegt also schon längst

fest. Wir bewegen uns habituell und ohne bewusste Steuerung im interpersonellen Raum. Auf diesen automatisierten Schutz können wir uns so gut verlassen (er ist ja das Extrakt aller unserer bisherigen Erfahrungen mit Bedrohungen), dass wir unsere Sinne frei haben für inhaltlich-kontextuelle Themen der Kommunikation und Interaktion. Wir besprechen oder verhandeln etwas und bleiben durch die Art und Weise, wie wir es tun, angstfrei. Lange bevor wir uns einer Gefahr nähern, wird unsere Psyche aktiv und sorgt dafür, dass wir weit genug wegbleiben.

Wir halten jedoch nicht nur unseren interpersonellen Raum angstfrei, sondern auch unseren psychischen Innenraum. Auch hier sorgt unsere Psyche dafür, dass wir weit genug von einer Bedrohung entfernt bleiben. Es wird verhindert, dass wir an etwas denken, erinnern, es phantasieren, planen, tun, was in die Gefahrenzone führt. Freud hatte die häufigsten Angstvermeidungsstrategien der Psyche kategorisiert und als Abwehrmechanismen bezeichnet. Der große Nachteil dieser emotionalen

Ökonomie ist, dass unser psychisches System daran gehindert wird, das Ausmaß einer Gefahr neu zu bewerten. Dies führte die Verhaltenstherapie zu der für sie zentralen Strategie der Angsttherapie, wie sie ja bereits Freud geäußert hatte: Tu, was dir Angst macht. Nur wenn ich mich der Angst stelle und der eventuell vermeintlichen Gefahr bewusst begegne, kann ich einschätzen, ob ich sie meistern kann oder ihr wirklich fernbleiben muss.

Da aber so unendlich viel von dem, was wir täglich erleben, prinzipiell durch unsere Vorgeschichte angstbehaftet ist, schaffen wir es nicht, die resultierende Vielfalt von Angstvermeidungen in der Therapie zu berücksichtigen. Es ist kaum übertrieben, wenn wir feststellen, dass 50 % unseres Verhaltens der Vermeidung dienen, also angstgeboren sind.

■ Angst und Furcht in zwischenmenschlichen Beziehungen

Blanck und Blanck (1981) haben in ihrem Buch „Angewandte Ich-Psychologie“ eine deskriptive Entwicklungsdiagnose formuliert, in der die existenziellen Bedrohungen in verschiedenen Phasen der Kindheitsentwicklung benannt werden: Vernichtungsangst, Trennungsangst, Liebesverlustangst, Kastrationsangst und Überichangst.

Es geht darum, das, was zu einer bestimmten Zeit das wertvollste Gut ist, ohne das ein emotionales Überleben nicht vorstellbar ist, zu bewahren. Die betreffende Angst signalisiert also die größtmögliche Gefahr während einer bestimmten Lebensphase, abgesehen von Gefahren für Leib und Leben. Durch die Geburt gelangen wir zu einer eigenen Existenz außerhalb des Mutterleibs. In den ersten Lebensmonaten ist die somatopsychische Existenz das höchste Gut. Existenz und Nicht-Existenz sind nicht gleichbedeutend mit Leben und Tod. Dieser Bipol wird erst in Zusammenhang mit der Trennungsangst bedeutsam. Das Kind hat seit der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahrs eine Bindung zur Mutter aufgebaut. Diese ist sein höchstes Gut, Trennung die größte Gefahr. Man könnte Bindung und Trennungsangst auf ihre biologische Funktion reduzieren. Denn in der Tierwelt kommt die Trennung vom Muttertier dem Tod gleich. Wir bleiben bei der Bedeutung für das emotionale Überleben.

Wenn für das Kind das geschützte und geborgene Umschlössensein auch aufgrund seiner Expansionstendenzen, mit denen es die Welt erkunden und erobern will, nicht mehr die richtige Beziehungsform ist, benötigt es ein neues bindendes Element – die Liebe der Mutter. Das Kind kann sich der Liebe der Mutter gewiss sein, auch wenn diese nicht anwesend ist, wenn es unterwegs ist, um seine kindliche Welt zu erforschen. Dass es dies wagt, ist Ergebnis einer gelungenen sicheren Bindung, aber es ist mehr. Liebe ist ein neues Gut, das nicht in der Bindung aufgeht. Die Liebe wert sein, dadurch Selbstwert empfinden ist ein Thema, das dem Bindungsthema nachgeschaltet ist. Liebe ohne Bindung gibt es nicht, aber Bindung ohne Liebe schon. Da wir aber gerade erst dabei sind, die umfassende Bedeutung der Bindung in unser therapeutisches Denken aufzunehmen, sind wir noch nicht so weit – vor allem die Forschung ist noch nicht so weit –, das Thema Liebe und Selbstwert unabhängig

vom Bindungsthema zu erforschen und zu begreifen. Eine weitere Differenzierung ist notwendig. Der Mensch, dessen Thema Geliebtwerden versus Liebesverlust ist, ist ein anderer Mensch als der, der aktiv lieben will, einen Menschen will, der sich zur Verfügung stellt, indem er sich lieben lässt.

Der Begriff Kastrationsangst gehört zu Freuds Theorie des Ödipuskomplexes. Verlassen wir dieses theoretische Konstrukt und betrachten die Angst des Kindes in dieser Entwicklungsphase, dann können wir von der Angst vor Gegenaggression sprechen (Sulz, 1994). Das Kind will sich und seine Position in Beziehungen behaupten und antizipiert die Überlegenheit des Kontrahenten. Seine Angst vor Gegenaggression hilft ihm, einen Angriff zu unterlassen, der zum Scheitern verurteilt ist. Wer sich nie als ebenbürtig oder überlegen fühlen durfte, wird auch nie einen Kampf wagen. Wessen Wut stets und prompt durch massive elterliche Aggression im Keim erstickt wurde, muss sein Leben lang ein Angstmensch bleiben. Seine eindrücklichen Erfahrungen sorgen dafür, dass sein Warnsystem nur diese Art erlaubt, der Welt zu begegnen. Das bedeutet aber auch, dass die wahrgenommene Welt nur aus Überlegenen besteht, die sich oft angesichts des ängstlichen Menschen überlegen fühlen und dann auch dazu neigen, aggressiv gegen ihn vorzugehen, so dass eine Opfer-Täter-Beziehung entstehen kann – das ängstliche Gebaren ist eine Einladung zum Angriff. Die Überichangst entsteht, wenn elterliche Sanktionen auf verbotenes Verhalten zu einer inneren Verurteilung dieses Verhaltens geführt haben. Nicht mehr die Angst vor Strafe durch andere Menschen ist das Gefahrensignal, sondern die Angst, schuld zu sein. Diese Angst ist ein prosoziales Regulativ in zwischenmenschlichen Beziehungen und kennzeichnet den erwachsenen Menschen.

Ich habe mich in meiner kognitiv-affektiven Theorie der Entwicklung (Sulz, 1994, 2011) auf die ersten sechs Ängste beschränkt, aber noch eine andere, siebte Angst hinzugenommen. Die Angst vor Hingabe als Angst, sich in der Beziehung zu verlieren. Diese entspricht dem gleichen Entwicklungsstand wie die Angst vor Gegenaggression.

Diese beiden Ängste lassen sich nicht so einfach als Entwicklungsangst charakterisieren – d. h. als Angst davor, dass ich dessen beraubt werde, was meine neu entwickelte Errungenschaft ist: Existenz, Bindung, Liebe. Vielmehr sind es Ängste, die als direkte Folge oder Wirkung meiner Aktion, sei es der kämpferischen oder der hingebenden Aktion, drohen. Hier geht es um die Verantwortlichkeit für mein Handeln und um die Antwort des Gegenübers. Bei der Hingabeangst könnte man allerdings auch sagen, dass die neue Errungenschaft, das abgegrenzte Selbst, durch die Hingabe verloren gehen kann. Bei der Angst vor Gegenaggression wird es schwerer, den Verlust einer neu entwickelten Errungenschaft zu erkennen. Es geht um Sieg und Niederlage, um Einfluss und Ohnmacht, um Wirksamkeit oder Wirkungslosigkeit. In der Verhaltenstherapie steht das Konzept der Selbstwirksamkeit, also des Bewusstseins, Dinge selbst in die Hand nehmen und auf die Umwelt einwirken zu können, gleichwertig neben dem Selbstwert, der mehr als Ergebnis passiven Empfangens gesehen wird. „Ich bin wirksam“ versus „Ich bin wert“. Insofern könnte die Angst vor Gegenaggression die Bedrohung des Verlusts von Selbstwirksamkeit beinhalten.

Unsere Studien zu diesem Thema zeigten, dass diese Angstformen

- a) empirisch in Selbstaussagen auffindbar sind (Sulz & Maßun, 2008)
- b) auf bestimmten Entwicklungsstufen besonders gehäuft auftreten (Sulz & Theßen, 1999)
- c) mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen korrelieren (Sulz & Maier, 2009)
- d) Bestandteil des dysfunktionalen Schemas der Überlebensregel sind (Sulz et al., 2011)
- e) auf die therapeutische Beziehung und den Therapieprozess Einfluss nehmen (Hümmelink, 2010)

Wir können davon ausgehen, dass jedem Menschen ein individuelles Angstprofil zugeschrieben werden kann, das einen wesentlichen Teil seiner Persönlichkeit ausmacht und sein Verhalten vorhersagen kann. Wichtige Entscheidungen im Leben werden von zentralen Bedürfnissen und vor allem durch die zentralen Beziehungsängste eines Menschen bestimmt. Insbesondere wirken diese Ängste sehr stark in die Gestaltung wichtiger Beziehungen hinein. Sie führen zum Vermeiden eines offenen Austauschs oder zum jahre- bis jahrzehntelangen Erdulden von Frustrationen und Verletzungen.

■ Wie Angst Symptombildung erzeugen kann

„Die Wechselwirkung zwischen den Eltern mit ihrem Elternverhalten und dem Kind mit seinen angeborenen Eigenschaften und seinem Temperament führt neben Befriedigungen auch zu Frustrationen und Bedrohungen, die bestimmte Bedürfnisse bleibend in den Vordergrund rücken lassen, z.B. das Bedürfnis nach Geborgenheit oder das Bedürfnis nach Beachtung. Sie führt auch dazu, dass ein Mensch dauerhaft auf die Vermeidung spezifischer Bedrohungen bzw. Ängste achtet und so ein individuelles Profil an Vermeidungshandlungen aufbaut. Ein weiteres wichtiges Ergebnis seiner Kindheit ist dann die Hemmung seiner aggressiven Tendenzen den Mitgliedern seiner sozialen Gemeinschaft gegenüber. Der Inhalt der Wuttendenzen ist charakteristisch für einen Menschen und ist ebenfalls Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Eltern und Kind bzw. zwischen ihm und anderen wichtigen Bezugspersonen (z.B. Bruder, Schwester, Großeltern). Die Dauerblockade der Wut- und Angriffstendenz ist eine wichtige Aufgabe der Selbstregulation. Viele Menschen gehen dabei so weit, dass sie selbstunsicher und ängstlich werden. Die psychische Homöostase (ein Regelkreis, der versucht, alles ins Gleichgewicht zu bekommen) kann als Regelwerk verstanden werden und die wichtigste Regel ist die, die das Überleben sichert. Die Abläufe sind vorbewusst, d. h., die willkürliche (bewusste) Psyche weiß von diesen Zusammenhängen nichts. Meist geht es in Beziehungen nur um das emotionale Überleben, d.h. um das Verhindern von psychischen Schädigungen. Eine in der Kindheit optimal auf die soziale Umwelt zugeschnittene Überlebensregel wird, wenn sie nicht verändert wird, im Erwachsenenleben aber untauglich (dysfunktional). Patienten haben dysfunktionale Überlebensregeln, die dafür sorgen, dass ihr Erleben und Verhalten nicht zu den gewünsch-

ten Ergebnissen führt, d. h., dem betreffenden Menschen zum Nachteil gereichen. Zudem verhindern sie auch, dass die Beziehungen ihres Erwachsenenlebens stützend und befriedigend für beide Seiten bleiben. Damit haben wir es in unseren Betrachtungen zunächst mit den Persönlichkeitszügen zu tun, die Erfolge verhindern. Die Überlebensregel und die durch die Persönlichkeit festgelegten unteroptimalen Erlebens- und Verhaltensstereotypen schränken das aktive Verhaltensrepertoire eines Menschen zum Teil erheblich ein. Dadurch ist er schwierigen Problemen weniger oder nicht gewachsen. Die auslösende Lebenssituation kann z.B. nur durch Symptombildung beantwortet werden. Erlebens- und Verhaltensweisen, die zur Meisterung des Problems geführt hätten, sind verboten. Sie würden die Überlebensregel verletzen und das emotionale Überleben gefährden“ (Sulz & Deckert, 2012).

Die drohende Verletzung der Überlebensregel erzeugt maximale Angst. Genau diese Angst führt zur Symptombildung. Kennen wir die Überlebensregel, so kennen wir die Angst. Kennen wir die Angst, so verstehen wir das Symptom.

Die Überlebensregel (Sulz, 1994) ist ein komplexes kognitiv-affektiv-motivationales Schema, das eine Systemregel darstellt, die das psychische System des Menschen in seinem Erleben und Handeln steuert. Der Begriff ist abgeleitet einerseits vom survival pattern Samuel Slipps (1973), eines Psychoanalytikers und Familientherapeuten, und andererseits von der „inneren Formel“ von Annemarie Dührssen (1995), der Begründerin der Dynamischen Psychotherapie – einer in den 1970er Jahren weitverbreiteten Form der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Sie hoben die das Leben determinierende Bedeutung derartiger Schlussfolgerungen und Imperative für das eigene Handeln hervor. Zugleich ist sie eine Weiterführung von Becks Grundannahmen (1979), den kindlichen Konklusionen, wie wohl das Selbst und die Welt (Eltern) interagieren und interferieren. Klaus Grawes (1998) Oberpläne können als Kurzform der Überlebensregel betrachtet werden, sie beinhalten nicht explizit die Gefahren des Abweichens von der Verhaltensregel. Die Überlebensregel ist nicht bewusst, kann aber im therapeutischen Gespräch mit dem Patienten erarbeitet werden. Je traumatischer die Kindheit war, umso starrer und unflexibler ist sie. Je früher sie in der Kindheit gebildet werden musste, umso primitiver ist das Denkniveau, von dem aus sie formuliert wurde. Während sie in der Kindheit die beste Weise war, emotional zu überleben, ist sie in ihrer unveränderten Form im Erwachsenenalter dysfunktional. Sie wird selbst zum schädigenden Faktor in wichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen.

Ihre Syntax ist: Nur wenn ich immer ... (Gebot) und wenn ich niemals ... (Verbot), bewahre ich mir ... (Befriedigung meines zentralen Beziehungsbedürfnisses) und verhindere ... (meine zentrale Angst).

Wer eine zwanghafte Persönlichkeit hat, könnte als Überlebensregel haben: Nur wenn ich immer ordentlich, genau, fleißig und pflichtbewusst bin und wenn ich niemals impulsiv, spontan, pflichtvergessen bin, bewahre ich mir Sicherheit und Zuverlässigkeit und verhindere Kontrollverlust und Liebesverlust.

Sulz et al. (2011) konnten in einer Studie mit 100 Patienten zeigen, wie die symptomauslösende Situation, die Überlebensregel, die primäre Emotion und die zentrale Angst zu einer Reaktionskette führen, die unweigerlich in die Symptombildung mündet.

Es zeigte sich, dass es in der symptomauslösenden Situation stets um Frustrationen geht, meist um die Frustration von Zugehörigkeitsbedürfnissen (67%) wie Willkommensein, Geborgenheit, Schutz, Liebe, Beachtung, Verständnis oder Wertschätzung. Da diese Frustration extrem groß ist, löst sie als primäre Emotion bei der Überzahl der Patienten Wut aus (88%). Diese Emotion muss aber möglichst schnell aus dem Bewusstsein verschwinden, am besten gar nicht erst bewusst werden. Denn sie mobilisiert einen primären Impuls, sich zu wehren (69%) oder in die Konfrontation zu gehen (12%) bzw. sich zu trennen (12%). In 60 Prozent der Fälle handelte es sich bei dem Handlungsimpuls um eine sozial kompetente und angemessene Wehrhaftigkeit.

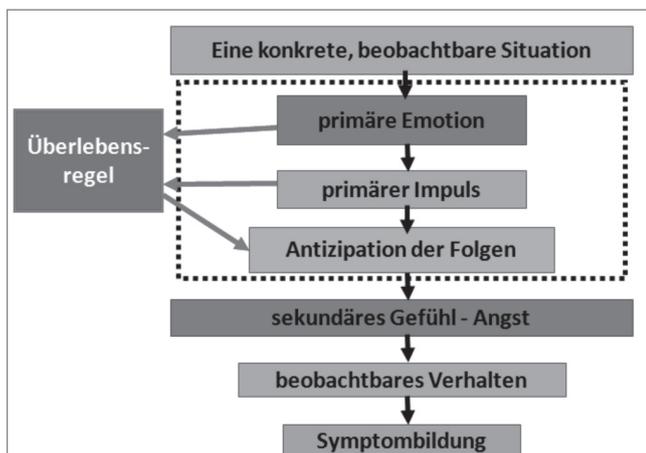
Wie von der Emotionstheorie von Lazarus (1995) vorhergesagt, kommt es durch nun entstehende Erwartungen der Folgen des eigenen Handelns zu einer Neueinschätzung und später zu einem neuen Verhalten. 28% der Patienten erwarteten, dass sich der Partner trennen würde, ebenfalls 28% erwarteten, Liebe und Zuneigung auf Dauer zu verlieren, wenn sie sich wehren.

An dieser Stelle der Reaktionskette tritt Angst auf (46%), Ohnmacht (32%), Schuld oder Scham (9%). Bei 89% der Patienten kam es infolge dieser sekundären gegensteuernden Gefühle und der Befürchtungen zu einem Unterdrücken des primären Handlungsimpulses und zu einem defensiven oder passiven Verhalten (Rückzug, Nachgeben, Ablenken, Nichtstun).

Die genannten Erwartungen sind die Vorhersagen der Überlebensregel, die beinhaltet, was passiert, wenn sie nicht eingehalten wird: Entzug der Bedürfnisbefriedigung und Eintreten der durch die zentrale Angst signalisierten Bedrohung.

Die Angst hat erfolgreich dafür gesorgt, dass die Überlebensregel eingehalten wurde (89%) – um den Preis der Symptombildung.

Abbildung 1: Reaktionskette und Rolle der Angst bei der Symptombildung



Beispiel:

Der 37-jährige Herr B. hatte einen herrischen, aggressiven Vater, der keinerlei Widerspruch zuließ, an den sich die Mutter des Patienten ängstlich unterwürfig anpasste. Als Junge war der Patient in Gegenwart des Vaters stets voll Angst. Er bemühte sich, alles zu vermeiden, was den Vater wütend machte. So wurde er ein stiller, braver, fleißiger Junge, der keinen eigenen Willen entwickelte, sorgsam darauf achtete, dass er in anderen Menschen keinen Unmut auslöste. Seine Überlebensregel war: Nur wenn ich immer brav und fleißig bin und wenn ich niemals aufbegehre und eine eigene Meinung kundtue, bewahre ich mir Zuneigung und Wohlwollen und verhindere Ablehnung, Kritik und Verlust der Liebe. Diese Überlebensregel half ihm, ganz gut durch Kindheit, Jugend und auch durch das erste Jahrzehnt seines Erwachsenenlebens zu kommen. Erst als er einen Vorgesetzten bekam, der seinem Vater ähnelte, bei dem er gerade dadurch, dass er still und brav war und alles machte, was verlangt wird, fast sadistische Aggressivität auslöste. Keine Leistung des Patienten fand gebührende Anerkennung, kleinste Fehler waren Anlass für Demütigungen. Der Patient hatte bis dahin kaum Wut in seinem Leben empfunden, aber jetzt konnte er dieses Gefühl nicht mehr aus seinem Bewusstsein fernhalten. Sie war so groß, dass er in zunehmendem Ausmaß Phantasien handgreiflichen Wehrens hatte. Natürlich verbot seine Überlebensregel so ein Handeln, und er bekam sehr große Angst vor den vorhergesagten Folgen. Er wurde noch zurückhaltender, noch stiller, noch nachgiebiger. Und er wurde noch schlechter behandelt. Die Selbststeuerung des Patienten war überstrapaziert, er konnte nicht mehr garantieren, dass er sich zusammenreißen konnte. Also höchste Zeit für die Notbremse – durch Symptombildung. Von einem auf den anderen Tag entstand eine schwere Depression. Der Patient stand nicht mehr auf, ging nicht mehr zur Arbeit und vermied jeglichen Kontakt mit Menschen. Seine Angst hatte ihm geholfen, die Beziehung zum Chef nicht irreparabel zu beschädigen. Er blieb ein Mensch, der seine Überlebensregel einhält, mit der er seine wichtigen Beziehungen schont. Aber er konnte dieser Mensch nur um den Preis der Symptombildung bleiben.

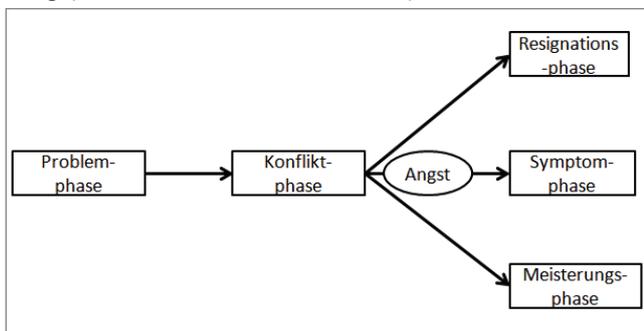
■ **Wie Angst den Therapieprozess steuern kann**

Die Angst des Patienten

Der Preis für die Lösung des Konflikts zwischen Selbst und Beziehung wird auf Dauer zu hoch, die Symptomatik will nicht aufhören oder wird zu intensiv. Der Patient kann und will das Leiden nicht länger ertragen. Er sucht Hilfe. Zunächst beim Hausarzt, der Medikamente verschreibt. Das kann helfen, vielleicht einige Monate oder einige Jahre. Wenn die Symptomatik aber nicht verschwindet oder wieder heftiger wird, bleibt nur der Weg zum Spezialisten, dem Psychotherapeuten oder Psychiater. Der Psychiater wird entsprechend seiner Krankheitstheorie vorgehen. Mit einer neurobiologischen Hypothese bezüglich der Ursachen stört er die gegenwärtige Balance im Konfliktgeschehen des Patienten nicht. Dieser erhält ein Mittel gegen die Symptome, ohne die intrapsychische Pattsituation zwischen Wut und Zorn (sich wehren wollen) und Angst (vor

der Beschädigung wichtiger Beziehungen) ändern zu müssen. Schwieriger wird es, wenn ein psychotherapeutisches Störungsmodell als Heuristik herangezogen wird, das an seinem Konflikt therapeutisch ansetzt. Denn dass das Symptom nicht wie die meisten somatischen Krankheitssymptome, die der Mensch in seinem Leben hat, von selbst durch die inneren Selbstheilungskräfte zum Verschwinden gebracht wird, hat eine wichtige Bedeutung. Das Symptom ist nicht ein übrig gebliebener Rest, der durch ärztliche Hilfe weggeräumt werden kann. Das Symptom wird noch dringend benötigt, um die gewählte Konfliktlösung aufrechterhalten zu können. Ohne Symptom geht es wieder zurück in die Konfliktzone, und das macht Angst (Abb. 2).

Abbildung 2: Angst und Konfliktlösung durch Symptombildung (verändert aus Sulz, 2000, S. 31)



Wir können drei Phasen bei der Symptombildung unterscheiden:

Problemphase: Es besteht ein in der Regel interpersonelles Problem, das dringend gelöst werden muss (Eheprobleme, Scheidung, Verluste, extreme Unzufriedenheit etc.). Es wird nach befriedigenden Lösungen gesucht, die es natürlich gibt – mit unterschiedlichen Folgen für die Beteiligten.

Konfliktphase: In der Abwägung der Vor- und Nachteile der Problemlösungen wird das Schema der Überlebensregel aktiv und verbietet die für das Individuum richtig und gerecht erscheinende Lösung. Bleibt trotzdem der Wunsch nach dieser Lösung aufrechterhalten, entsteht Angst.

Für die Phase, die die Konfliktphase ablöst, gibt es drei Möglichkeiten:

Meisterungsphase: Ist die Angst überwindbar, wird das Problem gelöst und die schwierige Situation so gemeistert, dass das Individuum zu einer befriedigenden Lösung gekommen ist.

Resignationsphase: Wird der Wunsch aufgegeben, für das Problem eine befriedigende Lösung zu finden, so kommt es zur Resignationsphase. Alle Aktivitäten erlahmen, die eine Problemlösung herbeiführen könnten. Wichtig ist, dass diese Resignation keine Depression ist. Denn Depression ist eine symptomatische Reaktion.

Symptomphase: Bleibt der Wunsch nach Problemlösung zugunsten des Individuums mit großer Stärke bestehen, wird diese Handlungstendenz zunächst mit großer Angst gestoppt. Dies ist allerdings ein sehr instabiler Zustand, der nicht lange aufrechterhalten werden kann. Erst durch das Symptom mündet das Geschehen in einen stabilen Gleichgewichtszustand ein (Grawe, 1998; Haken & Schiepek, 2006).

Psychotherapie ist demnach der Weg zurück von der Symptomphase in die Konfliktphase, weshalb die Angst des Patienten wieder aktiviert wird. Was dem Therapeuten als Widerstand begegnet, ist der Versuch, diese Angst zu reduzieren. Alles, was der Therapeut als Schritte anbietet, erhöht die Angst des Patienten. Deshalb muss zu jedem Therapieangebot die Erfassung des damit verbundenen Angstausmaßes gehören. Dies gelingt uns, wenn wir gemeinsam mit dem Patienten die Symptombildung und -aufrechterhaltung mittels Funktionsanalyse betrachten. Wir fragen uns, wozu das Symptom gebildet wurde, was das Symptom bezwecken soll und wie wichtig diese Funktion des Symptoms für den Patienten und seine Beziehungen ist. Der Widerstand ist am geringsten, wenn wir eine Alternative zum Symptom finden, die die gleiche Funktion erfüllt wie das Symptom. Stellen wir jedoch den Zielzustand selbst in Frage, der mit Hilfe des Symptoms erreicht oder bewahrt werden soll, wird die Angst so groß, dass der Patient den therapeutischen Schritt nicht mitgehen kann. Insofern ist die gemeinsame funktionsanalytische Angstanalyse ein wichtiger Schritt im Umgang mit Widerstand. Oder: Jede Psychotherapie ist Angsttherapie. Denn aus der Angstanalyse resultieren Maßnahmen, die die Angst zu meistern helfen. Unterbleiben diese Maßnahmen, so bleibt die Therapie stecken.

Da diese Ängste dazu dienen, unsere Beziehungen zu schonen und zu schützen, ist auch ein Teilergebnis unserer Studie zur Evaluation der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) und Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) nicht verwunderlich: Therapieabbrecher hatten signifikant weniger Angst vor Trennung und vor Liebesverlust als die Patienten, die die Behandlung zu Ende führten (Hümmelink, 2010).

Die Angst des Therapeuten

Die Persönlichkeit des Therapeuten, seine eigene Überlebensregel und die damit verbundenen Ängste wirken in großem Umfang in die Therapie hinein. Durch die Selbsterfahrung während der Psychotherapieausbildung kann das dauerhaft in der Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion des Therapeuten etabliert werden. In Supervision und Intervision müssen wir jedoch immer wieder aufs Neue entdecken, dass wir oft erst sehr spät oder erst durch die Fallbesprechung erkennen, wie sehr ein schwieriger Therapieverlauf durch unsere Ängste geprägt worden ist (Sulz, 2007). Dazu sollten wir wissen, dass unsere (dysfunktionalen) Persönlichkeitszüge primär der Vermeidung zentraler Ängste dienen können (Sulz & Maier, 2009). Je mehr Angst in einer Situation auftritt, umso mehr werde ich mich unwillkürlich zur Angstreduktion gemäß meines vorherrschenden Persönlichkeitszuges verhalten, z. B. selbstunsicher, dependent, zwanghaft, histrionisch, schizoid, narzisstisch – ohne mir dessen bewusst zu sein.

In der genannten Studie (Hümmelink, 2010) war eine weitere Frage die nach der Charakterisierung von erfolgreichen und erfolglosen Therapeuten. So waren erfolgreiche Therapeuten selbstunsicherer, während erfolglose Therapeuten histrionischer und narzisstischer waren, weniger Angst vor Kontrollverlust hatten (mehr im Bewusstsein waren, die Situation im Griff zu haben). Zudem nahmen erfolglose Therapeuten aggressive Tendenzen kaum wahr.

Die Selbstreflexion des Therapeuten benötigt ein Monitoring mit der Suche nach ungewöhnlichen Transaktionen und deren Funktion für die Selbstregulation des Therapeuten (Sulz, 2007, 2011):

Wozu sage ich das?

Inwiefern dient es der Reduktion meiner Angst?

Welche Angst habe ich?

Was sage ich nicht, spreche ich nicht an?

Welche Angst würde entstehen, wenn ich es sagen würde?

Wie wichtig ist mir eine gute Beziehung zu meinem Patienten geworden?

Kenne ich meine Überlebensregel?

Kenne ich meine zentrale Angst in Beziehungen?

Sind die Vorhersagen meiner Überlebensregel die Quelle dieser Angst?

Wie viele dysfunktionale Aspekte enthält meine Überlebensregel noch?

Sowohl Intervention als auch interaktive Fallarbeit als qualitätssichernde Begleitung des psychotherapeutischen Berufsalltags bringen hierzu die notwendigen Korrekturen im Erleben und Handeln des Therapeuten (Sulz, 2003, 2007).

Wir kennen unser Verhalten aus unseren privaten Beziehungen. Wie vermeide ich Auseinandersetzungen und Konflikte in meinen privaten Beziehungen? Wie mache ich das dort? Wie übertrage ich also meine persönlichen Ängste auf meine Therapie? Und wie kann ich mich daraus befreien? Die Frage ist also nicht nur die nach der Gegenübertragung, die durch die Übertragung des Patienten eingeleitet wurde, sondern nach der eigenen Übertragung des Therapeuten auf die therapeutische Beziehung.

Beispiel:

Eine junge Psychotherapeutin berichtet in der Supervision immer wieder, wie aggressiv und respektlos einige männliche Patienten ihrer Therapiegruppe agieren. Ihre Protokolle der wörtlichen Aussagen lassen dieses Ausmaß aber nicht erkennen, vielmehr kann man darin den Versuch sehen, mit ihr in eine spür- und greifbare Beziehung zu treten. In ihrem instabilen Selbstwert achtet die Therapeutin aber nicht auf diesen Anteil der Kommunikation, sondern sammelt überempfindlich alle Signale, die der befürchtete Angriff auf ihren Selbstwert und eine Minderung von Wertschätzung bedeuten können. Sie fühlt sich so bedroht, ist deshalb höchst wachsam, findet folglich sehr viele Gefahrensignale, die ihre Angst vergrößern und sie kränken. Ihr Selbstwert ist in höchster Gefahr. Aus diesem Getroffensein heraus kann sie dem Patienten nicht mehr gerecht werden und weist ihn zurück.

Therapieinterventionen mit und gegen die Angst in Beziehungen

Auf therapeutische Möglichkeiten des Umgangs mit Ängsten in der therapeutischen Beziehung und im Therapieprozess sollen hier nur kurz eingegangen werden. Für vertiefte Betrachtungen sei auf Sulz (2007, 2011) verwiesen.

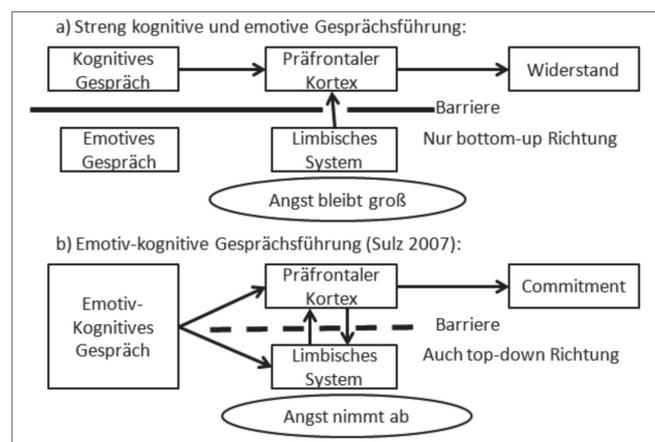
Wie kann verhindert werden, dass der Therapeut die Angst des Patienten nicht wahrnimmt, die der Patient im Moment selbst nicht wahrnimmt? Wie kann verhindert werden, dass erst die mangelnde Mitarbeit des Patienten den Therapeuten stutzig macht? Die Antwort ist:

- a) wenn der Therapieprozess so gesteuert wird, dass der Patient mit seinem Gefühl bei dem ist, worüber er gerade nachdenkt und spricht (Problemaktualisierung; Grawe, 1998);
- b) wenn der Therapeut mit seiner Aufmerksamkeit im Sinne von Empathie und Sympathie so dicht beim Erleben des Patienten ist, dass er sich vergegenwärtigt, welche Gefühle das Besprechen eines neuen Verhaltens einer wichtigen Bezugsperson gegenüber beim Patienten hervorrufen müsste.

Falsch verstandene kognitive Gesprächsführung bleibt bei verbalem Material, ohne die durchaus vorhandenen Begleitgefühle zu beachten. Vereinbarungen, die auf diese Weise mit dem Patienten getroffen werden, sind nicht tragfähig, weil die Gefühlsseite des Patienten nicht mitmacht. Die Angst bleibt groß und wirkt bottom-up hemmend auf die Handlungspläne, so dass das Phänomen des Widerstands entsteht.

Wir müssen deshalb unsere Gespräche betont emotiv-kognitiv in dem Sinne führen, dass wir laufend berücksichtigen, welche Gefühle im Gespräch bei welchem Thema oder Stichwort entstehen. Wir können das auf gekonnte Weise tun, wenn wir bewusst die beiden Erlebensebenen fokussiert wechseln (Abb. 3). Dann kann unser Gespräch top-down auf die Angst einwirken. Die Angst nimmt ab, so dass es beim Commitment bezüglich der vereinbarten Verhaltensexperimente des Patienten bleibt.

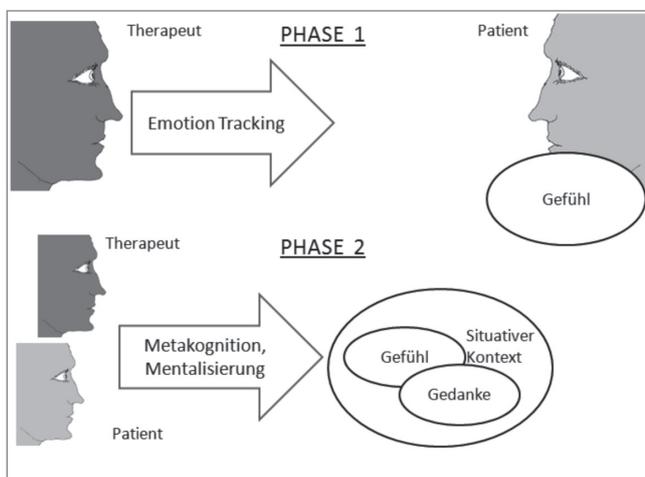
Abbildung 3: Prinzip der emotiv-kognitiven Gesprächsführung zur Problemaktualisierung



Diese Art der kognitiv-emotiven Gesprächsführung (Sulz, Richter-Benedikt & Hebing, 2010) führt das Denken des Patienten auf eine metakognitive Ebene, auf der er seine Gedanken und seine Gefühle reflektiert. Diese metakognitive Erörterung wird weitergeführt, indem auch die Gedanken und Gefühle des Gegenübers reflektiert werden. Dieser Therapieprozess entspricht Peter Fonagys (Fonagy & Bateman, 2008) Mentalisieren. Wichtig ist dabei, dass der Patient während des Reflektierens sein Gefühl bewusst wahrnimmt bzw. das Gefühl des Gegenübers empathisch mitfühlt – die reflektierte Affektivität nach Fonagy (a.a.O.).

Abbildung 4 zeigt die beiden Phasen des kognitiv-emotiven Gesprächs mit dem anfänglichen Emotion Tracking (Sulz, 2007) und dem anschließenden metakognitiven Reflektieren. Die Einteilung des Gesprächs in zwei Phasen hat den Vorteil, dass die Aufmerksamkeit in der ersten Phase ganz dem Entdecken des zugrunde liegenden Gefühls gewidmet werden kann, so dass dieses deutlich spürbar wird. Der Therapeut beobachtet die somatischen Marker (Damasio, 2003) im Gesicht des Patienten. Wenn es dann bewusst ist, wird in der zweiten Phase gemeinsam der situative Kontext reflektiert, dessen Vergegenwärtigung das Gefühl ausgelöst hat, und die Bedeutung des Geschehens für Selbst und Beziehungen besprochen.

Abbildung 4: Kognitiv-emotives Gespräch mit Emotion Tracking und Metakognition



Nach diesen Schritten der Emotions- und Motivklärung können Änderungsschritte begonnen werden, die einen neuen Umgang mit Situation und Emotion darstellen. Wieder ist die Angst die Drehscheibe:

Schon beim Besprechen einer Hausaufgabe entsteht beim Patienten ein inneres Bild, ein innerer Film der Situation, in die er sich begeben soll, um sich zu behaupten. Dieses mentale Durchspielen ruft Angst hervor, die sofort aufgegriffen werden kann. Therapeut und Patient wissen also, dass es nicht nur um kompetentes Gesprächsverhalten geht, sondern darum, mit der Angst, die dieses Verhalten verhindern will, richtig

umzugehen. Mit dem Patienten wird erarbeitet, wie er mit dieser doppelten Aufgabe (Angstbewältigung und kompetente Kommunikation) umgehen soll.

Eine Möglichkeit ist die Vermittlung der kognitiven Angstbewältigung (Sulz, 1986, 2009) mit den Schritten

- a) Achtsamkeit: Frühe Signale der Angst wahrnehmen
- b) Akzeptanz: Akzeptieren, dass ich Angst habe
- c) Commitment: Ich stelle mich der Angst, bleibe in der Situation
- d) Exposition: Ich nehme die Angst bewusst wahr, beobachte, wie sie größer wird, da ist, allmählich wieder geht
- e) Selbstverstärkung: Ich habe den Umgang mit meiner Angst geübt. Das ist der beste Umgang mit Angst

Dieses einfache Prinzip der Emotionsregulation wirkt nicht nur bei symptomatischen Ängsten wie Phobien, sondern auch bei den hier besprochenen Ängsten in Beziehungen.

■ Fazit für die psychotherapeutische Praxis

Die Bedeutung der Angst für die Symptomentstehung ist in der Psychotherapie einerseits allgemein bekannt. Andererseits lohnt es sich, etwas genauere Betrachtungen anzustellen, die helfen, die eigentliche psychotherapeutische Aufgabe, nämlich Maßnahmen gegen die Symptom-Aufrechterhaltung und den Symptom-Rückfall sicherer zu meistern. Die Schemaanalyse anhand der dysfunktionalen Überlebensregel und die Funktionsanalyse anhand der Reaktionskette zum Symptom offenbaren die weiterhin wirksamen Verknüpfungen psychischer Prozesse, die verhindern, dass das Symptom aufgegeben werden kann bzw. dass es nach der Therapie nicht wiederkommt. Die Bedeutung der Angst für den therapeutischen Prozess und die therapeutische Beziehung ist schwerer zu fassen, da längst Vermeidungen stattfinden, bevor ein ängstliches Gefühl bewusst wird. Durch eine kognitiv-emotive Gesprächsführung ist es aber möglich, mit dem Patienten Gefühle, die er im Moment wahrnimmt, zu reflektieren, sie im Kontext seiner dysfunktionalen Schemata (Überlebensregel) zu sehen und ihre Funktion in der Beziehungsgestaltung zu erkennen. Die Therapie mündet in eine Emotionsexposition ein, z. B. mit Hilfe der beschriebenen kognitiven Angstbewältigung, die gemeinsam mit den korrekativen Metakognitionen die Emotionsregulation des Patienten effektiver macht. Unmittelbare Auswirkung besserer Emotionsregulation ist auch eine bessere Beziehungsgestaltung, in der Symptombildung nicht mehr als Notbremse benötigt wird.

■ Literatur

- Beck, A. (1979). Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. München: Pfeiffer.
- Blanck, G., Blanck, R. (1981). Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Damasio, A.R. (2003). Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. München: List.

- Dührssen, A. (1995). Dynamische Psychotherapie. Ein Leitfaden für den tiefenpsychologisch orientierten Umgang mit Patienten (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). Attachment, Mentalization and Borderline Personality. *European Psychotherapy*, 8, 35-48.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Göttingen: Hogrefe
- Hümmelink, K. (2010): Untersuchung der Passung von Therapeut und Patient hinsichtlich der Auswirkungen auf das Therapieergebnis im Rahmen der Strategischen-Kurzzeittherapie-Studie. Diplomarbeit am Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitspädagogik der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt.
- Lazarus, R.S. (1995). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.
- Slipp, S. (1973). The symbiotic survival pattern. A relational theory of schizophrenia. *Family Process*, 12, 377-398.
- Sulz, S. (1986). Verhaltenstherapie der Herzphobie. *Psychiatrische Praxis*, 13, 9-16.
- Sulz, S. (1994). Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien (2011 als E-Book wieder aufgelegt).
- Sulz, S. (2000). Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS. Von der Anamnese zum Therapieplan (3. Aufl.). München: CIP-Medien
- Sulz, S. (Hrsg.). (2003). Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit (IFA). Patientenzentrierte Selbsterfahrung zur Aus- und Weiterbildung und als Qualitätssicherung. München: CIP-Medien.
- Sulz S. (2007). Supervision, Intervision, Intravision in Ambulanz, Klinik und Praxis. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2009). Strategien der Veränderung des Erlebens und Verhaltens. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2011). Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. Schema- und Funktionsanalytisches Psychotherapie-Lehrbuch. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Deckert, B. (2012). Psychiatrische Kurz-Psychotherapie – PKP – Depression. Psychotherapie-Karten für die Praxis. München: CIP-Medien, Benutzermanual S. 7.
- Sulz, S. & Maier, N. (2009). Ressourcen- versus defizitorientierte Persönlichkeitsdiagnostik – Implikationen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen? *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 14(1), 38-49.
- Sulz, S. & Maßun, M. (2008). Angst als steuerndes Prinzip in Beziehungen. Ergebnis einer qualitativen Analyse von Interviews. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 13(1), 37-44.
- Sulz, S. & Theßen, L. (1999). Entwicklung und Persönlichkeit. Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 4(1), 32-45.
- Sulz, S. Richter-Benedikt, A.J. & Hebing, M. (2010). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 15(1), 117-127.
- Sulz, S., Heiss, D., Linke, S., Nützel, A., Hebing, M. & Hauke, G. (2011). Schemaanalyse und Funktionsanalyse in der Verhaltensdiagnostik: Eine empirische Studie zu Überlebensregel und Reaktionskette zum Symptom. *Psychotherapie* 16, 143-157.

■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge K. D. Sulz
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Nymphenburger Str. 185 | 80634 München
 sergesulz@aol.com