



EUROPÄISCHE AKADEMIE FÜR
LOGOTHERAPIE –
UNIVERSITÄR

D I P L O M A R B E I T

Angst und ihre Psychosomatik als Ausdruck existenzieller Spannung

Eine logotherapeutische und existenzanalytische Betrachtung im bio-psycho-sozial-noetischen Kontext

Von **Semih Morel**, Dornbirn, 23.12.2025, im Zuge der Ausbildung zum Psychosozialen Berater (Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor E. Frankl)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche erkenntlich gemacht habe.

Gendererklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit überwiegend die männliche Sprachform verwendet. Sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen gelten jedoch ausdrücklich für alle Geschlechter gleichermaßen. Diese sprachliche Vereinfachung impliziert keinerlei Wertung.

1. Einleitung.....	6
1.1 Motivation und Relevanz des Themas.....	6
1.2 Angst im psychosozialen Beratungskontext.....	7
1.3 Begriffserklärung Angst, Angsterleben, Angststörung	7
1.3.1 Angst.....	7
1.3.2 Angsterleben	7
1.3.3 Angststörung	8
1.4 Abgrenzung zwischen Beratung – Psychotherapie – Medizin	9
1.4.1 Psychosoziale Berater	9
1.4.2 Psychotherapie.....	9
1.4.3 Psychiatrie.....	9
1.5 Leitfrage und Praxisfrage	10
1.5.1 Hauptleitfrage.....	10
1.5.2 Praxisfrage.....	10
1.6 Aufbau der Arbeit.....	10
2. Psychosomatik als Zugangsweise zum Angsterleben.....	12
2.1 Grundannahmen psychosomatischen Denkens	12
2.1.1 Das bio-psycho-soziale Modell	12
2.1.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....	13
2.2 Angst als verkörperter Regulationszustand	14
2.2.1 Angst als spezifischer Stressauslöser bei Bedrohungen.....	14
2.2.2 Fehlende Regulationsfähigkeit	15
2.2.3 Angst-Körper-Teufelskreis	15
2.3 Liminale Schwelle des Angsterlebens und Bedeutung für die Psychosoziale Beratung..	16
3. Typische psychosomatische Ausdrucksformen von Angst	17
3.1 Angst und sein psychosomatischer Ausdruck.....	17
3.1.1 Kardiologische und Pulmonale Symptome	18
Herz-Nervosität / Herzphobie	18
Brustenge / Atemnot	18
3.1.2 Orientierungs- und Hörbezogene Symptome	19
Schwindel	19
Tinnitus	19
3.1.3 Gastrointestinale Symptome	20
Reizdarm-Syndrom	20
Entzündliche Prozesse im Magen/Darm	21
3.1.4 Schlaf- und Erschöpfungssymptome.....	22
Schlafstörungen und Fatigue	22
3.1.5 Schmerzen und Symptome chronischer Spannung	22
3.1.6 Paniksymptome	23

4. Existenzielle Spannung und Noodynamik.....	25
 4.1 Spannung zwischen Sein und Sollen	25
4.1.1 Die existenzielle Frustration und das existenzielle Vakuum	25
4.1.2 Dimensional Ontologie in der Logotherapie und Existenzanalyse	26
4.1.3 Die drei Säulen der Logotherapie und Existenzanalyse	27
Freiheit des Willens	27
Wille zum Sinn.....	27
Sinn im Leben.....	28
4.1.4. Angst als Signal existenzieller Spannung	28
5. Angst und Impulse aus Logotherapie und Existenzanalyse	30
 5.1 Angst im Kontext zentraler Logotherapeutischer Konzepte	30
5.1.1 Der Kranke und der Heile Teil	30
5.1.2 Sinnorgan und Sinnuniversalien	31
Das Gewissen.....	31
Werte als Sinnuniversalien	31
5.1.3 Die hyperreflektierte Angstpersönlichkeit	32
Selbstdistanzierung	33
Selbstreflexion	34
Selbsttranszendenz	34
5.1.4 Die Trotzmacht des Geistes (Noopsychischer Antagonismus).....	35
 5.2 Kernmethoden der Logotherapie bei Angst.....	35
5.2.1 Einstellungsmodulation.....	36
5.2.2 Dereflexion	36
5.2.3 Paradoxe Intention	36
5.2.4 Finale Vorleistung	36
5.2.5 Der Sokratische Dialog.....	37
 5.3 Die Iatogene Neurose	37
6. Die logotherapeutische und existenzanalytische Beratung der Angst	41
 6.1 Rolle und Haltung des psychosozialen Beraters	41
 6.2 Umgang mit psychosomatisch erlebter Angst	42
 6.3 Interventionen und Begleitung durch psychosoziale Beratung	43
6.3.1 Interventionen zur Selbstdistanzierung.....	43
Personifizierung der Angst	43
Objektifizierung der Angst	43
Der freundschaftliche Dialog mit der Angst	43
6.3.2 Interventionen zum Verständnisgewinn	43
Psychoedukation	43
Differenzierung.....	44
Aufwertung.....	44

6.3.3 Körperbezogene Interventionen	44
Körperwahrnehmung	44
Entspannung	44
6.3.4 Reflexive Interventionen	44
Entkatastrophisieren.....	44
Fluss der Gedanken	45
6.3.5 Sinn- und wertbezogene Interventionen.....	45
Werterad	45
Autobiografie Arbeit	45
Wertimaginationen	45
6.3.6 Ressourcen orientierte Interventionen.....	46
Ressourcen-Landkarte.....	46
Handlungsoptionen	46
6.3.7 Kreative Interventionen.....	46
Mal- und Gestaltungstherapie	46
Kreatives Schreiben	46
6.4 Grenzen der psychosozialen Beratung	47
7. Fallbeispiel	48
Beginnende Herzneurose Herr K	48
8. Conclusio.....	52
Reflexion und Schlussfolgerung.....	52
Literaturverzeichnis.....	55
Bücher	55
Studien, Reviews, Analysen	55
Hilfsmittel	58

1. Einleitung

1.1 Motivation und Relevanz des Themas

Wer das Glück hat im D-A-CH-Raum zu leben, vielleicht sogar zur Welt gekommen zu sein und in Deutschland, Österreich oder der Schweiz aufgewachsen ist, genießt das Privileg, in einem der sichersten, reichsten, demokatischsten Staaten der Welt zu leben, mit hohen Sozialleistungen, Zugang zu hochwertiger Bildung und, so scheint es, viele Möglichkeiten zu haben ein sinnvolles Leben zu führen. Und dennoch sind die Fallzahlen von Angsterleben und Angststörungen in der Bevölkerung hoch und nehmen gerade bei jüngeren Menschen deutlich zu.¹

Diese Arbeit will und kann keine Aussagen über die richtige Behandlung von Angststörungen treffen, sondern stellt sich die Frage, in welcher Form die Psychosoziale Beratung, mit Schwerpunkt der Logotherapie und Existenzanalyse, in der Prävention von Angststörungen wirken kann.

Meine persönlichen Erfahrungen mit Angst, Angststörung und psychosomatischen Symptomen starten vor 20 Jahren und reichen bis in die Gegenwart. Neben einer diagnostizierten Generalisierten Angststörung (F41.1, ICD-10) und Panikstörung (F41.0, ICD-10) liegen in diesem Erfahrungshorizont auch somatoforme autonome Funktionsstörungen (F45.3, ICD-10). Seit 20 Jahren arbeite ich an und mit diesen Ängsten, unter Unterstützung von Therapeuten, Ärzten, Coaches, Heilpraktikern und diversen Ausbildungen in diesen Bereichen. Vor allem aber ist es mein Verständnis über die Trotzmacht des Geistes und meinem Heilen Personenkern, die mich über all die Jahre brachial erfahrener Angst, weitermachen ließen. So konnte ich, trotz dieser Ängste, viele Meilensteine in meinem Leben erreichen, die, so sagen es auch die Ärzte, untypisch für einen Menschen mit Angsterkrankung sind. Dieser Heile Anteil, diese Trotzmacht, war lange vor dem Bewusstsein über diese da und so ist es auch in anderen Menschen angelegt. Diese Anteile zu heben, zu wecken, lebendig werden zu lassen ist meine Motivation für diese Arbeit.

¹ Public Health Reporting Germany, Journal of Health Monitoring 2025, Robert Koch Institut

1.2 Angst im psychosozialen Beratungskontext

Angst begegnet Menschen in verschiedensten Formen und Ausprägungen. Allen liegt eine biologisch, evolutionäre und grundsätzlich sinnvolle Alarmreaktion zu Grunde. In der Beratung zeigt sich Angst oft nicht klar erkennbar, sondern verbirgt sich hinter, körperlichen (Unruhe, Schwitzen, Stress, Abgeschlagenheit, ...), psychischer (Zweifel, Grübeln, „Gedankenkarusell/Monkeybrain“, Gefühl von Überforderung, ...), sozialen (Vermeidung, Rückzug, Lügen, ...) und auch noetischer (Gefühl der Sinnleere, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, ...), Formen. In der Beratung wird weder vorschnell pathologisiert, noch verharmlost. Die Aufgabe der Beratung ist es, das Erlebte in einen erfahr-, spür-, und oder verstehbaren Kontext für den Klienten zu überführen. Beratung unterstützt, Angst als ein Signal des Körpers zu verstehen, hilft Klienten ihr Erleben einzuordnen, neu zu bewerten, liebes- und handlungsfähig zu bleiben, und wenn angezeigt, auch in der Vermittlung zur Psychotherapie oder Medizin.

1.3 Begriffserklärung Angst, Angsterleben, Angststörung²

1.3.1 Angst

Angst ist eine normale, evolutionär bedingte und fest verankerte Emotion im menschlichen (auch tierischem) Wesen, die eine wichtige Komponente in der Wahrnehmung von Gefahren und der Reaktion auf diese darstellt. Angst tritt situativ und begründet auf (Furcht), kann aber auch diffus und ohne reale Gefahr auftreten (Bspw. Erwartungsangst).

1.3.2 Angsterleben

Angst zeigt sich selten als isoliertes Symptom, sondern kann als mehrdimensionales Erleben verstanden werden. Angst kann sich emotional (z.B. Anspannung), kognitiv (z.B. Befürchtungen), somatisch (z.B. Herzrasen) und behavioral (z.B. Vermeidungsverhalten), und oft in Kombinationen davon, darstellen. In der Beratung ist vor allem relevant, wie Klienten dieses Angsterleben bewerten und damit umgehen.

² vgl. Plag et al., 2025

1.3.3 Angststörung

Wenn Angst über das normale Angsterleben hinausgeht, gilt es zu prüfen, ob ein „krankheitswert“ gegeben ist und von einer Angststörung gesprochen werden kann. Laut „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD 10/11) ist dies bei einer Angstreaktion gegeben, wenn

- ihr keine objektivierbare Bedrohung gegenübersteht, oder
- die in ihrem Ausmaß über das Maß der Bedrohung hinausgeht, das von dem Auslöser ausgeht und
- die zu einer psychosozialen Belastung und/oder Beeinträchtigung führt.

„Insbesondere die ICD-11 verzichtet bei den Angststörungen weitestgehend auf Kriterien für den Schweregrad. Stattdessen wird dem symptomassoziierten Leidensdruck sowie den Einschränkungen der Betroffenen ein großer Stellenwert in der Störungsdefinition beigemessen. Dies passt zur aktuellen Auffassung, dass psychische Erkrankungen regelmäßig zu einer signifikanten „Störung“ der sozialen Teilhabe führen und hieraus ein großer Teil der symptomassoziierten Belastung resultiert.“³

Darüber hinaus ist die Dauer der empfundenen Angst ein Kriterium der meisten Angststörungen (Generalisierte Angststörung, Spezifische Phobie, Soziale Angststörung, Trennungsangststörung (4 Wochen bei Kindern) = min. 6 Monate)⁴

„Die Störung allein nach ICD definiert noch nicht hinreichend einen individuellen Hilfebedarf. Dieser wird durch die noch vorhandenen Fähigkeiten, Ressourcen und Kontextfaktoren sowie durch die individuelle Biografie bestimmt.“⁵

³ Plag, et al. 2025, 1.2.1 Störungsdefinition

⁴ Vgl ICD 11

⁵ Kruse, et al., 2024, 2.2

1.4 Abgrenzung zwischen Beratung – Psychotherapie – Medizin

1.4.1 Psychosoziale Berater

dürfen in Österreich folgenden Tätigkeiten nachgehen:⁶

Beratung, Coaching, Counselling und Betreuung von Personen oder Institutionen, insbesondere in den Gebieten

- Persönlichkeitsentwicklung
- Selbstfindung
- Problemlösung
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- sowie psychologische Beratung (mit Ausnahme der Psychotherapie)

Diese Tätigkeiten schließen auch ausdrücklich den „Umgang mit Ängsten“ mit ein. Hier gilt es aber jedenfalls zu differenzieren ob diese Ängste bereits „Störungswert“ haben. Ängste mit Störungswert (Angststörungen) obliegen der Behandlung durch Psychotherapeuten und Ärzten.

1.4.2 Psychotherapie

Die Psychotherapie ist ein eigenständiges Heilverfahren und beschäftigt sich mit der Diagnostik und Behandlung psychischer (psychosozial, psychosomatisch) Leidenszustände und Störungen mit krankheitswert. Angststörungen (s. 1.3) fallen in das Gebiet der Psychotherapie. Der Psychosoziale Berater hat bei Feststellen einer Angststörung (oder dem Verdacht darauf) die Begleitung des Klienten (in Bezug auf die Angst) einzustellen und an Therapeuten oder Mediziner zu verweisen.

1.4.3 Psychiatrie

Die Psychiatrie ist im Gegensatz zur Psychotherapie ein medizinischer Fachbereich. Psychiater sind also Fachärzte, die, anders als die anderen psychologischen oder psychosozialen Berufe auch Medikamente (Pharmakologie) verschreiben und körperliche Untersuchen durchführen dürfen.

⁶ Tätigkeitskatalog des Gewerbes der Lebens- und Sozialberatung (§ 119 GewO 1994)

1.5 Leitfrage und Praxisfrage

1.5.1 Hauptleitfrage

Wie lässt sich Angsterleben als Ausdruck existenzieller Spannung im Sinne der Logotherapie und Existenzanalyse verstehen?

1.5.2 Praxisfrage

Wie kann ein bio-psycho-sozial-noetisches Verständnis von Angsterleben dazu beitragen, (psychosomatisch) erlebte Angst in der logotherapeutischen und existenzanalytischen Beratung einzuordnen und zu begleiten?

1.6 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in drei Teile gegliedert und diese wiederum in vier Dimensionen betrachtet. Teil 1 beschäftigt sich mit dem Grundverständnis von Angst und ihrer psychosomatischen Ausdrucksformen. Teil 2 versucht eine logotherapeutische und existenzanalytische Betrachtung der Angst vorzunehmen. Teil 3 widmet sich der Einordnung und Integration der Erkenntnisse in die psychosoziale Beratungspraxis. Um ein umfangreiches Verständnis für das menschliche Angsterleben zu gewinnen, wird es in vier Dimensionen betrachtet: 1. biologisch, 2. psychisch, 3. sozial und 4. noetisch.

TEIL I

Angst und Psychosomatik

2. Psychosomatik als Zugangsweise zum Angsterleben

2.1 Grundannahmen psychosomatischen Denkens

2.1.1 Das bio-psycho-soziale Modell

Das auch heute noch überwiegende Denkmodell der Medizin baut auf ein biomedizinisches Verständnis auf, in dem die Entstehung und der Verlauf von Krankheiten als chemisch-mechanische Prozesse betrachtet werden – der Mensch als eine Art komplexe Maschine (vgl. Kruse, et al., 2025). Diese Betrachtung klammert wesentliche Einflussfaktoren aus, die in der Psychosomatik aufgenommen werden. Das Basiskonzept der Psychosomatik ist **das bio-psycho-soziale Modell** (George Engel) und dessen Weiterentwicklungen (z.B. T. Von Uexküll). In diesem Modell wird der Mensch mit seinen Krankheiten nicht mehr nur als biologisch-physisches Objekt pathologisiert, sondern als biologisch-physisches Wesen unter Einbezug von

- biologischen Faktoren,
- psychosoziale Faktoren
- biografische Entwicklungsfaktoren
- menschliche Beziehungen (einschl. Arzt-Patienten-Beziehung)
- soziokulturelle Faktoren,
- Subjektivität der Patientin/der Ärztin,
- und ihre jeweiligen Wechselwirkungen,⁷

verstanden und behandelt.

Unter dieser Betrachtung ist die subjektive „Wirklichkeit“ eines Klienten/Patienten nicht mehr nur eine biologisch deterministische, sondern eine situativ wahrgenommene „Wirklichkeit“, die sich durch biografisch erworbene Muster und die akute psychische und somatische Verfassung konstruiert. Auf diese situative „Wirklichkeit“ reagiert der Mensch mit seinem psychophysiologischen Muster bzw. Strategien (vgl. Von Uexküll, et al., 2010).

Das bedeutet nicht, dass psychosomatische Symptome eingebildet sind, denn die somatischen Symptome werden sehr wohl als real erlebt und sind oft auch messbar

⁷ Kruse, et al., 2024, S. 25-27

(endokrin [z.B. Adrenalinausschüttung], immunologisch [z.B. Anstieg Entzündungsmarker], autonom [z.B. Herzrasen], ...).

Dr. Gabor Máté liefert in seinem Buch „Vom Mythos des Normalen“⁸ ein gut verständliches Beispiel: „*Alles ist als eines zu begreifen: Emotionen wirken auf Nerven ein und umgekehrt. Nerven beeinflussen Hormone. Hormone wiederum reagieren auf das Immunsystem. Dieses wirkt auf das Gehirn ein, das Gehirn auf den Darm, der Darm auf das Gehirn – und all diese Faktoren beeinflussen das Herz, wie auch umgekehrt. Im Gegenzug beeinflusst unser Körper unser Gehirn und unsere Psyche – und zwangsläufig auch das Gehirn, die Psyche und den Körper anderer Menschen.*“

2.1.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell⁹

Das zweite Basis-Modell der Psychosomatischen Medizin ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell¹⁰. Ein Modell, das versucht, psychische Störungen bio-psycho-sozial zu erklären. Ihm zu Grunde liegt die Annahme, dass psychischen Störungen Vulnerabilität (in diesem Kontext oft auch Diathese [Neigung zu bestimmter Krankheit oder Symptom] und Stress (Antwort auf Stressoren) vorausgehen.

Vulnerabilität (Diathese, Disposition)

Das Modell geht davon aus, dass Menschen eine weniger oder mehr ausgeprägte Disposition (Anfälligkeit) für psychische Erkrankungen haben. Diese können vererbt (genetisch determiniert, geschlechterspezifisch, demographisch, ...) oder angelernt (negative Bindungserfahrungen, traumatische Erfahrungen, neurobiologische Besonderheiten, ...) sein.

Stress

Stress ist zunächst als evolutionäre physiologische Funktion des Körpers zu verstehen, um auf belastende Anforderungen zu reagieren. Eine Stressreaktion kann akut ausgelöst werden, zum Beispiel durch plötzliche Belastungen, Unfälle, Termindruck,

⁸ Maté G, 2023, S. 78

⁹ Vgl. Plag, et al., 2025, S. 28-30

¹⁰ Vgl. Mineka und Oehlberg 2008; Wittchen et al. 2020

hoher körperlicher Beanspruchung. Stress kann auch langfristig wirkend sein, zum Beispiel durch Mobbing, Krankheiten, Fehlen von Grundbedürfnissen, und Ähnlichem. Der Körper aktiviert als Reaktion auf die Belastung/Herausforderung die notwendigen Ressourcen, um diese zu bewältigen. Klingt die Belastung ab, versucht der Körper durch Anpassungsprozesse (Allostase) wieder physiologische Balance herzustellen, um wieder in den „Normalzustand“ zu gelangen (Homöostase).

Dies ist notwendig, weil unter Stressreaktion akut nicht gebrauchte Körperfunktionen reduziert werden (darunter Immunreaktionen, metabolische Mechanismen; bei länger anhaltender Stressbelastung können darüber hinaus Veränderung der Genaktivität und funktionelle Veränderungen neuronaler Netzwerke auftreten).

Weiters ist zu erwähnen, dass nicht ausschließlich die Dauer und Intensität der Belastung oder Herausforderung ausschlaggebend, sondern auch die subjektive Bewertung und Erwartungshaltung dieser, die Stressreaktion beeinflusst (antizierte Stressreaktion). So zeigt sich, dass die bloße Erwartung eines herausfordernden Ereignisses oder Zustandes den Blutdruck, die Schweißproduktion, Herzfrequenz, Blutzucker, etc. verändern kann. „*Mit Abklingen der antizipierten Belastung nimmt der Stress ab und die körperlichen Reaktionen normalisieren sich.*“ (Kruse et al. 2024, S.29)

2.2 Angst als verkörperter Regulationszustand

2.2.1 Angst als spezifischer Stressauslöser bei Bedrohungen

Unter Bedrohung (diese muss nicht objektiv gelten, sondern kann eine subjektive Wahrnehmung sein) stellt der Körper die nötige Energie zur Verfügung, die gebraucht wird, um 1) von der Bedrohung zu flüchten, 2) gegen die Bedrohung zu kämpfen. In der Literatur finden sich auch die „Erstarrung“, „Schutzverhalten“ und „Bindungsverhalten“ als Reaktion auf Bedrohungen. (vgl. Kruse, et al., 2025, S. 28)

Die Bewertung von Stressoren auf ihr Gefahrenpotenzial geschieht hauptsächlich in der Amygdala: Im Fall einer Bedrohung aktiviert die Amygdala über den Hypothalamus das autonome sympathische Nervensystem sowie die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (vgl. Plag et al., 2024). Ist die Gefahr vorbei, reguliert sich der Körper wieder (Allostase) in den normalen Zustand (Homöostase).

2.2.2 Fehlende Regulationsfähigkeit

Ist die Belastung auf den Körper durch die Stressreaktion zu hoch (weil zu intensiv oder langanhaltend) greifen die regulatorischen Programme des Körpers nicht mehr, bzw. können diese keine Homöostase mehr herstellen. Die körperlichen Folgen der Stressreaktion bleiben aufrechterhalten. Eine Erstmanifestation dieser Symptomatik wird durch Konditionierungsprozesse aufrechterhalten (vgl. Plag et al., 2024, 1.2.2 S. 51). Die Dysregulation bietet eine gute Grundlage für psychische Störungen (darunter auch Angststörungen). Die Stressreaktion (kurzzeitig: Ausschüttung von Noradrenalin, Adrenalin; längerfristig: Cortisol; Erhöhung des Blutdrucks, Veränderung der Blutzuckerregulation, etc.) die normalerweise nach akuter Bedrohung reguliert wird, manifestiert sich, es kommt zu einer Verschiebung des körperlichen „Sollwerts“.

2.2.3 Angst-Körper-Teufelskreis¹¹

Große Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der Angst und somit der Stressreaktion, hat ein sich selbst verstärkender Kreislauf zwischen Angst und körperlichen Reaktionen. Angst löst körperliche Veränderungen aus, die kognitiv bewertet und als bedrohlich interpretiert, was wiederum die Angst verstärkt, und Körperreaktionen auslösen kann. Dieser Prozess wird häufig durch Erwartungsangst, bei der eine subjektiv empfundene Bedrohung, zum Beispiel ein körperliches Symptom, antizipiert wird, am Leben erhalten. Die betroffene Person wird immer wachsamer gegenüber körperlichen Veränderungen (Herzfrequenz, Atmung, Anspannung, ...) und verstärkt somit die Symptome, durch die erhöhte Selbstbeobachtung und damit einhergehende Anspannung, selbst. Die Verstärkung der Symptome wird als Bestätigung der ursprünglichen Angst verstanden. Dieser Prozess steht in enger psychisch-somatischer Wechselwirkung und trägt einen wesentlichen Teil zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung von Angst bei.

¹¹ Vgl.: Frankl, Ärztliche Seelsorge; Kruse et al., Leitfaden Psychosomatischer Medizin; Plag et al., Praxishandbuch Angststörungen

2.3 Liminale Schwelle des Angsterlebens und Bedeutung für die Psychosoziale Beratung

Wenn es ein klinisches Regulativ für eine Angststörung gibt, muss es auch einen Zustand zwischen „normaler Angsterfahrung“ und „krankheitswertiger, gestörter Angst“ geben. Diesen Übergangsbereich könnte man Liminales Angsterleben nennen, wird in der Literatur aber häufig als „subsyndrome Angst“, „subklinische Angst“ oder „subthreshold anxiety“ bezeichnet. In diesem Zustand ist Angst bereits mit einem Leidensdruck verbunden, erfüllt jedoch nicht die diagnostischen Kriterien einer Angststörung (ICD-10/11). Die Angstsymptomatik tritt episodisch auf und ist instabil. Die betroffene Person erlebt Phasen erhöhter Anspannung (autonome Aktivierung / Sympathikus-Aktivierung) die sich mit Phasen von relativer Entspannung (Parasympathikus-Aktivierung) abwechseln. Die Regulationsfähigkeit des Körpers ist irritiert, aber noch nicht chronisch dereguliert. Das liminale Angsterleben ist ein Risikofaktor für die Weiterentwicklung einer diagnostizierbaren Angststörung (vgl. Q. Zhong et al., 2024).

Im liminalen Angstzustand treten Sorgen und Gefahrenbewertung bereits verstärkt auf, sind aber noch nicht zu starren Überzeugungen manifestiert. Die betroffene Person hat noch guten Zugang zu ihrer Reflexionsfähigkeit, kann die eigene Gedanken im Bezug zur Angst relativieren und diese in Kontext setzen. Der liminale Angstzustand unterscheidet sich so deutlich zu normal empfundener Angst, die sich rasch regulieren lässt und auch von Angststörungen bei denen die Aufmerksamkeit und das Verhalten ausgeprägt angstzentriert sind (vgl. Clark & Beck, 2010).

Insgesamt lässt sich der liminale Zustand der Angst als hoch vulnerabler, zugleich aber plastischer Übergangsraum beschreiben, in dem sich entscheidet, ob Angst integriert oder chronifiziert wird (vgl. N. Kanuri et al., 2015). Gerade weil Selbststeuerung, Bedeutungsbildung und soziale Einbettung noch zugänglich sind, ist dieser Bereich prädestiniert für psychosoziale Beratung, die noch **vor diagnostischer Verfestigung** ansetzt und präventiv wirksam werden kann (vgl. Osuch E et al., 2024). Wenn das Angsterleben jedoch länger anhält, sich verschlechtert oder größeren Einfluss auf die Lebensgestaltung einnimmt, ist jedenfalls an medizinisches oder therapeutisches Fachpersonen zu verweisen.

3. Typische psychosomatische Ausdrucksformen von Angst

Im beraterischen Alltag ist die Begegnung mit der Komplexität und Vielschichtigkeit von menschlichem Angsterleben unausweichlich. Dieses Kapitel soll einen Überblick über die häufigsten psychosomatischen Ausdrucksformen von Angst bieten. Die Aufgabe des Beraters ist nicht die Diagnose oder Behandlung dieser Angst, kann jedoch psychoedukativ unterstützen und bei der Einordnung helfen.

Wichtiger Hinweis: Auch wenn alle genannten Körperreaktionen und Symptome auch psychosomatischer Natur sein können, ist eine medizinische Abklärung jedenfalls Grundvoraussetzung, um strukturelle und systemische Erkrankungen oder Störungen auszuschließen. Ist ein krankheitswertiger Zustand induziert, kann die Beratung nur unterstützend wirken, die Behandlung und Therapie obliegt der Psychotherapie oder Medizin.

3.1 Angst und sein psychosomatischer Ausdruck

Angst wird oft mit dem Denken oder Fühlen assoziiert, zu einem erheblichen Teil findet Angst jedoch in somatischer Form statt: Sie er- und überregt das Nervensystem, hat Einfluss auf Atmung, Herzrhythmus, Schweißproduktion, Muskelspannung, wirkt auf das Entzündungsverhalten ein, beeinflusst Magen und Darm und kann unsere Wahrnehmung verändern. Dieser Einfluss der Psyche auf die Somatik manifestiert sich in vielen verschiedenen symptomatischen Ausdrucksformen. Unter anderem:

- Kardiologische und Pulmonale Symptome (Herz, Lunge)
- Orientierungs- und Hörbezogene Symptome
- Gastrointestinale Symptome (Magen, Darm)
- Schlaf- und Erschöpfungssymptome
- Schmerzen und Symptome chronischer Spannung
- Paniksymptome

3.1.1 Kardiologische und Pulmonale Symptome

Angst aktiviert die Alarmbereitschaft im Körper, um schnell und effektiv auf Gefahrensituationen reagieren zu können. Das Herz schlägt schneller, die Atmung wird beschleunigt und oberflächlicher, der Blutdruck steigt. Wenn diese normalen Stressreaktionen falsch bewertet werden und selbst als organische Gefahr interpretiert werden, verstärken sich die Angst und die Körperreaktionen häufig gegenseitig. Durch die gesteigerte Selbstbeobachtung (s. 2.2.3) können spezifische körperliche Reaktionen als besonders gefährlich bewertet werden.

Herz-Neurose / Herzphobie

Als eine besonders bedrohlich empfundene Angst kann sich die so genannte Herzphobie festigen. Eigentlich normale und harmlose Funktionen und Schwankungen des Herzens werden als akute Bedrohung wahrgenommen. Betroffene überwachen (intern aber auch mit externen Hilfsmitteln) ständig zum Beispiel Puls, Herzrhythmus, Empfindungen im Brustbereich, Gefühlswahrnehmungen im linken Arm. Klinisch wird diese Zusitzung in Verbindung mit Panik beschrieben, „vor allem die Variante ‚Herzphobie‘ mit Angst vor Herztod“. (Plag, et al., 2024, S. 559)

Anmerkung zu eigenen Erfahrungen: Ich selbst hatte eine stark ausgeprägte Herzphobie, die über 10 Jahre lang anhielt. Durch diese Phobie wurde jegliche Anstrengung, selbst einfaches Treppensteigen, zu psychischen Belastung. Trotz mehrfacher kardiologischer Untersuchung und Entwarnung der Ärzte, blieb die Neurose hartnäckig. Durch die Angst entwickelte ich Arrhythmien wie Extrasystolen und anfallsartiger Tachykardie, welche durch die Ärzte ebenfalls als ungefährlich eingestuft wurden. Dennoch lösten die Rhythmusstörungen häufig starke Panikattacken, weil die Angst jederzeit am Herztod sterben zu können allgegenwärtig war.

Brustenge / Atemnot

Zu den klassischen Angstsymptomen gehören auch das Gefühl keine oder zu wenig Luft zu bekommen und Druckgefühle bzw. Enge im Brustraum. Die Literatur beschreibt ein „*Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot*“ sowie „*Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust*“ (Plag et al., 2024, S. 100). Die Ursachen dieser Gefühle, wenn ärztlich ohne Befund abgeklärt, können neben Muskelverspannungen auch eine flache oder „falsche“ Atmung sein. Diese missinterpretierten Gefühle können schnell in Panik „Ich bekomme keine Luft mehr“ kippen, was die Symptome verstärken kann und somit auch die Angst weiter antreibt.

3.1.2 Orientierungs- und Hörbezogene Symptome

Angst kann die Lage- und Realitätswahrnehmung verschieben: Schwindel, Benommenheit, Wattegefühl, „neben sich stehen“, Derealisierung. Das wirkt existenziell bedrohlich, weil Orientierung und Sicherheit im eigenen Erleben wackeln.

Schwindel

Zu den typischsten somatischen Angstsymptomen gehört Schwindel. Insbesondere bei einer Panikstörung, Agoraphobie und generalisierter Angststörung gehört Schwindel zu den Diagnosekriterien (ICD-11). Obwohl viele Schwindelpatienten einige medizinische Untersuchungen unterlaufen, ist eine Diagnose oft nicht möglich. Physiologisch gibt es einige Erklärungen, warum Angst und Schwindel zusammenhängen können. So teilen sich die Gleichgewichtsregulation und die Angstregulierung teilweise die gleichen Hirnareale (vgl. Aigner M., 2011). Auch der Angst-Teufelskreis scheint bei Schwindel größere Bedeutung zu haben, so kann der Schwindel erstmalig zwar durch eine physiologische Störung oder eine gestörte Sinneswahrnehmung beeinflusst gewesen sein, aber erst die Angst davor hat diesen Schwindel chronifiziert (vgl. Dietrich M. et al., 2004).

Anmerkung zu eigenen Erfahrungen: Auch bei Schwindel kann ich aus einer fünfzehnjährigen Episode berichten, bei der ich ca. 10 Jahre durchgehend Schwindelgefühle erlebt habe und 5 Jahre episodisch. Kardiologisch, neurologisch und HNO-ärztlich abgeklärt und ohne Befund allein gelassen, entwickelte sich ein hoher Leidensdruck, weil niemand weiterwusste. Durch eigene psychoedukative Maßnahmen und jahrelanger Auseinandersetzung mit der Angst, wurden die Symptome weniger, bis sie größtenteils verschwanden.

Tinnitus

Tinnitus ist eine Hörempfindung ohne entsprechende Schallreize aus der äußeren Umgebung. Er kann als Pfeifen, Rauschen, Zischen oder Summen empfunden werden (vgl. Kruse et al., 2025, S. 450-452). Aktuelle Forschung legt nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen (auch angstinduziertem) Stress und Tinnitus, bzw. empfundener Tinnitus Lautstärke und Belastung gibt. Speziell die grundsätzliche Angstbereitschaft (Trait-Anxiety) ist ein wesentlicher Faktor bei belastend empfundenem Tinnitus (vgl. Gasparre D. et al., 2024). Diese Erkenntnis wird auch durch erhöhte Stressmarker bei Tinnitus Patienten, die durch Haaranalyse festgestellt wurden, gestützt (vgl. Basso

L. et al., 2022). Um eine Kausalität zwischen Angst und Tinnitus herzustellen braucht es allerdings noch weitreichendere Forschung dazu.

Anmerkung zu eigenen Erfahrungen: Seit 18 Jahren begleitet mich ein chronischer Tinnitus mit 5 verstärkenden Episoden. Obwohl die gängige schulmedizinische Behandlung unternommen wurde, verschlechterte sich der Tinnitus über die Jahre immer wieder. Die ersten Jahre war der Leidensdruck so hoch, dass ich stark überempfindlich gegenüber Umgebungsgeräuschen wurde und der Gedanke „Ich werde nie wieder Stille erleben können“ mich regelmäßig verzweifeln ließ. Heute ist der Tinnitus noch in gleicher Intensität vorhanden, aber so gut wie nie störend. Von ihm geht keine Einschränkung mehr aus. Der Tinnitus wurde für mich zum Indikator für eine hohe Stressbelastung und ein Signal, dass Entspannung notwendig ist.

3.1.3 Gastrointestinale Symptome

Die bidirektionale Verbindung zwischen Hirn und Darm wurde empirisch häufig belegt und in der Literatur beschrieben. Gerade Angst und Stress scheinen bedeutsamen Einfluss auf die Funktion von Magen und Darm zu haben (z.B.: Moloney RD, et al., 2016; Doenyas, C, et al., 2025; Morys J, et al., 2024).

Reizdarm-Syndrom

Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist gekennzeichnet durch Bauchschmerzen in Verbindung mit Stuhlveränderungen (Durchfall, Obstipation oder beides im Wechsel) (vgl. Kruse et al., 2025, S. 365-367). RDS hat eine klare Definition (K58.- im ICD-10 bzw. Rom-IV):

- wiederholte Bauchschmerzen assoziiert mit mindestens zwei der folgenden Kriterien:
- Zusammenhang mit der Stuhlentleerung
- Änderung der Stuhlfrequenz
- Änderung der Stuhlkonsistenz
- Beginn der Beschwerden vor mehr als 6 Monaten
- Beschwerden an mindestens einem Tag pro Woche im letzten Monat

Die psychische Belastung kommt häufig nicht von den Symptomen selbst, sondern vom Kontrollverlust, der damit einhergeht. Betroffene entwickeln eine Erwartungsangst („Was, wenn ich plötzlich muss?“) die starken Auswirkungen auf das Sozialleben haben können und die Belastung dadurch verstärken. Zwischen RDS und Angststörungen gibt es eine hohe Komorbidität, die gerade bei Generalisierten Angststörungen, Panikstörungen und PTSD stark ausgeprägt ist (vgl. Fadgyas-Stanculete, M et al., 2014).

Anmerkung zu eigenen Erfahrungen: Meine Erfahrung mit RDS und den damit verbundenen psychischen Belastungen mit starker Auswirkung auf mein Sozialleben, begannen bereits in meiner Kindheit und erlebten ihren Höhepunkt zwischen 2014-2022. Die bloße Vorstellung von Diarrhöe löste sie aus. In dieser Zeit war das Bewegen in öffentlichem Raum nur mit detaillierter Planung möglich, da immer eine Toilette auffindbar sein musste. Die Koppelung an Scham führte zu Vermeidungsstrategien und starken Eingriffen in soziale Interaktionen. Erst der stufenweise Aufbau des Darmes (vor allem die Behandlung von „leaky-gut“) und der stetigen Auseinandersetzung mit meiner Angst, gaben mir das Vertrauen in meinen Körper zurück.

Entzündliche Prozesse im Magen/Darm

Es besteht eine relevante Korrelation zwischen psychischen Störungen und Chronisch-entzündlichen-Darmerkrankungen (CED) (Bisgaard T, et al., 2023). Angst ist dabei nicht nur eine häufige Folge von CED, sondern kann auch das Risiko an einer CED zu erkranken erhöhen (Fadgyas-Stanculete, M et al., 2014). Es gibt Hinweise darauf, dass Stress eine CED verschlimmern und Schübe auslösen können (Black J, et al., 2022). Doch Stress hat nicht ausschließlich Einfluss auf chronisch-entzündliche-Darmerkrankungen, sondern wirkt sich auch negativ auf Epithelbeschaffenheit, das Mikrobiom und die Mukosa (Darmschleimhaut) aus, was Entzündungen begünstigen kann (Ilchmann-Dioumou H, et al., 2020)

Anmerkung zu eigenen Erfahrungen: In den späten Phasen meines Reizdarm-Syndroms kam es vermehrt zu starken Darmentzündungen im Dickdarm, welche extreme Schmerzen auslösten und jedes Mal mit bildgebenden Maßnahmen (Ultraschall, CT) abgeklärt werden mussten und eine Perforation der Darmwand auszuschließen.

3.1.4 Schlaf- und Erschöpfungssymptome

Angst setzt den Körper in Alarmbereitschaft, klingt diese nicht ab, wird das System in eine Art Dauerspannung versetzt. Es gelingt dem Körper immer schlechter sich zu erholen, das Resultat sind Müdigkeit und Erschöpfungszustände.

Schlafstörungen und Fatigue¹²

Ein durch Überaktivierung überreiztes Nervensystem, dass sich selbst nicht mehr regulieren kann, kommt nur noch selten ausreichend zur Ruhe. Gerade bei Angststörungen sind Schlafstörungen eine häufige Erscheinung. Wenn parasympathische Prozesse dominieren sollten (Entspannung), herrschen bei regulationsgestörtem Stress die sympathisch gesteuerten Prozesse (Aktivierung). Dazu kommt, dass die Erwartungsangst „Ich werde nie wieder richtig schlafen können“ diese Aktivierung weiter unterstützt und die Schlafqualität leiden kann.

3.1.5 Schmerzen und Symptome chronischer Spannung

Angst (Stress) wirkt sich auf Schmerz, vor allem das Schmerzempfinden auf verschiedene Arten negativ aus. So kann Angst und auch die Erwartung von Angst, Schmerzen verursachen und verstärken (Jamie L Rhudy, et al., 2000). Bei klinisch relevanten Angststörungen kann die Scherzempfindlichkeit steigen, vermutlich nicht aber bei Furcht oder subklinischer Angst (Metzger S, et al., 2019). Angst, darunter am stärksten Vermeidungsangst, kann die Hirnstruktur in Arealen, die auch für die Schmerzmodulation verwendet werden, verändern und so auch die Schmerzempfindung modifizieren (Quidé Y, et al., 2025). Diese Spannungen können verschiedenste Symptome auslösen oder begünstigen, darunter: Spannungskopfschmerzen, sowie chronische Nacken- und Rückenschmerzen (Cathcart S, et al., 2010). Gerade bei Nackenschmerzen gibt es empirische Hinweise darauf, dass Angst und Depressionen starke Auswirkungen auf Häufigkeit und Intensität haben (Blozik E, et al., 2009).

Anmerkung zu eigenen Erfahrungen: Chronische Nackenverspannungen und damit verbundene Schmerzen begleiten mich seit der Jugend. Es gab Jahre, in denen ich nicht mehr wusste, wie sich ein Körper anfühlt, der nicht schmerzt. Physiotherapie,

¹² Vgl. Kruse, et al., 2025

Osteopathie, Heilmassagen, Schröpfen, Akupunktur, Yoga und manuelles Dehnen verbesserten die Symptome nur kurzzeitig. Erst die Reduktion der Angst und der damit verbundenen Entspannung löste die Nackenschmerzen weitgehend auf.

3.1.6 Paniksymptome¹³

Panikattacken beginnen meist abrupt und klingen nach wenigen Minuten wieder ab, ohne dass eine spezifische Situation diese ausgelöst hat. In dieser kurzen Zeit erleben Betroffene aber eine Phase von intensiver Angst, die häufig von verschiedenen Symptomen begleitet werden. Darunter Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Schwindel, Atemnot, die Angst verrückt zu werden oder auch Todesangst (ICD-10 F41.0). Medizinisch sind Panikattacken in der Regel nicht gefährlich, lösen aber in den betroffenen dennoch ein extremes Gefühl der Bedrohung aus.

„Von einer Panikstörung spricht man, wenn anhaltende Sorgen über weitere Attacken oder deren Folgen und Verhaltensänderungen in Bezug auf die Attacke, insbesondere Vermeidung, eintreten.“ (Kruse, et al., 2025, S. 239)

Anmerkung zu eigenen Erfahrungen: Meine Panikstörung begann mit plötzlicher Tachykardie, meine Fehlinterpretation und der daraus entstandenen Todesangst. Ich erlebte zwar seltene (durchschnittlich ca. 3-4 im Jahr) Panikattacken aber jedes Mal in absoluter Überzeugung jetzt sterben zu müssen. In der Hochphase hatte ich ca. 5 Panikattacken in der Woche. Seit gut 2 Jahren bin ich frei von Panikattacken.

¹³ Vgl. Kurse, et al. 2025, S. 239-241

TEIL II

Logotherapie und Existenzanalyse

Angst als Ausdruck existenzieller Spannung

4. Existenzielle Spannung und Noodynamik

Begriffserklärung: In der Logotherapie wird häufig vom „Nous“, abgeleitet vom griechischen Wort „Geist“, gesprochen. Dieses Wort findet sich in diversen Abwandlungen wie noetisch, noo, noetik. Sie beziehen sich meist auf die von Viktor E. Frankl definierte Noetische Dimension = Geistige Dimension.

4.1 Spannung zwischen Sein und Sollen

Was in dieser Arbeit **Existenzielle Spannung** bezeichnet wird, bezeichnet Viktor E. Frankl als „*Spannung zwischen Existenz und Essenz, zwischen Sein und Sinn*“ (Frankl V, 2017, S. 156). Diese Spannung ist fest verankert im logotherapeutischen Menschenbild und wesentlicher Gegenstand logotherapeutischer Behandlung und Beratung. Dieses Spannungsfeld zwischen zwei Polen, dem Sein, also der gegenwärtigen Lebenssituation und dem Sein-Sollen, demnach eine veränderte/verbesserte Situation, nennt Frankl **Noodynamik**. Die menschliche Ausrichtung nach dem „Sein-Sollen“, kann als das zum **Sinn** „ausgerichtet- und hingeordnetsein“ sein, verstanden werden. Das „Sein-Sollen“ ist also kein, durch äußeres Drücken, sondern ein durch innerliches Ziehen, hin zu etwas Sinnvollem, gemeintes „Sollen“. „*Wenn man so will, kann man das Sein als wahrgenommene reale und das Sollen als intuitiv vorweggenommen ideale Gegebenheit deklarieren*“ (Lukas E, 2023, S.45). Damit die Leitfrage dieser Arbeit ausreichend beleuchtet werden kann, lohnt es sich die Konzepte und später auch die Methoden der Logotherapie und Existenzanalyse genauer zu betrachten.

„**(...) der Sinn muß jeweils dem Sein voraus sein – nur dann nämlich kann der Sinn das sein, was sein eigener Sinn ist: Schrittmacher des Seins zu sein!**“ (Frankl V, 2017, S. 157).

4.1.1 Die existenzielle Frustration und das existenzielle Vakuum

Frankl beschreibt, dass die fehlende Sinnorientierung, ein Gefühl der Sinnlosigkeit, also dann, wenn das Sinnvolle verborgen, verdeckt, nicht auffindbar ist, ein **existenzielles Vakuum** darstellt (vgl. Frankl V, 2005/2017, S. 29/30), welches wiederum eine **existenzielle Frustration** auslöst, die in eine **noogene Neurose** münden kann. Die noogene Neurose beschreibt eine Störung, die anders als die psychische Neurose

nicht durch die Psyche selbst, sondern durch den Geist (noetische Dimension), hervorgerufen wird.

4.1.2 Dimensional Ontologie in der Logotherapie und Existenzanalyse

Das „spezifisch Humane“, wie Frankl sagt, ist was uns vom Tier unterscheidet und zum Menschen macht. Eine reduktionistische Sicht auf den Menschen mag erklären, dass sich Menschsein in eine biologische und eine psychische Dimension (=Psychophysikum) unterteilen lässt. Doch die Logotherapie ist eine non-reduktionistische Sicht auf den Menschen, denn sie sagt ihr eine weitere Dimension zu: Die noetische Dimension, also die Dimension des Geistes. Diese Dimension ist zwar mit dem biologischen Teil und dem psychischen Teil des Menschen verbunden, erhebt sich aber über sie und bildet so einen eigenständigen Teil des Menschseins. Die Erhebung der geistigen Dimension über die anderen Dimensionen, ist aber nicht als Rangordnung zu verstehen, sondern als eine höhere Dimension, weil sie die niedrigen Schichten in sich einschließt (vgl. Frankl V, 2017, S. 78). Die Geistige Dimension kann, im Gegensatz zum Psychophysikum, nicht erkranken.

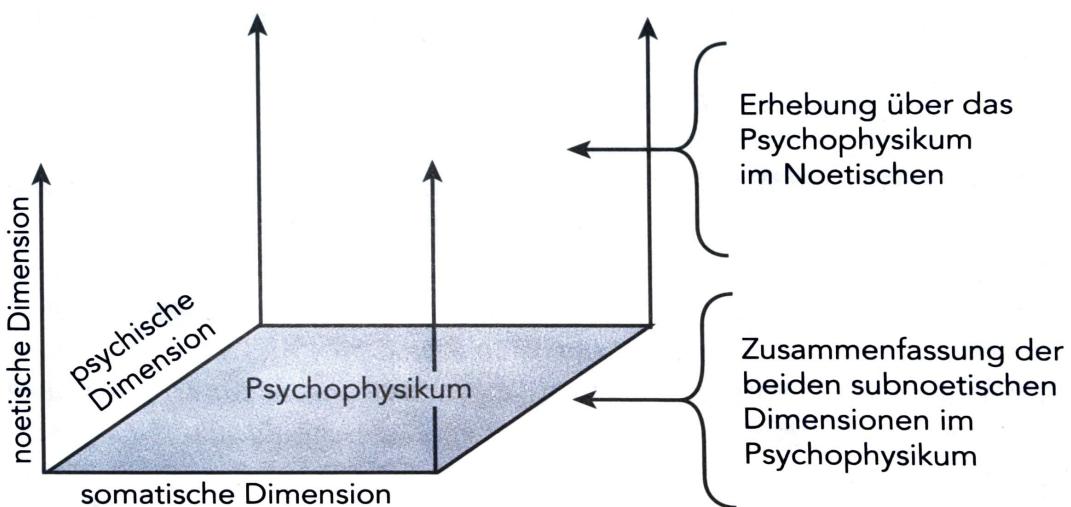


Abbildung 1: Lukas E, 2023, S. 23

4.1.3 Die drei Säulen der Logotherapie und Existenzanalyse

Betrachtet man die Logotherapie in seinem Fundament, begegnet man zwingend den drei Säulen, auf die, die Logotherapie aufgebaut ist. Das philosophische Grundverständnis der Logotherapie besagt, dass Leben unbedingt sinnvoll ist. Die anthropologische Sicht schreibt dem Menschen gleichzeitig einen freien Willen zu, auch die Freiheit, sich nach einem Sinn auszurichten oder nicht. Die Heilkunst der Logotherapie richtet ihren Blick auf den, in allen Menschen angelegten, Willen ein sinnvolles Leben zu führen. Man könnte sagen, die Logotherapie und Existenzanalyse sieht den Menschen als ein Wesen, das per se Sinn erfahren kann, schon nur, weil es lebt und in ihm angelegt ist, nach Sinn zu streben, ihm aber die Freiheit innewohnt, sich nach dem Sinnvollen ausrichten zu wollen oder auch nicht.¹⁴

Freiheit des Willens

Die Logotherapie und Existenzanalyse ist eine **non-deterministische Psychologie**. Sie geht davon aus, dass der Mensch in seiner Bezugnahme und Handlung zum Leben frei ist, dazu verantwortlich Stellung zu beziehen (außer, wenn durch Unreife, Krankheit oder Senilität beeinträchtigt) (vgl. Lukas E, 2023, S. 17). Diese Freiheit entspringt der Geistigen Dimension des Menschen, die ihn nicht mehr nur zu einem abreagierenden und reagierenden, sondern zu einem agierenden und somit bewusst gestaltenden Wesen macht. (vgl. Batthyány A, 2006, S. 298)

Uwe Böschemeyer bringt diese Freiheit schön zum Ausdruck: „*Menschsein bedeutet, sich verändern zu können - bis zum Tod, vorausgesetzt, ein Mensch erkennt und erfährt die Kostbarkeit und die Begrenzung des Lebens und ist dafür offen, dass viel ungelebtes Leben darauf wartet, endlichen leben zu können*“ (Böschemeyer U, 2023, S. 38).

Wille zum Sinn

Viele psychologische Richtungen (Schulen) beschäftigten sich mit der Motivation menschlichem Sein und Handelns. Die Psychoanalyse Sigmund Freuds spricht dem Menschen seine Triebhaftigkeit zu, demnach sei Menschsein auf das Abreagieren von

¹⁴ Vgl. Lukas E., 2023; Frankl V., 2017

Trieben zurückzuführen. Frankl bezeichnet die Motivation dahinter als **Wille zur Lust**. Die Individual Psychologie Alfred Adlers spricht von Minderwertigkeitsgefühlen als Triebfeder menschlicher Motivation und damit einhergehende Orientierung an Macht und Zugehörigkeit. Frankl bezeichnet diese Motivation als **Wille zur Macht**. Frankl spricht diese menschlichen Beweggründe nicht ab, entschärft sie aber in ihrer Wichtigkeit. Denn die Logotherapie ist eine **non-reduktionistische Psychologie**, sie reduziert den Menschen nicht auf seine Triebe und Minderwertigkeit. Sie erlaubt die Beobachtung des Menschen als ein Wesen, das die Freiheit besitzt, Stellung zu beziehen, inwiefern es seinem innerlichen Sehnen und Ziehen nach Sinn und Bedeutung ausrichten möchte. Die Person ist frei, sich liebend, in Form der Selbsttranszendenz, auf etwas auszurichten. So sagt Frankl: „*Was nun diesen unseren Willen zum Sinn anlangt, so ist er unabdingbar, wir können gar nicht anders als »den Sinn wollen«*“, (...). (Frankl V., 2017, S. 503)

Sinn im Leben

Das Leben ist unbedingt sinnvoll. So könnte man es in einem kurzen Satz bezeichnen, wenn man von der positiven Weltanschauung der Logotherapie und Existenzanalyse berichten will. Das Leben trägt also zu jeder Zeit Sinn in sich, doch dieser Sinn kann sich der menschlichen Wahrnehmung entziehen (vgl. Lukas E. 2023, S. 19), speziell wenn ihm die negativ empfundenen Umstände der tragischen Trias (Leid, Schuld und Tod) ins Leben treten (vgl. Frankl V, 2013, S 33/34). Doch bietet sich zu jeder Zeit ein „Sinnangebot des Augenblicks“, die den Menschen aufruft sein Bestmögliches in die Welt zu bringen. (vgl. Batthyány, 2006, S. 299)

4.1.4. Angst als Signal existenzieller Spannung

Es gibt viele mögliche Ursachen für pathologische Angst, etwa neurologische, endokrine, immunologische, genetische, behaviorale und psychogene Faktoren. Sie alle entspringen dem Psychophysikum und werden in der Psychotherapie mehrheitlich als defizitäre Störung verstanden. Auch Frankl unterschied als Therapeut und Psychiater zwischen pathologischer Angst und Angst als Signal existenzieller Spannung (s. 4.1). Mit Hilfe der Existenzanalyse soll herausgefunden werden, ob hinter oder viel mehr in der Angst, eine existentielle Frustration innewohnt, und die oberflächlich

wahrgenommene Angst viel mehr der Ausdruck, das Signal, einer tiefliegenden existenziellen Angst ist (vgl. Frankl V, 2017, S. 312-322).

„Die Kondensation der existentiellen Angst, der Angst vor dem Tod und zugleich vor dem Leben als Ganzem, tritt uns im neurotischen Geschehen immer wieder entgegen. Die ursprünglich totale Angst sucht anscheinend nach einem konkreten Inhalt, einem gegenständlichen Stellvertreter von »Tod« oder »Leben«, einem Repräsentanten der »Grenzsituation« (Jaspers), einer symbolischen Repräsentanz (E.Straus). Diese »repräsentative Funktion« übernimmt beispielsweise im Falle einer Agoraphobie: »die Straße« – oder in einem Falle von Lampenfieber: »die Bühne«.“ (Frankl V, 2017, S. 317/318)

Dem Menschen mit unverhältnismäßiger Angst, kann im Falle einer zu Grunde liegenden existenziellen Angst, dann wirklich geholfen werden, wenn die „*Sinnfülle des Lebens*“ wieder erkannt wird und ein „*Lebensinhalt*“ der Angst den Platz strittig macht (vgl. Frankl V, 2017, S. 321)

Den Zusammenhang zwischen Sinnerleben und Depression, sowie Angsterleben ist auch Gegenstand neuerer Forschung. So konnte nachgewiesen werden, dass die Logotherapie bei Krebskranken signifikante Reduktion der Angst bewirken kann (Heidary, Maedeh MA, et al., 2023 u. Mohabbat-Bahar S, et al., 2014). Auch der Hoffnungslosigkeit konnte entgegengewirkt werden, sowie die Angst und Depression von Diabetes-Kranken gelindert werden (Bahar A, et al., 2023). Eine Vergleichsstudie zwischen der Wirksamkeit von Kognitiver Verhaltens Therapie (KVT) und der Logotherapie und Existenzanalyse hat herausgefunden, dass die Logotherapie im gleichen Maße wie die KVT wirksam ist. (Ravari A, et al., 2021). Forschende fanden heraus, dass selbst Brust- und Gebärmutterhalskrebs kranken Frauen die Angst und Depression mit Hoffnung und Lebenssinn gelindert werden kann (Aiello-Puchol A, et al., 2025). Und eine Meta-Analyse über die Wirksamkeit von Sinnzentrierten Therapieformen stellte fest, dass die Lebensqualität erheblich gesteigert werden kann und psychologischen Stress reduziert (Vos J, et al., 2018).

Im Sinne der Logotherapie und Existenzanalyse ist Angst (neben ihrer psychischen und somatischen Ursache und Wirkung) keine Spannung, die gelöst werden soll, sondern eine Spannung, die auf existentielle Unstimmigkeit hinweisen möchte.

5. Angst und Impulse aus Logotherapie und Existenzanalyse

5.1 Angst im Kontext zentraler Logotherapeutischer Konzepte

Die bisherigen Erkenntnisse legen nahe, dass sich bei Angst immer auch lohnt den Menschen hin auf seine Existenz zu untersuchen. Doch selbst, wenn die Angst nicht durch existenzielle Spannung verursacht oder begünstigt wird, kann die Logotherapie die von Angst geplagten Hilfesuchenden unterstützen. In diesem Kapitel finden wir typisch Logotherapeutische Konzepte um den Menschen, trotz seiner Angst, aufzuwerten.

5.1.1 Der Kranke und der Heile Teil¹⁵

Wie bereits erwähnt, ist die Logotherapie und Existenzanalyse eine non-reduktionistische Psychologie. Der Blick beim angsterfüllten Menschen liegt also nicht primär auf dem „kranken“ Anteil seiner Psyche, sondern erkennt immer auch den noch gesunden, intakten Anteil seiner Psyche, einschließlich der Geistigen Dimension, die selbst nicht krank werden kann. Logotherapeutische Interventionen richten sich an den heilen Anteil des Menschen. Während die allgemeine Psychotherapie versucht, den „kranken Anteil“ zu reduzieren, pflegt die Logotherapie den gesunden Anteil zu vergrößern und so den kranken Anteil zu verdrängen. Dies ist nicht dasselbe. Denn es macht sehr wohl einen Unterschied, ob der Berater, der Therapeut, der Arzt sich auf das „Kranke“ fokussiert oder das „Gesunde“ in den Fokus des Klienten/Patienten setzt.

In der Logotherapie und Existenzanalyse wird das Bild des Menschen durch die beiden Credos von Frankl gestützt:

Psychiatrisches Credo: Die Unbedingtheit der geistigen Person und deren Distanzierungsfähigkeit von jeglicher Erkrankung des Körpers und der Seele. (vgl. Biller, et al., 2008, S.330)

Psychotherapeutisches Credo: „Diese geistige Person kann der Erkrankung gegenüberreten durch den fakultativen psychonotischen Antagonismus“ (Biller, 2008, et al., S.331)

¹⁵ Vgl. Lukas E, 2023, S. 62/63

5.1.2 Sinnorgan und Sinnuniversalien¹⁶

Das Gewissen

Wenn der Mensch also ein sinnzentriertes und nach Sinn strebendes Wesen ist, wo und wie findet der Mensch seinen Sinn? Laut Frankl wohnt uns ein Sinnfindungsinstrument inne, ein „*Sinn-Organ*“ (Frankl) – das Gewissen. Dieses Organ soll uns aber nicht zum ultimativen Sinn des Lebens hinführen, stattdessen bietet es uns, in Frankls Worten: „(...) die Fähigkeit, den einmaligen und einzigartigen Sinn, der in jeder Situation verborgen ist, aufzuspüren“ (Frankl, 2013, S. 30). Nicht der ultimative, sondern der „jetzt am wertvollsten“ den „*Sinn im Augenblick*“. Im Gewissen des Menschen ist die eigentliche Verantwortlichkeit der jeweiligen Situation zu finden. Das Gewissen leitet uns jedoch nicht zu einem subjektiven Sinn zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Er weist uns zum objektiven Sinn, der uns zum „*Sinnhaften der Sache oder Situation*“ hinführt (vgl. Lukas E. 2023, S. 35). Dieses Gewissen ist auch in „Angstgetriebenen“ verankert: „(...) seine Todesangst war letztlich **Gewissensangst**, jene Angst vor dem Tode, die ein Mensch haben muß, der die Möglichkeiten seines Lebens – statt sie zu verwirklichen – nur verwirkte und dem so das bisherige Dasein sinnlos erscheinen muß“ (Frankl V, 2017, S. 316) [Hervorhebungen vom Verfasser]. Hier kann man den Unterschied zwischen subjektivem und objektivem Sinn sehr gut erfassen: Subjektiv mag es für den Angsterfüllten sinnvoll erscheinen sich zurückzuziehen, sich der Welt zu entbehren, um der Angst zu entkommen. Objektiv sinnvoll ist jedoch sich der Angst zu stellen (oder sich neu zu ihr einzustellen) um die eigene Essenz und die damit verbundenen Lebensaufgaben, in die Welt tragen zu können. Der Mensch ist frei, die Lebensaufgabe zu verneinen, und daraus vielleicht eine existenzielle Angst zu entwickeln, die sich psychosomatisch ausdrücken kann. Doch wird sich das Gewissen melden, vielleicht als Gewissensangst. Das Gewissen sorgt dafür, dass der Mensch zwar frei sein kann, aber nicht willkürlich handelt, denn er ist seinem Gewissen verantwortlich – Freiheit bedeutet aber auch, das Gewissen zu missachten. (vgl. Frankl V, 2005, S. 90)

Werte als Sinnuniversalien

Das Gewissen ist also ein Sinn-Anzeiger, ein „*Navigationsgerät*“ (Lukas E, 2020, S. 55), doch der Umgang mit dem Gewissen muss geübt sein. Es meldet sich zu jederzeit,

¹⁶ Frankl V, 2017, S. 122

doch nicht immer wie das Navigationsgerät im Auto, mit unverkennbarer Stimme und exakten Richtungsaussagen, vielmehr als leise Ahnung, eher als Gefühl der Stimmigkeit oder Unstimmigkeit, das mal eindrücklicher, mal zurückhaltender hervortritt.

Wir wissen nun, es geht nicht um den universalen, allgemeingültigen, absoluten und totalen Sinn, sondern darum, das Sinnangebot der Stunde zu deuten und es zu verantworten. Und Werte sind es, die uns diesem Sinnangebot näherbringen können. Frankl unterscheidet in seinem definierten Wertesystem zwischen drei Wertkategorien:

- **Schöpferische Werte** | Erhöhen die Leistungsfähigkeit
→ Die Welt reicher machen, durch unser Tun.
- **Erlebniswerte** | Erhöhen die Liebesfähigkeit
→ Uns selbst reicher machen, durch unser Erleben.
- **Einstellungswerte** | Erhöhen die Leidensfähigkeit
→ Die Einstellung zum „Schicksalhaften“

„(...) demnach solange er atmet; solange er bei Bewußtsein ist, trägt er Verantwortung gegenüber Werten und seien es auch nur Einstellungswerte. Solange er Bewußt-sein hat, hat er Verantwortlich-sein. Seine Verpflichtung, Werte zu verwirklichen, lässt ihn bis zum letzten Augenblick seines Daseins nicht los. (Frankl V, 2017, S. 127)“

Werte können also helfen Verantwortung über die existenzielle Spannung zu übernehmen, Kontakt mit dem Gewissen aufzunehmen, sein Handeln, sein Erleben und nicht zuletzt seine Einstellung zum Leben (neu) ausrichten. Ein wirklicher Wertekonflikt existiert deshalb nicht, weil es immer einen Wert gibt, der für die aktuelle Situation, der sinnvollere ist als jeder andere. „Eine nötige Wertwahl bedarf der Hilfe des Gewissens, soll sie nicht willkürlich sein“ (Biller, et al., 2008, S. 524)

5.1.3 Die hyperreflektierte Angstpersönlichkeit

Im Kapitel „Angst-Körper-Teufelskreis“ (s. 2.2.3) ist bereits vorausgegangen, wie eine ausgeprägte Selbstbeobachtung und Erwartungsangst das Angsterleben negativ beeinflussen. Ein (traumatisches) Ereignis löst die Erwartungsangst vor einem sich

wiederholenden Ereignisses aus, diese löst ein Symptom aus, was wie eine Bestätigung der Angst fungiert. Der Teufelskreis ist geschaffen. „*Es liegt nun im Wesen der Angst, daß sie heraufbeschwört, wovor sich jemand fürchtet*“ (Frankl V, 2016, S. 147).

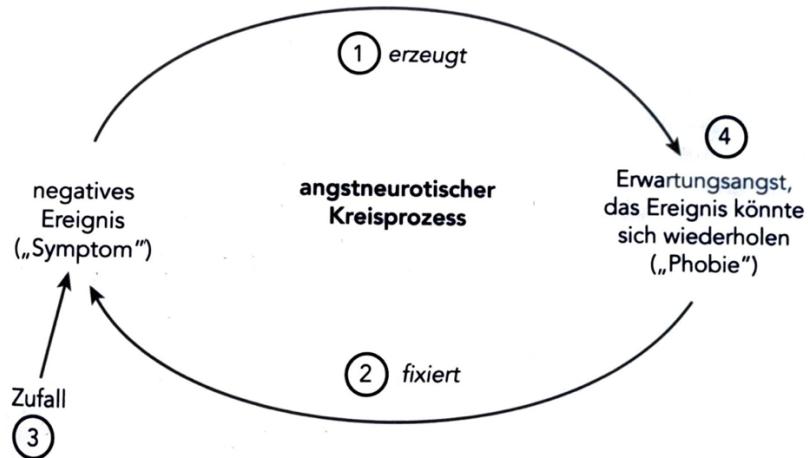


Abbildung 2: Elisabeth Lukas, Lehrbuch der Logotherapie, S. 121

Diese Angst löst nicht selten die noch größere Angst aus – nämlich die Angst vor der Angst selbst. Frankl spricht deshalb auch von „*Angsterwartung*“. Der von Angst beeinträchtige Mensch verfällt in einen Zustand der „Hyperreflexion“, ein Zustand, in dem sich die Gedanken mehrheitlich um sich selbst und möglicher Katastrophen dreht (heute oft „Katastrophisieren“ genannt). Die Antwort der meisten Menschen auf diese „Angst vor der Angst“ ist die Vermeidung der Angst, mit all seinen Mitteln, die nicht selten die Lebensfreude kosten. Deshalb ist die Auflösung der Symptomfixierung, die Distanzierung zur Erwartungsangst, das oberste Ziel, um den Teufelskreis zu durchbrechen. Dies geschieht, in dem die Person versteht, dass die Erwartungsangst selbst das Symptom auslöst und selbst nichts Krankhaftes darstellt. (vgl. Frankl, 2017, S. 313).

Die Logotherapie nutzt hier die Methode der „paradoxen Intention“ (mehr dazu im Kapitel 5) und stützt sich auf drei Grundkonzepte des logotherapeutischen Menschenbilds: Die Selbstdistanzierung, die Selbstreflexion und die Selbsttranszendenz.

Selbstdistanzierung

Selbstdistanzierung beschreibt eine Grundfähigkeit des Menschen, die aus der noetischen Dimension hervorgeht. Sie bezeichnet die Fähigkeit, zu sich selbst inneren

Abstand einzunehmen, sich also nicht mit eigenen Gedanken, Gefühlen, Impulsen oder Symptomen zu identifizieren, sondern zu ihnen Stellung zu beziehen. **Der Mensch hat demnach Angst, aber er ist sie nicht.** Genau an dieser Stelle entsteht existenzieller Spielraum. Die Angst besetzt nicht mehr das ganze Wesen, sondern wird als Teil davon verstanden (s. 5.1.1).

Selbstreflexion

Erst in dieser Distanzierung von sich selbst, liegt die Möglichkeit der Reflexion über sich selbst. Durch die Selbstdistanzierung erschafft sich ein Raum in dem Stellung gegenüber der Situation bezogen werden kann. Der Mensch agiert (statt reagiert bloß auf den Reiz).

„Zwischen Reiz und Reaktion liegt ein Raum. In diesem Raum liegt unsere Macht zur Wahl unserer Reaktion. In unserer Reaktion liegen unsere Entwicklung und unsere Freiheit.“ – Viktor E. Frankl¹⁷

Selbsttranszendenz

„Keiner genießt den wahren Geschmack des Lebens außer dem, der willens und bereit ist, es hinter sich zu lassen.“ – Seneca

Der Mensch strebt nach Selbstverwirklichung. Doch der Mensch kann sich nicht selbstverwirklichen, wenn er seine Verwirklichung auf sich selbst bezieht. Erst wenn der Mensch sich über sich hinaus, auf etwas das er nicht selbst ist, bezieht, kann sich Sinnerfüllung einstimmen. Das kann ein Werk sein, die Liebe zu jemandem, das da Sein für etwas, usw. (vgl. Frankl V, 2017, S. 76). So kam auch A. Maslow zur Erkenntnis, dass Transzendenz das höchste Grundbedürfnis des Menschen ist und erweitert seine Motivationstheorie noch vor seinem Ableben (Maslow A, Farther Reaches of Human Nature, 1971). Mit Blick auf den von Angst geplagten Menschen, der sich um sich selbst und seine Angst kreist, kann die Selbsttranszendenz den Fokus von sich weg, auf etwas über sich hinaus Sinnhaftes gelenkt werden.

¹⁷ Viktor Frankl - Der Sinn des Lebens – 4.31 min: Verfügbar unter https://www.youtube.com/watch?v=8GoByOPw_mo Zitat von Frankl: Film 00:04:31

5.1.4 Die Trotzmacht des Geistes (Noopsychischer Antagonismus)

Wir wissen nun, dass die Angst einen mächtigen Ausdruck im Psychophysikum kennt. Ist die Psyche gefangen vom Gedanken an die Katastrophe, und das Soma reagiert dem Gedanken entsprechend mit ihren Symptomen, so mag der Eindruck gewinnen, Mensch sein, bedeutet auch ausgeliefert zu sein. Doch wir wissen nun auch, dass die noetische, die Geistige Dimension sich über das Psychophysikum erhebt und dort Stellung zu den unterliegenden Dimensionen beziehen kann. Frankl nennt diese Fähigkeit: „die Trotzmacht des Geistes“.

„Niemand braucht mich erst aufmerksam zu machen auf die Bedingtheit des Menschen – schließlich bin ich Facharzt für zwei Fächer, Neurologie und Psychiatrie, und als solcher weiß ich sehr wohl um die biopsychologische Bedingtheit des Menschen; aber ich bin nicht nur Facharzt für zwei Fächer, sondern auch Überlebender von vier Lagern, Konzentrationslagern, und so weiß ich denn auch um die Freiheit des Menschen, sich über all seine Bedingtheit hinauszuschwingen und selbst den ärgsten und härtesten Bedingungen und Umständen entgegenzutreten, sich entgegenzustemmen, kraft dessen, was ich die Trotzmacht des Geistes zu nennen pflege.“ (Frankl V, 2017, S. 70)

Es gibt also eine geistige Person, die der Angst nicht ausgeliefert ist. Ein Selbst, dass trotz der Beengtheit, welche das Psychophysikum durch die Angst erlebt, frei bleibt. Diese freie Dimension, die nicht krank werden kann, ist Adressat all unserer beraterischen Bemühungen, denn dort kann der Mensch, sich immer noch, zu den gegebenen Verhältnissen, „so oder so einstellen“. (vgl. Frankl V, 2005, S. 145; Frankl V, 2020, S. 102)

5.2 Kernmethoden der Logotherapie bei Angst

Dieses Kapitel dient der Übersicht und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Logotherapeutischen Interventionen sind gut in den Büchern von Elisabeth Lukas „Lehrbuch der Logotherapie“ und „Sinnzentrierte Psychotherapie“ zu finden.

5.2.1 Einstellungsmodulation

Die Einstellungsmodulation kommt dort zum Einsatz, wo Leiden nicht beseitigt, sondern nur innerlich beantwortet werden kann. Sie beruht auf der Freiheit des Menschen, zu unabänderlichen Bedingungen Stellung zu nehmen. So kann der Mensch der Angst erliegen, sich einkapseln, von ihr wegrennen und der Angst die Macht geben dem eigenen Leben den Lebenssinn zu rauben oder sie verleitet die Trotzmacht, trotz der Angst der eigenen Essenz zu folgen. Frankl formuliert dies grundlegend:

„(...) daß man dem Menschen im Konzentrationslager alles nehmen kann, nur nicht: die letzte menschliche Freiheit, sich zu den gegebenen Verhältnissen so oder so einzustellen“ (Frankl V, 2020, S. 102)

5.2.2 Dereflexion

Die Dereflexion richtet sich gegen krankmachende Selbstbeobachtung (Hyperreflexion) und verkrampftes Wollen (Hyperintention). Ziel ist eine Umlenkung der Aufmerksamkeit weg vom Symptom hin zu Aufgabe, Beziehung oder Sinn. (vgl. Frankl V, 2017, S. 508)

5.2.3 Paradoxe Intention

Die paradoxe Intention zielt darauf ab, Angst- und Zwangskreisläufe zu durchbrechen, indem das gefürchtete Symptom absichtsvoll gewollt oder humorvoll überzeichnet wird. Dadurch wird die Erwartungsangst entmachtet und Selbstdistanzierung ermöglicht. „*Mit einem Wort, der Erwartungsangst wird der Wind aus den Segeln genommen*“ (Frankl V, 2016, S. 148).

5.2.4 Finale Vorleistung¹⁸

Die finale Vorleistung beschreibt die bewusste Entscheidung, trotz Angst, Widerstand oder fehlender Motivation einen sinnvollen Schritt zu setzen, bevor sich positive Gefühle oder Sicherheit einstellen. Lukas betont, dass Sinn nicht abgewartet, sondern oft durch Handeln erschlossen wird.

¹⁸ Vgl. Lukas E, 2008, S.62/63

5.2.5 Der Sokratische Dialog¹⁹

Das Existenzanalytische Gespräch ist kein forderndes, auf deklinierendes, Sinn gebendes Gespräch. Es ist ganz im Sinne von Sokrates, eine Art geistige Hebammenkunst, die aus dem Klienten, seine Gestaltungsmöglichkeiten und Freiheiten, herausliest. Durch gezieltes Fragen und Gegenfragen gestaltet der Berater einen Prozess zur Einsichtsfundung, nicht auf inhaltlicher Ebene, sondern als Möglichkeit für den Klienten, zur eigenen Einsicht zu kommen.

5.3 Die Iatrogene Neurose

Besondere Aufmerksamkeit soll der iatrogenen Neurose, also der Neurose, die durch die beratende oder behandelnde Person ausgelöst oder fixiert wird, gerichtet sein. Vorab möchte ich meine eigenen Erfahrungen mit iatrogenen Neurosen teilen:

Als ich meine zweite Panikattacke, durch eine plötzlich auftretende Tachykardie (Herzfrequenz von über 200) ausgelöst, hatte, fuhr ich zu meinem Hausarzt. Da sich dieses Phänomen des Herzens nun das zweite Mal zeigte, hatte ich Angst, dass etwas im Argen lag. Als ich der Arztassistenzen meine Sorgen mitteilte, wurde ich sofort an ein EKG gehängt, ohne, dass mir etwas erklärt wurde. Der Arzt kam herein und sprach auf mich ein: „Also dass Sie noch selbst hier her fahren! Sie sollten bei solchen Symptomen immer sofort den Notarzt anrufen. Aber das EKG ist normal und die Sauerstoffsättigung auch, ein Herzinfarkt kann ich größtenteils ausschließen, aber ganz wissen tut man es nie. Rufen Sie beim nächsten Mal den Notarzt.“. Ich verließ die Praxis, saß in mein Auto und brach zusammen. Es folgte eine weitere Panikattacke, ich hatte das erste Mal in meinem Leben akute Todesangst. Nach dem mich meine Mutter am Telefon etwas beruhigen konnte, fuhr ich ins Krankenhaus. Dort wurde ich nochmal untersucht. Eine einfühlsame Ärztin begegnete meiner Angst mit Empathie und sagte „Herr Morel, sie können heute beruhigt schlafen gehen, sie haben keinen Herzinfarkt, das kann ich Ihnen ganz sicher sagen.“ Ich war beruhigt zumindest für den Moment. Was mein Hausarzt sagte, brannte sich in mein Hirn und die Erwartungsangst, dass es beim nächsten Mal vielleicht doch ein Herzinfarkt sei, war geboren. Seit diesem Tag habe ich (bis heute) Palpitationen und Extrasystolen. Ich machte einen Termin beim

¹⁹ Batthyany A, 2006, S. 300

Kardiologen. Ich wurde mit Langzeit-EKG, Belastungs-EKG und Herzecho untersucht. Der Kardiologe sagte „EKG ist unauffällig, die Extrasystolen sind ungefährlich. Ja, ihre eine Herzklappe ist etwas langsam, das macht aber nichts, sie können aber zur Vorsorge Beta-Blocker nehmen, wenn sie möchten“. Ich war am Boden zerstört, denn diese Aussage nahm alle Sicherheit, die durch die vorangegangenen Sätze entstanden sind, wieder zurück. An diesem Tag war eine Herzneurose geboren, die sich über ein Jahrzehnt zog und immer schlimmer wurde, weil ich den Ärzten immer weniger vertraute. Eines Tages entschloss ich wieder einmal (ich hatte zu dem Zeitpunkt sicher schon fünf Ärzte, die mein Herz untersucht haben) einen Arzt aufzusuchen. Dieses Mal erwähnte ich aber meine chronische Herzphobie. Der Arzt hatte verstanden, was er zu tun hatte, erklärte mir alles ganz genau, ließ mich beim Herzecho zuschauen, sagte Dinge wie „Wow, so eine schöne Herzscheidewand. Also ich habe noch nie jemanden mit so einer Herzscheidewand mit Bluthochdruck gesehen. Die ist topfit!“. Er erklärte mir, dass meinem Herzen strukturell nichts fehlt und bestärkte das damit, dass er das sonst sehen würde. Er bekräftigte seine Aussagen noch weiter, in dem er sagte: „Und falls sie jetzt rausgehen und sich fragen, ob das nur eine Momentaufnahme war und sie doch krank sind, ich es nur nicht gesehen habe. Lassen Sie sich versichern, wenn ihr Herz tatsächlich ein Problem hat, dann ist das nicht mal da und mal nicht da, dann würde ich es sehen, ganz bestimmt“. Und siehe da, es half. Auch, wenn ich noch viele Therapiestunden und eigene Auseinandersetzungen mit dem Thema gebraucht habe, aber die Empathie des Arztes half immens.

Nicht bloß wegen meiner eigenen Erfahrung mit iatrogenen Neurosen ist es wichtig, dass wir Beratende uns unserer Verantwortung bewusst sind. Menschen mit Ängsten sind wahre Meister in Selbstbeobachtung und reagieren sensibelst auf Worte, die ihre Ängste bestätigen können. Dieses Sensibel Sein ist gleichzeitig eine Verantwortungsverschiebung, vom Hilfesuchenden an den Helfer, der somit eine ungeheure Macht erhält. Elisabeth Lukas hat die häufigsten Therapeutenfehler zusammengefasst (Lukas E, 2023, S. 172):

- Es wird mehr Interesse an den Störungen des Patienten gezeigt als an seinen intakten Lebensbereichen
- Es werden schicksalhafte Vorkommnisse im Leben des Patienten als tragisch akzentuiert

- Es werden negative Prognosen abgegeben, die nicht zum Zwecke einer Warnung dienen
- Es wird eine Diagnose mitgeteilt, ohne sie in Hinblick auf ihre praktisch-konkrete Bedeutung zu erklären
- Es wird im falschen Moment geschwiegen
- Es werden unvorsichtige Interpretationen und ungesicherte Hypothesen in den Raum gestellt

„Es gibt Idioten, die überhaupt nur Idioten geworden sind, weil ein Psychiater sie einmal dafür gehalten hat“ (Frankl V, 2015, S. 191)

TEIL III

Nutzen in der psychosozialen Beratung

6. Die logotherapeutische und existenzanalytische Beratung der Angst

Mit den bisherigen Erkenntnissen zur Angst, öffnet sich ein bio-psycho-sozial-noetisches Beratungsfeld. Der Psychosoziale Berater der Logotherapie und Existenzanalyse, der non-reduktionistisch, non-deterministisch und non-nihilistisch auf den Menschen blickt, erkennt seine große Verantwortung gegenüber seinem angsterfüllten Klienten und kennt und anerkennt gleichzeitig die Grenzen seiner Rolle.

In diesem Kapitel werden die vorherigen Kapitel aufgenommen, um Aussagen über die Psychosoziale Beratung der Angst tätigen zu können.

6.1 Rolle und Haltung des psychosozialen Beraters

Die Rolle des psychosozialen Beraters im Umgang mit der Angst seiner Klienten, ist wesentlich von seinem Menschenbild geprägt. Die Angst wird nicht primär als Störung oder defizitäreres Sein verstanden, sondern wird immer auch unter dem Ausdruck der einzigartigen Existenz und der damit verbundenen existenziellen Spannung gesehen. Das Ziel des Beraters ist deshalb nicht die Löschung der Angst, sondern begegnet ihr, um sie zu verstehen, einzuordnen und vor allem den Menschen in Abwesenheit seiner Angst, dem heilen Personenkern, aufzuwerten.

Der geschulte psychosoziale Berater ist sich bewusst, dass Angst in mehreren Dimensionen des Menschseins gleichzeitig auftreten kann. Er weiß, dass die Angst durch diversen psychosomatischen Ausdruck durch den Körper sprechen kann. Ihm ist bewusst, dass die Psyche und ihre Erwartungen großen Einfluss auf die Angst selbst und die körperlichen Symptome haben können und dass diese psychophysischen Inkohärenzen massiven Einfluss auf das Sozialleben der Klienten haben kann. Dem geschulten logotherapeutischen Berater ist zu dem klar, dass sich über das Psychophysikum die noetische Dimension erhebt – der Geist der frei von Krankheit ist und sich zu jeder Zeit, mithilfe des Gewissens, den Werten und dem Sinn, neu einstellen und somit anderweitig Bezug nehmen kann, zu dem, was im Klienten vielleicht als schicksalhaft erfahren wird.

Die Freiheit des Menschen und der Wille zum Sinn, enden nicht bei Angst, selbst wenn diese einnehmend und lebensgestaltend wahrgenommen wird. Der Berater ist sich

dieser Freiheit stets bewusst und begleitet den Klienten, behutsam und in seiner Menschlichkeit geehrt, Kontakt mit dieser Freiheit aufzunehmen. Denn der Fokus der Logotherapie und Existenzanalyse richtet sich nicht auf den kranken, sondern den heilen Personenkern der jedem Menschen, zu jeder Zeit, auch innewohnt. Der Berater hilft dem Klienten zu erkennen, dass er nicht „frei von etwas“ werden muss, sondern sich „frei zu etwas“ bewegen darf.

Nicht zuletzt ist dem professionellen psychosozialen Berater klar, dass seine Rolle klare Grenzen aufweist und erkennt, wann ein Klient nicht mehr ausreichend begleitet werden kann und verweist, wenn angezeigt, zu Therapeuten und Ärzten.

6.2 Umgang mit psychosomatisch erlebter Angst

Der psychosoziale Berater weiß um den Angst-Körper-Teufelskreis Bescheid und versteht, dass Erwartungsangst den Kreislauf am Leben hält. Er unterstützt den Klienten aus seiner Hyperreflexion auszusteigen, und sich von sich selbst distanzieren um eine beobachtende, nicht wertende Haltung gegenüber dem eigenen Körpererleben einzunehmen zu können.

Mit Hilfe der Existenzanalyse versucht er zu verstehen, welche existenziellen Themen sich im psychosomatischen Erleben ausdrücken könnten. Ziel der Beratung ist nie eine Deutung und Analyse der einzelnen Symptome. Dies gehört, wenn überhaupt, in die Hände der Therapeuten und Ärzte. Der logotherapeutische Berater ist an den tieferliegenden Beweggründen interessiert, die eine existentielle Spannung bewirken. Dort kann der Berater unterstützen, bei Entscheidungen, Überforderung, Schuld, Scham, Leid, ... bei Konflikten mit dem Sinn.

Der logotherapeutische Berater unterstützt den Klienten ein Verständnis für die jetzige Lebenssituation zu erhalten, hilft ihm zur inneren Haltung und Bezugnahme und begleitet ihn eine eventuelle neue Einstellung in realen, körperlichen Ausdruck zu bringen.

6.3 Interventionen und Begleitung durch psychosoziale Beratung

Es gibt reichlich Methoden und Interventionen wie psychosoziale Berater ihre Klienten mit Angsterleben begleiten, unterstützen und beraten können. Einige davon, möchte ich hier als Überblick anbieten. Allen Interventionen geht voran, dass der Berater darin geschult ist und die Methode zum persönlichen Stil des Beraters passt.

6.3.1 Interventionen zur Selbstdistanzierung

Personifizierung der Angst

Die Angst wird von der Person getrennt. „Ich bin nicht die Angst, ich erfahre sie“. Der Angst wird ein Name gegeben, vielleicht sogar ein Aussehen. Die Angst verliert so ihren „alles einnehmenden“ Charakter und wird dialogfähig und besser verstehbar.

Objektifizierung der Angst

Die Angst kann auch in einem realen Objekt manifestiert werden. In einem Stein, einer selbstgemachten Tonfigur, einer Puppe, einem Bild. Durch die Externalisierung der Angst entsteht Selbstdistanzierung. Der Klient kann über das Objekt sprechen, es anerkennen, ohne in ihm „gefangen“ zu sein.

Der freundschaftliche Dialog mit der Angst

Wird der Angst zu dem eine Stimme verliehen, so kann der Klient mit der Angst in einen Dialog treten. Es ist anzuraten, diesen Dialog als freundschaftlichen Dialog zu verstehen. Mit der Einstellungsmodulation von „der Angst, die ich bekämpfen muss“ zur „Angst dir mir etwas sagen möchte“ verliert die Angst ihren bedrohlichen Charakter und wird besprechbar.

6.3.2 Interventionen zum Verständnisgewinn

Psychoedukation

Wir wissen um die vielen Prozesse, die bei Angst in der Psyche und Soma vorgehen Bescheid. Dem Klienten kann behutsam und größter Sorgfalt (der iatrogenen Neurose bewusst) der psychische und körperliche Prozess der Angst erklärt werden. Nicht um sie zu entwerten, sondern damit der Klient sein Erleben besser einordnen kann.

Differenzierung

Wenn der Klient seinen Möglichkeitsraum entdeckt, in dem er Angst auf psychisches, körperliches, soziales und noetisches Vorgehen differenzieren kann, ist es ihm vielleicht möglich, sich auf gewisse Dinge neu zu beziehen.

Aufwertung

Die Aufwertung des heilen Personenkerns ist ein mächtiges Instrument des logotherapeutischen Menschenbilds, denn dieser heile Anteil ist dem angsterfüllten Menschen oft nicht mehr zugänglich. Der Berater sieht diesen Anteil jedoch, hebt ihn auf ein Podest, macht ihn erkenntlich und erfahrbar.

6.3.3 Körperbezogene Interventionen

Körperwahrnehmung

Die Hypervigilanz (verstärkte Beobachtung äußerlicher Gefahrenquellen) und Hyperreflexion (verstärkte Beobachtung innerlicher Prozesse) lenkt den Klienten häufig von dem ab, was er Positives beobachten könnte. Durch gezielt positive Körperwahrnehmungsmethoden (z.B. Meditation hin zu entspannten Körperregionen) kann das Bewusstsein für den heilen Anteil im Körper erhöht werden.

Entspannung

Unter Angst entsteht Stress und Stress erzeugt Anspannung. Gezielte Entspannungsmethoden, zum Beispiel den Fokus auf den Atem (Achtung: Nicht bei psychosomatischen Ausdrücken, die mit Atmung oder Herzschlag zu tun haben) können dem Klienten helfen, das überregte Nervensystem zu entlasten.

6.3.4 Reflexive Interventionen

Entkatastrophisieren

Die angstgefüllte Psyche trainiert sich häufig an, jedes noch so unwahrscheinliche Ereignis in eine Katastrophe zu übersetzen. Doch schon Thomas Jefferson hat gewusst, dass die meisten Katastrophen, die wir uns ausmalen, nie eintreten werden: „Wie viele Schmerzen hat uns all das Übel zugefügt, das sich nie ereignet hat!“ Der Berater kann unterstützen sich diesem Phänomen bewusst zu werden, in dem die

katastrophisierenden Gedanken einem Realitätscheck unterzogen werden. „Wie oft wurden Ihre Katastrophen wahr und wie oft schon nicht?“

Fluss der Gedanken

Häufig löst nicht ein einzelner Gedanke eine Angst aus, sondern ein Fluss aus Gedanken. Der Berater kann den Klienten anleiten, seine Angstauslösenden Gedanken zu identifizieren und aufzuschreiben. Nicht um sie zu entwerten, sondern dem Klienten die Möglichkeit geben, sich zukünftig besser dafür oder dagegen entscheiden zu können.

6.3.5 Sinn- und wertbezogene Interventionen

Werterad

Das Werterad ist ein gutes Mittel, um dem Klienten das wertvolle seines Lebens näher zu bringen. Die Werte (im besten Fall sind da mehrere, und in verschiedenen Wertkategorien) die der Klient als sinnvoll beschrieben werden durch eine Skala in die Lebensrealität (wie sehr wird dieser Wert gelebt) gesetzt. Danach kann gefragt werden, mit welchem kleinen Schritt dieser Wert, eben trotz der Angst, vergrößert werden kann. So entsteht finale Vorleistung.

Autobiografie Arbeit

Die Biografie wird gezielt im Hinblick auf Sinnlinien, bewältigte Krisen und gelebte Werte betrachtet. Der Fokus liegt nicht auf Defiziten, sondern auf dem bereits Geleisteten und Sinnhaft-Erfahrenen. Dadurch wird Angst in einen größeren Lebenszusammenhang eingeordnet und die personale Identität gestärkt.

Wertimaginationen

Wertimaginationen eröffnen den Zugang zu inneren Wert- und Sinnbildern, sie sind ein Weg Menschen mit ihren tiefsten Sinngefühlen in Verbindung zu bringen. Sie sind behutsam geführte Gespräche zwischen dem Imaginanden und seinem Begleiter auf „Wanderungen“ in die innere Welt, die der Imaginand bewusst erlebt.²⁰

²⁰ <https://www.boeschemeyer.at/unser-konzept/die-methoden-der-wop/>

6.3.6 Ressourcen orientierte Interventionen

Ressourcen-Landkarte

Oft durch die Angst verschüttet, sind da doch Ressourcen im Leben des Klienten. Diese Ressourcen zu aktivieren ist wichtig um das Gewissen, dass den Willen zum Sinn freilegt, zu unterstützen. Eine Landkarte kann gezeichnet werden, auf der sich Ressourcen verschiedener Kategorien wiederfinden: Beziehungen, Materialistisches, Werte, Talente, Überzeugungen, Spirituelles, ... Diese Landkarte kann der Klient immer zur Hand nehmen, wenn er glaubt, allein mit der Angst zu sein.

Handlungsoptionen

Zu schnell glauben wir, dass wir einer Situation ausgeliefert sind. Doch schaffen wir es in Selbstreflexion über die eigenen Wirkungskreise nachzudenken, finden wir oft, wenn auch kleine, Möglichkeiten autonomen Handelns. Häufig kann diese Freiheit allein nicht mehr gefunden werden. Der Berater hat aber einen ungetrübteren Blick auf das Leben des Klienten und kann Handlungsfreiraume mit dem Klienten zusammen aufdecken.

6.3.7 Kreative Interventionen

Mal- und Gestaltungstherapie

Das wichtigste Mittel gegen die Hyperreflexion ist die Dereflexion. Durch Mal- und Gestaltungstherapeutische Interventionen kann ein Zustand erzeugt werden, in der sich der Klient selbst vergisst und so auch seine Angst. Er erlebt sich in seinem heilen Anteil, was schon allein deswegen „heilsam“ sein kann.

Kreatives Schreiben

Ein kreatives Mittel der Dereflexion und zugleich Selbstdistanzierung kann das kreative Schreiben Sein. Durch Märchen, Geschichten, Witze, usw. kann die Angst aus Distanz zu sich selbst und trotzdem aus einem sprechen. Das kann selbst bereits zu Erkenntnissen im Klienten führen, eignet sich aber auch bestens für das beraterische Gespräch.

6.4 Grenzen der psychosozialen Beratung

Ausgangspunkt jeglicher Beratung ist eine sorgfältige Auftragsklärung, die die Abgrenzung von Beratung und Therapie transparent macht. Die Grenze der psychosozialen Beratung ergibt sich dort, wo die Angst einen klinischen Schweregrad erreicht oder mit erheblicher Beeinträchtigung der täglichen Lebensgestaltung einhergeht. Damit die Abgrenzung im Praxisfall gut gelingt, gehört es zur Professionalität des Beraters der Menschen mit Angst begleitet, sich über das Thema der Angststörungen breites Wissen anzueignen, nicht um die Angst besser begleiten zu können, sondern klarer deuten kann, wann das Kompetenzfeld des Beraters ausgerichtet ist.

Sollte sich bereits beim Erstgespräch eine klinisch relevante Angst induzieren, muss auf Therapeuten oder Ärzte verwiesen werden. Sollte sich eine anfänglich subklinische Angst verschlechtern, so ist dasselbe zu tun.

Nicht destotrotz ist die psychosoziale Beratung, speziell der Logotherapie und Existenzanalyse, auch dann nützlich, wenn der Klient bereits psychotherapeutisch oder ärztlich betreut wird. Eine interdisziplinäre Kooperation zwischen Berater, Therapeut und Arzt kann überaus hilfreich sein.

7. Fallbeispiel

Beginnende Herzneurose Herr K

Herr K, 28 Jahre alt, in einer Beziehung, Vertriebsmitarbeiter.

Herr K kommt zu mir in die Praxis. Was ich wahrnehme, ist ein junger, sehr sportlicher und trainierter Mann, mit souveränen Auftreten und Lächeln im Gesicht. Er wollte einen Termin bei mir, weil er wusste, dass auch ich eine Herzphobie hatte und er das Gefühl hatte, gerade eine zu entwickeln. Sein Auftrag an mich: „Helfen Sie mir, dass ich da wieder rauskomme, bevor ich wirklich drinnen bin“. Mit dieser Auftragsklärung war mir bereits bewusst, dass eine meiner ersten Aufgaben als Berater ist, dem Kunden liebevoll, aber deutlich zu erklären, dass ich ihn nicht vor einer Herzneurose bewahren kann, aber ihn bestmöglichen unterstützen kann, dass er das selbst tut.

Herr K spielt, seit er 10 Jahre alt ist leidenschaftlich Tennis. In seiner Freizeit geht er Joggen, Wandern und macht Trial-Running. Er ist also durch und durch Fit. Beruflich hat er schon viele Stationen hinter sich: Versuchte es mit zwei verschiedenen Lehren, brach sie beide ab, jobbte in verschiedenen Bereichen, bildete sich zum Vertriebsmitarbeiter weiter, machte eine Weiterbildung zum Mentaltrainer. Im Sinne der Anonymisierung verzichte ich auf weitere Einblicke.

Herr K erzählte, dass er immer schon Sport mache und er sich immer schon fit fühlte, doch neuerdings fiel ihm, bei einem Trial-Running auf einen Berg, auf, dass sein Herz seltsam stolperte. Sofort checkte er seinen Puls auf der Pulsuhr, verlangsamte seine Gehgeschwindigkeit, bekam Angst, dass etwas nicht in Ordnung war. Doch er schämte sich, jemanden anzurufen oder gar die Rettung zu rufen, denn dann, müsste die Bergrettung antreten. Unter Angst ging er den Berg hinunter, das Herzstolpern blieb aber aus. Erst in der Nacht, als er schlafen ging, spürte er, dass dieses seltsame Stolpern, wie er es beschrieb, zurück war. Er versuchte es zu deuten, es machte ihm Sorgen und das Stolpern verschlimmerte sich. Am nächsten Tag ging er zu seinem Hausarzt, der ein EKG veranlasste und Herrn K versicherte, dass da kein Problem sei aber er zur Absicherung einen Termin beim Kardiologen empfiehlt.

Herr K machte einen Termin, der aber erst drei Monate später stattfinden soll. In den weiteren zwei Wochen wurde das Stolpern immer häufiger und Herr K hörte auf Sport

zu machen, weil er Angst hatte, dass doch etwas im Argen lag. Daraufhin machte er einen Termin bei mir.

Erste Sitzung

Zu Beginn der ersten Sitzung stand eine sorgfältige Auftragsklärung im Vordergrund. Herr K formulierte den Wunsch, „nicht in eine Herzneurose hineinzurutschen“. Bereits hier wurde deutlich, dass sich Herr K in einem liminalen Zustand zwischen normalem Angsterleben und drohender Chronifizierung befand. Im weiteren Verlauf wurde der Angst-Körper-Teufelskreis gemeinsam betrachtet. Herr K konnte erkennen, wie das anfängliche Herzstolpern, seine sofortige Selbstbeobachtung und die Interpretation als Bedrohung die Angst verstärkten. Psychoedukative Elemente wurden behutsam eingesetzt, ohne Symptome zu dramatisieren. Ziel der ersten Sitzung war primär Orientierung, Entlastung und das Verstehen des eigenen Erlebens.

Zweite Sitzung

In der zweiten Sitzung berichtete Herr K, dass er sein Herz weiterhin stark beobachtete und körperliche Signale permanent überprüfte. Der Fokus lag nun also auf der Auflösung der Hyperreflexion. Mithilfe der Personifizierung der Angst wurde die Angst, als etwas erlebt, das er erfährt, nicht als etwas, das er ist. Diese Intervention ermöglichte eine erste Selbstdistanzierung. Herr K beschrieb seine Angst als „übervorsichtigen Wächter“, der vielleicht vor Überanstrengung schützen wollte, nun aber überreagiert. Dadurch verlor die Angst an Bedrohlichkeit und wurde dialogfähiger. Ergänzend wurde mit Dereflexion gearbeitet, indem der Fokus bewusst von der permanenten Selbstbeobachtung auf alltägliche Tätigkeiten und Beziehungen gelenkt wurde. Wichtig war hierbei, keine Vermeidungsstrategien zu fördern. Vielmehr ging es darum, seine Aufmerksamkeit auf sinnvolleres zu lenken. Herr K begann zu erkennen, dass nicht das Herzstolpern selbst, sondern die Angst davor den größeren Leidensdruck erzeugte.

Dritte Sitzung

In der dritten Sitzung wurde der Fokus bewusst vertieft und auf die Frage gelenkt, welcher Gedanke im Zusammenhang mit der Angst für Herrn K der unangenehmste sei. Diese Frage zielte nicht auf eine Symptomanalyse, sondern auf die existenzielle Bedeutung hinter der Angst. Nach kurzem Zögern formulierte Herr K, dass ihn weniger die Vorstellung eines Herzproblems beängstige, sondern vielmehr der Gedanke, keine Leistung mehr erbringen zu können. Mit diesem Gedanken sei ein starkes

Schamgefühl verbunden. Im weiteren Gespräch zeigte sich, dass Leistungsfähigkeit für Herrn K eine zentrale identitätsstiftende Funktion hatte. In seiner Biografie wurde deutlich, dass er schulisch und beruflich wiederholt das Gefühl erlebt hatte, nicht mit halten zu können. Mehrere Ausbildungsabbrüche und berufliche Umwege hatten dieses Erleben verstärkt. Der Sport stellte über viele Jahre den einzigen Bereich dar, in dem Herr K sich als kompetent, erfolgreich und anerkannt verstand. Die Angst, den Sport zu verlieren, verdichtete sich zu der existenziellen Befürchtung, „gar nichts mehr zu sein“. Der Wert Sport hatte sich pyramidal über andere Werte erhoben und trug einen großen Teil zum empfundenen Selbstwert bei. Die Angst erwies sich damit nicht primär als Angst vor Krankheit, sondern als Angst vor Identitätsverlust und Beschämung. Im weiteren Verlauf der Sitzung wurde diese Erkenntnis genutzt, um eine behutsame Aufwertung des heilen Anteils vorzunehmen. Gemeinsam wurden Werte, Fähigkeiten und persönliche Qualitäten herausgearbeitet, die auch abseits von sportlicher Leistung bestehen. Der Blick richtete sich zu gelebten Werten, Beziehungen und innerer Haltung (die er im Zuge der Weiterbildung zum Mentaltrainer bereits ausgebaut hat). Die Angst konnte so in einen größeren Sinnzusammenhang eingeordnet werden, ohne sie zu relativieren oder zu entwerten.

Vierte Sitzung

Die vierte Sitzung stand im Zeichen weiterer Aufwertung. Ausgangspunkt war die Erkenntnis aus der vorhergehenden Sitzung, dass der Sport für Herrn K eine pyramidal überhöhte Bedeutung eingenommen hatte und maßgeblich zur Stabilisierung seines Selbstwertes diente. Die Angst erwies sich vor diesem Hintergrund als Signal einer existenziellen Überlastung dieses einen Wertes. Gemeinsam wurde reflektiert, welche Folgen diese einseitige Wertbindung hatte. Herr K erkannte, dass sein Selbstwert stark an Leistung gekoppelt war und wenig Spielraum für Schwäche, Unsicherheit oder Nicht-Funktionieren ließ. Diese Erkenntnis wurde nicht problematisiert, sondern eingeordnet. Im weiteren Verlauf wurde gezielt an einer „Entpyramidisierung“ gearbeitet. Der Sport wurde nicht entwertet, sondern wieder als ein wichtiger, jedoch nicht allein tragender Wert eingeordnet. Parallel dazu wurden weitere Sinn- und Wertdimensionen sichtbar gemacht, insbesondere Beziehung, Verantwortung, persönliche Reife und innere Haltung. Der heile Anteil zeigte sich nicht in Leistung, sondern in der Fähigkeit zur Reflexion, zur ehrlichen Selbstbegegnung und zur Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben. Die Angst verlor in diesem Prozess zunehmend ihren einnehmenden Charakter. Sie wurde als Hinweis auf eine notwendige innere Korrektur

verstanden, nicht als Gegner. Erste vorsichtige Gedanken, den Sport wieder aufzunehmen, entstanden. Nicht aus Leistungsdruck, sondern aus freier Entscheidung.

Fünfte Sitzung

Die fünfte Sitzung diente der Integration des bisher Erarbeiteten und zur Vorbereitung auf die kardiologische Untersuchung. Herr K berichtete, dass sich seine Angst deutlich reduziert habe und das Herzstolpern an Bedeutung verloren habe, auch wenn es gelegentlich noch wahrgenommen werde. Gemeinsam wurde reflektiert, was sich innerlich verändert hatte. Herr K beschrieb ein neues Verhältnis zu sich selbst, das weniger leistungszentriert und weniger selbstabwertend war. Besonders bedeutsam war die Erkenntnis, dass sein Wert als Person nicht an körperliche Funktion oder sportliche Leistungsfähigkeit gebunden ist. Als Herr K die Tränen kamen, während er den Satz sprach: "Wissen Sie, eigentlich bin ich auch ohne Sport ein toller Typ", wusste ich, dass der heile Personenkern den kranken gerade verdrängt. Als Vorbereitung zu seinem ärztlichen Termin, wurde definiert, dass er dem Arzt mitteilt, dass er Angst hatte und teilweise noch habe und deswegen in Beratung war. Weiters will er dem Arzt mitteilen, dass dieser bitte behutsam und mit Bedacht Auskünfte erteilen möge, ohne aber etwas Wesentliches zu verschweigen.

Einige Tage nach dem Termin meldete sich Herr K telefonisch. Die kardiologische Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund. Entscheidender als die medizinische Entwarnung war jedoch seine Aussage, dass er jetzt weiß, dass die Angst vor dem Herzen unbegründet ist, aber auch dankbar ist, dass sie ihm aufgezeigt hat um was es wirklich geht. Er berichtete von einem neuen Vertrauen in sich selbst und seinen Körper sowie von dem Gefühl, „wieder im Leben zu stehen“. Damit konnte der Beratungsprozess abgeschlossen werden.

8. Conclusio

Reflexion und Schlussfolgerung

Eine abschließende Reflexion über ein Thema in der Vielschichtigkeit und Komplexität wie der Angst, ist kein Leichtes. Schon gar nicht, wenn man nicht nur über, sondern von einem Thema heraus, schreibt. Bis vor nicht allzu langer Zeit, war mein Leben, ja eigentlich seit ich denken kann, von Angst geprägt, von ihr beeinflusst und in der schlimmsten Zeit, von ihr gesteuert. Ja, ich kenne die Täler menschlichen Seins, die sich wie tiefe, lichtverschlingende Schluchten anfühlten. Ich kenne das Sehnen, das unbedingt Werden wollen, dass doch endlich Sein können. Und ich kenne die Hoffnungslosigkeit, die sich wie eine schwere Betondecke über alles legt, was einst gewillt war zu wachsen und zu gedeihen.

Und gleichzeitig, obwohl es für viele ein Widerspruch darstellen muss, war da Liebe in mir. Liebe für die Menschen zu denen ich mich, und sie zu mir, beziehen konnte. Liebe für die Schönheit der Erde, mit all dem, was meine Neugierde für irdisches Sein motivierte. Liebe für die Sonnenuntergänge, die nur mich meinten und mir die Tränen in die Augen trieben, weil sie in den Himmel schrieben, dass das Leben doch eigentlich ein Gutes ist. Liebe für den warmen Wind an meinen Wangen, wenn ich mit dem Fahrrad durch die anbrechende Nacht des Sommers fuhr. Da war nichts als Liebe, als ich erkannte, dass das kleine Wesen, was durch unser beider Sein entsprang, auf dieser Welt bleiben wollte.

Was war es, dass in den kältesten Nächten Wärme bot? Was war es, dass im dunklen Verlies, dort wo der Verstand den Körper zum Sterben verleiten wollte, ein Licht zum Flackern brachte? Von wem stammte die kaum wahrnehmbare und in Worten nicht begreifliche Stimme, die mir zu hauchte, dass mein Leben gebraucht wird?

Ich gebe zu, die literarische Form mag abgehoben klingen, doch bringt die sachliche Ausdruckweise meist noch weniger zum Vorschein, was das Erleben einer Person, zu jener bedrohlichen Zeit, zu ihrer Wahrheit machte. Um diese Arbeit zu reflektieren und die Schlussfolgerung zum Ausdruck zu bringen, bediene ich mich dennoch einer Sprache abseits der Metaphern:

Wie in einigen Kapiteln dieser Arbeit beschrieben, habe ich viele psychosomatische Symptome durch eine chronifizierte Angst und Panik selbst erleben müssen. Ängste

waren bereits in meiner Kindheit ein allgegenwertiges Schauspiel, doch wurden sie mit zunehmender Eigenständigkeit, spätestens aber ab meinem achtzehnten Lebensjahr, mehr und mehr Mitgestalter meines Lebens. Gleichzeitig war ich immer schon ein Mensch, der sich von der Welt, in der er lebt und von den Mitmenschen, die ihn umgeben, begeistern lassen konnte. Neugierig saugte ich auf, probierte aus, fand kreativen Ausdruck, das Schreiben, das Zeichnen, das Malen, das Werkeln, das Sprechen, das Philosophieren, das Spüren, das Fühlen, das Denken ... Und obwohl die Umstände oft schwierig waren, war da immer etwas in mir, dass das Gefühl auslöste, es würde sich lohnen das alles durchzustehen. Oft sagte ich mir „Semih, was, wenn deine Schule das Leben selbst ist, und dein Erkennen, dein Verstehen, eines Tages wertvoll wird, für andere, die einen ähnlichen Weg gehen?“.

Heute weiß ich, dass dem so ist. Ich durfte bereits hunderte Menschen in verschiedenster Form begleiten. Durfte ein Buch schreiben, das von tausenden Menschen gelesen wurde und komme meiner Essenz immer näher.

Durch diese Diplomarbeit wurde mir einmal mehr bewusst, dass da immer ein Ziehen in mir war, neben dem ganzen Drücken. Ich erkenne, dass diese leise, wohlwollende Stimme das Gewissen war. Dass die Momente der Freude, Momente der Dereflexion waren. Erkenne, dass mich die Selbsttranszendenz am Leben gehalten hat. Mein Psychophysikum wirkte oft wie Goliath, doch ich erkenne auch, dass mein noopsychischer Antagonist David heißt. Meinen ersten Text über Sinn schrieb ich mit 14 Jahren. Seit dem verstand ich mich als Sinnsuchender und habe dies auch mehrmals genau so genannt. Heute weiß ich, dass der Wille zum Sinn in mir wohnt und dass mein Gewissen, über all die Jahre versuchte und oft erfolgreich versuchte mich auf meinem Weg zu halten.

Die Logotherapie und Existenzanalyse ist kein Wundermittel gegen die Angst. Dass ich mich heute neu auf das „scheinbar schicksalhafte“ meines Lebens eingestellt habe, habe ich vielen bedeutsamen Menschen zu verdanken. Menschen, die mich geliebt haben, mit mir befreundet waren. Menschen die mich ausgebildet, gecoacht, therapiert, behandelt haben. Menschen die Bücher schrieben, Filme machten, Musik komponierten. Auf meinem Weg begegneten mir systemische, individualpsychologische, tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, buddhistische und esoterische Lehrer und Lehrinnen. Doch wenn ich mir diese Diplomarbeit ansehe, dann glaube ich, dass mir einiges an Angst erspart gewesen wäre, wenn ich schon früher der

Logotherapie und Existenzanalyse begegnet wäre. Doch so, blicke ich mit Freude und Demut, auf eine reich gefüllte Scheune, deren transzendentaler Wert, sich mit dem Sinnangebot des Augenblicks vermählen darf und das in die Welt bringt, was nur ich verantworten kann.

„Für gewöhnlich sieht der Mensch nur das Stoppelfeld der Vergänglichkeit; was er übersieht, sind die vollen Scheunen der Vergangenheit. Im Vergangensein ist nämlich nichts unwiederbringlich verloren, vielmehr alles unverlierbar geborgen. Nichts läßt sich aus der Welt schaffen, was einmal geschehen ist; kommt nicht alles nur um so mehr darauf an, daß es in die Welt geschaffen wird?“ (Viktor E. Frankl, 2017, S.187)

Literaturverzeichnis

Bücher

Frankl E. Viktor, Ärztliche Seelsorge (2005), 3. Auflage, Wien

Frankl E. Viktor, Ärztliche Seelsorge (2017), PDF-Version, Deuticke

Frankl E. Viktor, Der leidende Mensch (2018), 4. Auflage, Hogrefe

Frankl E. Viktor, Trotzdem ja zum Leben sagen (2020), 9. Auflage, Penguin

Frankl E. Viktor, Das Leiden am sinnlosen Leben, Psychotherapie für heute (2013), Freiburg

Frankl E. Viktor, Der Wille zum Sinn, (2016), 7. Auflage, Hogrefe

Lukas Elisabeth, Lehrbuch der Logotherapie, 5. Auflage (2023), Profil

Lukas Elisabeth, Bathány Alexander, Logotherapie und Existenzanalyse heute (2020), Tyrolia

Lukas Elisabeth, Den ersten Schritt tun, (2008), Kösel

Bathány Alexander, Biller Klarheinz, Fizzotti Eugenio, Viktor E. Frankl Gesammelte Werke, Band 2, 2006, Böhlau

Biller Karlheinz, De Lourdes Stiegeler Maria, Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse, 2008, Böhlau

Böschemeyer Uwe, Aussöhnung mit uns selbst und dem unvollkommenen Leben, (2023), Kneipp

Kruse J. et al., Leitfaden Psychosomatische Medizin, (2025), Deutscher Ärzteverlag

Plag J. et al., Praxishandbuch Angststörungen, (2024) (PDF-Version), Elsevier

Uexküll T von, (2010) Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis, Elsevier

Maté Gabor, Maté Daniel, Vom Mythos des Normalen, (2023), Kösel

Studien, Reviews, Analysen

McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Guilford Press.

Qianting Zhong, Lijing Niu, Keyin Chen, Tania M.C. Lee, Ruibin Zhang, (2024) Prevalence and risk of subthreshold anxiety developing into threshold anxiety disorder in the general population, Journal of Affective Disorders, Volume 367

Osuch E, Vingilis E, Wammes M, Demy J, Summerhurst C, Arcaro J (2024) Early intervention model for treating mood and anxiety disorders: A realist mixed-methods hypothesis test of emerging adult recovery through the mechanism of agency. PLOS Ment Health 1(2): e0000008. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000008>

DFP: Diagnose und Genese der Angststörungen, Aigner M, Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 2011; 12 (4), 336-342

Dieterich, M., Eckhardt-Henn, A. Neurologische und somatoforme Schwindelsyndrome. Der Nervenarzt. 75 (2004) 281-302

Gasparre D, Pepe I, Laera D, Abbatantuono C, De Caro MF, Taurino A, D'Erasmo D, Fanizzi P, Antonucci LA, Pantaleo A, Cavallaro G, Pontillo V, Taurisano P and Quaranta N (2023) Cognitive functioning and psychosomatic syndromes in a subjective tinnitus sample. *Front. Psychol.* 14:1256291. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1256291

Basso, L., Boecking, B., Neff, P. et al. Hair-cortisol and hair-BDNF as biomarkers of tinnitus loudness and distress in chronic tinnitus. *Sci Rep* 12, 1934 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-04811-0>

Moloney RD, Johnson AC, O'Mahony SM, Dinan TG, Greenwood-Van Meerveld B, Cryan JF. Stress and the Microbiota-Gut-Brain Axis in Visceral Pain: Relevance to Irritable Bowel Syndrome. *CNS Neurosci Ther.* 2016 Feb;22(2):102-17. doi: 10.1111/cns.12490. Epub 2015 Dec 10. PMID: 26662472; PMCID: PMC6492884.

Doenyas, C., Clarke, G. & Cseréjési, R. Gut–brain axis and neuropsychiatric health: recent advances. *Sci Rep* 15, 3415 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-86858-3>

Morys J, Małecki A, Nowacka-Chmielewska M. Stress and the gut-brain axis: an inflammatory perspective. *Front Mol Neurosci.* 2024 Jul 18;17:1415567. doi: 10.3389/fnmol.2024.1415567. PMID: 39092201; PMCID: PMC11292226.

Fadgyas-Stanculete, M., Buga, AM., Popa-Wagner, A. et al. The relationship between irritable bowel syndrome and psychiatric disorders: from molecular changes to clinical manifestations. *J Mol Psychiatr* 2, 4 (2014). <https://doi.org/10.1186/2049-9256-2-4>

Tania H. Bisgaard, Kristine H. Allin, Rahma Elmahdi, Tine Jess, The bidirectional risk of inflammatory bowel disease and anxiety or depression: A systematic review and meta-analysis, (2023), <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.05.002>.

Black J, Sweeney L, Yuan Y, Singh H, Norton C, Czuber-Dochan W. Systematic review: the role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022 Oct;56(8):1235-1249. doi: 10.1111/apt.17202. Epub 2022 Sep 8. PMID: 36082403; PMCID: PMC9825851.

Ilchmann-Dioumou H, Menard S. Psychological Stress, Intestinal Barrier Dysfunctions, and Autoimmune Disorders: An Overview. *Front Immunol.* 2020 Aug 25;11:1823. doi: 10.3389/fimmu.2020.01823. PMID: 32983091; PMCID: PMC7477358.

Jamie L Rhudy, Mary W Meagher, Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds, *Pain*, Volume 84, Issue 1, 2000, Pages 65-75, ISSN 0304-3959, [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00183-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00183-9).

Metzger S, Poliakov B, Lautenbacher S. Differential effects of experimentally induced anxiety and fear on pain: the role of anxiety sensitivity. *J Pain Res.* 2019 Jun 6;12:1791-1801. doi: 10.2147/JPR.S189011. Erratum in: *J Pain Res.* 2019 Jul 10;12:2113. doi: 10.2147/JPR.S221053. PMID: 31239757; PMCID: PMC6559761.

Quidé Y, Hesam-Shariati N, Norman-Nott N, McAuley JH, Gustin SM. Stress-Related Brain Alterations in Chronic Pain. *Eur J Pain.* 2025 Jul;29(6):e70034. doi: 10.1002/ejp.70034. PMID: 40344274; PMCID: PMC12063716.

Cathcart S, Winefield AH, Lushington K, Rolan P. Stress and tension-type headache mechanisms. *Cephalgia.* 2010;30(10):1250-1267. doi:[10.1177/0333102410362927](https://doi.org/10.1177/0333102410362927)

Blozik E, Laptinskaya D, Herrmann-Lingen C, Schaefer H, Kochen MM, Himmel W, Scherer M. Depression and anxiety as major determinants of neck pain: a cross-sectional study in general practice. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009 Jan 26;10:13. doi: 10.1186/1471-2474-10-13. PMID: 19171034; PMCID: PMC2636754.

Heidary, Maedeh MA; Heshmati, Rasoul PhD; Hayes, Joseph PhD. Effect of Group Logotherapy on Anxiety About Death and Existential Loneliness in Patients With Advanced Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Cancer Nursing* 46(1):p E21-E30, 1/2 2023. | DOI: 10.1097/NCC.0000000000001086

Mohabbat-Bahar S, Golzari M, Moradi-Joo M, Akbari ME. Efficacy of Group Logotherapy on Decreasing Anxiety in Women with Breast Cancer. *Iran J Cancer Prev.* 2014; 7(3):165-70.

Bahar A, Shahriary M, Fazlali M. Effectiveness of Logotherapy on Death Anxiety, Hope, Depression, and Proper use of Glucose Control Drugs in Diabetic Patients with Depression. *Int J Prev Med.* 2021 Jan 19;12:6. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_553_18. PMID: 34084303; PMCID: PMC8106274.

Ravari A, Mirzaei T, Hosieni F, Hassanshahi E. Comparison of The Effects of Cognitive Therapy and Logotherapy on Iranian Elderly People's General Health. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2021 Oct;9(4):289-299. doi: 10.30476/ijcbnm.2021.88217.1497. PMID: 34604398; PMCID: PMC8479288.

Aiello-Puchol A, García-Alandete J. A systematic review on the effects of logotherapy and meaning-centered therapy on psychological and existential symptoms in women with breast and gynecological cancer. *Support Care Cancer.* 2025 May 10;33(6):465. doi: 10.1007/s00520-025-09519-1. PMID: 40347318; PMCID: PMC12065743.

Vos J, Vitali D. The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative and Supportive Care*. 2018;16(5):608-632.
doi:10.1017/S1478951517000931

Hilfsmittel

Für die Gliederung, die Recherche und die systematische Durchsicht von Quellen wurde K.I. (LLM) verwendet.