
**Forschungsberichte aus dem Institut für Psychologie
Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie**

Ludwigs-Maximilians-Universität München

Arbeitsgruppe Prof. Butollo

Forschungsbericht Nr. 1

Konfrontation und Kontakt:

**Integration von Gestalt- und Verhaltenstherapie bei
Angststörungen**

Willi Butollo

_____ **LMU**
Ludwig_____ **LMU**
Maximilians—
Universität___
München_____

Forschungsbericht Nr. 1, Oktober 1995

Vortrag anlässlich des Kongresses „Psychotherapie in der Psychiatrie“ in Graz, 19. – 22. Oktober, 1995.

Institut für Psychologie – Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Willi Butollo

Leopoldstr. 13

D-80802 München

_089/2180-5173

Fax 089/2180-5224

Email: butollo@psy.uni-muenchen.de

**Konfrontation und Kontakt:
Integration von Gestalt- und Verhaltenstherapie
bei Angststörungen**

Willi Butollo

Einleitendes

Sehr geehrte Damen und Herren, sie haben einen langen und mit vielen Vorträgen bestückten Nachmittag hinter sich, mit interessanten Berichten zum Thema Angst und Zwang, die jedoch auch ermüdend waren. Bevor ich mich auf dem Weg zum Rednerpult machte, hatte ich den Eindruck, ich würde, wäre ich jetzt noch Zuhörer, keinen weiteren Vortrag mehr aufnehmen können.

Als Vortragender, in der Rolle des Aktiven, geht es mir da im Augenblick schon wieder besser. Nun frage ich Sie, wie es Ihnen denn jetzt geht? Wie fühlen Sie sich in dieser Situation? Sind Sie noch einigermaßen in Kontakt mit Ihren gegenwärtigen Bedürfnissen? Was können und vor allem, was wollen Sie noch aufnehmen? Warum harren Sie so lange aus? Ist es tatsächlich das *Interesse* für das, was vielleicht noch kommt, oder sind es diverse Ängste und Zwänge, die Sie noch auf den Sitzen halten? Liegt es daran, dass Sie sich selbst dazu zwingen, bis zum Schluss dazubleiben? Liegt es daran, dass Sie zu scheu sind, mitten in der Reihe aufzustehen und rauszugehen? Oder haben Sie Angst, doch etwas Wesentliches zu versäumen?

Während ich so *zu Ihnen* spreche merke ich, dass sich die Stimmung im Auditorium zu ändern begonnen hat. Wo mir eben noch tiefste Lethargie entgegenstarrte, beginnen sich nun die Gesichter aufzuhellen, plötzlich ist Aufmerksamkeit da, irgendwas *zwischen uns* hat sich in Richtung größerer *Lebendigkeit* verändert.

Damit habe ich Sie in gewisser Weise auch schon zum Thema hingeführt. Auch Angst ist der Gegenpol der Lebendigkeit und Angsttherapie hat, will sie erfolgreich sein, immer etwas mit dem Wecken und Unterstützen der Lebendigkeit zu tun.

Sie haben gemerkt, dass in dem Moment, da ich als Vortragender von der Funktion als „Informationsweitergeber“ weggehe und mit Ihnen in eine Art von *Kontakt* zu treten versuche, sich an ihrer Erschöpfung etwas zu ändern beginnt. Zwischendurch kommt sogar eine aufgeräumte Heiterkeit auf, die Aufmerksamkeit ist plötzlich da und die Müdigkeit wie weggeblasen. Auch wenn ich Ihnen, in Anlehnung an Wittgenstein, noch nicht viel Inhaltliches *gesagt* habe, ich konnte Ihnen etwas *zeigen*, das direkt zum Thema gehört.

Was ist geschehen? Anstatt gegen die immer stärker werdende Müdigkeit und Passivität auf Ihrer Seite, auf Seite der Zuhörer, anzukämpfen, etwa in dem ich sie zu ignorieren versuche oder mich bemühe, mich nicht anstecken zu lassen und meinen Vortrag mit Kraft einfach *gegen* die entstandene Beziehungsrealität durchzuziehen, versuche ich etwas Neues: Ich trete mit Ihnen in gewisser Weise in Kontakt oder zumindest in eine Art *dialogische Beziehung*. D.h. ich berücksichtige ihre gegenwärtige Situation, in dem, was ich sage, mit. Ich achte darauf, wie das, was ich sage bei Ihnen ankommt. Und ich baue das, was von Ihnen kommt, auch wenn es nicht verbal ist, in das, was ich als Nächstes sage, ein. Diese Art von dialogischer Beziehung hat in der Regel eine erfrischende, kraftpendende Wirkung. Sie können das im Augenblick auch hier an der geänderten Stimmung im Raum, aber am deutlichsten an sich selber registrieren.

Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft des Redners das Risiko auf sich zu nehmen, in die nicht durch ein Vortragskonzept vorstrukturierte, also gewissermaßen *leere* Gegenwart einzutreten. Plötzlich ist alles möglich.

Der Veranstalter dieses Kongresses, Prof. Zapototcky, hat in seinem Geleitwort das Absurde in der Psychotherapie erwähnt und eine Passage aus Rilkes Neunter Duineser Elegie zitiert: „Ich lebe. Woraus? Weder Kindheit noch Zukunft werden weniger...überzähliges Dasein entspringt mir im Herzen.“ Zapototcky warf

damit die Frage einer adäquaten Therapie der Angststörung auf. Die Antwort scheint nahe zu liegen. Wir brauchen eine Therapie, in der die Lebendigkeit gesucht und gefördert wird, in der die Lebendigkeit geweckt wird - ein „inkompatibler“ Gegenpol chronischer Angst, Ziel und Vehikel in der Angsttherapie. Offen bleibt die Frage nach dem *Wie* einer so angelegten Therapie.

Ausgangslage für die Studie

Bereits in den 70er Jahren, nach einigen Wirkungskontrollstudien zur Angsttherapie, wurde klar, dass mit diesem Therapieansatz wichtige Hilfestellungen für das Bedürfnis der Angstpatienten nach Reduktion der Angst geleistet werden können. (Butollo, 1977, 1979; Marks, 1975; Rachmann, 1976)

Die intrapsychischen ebenso wie die zwischenmenschlichen Bedingungen der Angststörung wurden dabei jedoch so gut wie nicht berührt. Daraufhin habe ich begonnen einen therapeutischen Weg zu suchen, der es ermöglicht dem *gesamten Phänomen der Angststörungen* gerecht zu werden. (Butollo, 1984; Butollo & Höfling, 1984)

Was ist unter „gesamten Phänomen der Angststörungen“ zu verstehen? Warum ist es notwendig die vorhandenen Therapien zur Angstreduktion zu erweitern?

Angststörungen dominieren die Gesamtpersönlichkeit des Patienten in vielfältiger Weise. Die Konzentration auf *Angstverhalten* in Diagnose und Therapie verhindert gleichsam die Wahrnehmung anderer Störungsbereiche, etwa in der Beziehungsgestaltung. Wer sich dem Patienten derart mit einer auf Angstabläufe fixierten diagnostischen Fragestellung nähert, übersieht leicht, welche Defizite im Bereich der psychischen Struktur, im Bereich der Palette der Gefühle, der Selbstwahrnehmung, in der Beziehungsfähigkeit und im Übertragungsprozess vorliegen.

In gewisser Weise dient die Angststörung als Deckemotion für andere Problem-bereiche. Gelingt es nicht diese Problembereiche zu identifizieren und durch therapeutische Arbeit einer Veränderung zuzuführen, besteht die Gefahr, dass selbst bei erfolgreicher Angstreduktion neue Problemfelder gefunden werden müssen, um diese Deckfunktion zu übernehmen.

Bedingt durch die bei Angststörungen typische Struktur der Patient-Therapeut-Beziehung wird das volle Ausmaß der Störung eher kaschiert. Die Aspekte er-scheinen demnach auch nicht in Therapiestudien, deren primäres Interesse der Nachweis der Angstreduktion ist. Wer macht sich auch in einer Arbeit über „Exposure“ schon daran, die zugegebenermaßen schwierige Untersuchung der Beziehungsstörung vorzunehmen?

Wenn das, wie zuletzt bei Fiedler (1994), doch geschieht, erfolgt das mit unzu-reichender Methodik. SASB-Maße für „Autonomie“ in Exposure-Sitzungen zu erheben ist problematisch. Ein Patient, der die Konfrontation verweigert, indem er auf seine Angstsymptomatik verweist, liefert damit ein eher fragwürdiges Maß für „Autonomie“. Soziale Durchsetzung mit Hilfe des Symptoms ist ja wirklich das Gegenteil dessen, was in einer die Selbst-Autonomie fördernden Therapie anzustreben wäre.

Warum Gestalttherapie?

Warum aber ist es gerade Gestalttherapie, die hier diese Lücke schließen soll? Gestalttherapie ist in Europa in ihrer vollen Breite und Nützlichkeit kaum be-kannt, wird dafür aber heftig abgewehrt.

Gestalttherapie stützt sich auf mehrere komplexe Grundpositionen: Existentialismus, Feldtheorie im Sinne Kurt Lewins, Phänomenologie, Dialogische Psy-chologie und Therapie in Anlehnung an Martin Buber. Sie alle scheinen nicht

gerade im Zeitgeist der 90er Jahre zu liegen, weder wissenschaftlich, noch gesellschaftlich.

Das sind Grundpositionen, in denen eine Haltung zur psychischen Störung, zum Patienten als Mitmenschen aber auch zum Therapeuten zum Ausdruck kommen, die in dieser Form sonst keine anderer Therapie einzugehen riskiert.

Die Begegnung hat in der Therapie Vorrang gegenüber einer Interaktion, in der der Therapeut sich gegenüber dem Patienten als Experten definiert und damit professionelle Distanz herstellt, sich als Person aber versteckt. Die Hinwendung an die *Gegenwart* und gegenwärtige *Erfahrung* haben Vorrang vor dem Konzeptualisieren vergangener Erlebnisse. Der Aufbau von *Selbstunterstützung* und *Selbstbestimmung* haben Vorrang vor der passiven Patientenhaltung in einer Psychotherapie, in deren Verlauf man erwarten kann „behandelt“ zu werden.

Die gestalttherapeutische Perspektive der Angststörungen geht davon aus, dass die Patienten zwischen ihren *Wünschen* nach Autonomie („Freiheit“) und ihren *Wünschen* nach Sicherheit durch Zugehörigkeit („Unfreiheit“) verharren. Sie können gleichsam weder vor noch zurück. In der Gestalttherapie wird zwischen diesen beiden Polen extremer Beziehung, der Isolation und der Konfluenz, die Fähigkeit zur Gestaltung der Kontakte gefördert. Damit soll sich der pathologisch gewordene Appell der Klienten nach Hilfe erübrigen.

Wie aber kann Gestalttherapie durchgeführt werden, wenn die Klienten selbst in erster Linie und ausschließlich an einer Angstreduktion interessiert sind? Gestalttherapie führt die Klienten dahin, Eigenverantwortung zu übernehmen, Gefühle wieder wahrzunehmen und Wünsche wieder zu erfahren. Sie werden dabei unterstützt, das Risiko einzugehen, ihre Gefühle auszudrücken, selbst dann, wenn sie tabuisiert sind oder gegenüber einem definierten sozialen Kontext un-

angemessen erscheinen. Wie aber soll Gestalttherapie, u.U. *gegen* die vordergründige Motivation der Klienten, die primär Angstreduktion wollen, durchgeführt werden?

Die Erfahrungen an unserem Institut zeigen, dass der Einstieg zur Schaffung eines tragfähigen Kontaktes, der die Klienten für beziehungsorientierte Arbeit offen werden lässt, geschaffen werden kann. Dazu muss die Motivation der Klienten - Angstreduktion - z.Zt. des Therapiebeginns *ernst* genommen werden. Das geschieht, indem wir mit der *verhaltenstherapeutischen Bearbeitung der Ängste* beginnen, also mit Desensibilisierung und Konfrontation („Exposure“), sowie mit kognitiver Arbeit an den angstinduzierenden Denkformen und -inhalten.

Aus der Verhaltenstherapie werden die für die Angstbehandlung geeigneten Methoden aus der gesamten Palette der einschlägigen, lernpsychologisch fundierten Techniken gewählt und durchgeführt. Es kommt dabei zum Aufbau einer neuen Ebene der Gesprächssituation, wobei Auffälligkeiten in der Beziehungsgestaltung in den Vordergrund treten. Vor allem unter dem Eindruck der starke Emotionen auslösenden Angstkonfrontation wird es den Klienten möglich auch über tabuisierte und z.T. erheblich schambesetzte Themen zu sprechen. Dazu gehören auch die Merkmale der Klient-Therapeut-Beziehung.

Vor allem scheint es eine der Schwierigkeiten der Klienten zu sein, die Bindung, die sie zum Therapeuten aufnehmen, sich und ihm einzugestehen. Auch fällt es schwer, die Wünsche und Gefühle, die im Rahmen dieser Bindung entstehen, anzusprechen und zu diesen ganz persönlichen Reaktionen zu stehen.

Generell scheint es ja ein Hauptproblem phobischer Klienten zu sein, klischeefreie Beziehungen einzugehen, in denen lebendiger Kontakt zustandekommt,

anstatt ständig über das Symptom zu sprechen. Das würde ja heißen, Neues, Unkontrolliertes in der Begegnung zuzulassen, mit anderen Worten, sie mit Lebendigkeit zu füllen. Es ist natürlich leichter, den Therapeuten durch Symptomdruck und Rückfälle zu binden als die subjektive Wehrlosigkeit zu riskieren, die entsteht, wenn man den Wunsch äußert: „Ich will bei dir sein“, oder „Ich will wieder weggehen können, ohne dass Du mich deswegen verlässt“. Die Prozesse in der Therapiebeziehung sind typisch für die Beziehungsabläufe außerhalb der Therapie.

Zur Forschungsstrategie

Therapieforschung unter Einsatz experimenteller, varianzanalytisch angelegter Versuchspläne verliert die Information, die im Einzelfall verborgen ist. Außerdem ist diese Forschungsstrategie nur bei Therapieansätzen möglich, in denen therapeutische Maßnahmen im vorhinein geplant werden können. Therapieformen, die den lebendigen Prozess zwischen Therapeut und Klient zum Hauptmedium der therapeutischen Arbeit machen, in denen sich entwickelnde subjektive Erfahrungen aufgegriffen und bearbeitet werden, brauchen andere Forschungsstrategien.

Auf die Mängel der Therapieforschung an Hand von Gruppenvergleichen und der Auswertung von Mittelwertsunterschieden, habe ich an anderer Stelle ausführlicher hingewiesen (Butollo, 1995). In den erfahensorientierten dialogischen Psychotherapien, etwa der Gestalttherapie, bietet es sich eher an, jeden Fall als einen Einzelfall zu betrachten und auch als solchen auszuwerten.

Es ist dann durchaus möglich die Ergebnisse der Einzelfälle auf einem höheren Aggregationsniveau summarisch darzustellen.

Ziel des dialogischen Therapieansatzes ist u.a., die Lebendigkeit der Therapie-situation selbst zu fördern und damit dem Klienten neue Erfahrungen mit eben

dieser Lebendigkeit zu vermitteln. Die Forschung muss versuchen, eine derartige Therapie so zu begleiten, dass sie den Therapieprozess selbst nicht stört. Dazu gehört, dass der Therapeut selbst keine Forschungsaufgabe bekommen darf, die ihn von seiner Konzentration auf die Arbeit mit dem Klienten ablenken würde. Der experimentelle Ansatz, in dem der Therapeut technische Vorgaben erhält, erfüllt diese Forderung nicht und fällt daher aus.

Was bleibt ist ein eher korrelativer, auf Kovarianzanalyse hin ausgerichteter Forschungsansatz, dessen Daten aus Papier- und Bleistifterhebungen im Anschluss an Sitzungen oder aus der Auswertung von, mittels Video und Tonträgern, aufgezeichneten Sitzungen gewonnen werden.

Beschreibung des Therapieablaufs

Nach drei Diagnostiksitzungen wird, in Absprache mit dem Klienten, entschieden, ob mit verhaltenstherapeutischer Einzeltherapie oder gleich mit einer gestalttherapeutischen Gruppe begonnen wird. (s.a. Abbildung S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**)

Die Entscheidung orientiert sich in erster Linie am Veränderungsziel, welches der Klient selbst in die Diagnostiksitzungen mitbringt und an der Art der Angststörung. Liegen soziale Ängste im Vordergrund, wird in der Regel gleich mit der Gruppentherapie begonnen.

Alle Therapieangebote werden in Form von Modulen zu je zehn Sitzungen angeboten, wobei die Einzeltherapien einstündig und die Gruppensitzungen zweistündig sind.

Therapieziele im *verhaltenstherapeutischen Modul* sind:

- die Verbesserung der Selbstwahrnehmung im Hinblick auf das Angstgeschehen,

- der Aufbau von Möglichkeiten zur Wahrnehmung und Veränderung eigener Vermeidungsstrategien,
- die Verbesserung der Entspannung und
- die Entwicklung der Fähigkeit Angsterregung zu tolerieren ohne Vermeidungs- und Fluchtmaßnahmen ergreifen zu müssen.

Letzteres ist besonders für die Fähigkeit notwendig In-vivo-Konfrontation durchzuführen. Nach einigen, vom Therapeuten angeleiteten Sitzungen, sollen diese Übungen in Eigenverantwortung durchgeführt werden.

Weiterer Bestandteil des verhaltenstherapeutischen Einzelprogramms ist die Analyse angstbezogener Gedanken (angstinduzierende, Bewältigungsinkompetenz verstärkende Kognitionen) und der Aufbau alternativer Denkformen im Angstgeschehen.

Je nach individueller Motivations- und Problemlage, kann im Anschluss daran oder bereits zeitlich überlappend mit dem *Gruppentherapiemodul* begonnen werden.

Therapieziele dieses Moduls sind:

- Die verbesserte Wahrnehmung der eigenen Gefühle, insbesondere in Beziehung zu anderen. Dazu gehört die Verbesserung der Wahrnehmung der scheinbar alles dominierenden Angstgefühle. Erstaunlicherweise sind Klienten mit Angststörungen gar nicht so gut darin Angst als Gefühl wahrzunehmen, sich ihr innerlich zuzuwenden und diese Erfahrung genau zu beobachten. Meist geraten sie bei ersten Anzeichen von Angsterregung in Hektik, sind nur mehr damit befasst, diese Gefühle abzustellen bzw. zu vermeiden, *erfahren* sie also gar nicht richtig.
- Die Aufnahme einer symbolischen Interaktion mit dem Teil der Persönlichkeit, der für das Angsterlernen in gewisser Weise verantwortlich ist. Das ge-

schiebt in Form von sogenannten Gestaltdialogen (Rollenspiel), in denen der Klient mit dem aus seiner Persönlichkeit gleichsam abgespaltenen Teil der Angst, etwa „dem Angstmacher“, Kontakt aufnimmt und beide Anteile erfahrungsmäßig exploriert. Dadurch werden versteckte Motive erkannt und zum Ausdruck gebracht. Durch die Dialogform wird eine kognitive Verbindung von bisher nicht bewusst verbundenen Erlebnisanteilen herzustellen versucht.

- Das Explorieren von Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen außerhalb des Angstbereiches. Die Wahrnehmung und der Ausdruck dieser Interessen und Bedürfnisse werden vom Therapeuten unterstützt. So sollen neben der Angst, auf der die subjektive Identität des Klienten fast ausschließlich basiert, andere Identitätsbereiche aufgebaut und unterstützt werden („Ich bin nicht nur Angstpatient, sondern vieles andere mehr.“).
- Im weiteren Verlauf der Arbeit wird versucht, bisher wenig entwickelte oder aufgrund traumatischer Erfahrungen unterdrückte Gefühle wieder zugänglich zu machen. Im Gefolge der Agoraphobie z.B. gilt dies ganz besonders für Gefühle, wie sie bei traumatischen Trennungserlebnissen auftreten. Diese Erlebnisse werden in der Sitzung nicht gedeutet, es wird auch primär nicht über sie geredet, sondern sie werden in Form des sogenannten Gestaltexperiments im Raum reaktiviert.

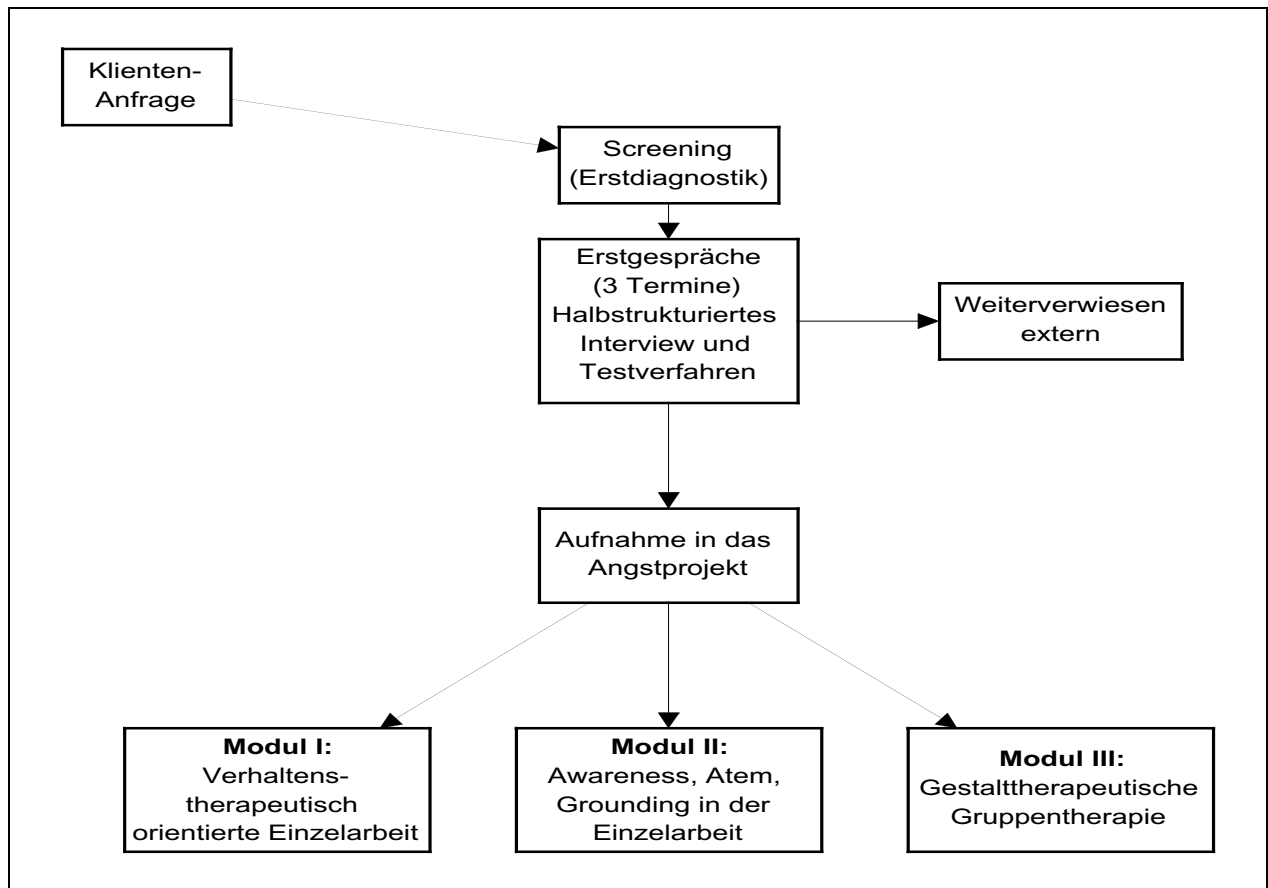


Abbildung 1: Phasenmodell der Behandlung von Angststörungen

So kann es sein, dass manchmal diese Sitzungen sehr ähnlich einer Konfrontationssitzung werden. Die Gefühlskonfrontation wird nicht über äußere angstausslösende Reize provoziert, sondern über *innere Bilder*, die über die Reaktivierung vergangener Erfahrungen zu *Gefühlserlebnissen* führen. Die Klienten hatten bisher den Eindruck, diese Gefühle entweder nicht ertragen zu können oder nicht zulassen und ausdrücken zu dürfen. Das gilt für Trauer und Ärger im besonderen Maße, aber auch für Gefühle des Neides und der Freude.

Eine besondere Bedeutung bekommt die Entscheidung zur Beendigung der Therapie. Die mit diesem Prozess aufkommenden Gefühle reaktivieren in der Regel traumatisch verlaufende Trennungsprozesse, wie sie bei diesen Patienten in der Kindheit stattgefunden haben mögen und führen auch zu ähnlichen Verläufen.

Fallbeispiel

Im Falle einer Patientin (E) mit Agoraphobie wurde der Beginn des Therapieabschlusses Auslöser für heftige Gefühle, die an Intensität und subjektiver Qualität genau den agoraphobischen Gefühlen entsprachen, unter denen sie am Beginn der Therapie litt.

Auch in dieser Phase wurde nicht versucht, diese Angstgefühle zu bekämpfen, sondern mit der Patientin diese therapeutisch wertvolle Reaktivierung primärer Verlassenheitsängste zu bearbeiten.

Die Patientin wurde über mehrere Wochen hinweg darin unterstützt, diese Ängste förmlich zu pflegen, sie bewusst zu erfahren und auszudrücken, bis sie sich zu legen begannen. Allmählich kam sie dann in die Lage, die Therapiesitzungen zuerst in ihrer Frequenz zu reduzieren, um dann schließlich die Therapie zu beenden.

Der Klientin wurde klar, dass ihre Gefühle bei drohender Trennung von einer wichtigen Bezugsperson, in dem Fall dem Therapeut, exakt ihren agoraphobischen Gefühlen entsprachen. Sie verschwanden und traten auch nicht mehr auf, als ihr diese Parallele deutlich wurde.

Unter bestimmten Umständen, vor allem dann, wenn die erfahensorientierte Therapie in Richtung einer Verstärkung der Gefühle anstatt in Richtung einer Unterdrückung derselben arbeitet, kann ein Prozess in Gang kommen, der wirklich auch als *Heilung der Agoraphobie* bezeichnet werden kann. Ein Prozess, der im Gegensatz zu den lernpsychologisch fundierten, kontraphobischen Therapieansätzen zu sehen ist, in denen das Ziel der Therapie die bessere *Kontrolle* der agoraphobischen Angst ist.

Sehr wenige der primär verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten haben jedoch bisher berichtet, dass sie von dieser Angst wirklich vollkommen frei geworden sind.

Ergebnisse

Die Stichprobe dieser Studie umfasst bislang 25 Patienten mit Angststörungen: 9 Agoraphobien, 1 Panikstörung, 1 Herzphobie, 11 Soziale Phobien, 1 Einfache Phobie, 1 Zwang, 1 Angst vor Stottern. Weitere 4 Patienten konnten wegen unvollständiger Datenbasis nicht ausgewertet werden, 5 Patienten haben die Therapie nach den ersten 1-5 Sitzungen abgebrochen. In einem späteren Stadium der Therapie sind keine Abbrüche vorgekommen.

Sie wurden mit durchschnittlich ca. 20 Einzelstunden Verhaltenstherapie (Exposition) und 22 Sitzungen Gestalttherapie (Gruppe) behandelt (9 Pat. mit 10 Gruppensitzungen, 8 Pat. mit 20, 2 Pat. mit 30, 6 Pat. mit 40). Die Ergebnisse sind allesamt vorläufig, da die Gruppentherapie für einen Großteil der Patienten noch nicht abgeschlossen ist.

Zwischenergebnisse, soweit Auswertungen bisher vorliegen:

Die Auswertung des *Streß-Verarbeitungs-Fragebogens* (SVF) nach Janke et al. (1985), der situationsunspezifisch nach dem Umgang mit belastenden Ereignissen fragt, ergab über die gesamte Stichprobe (n=22) nach vorläufig durchschnittlich 17 Gruppensitzungen erwartungsgemäß eine Abnahme in den Subskalen „Vermeidung“ (Effektstärke $ES=0,72^{**}$), „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ ($ES=0,38^*$) und „Fluchttendenz“ ($ES=0,48^*$). Deutlicher fallen die Effektstärken für die Untergruppe der Klienten mit Agoraphobie wegen ihrer höheren Ausgangswerte und einer etwas längeren durchschnittlichen Anzahl von 24 Gruppensitzungen aus. Im einzelnen sind die entsprechenden Effektstärken für die Klienten mit Agoraphobie (n=7) auf den Subskalen „Vermeidung“

1,92**, „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ 0,75(*) und „Fluchttendenz“ 1,94**.

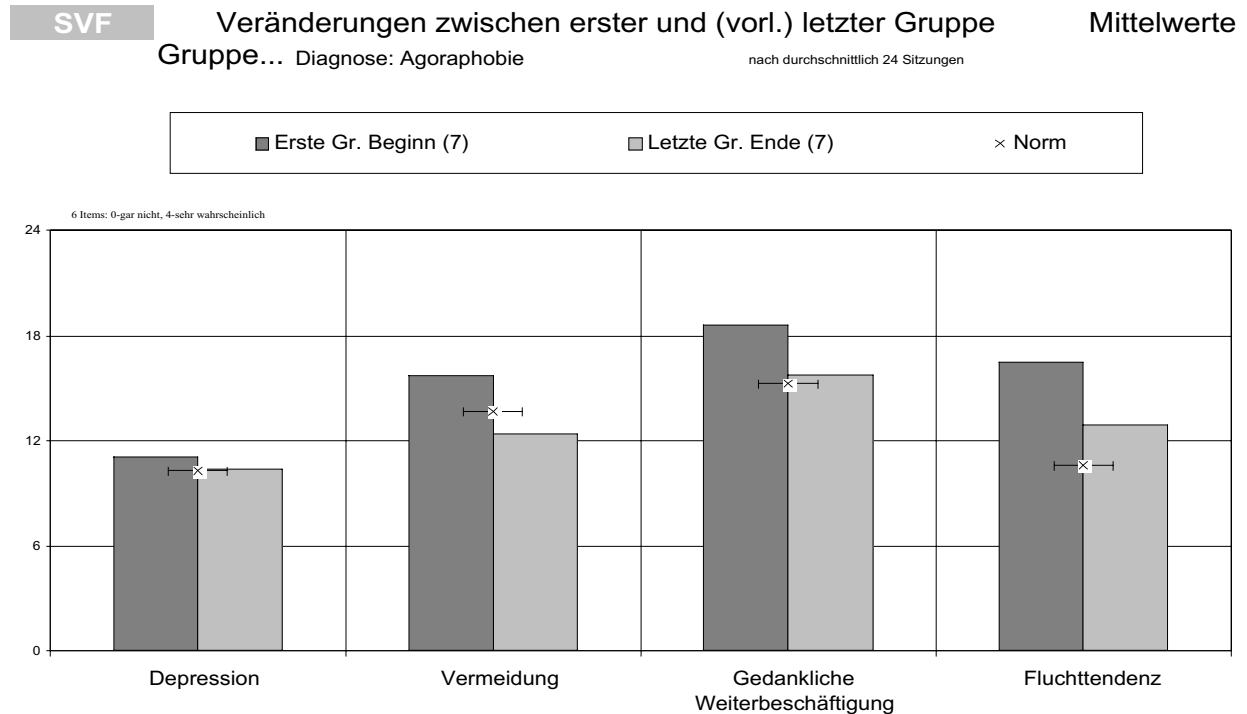


Diagramm 1: Ausschnitt aus den Ergebnissen des SVF

Die zweite größere Diagnosegruppe, die Sozialen Phobien, (n=6) verbesserte sich nach vorläufig durchschnittlich 17 Gruppensitzungen im *Unsicherheitsfragebogen* (Ullrich und Ullrich, 1976, 1978) in den Subskalen „Fehlschlag-Kritikangst“ (ES=0,86(*)), „Fordern-Können“ (ES=0,97*) und „Nicht-Nein-Sagen-Können“ (ES=0,61).

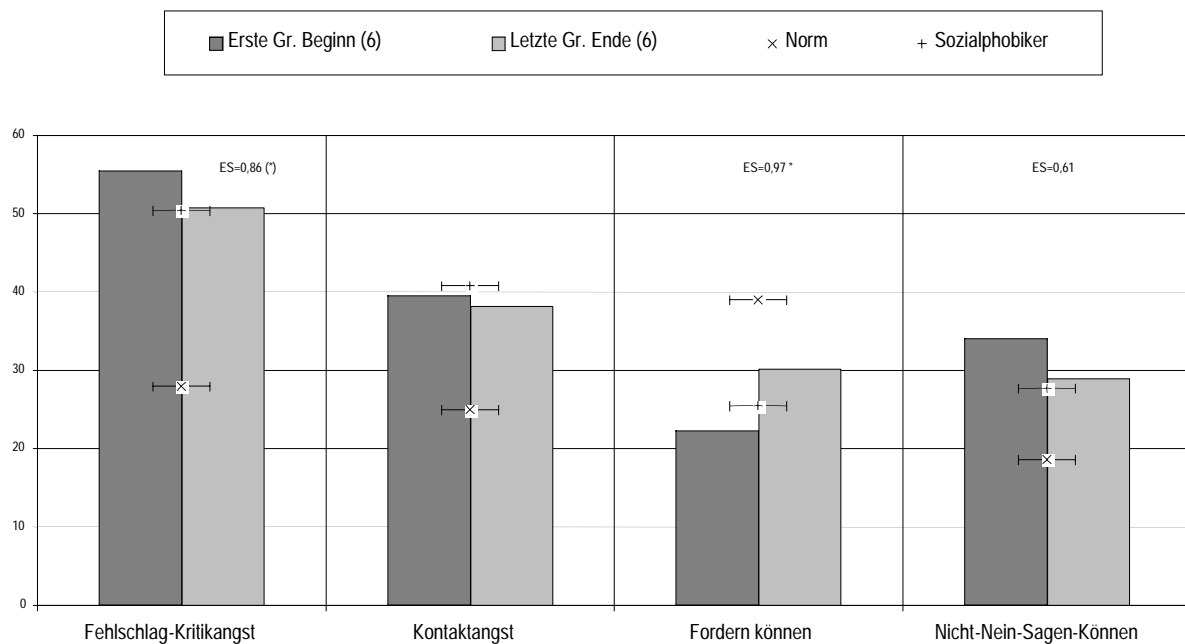


Diagramm 2: Ausschnitt aus den Ergebnissen des U-Fragebogens

Da die *Symptom-Check-Liste* (SCL-90-R; Derogatis, 1986) nicht von Anbeginn der Studie eingesetzt wurde, haben deren Ergebnisse zunächst noch vorläufigen Charakter. In nahezu allen Skalen des SCL-90-R sind aber jetzt schon sehr bedeutsame Symptomreduzierungen festzustellen. In herausragendem Maße gilt dies für Veränderungen bei Klienten mit Agoraphobie zwischen der 20. und 36. Gruppensitzung auf den Faktoren „Phobische Angst“ (ES=1,42*) „Somatisierung“ (ES=2,88***), „Zwänge“ (ES=1,77**) und den Summen-Scores „GSI - General Symptom Index“ (ES=1,87**) und „PST- Positive Symptoms“ (ES=3,35***).

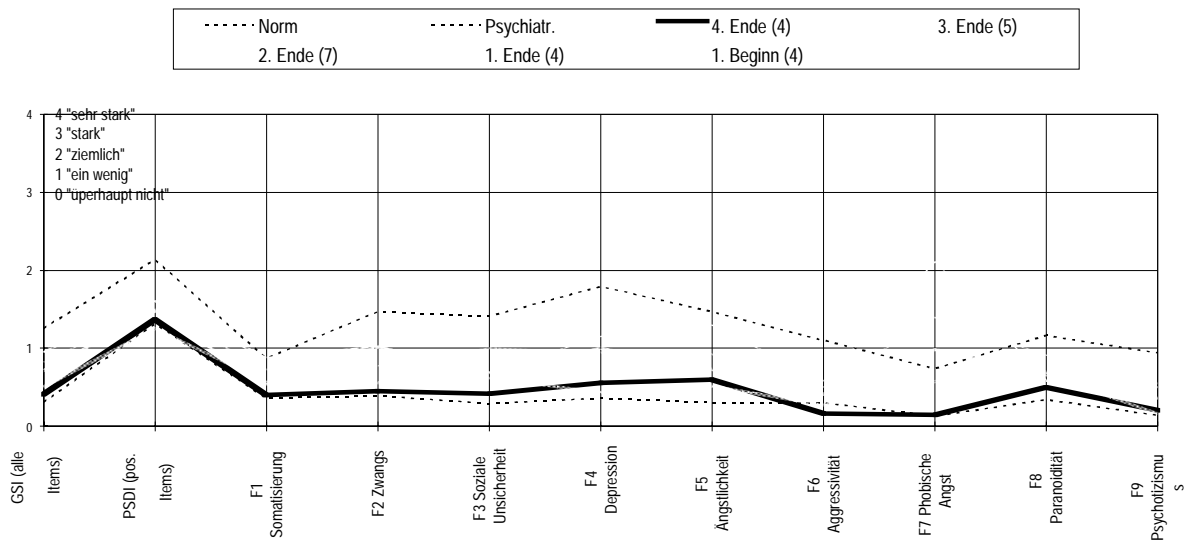


Diagramm 3: Ausschnitt aus den Ergebnissen des SCL-90-R

Insgesamt kann schon jetzt dem in unserem Forschungsprojekt verfolgten Therapieansatz hohe Effektivität bescheinigt werden. Auf praktisch allen eingesetzten Skalen ist eine deutliche Bewegung hin zu den „gesunden“ Normen eingetreten. Nach erster Einschätzung benötigen die Klienten mit Agoraphobie für nahezu vollständige, breitbandige Symptom-Remission neben ca. 20 verhaltenstherapeutische Einzelsitzungen ca. 40 Gruppensitzungen, in denen - wie oben beschrieben - konfliktorientiert gearbeitet wird. Die Stichprobe der Klienten mit Sozialphobien sind unserem Eindruck nach ich-strukturell auf eher geringem Niveau und im Schweregrad der Störung (z.B. im U-Fragebogen) zu Therapiebeginn noch jenseits der pathologischen Norm angesiedelt. Die stärksten Verbesserungen sind wie bei den anderen Diagnosen nach 20 Gruppensitzungen zu erwarten, dazu liegen aber im Moment noch nicht genügend Daten vor.

Zusammenfassend kann zu den Ergebnissen folgendes festgestellt werden:

- *Insgesamt* kann schon jetzt dem in unserem Forschungsprojekt verfolgtem Therapieansatz hohe Effektivität bescheinigt werden. Auf praktisch allen Skalen sind deutliche Bewegungen von ungünstigen Ausgangswerten hin zu „gesunden“ Normen beobachtbar. Die Ergebnisse sind vorläufig, da die Gruppentherapie für einen Großteil der Patienten noch nicht abgeschlossen ist. Die Ergebnisse betreffen nicht nur die Angstmaße, sondern die gesamte Bandbreite psychischer Symptome.
- Im *Streß-Verarbeitungs-Fragebogen* sind signifikante Abnahmen in den Dimensionen „Vermeidung“, „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ und „Flucht-tendenz“ eingetreten.
- Klienten mit Sozialen Phobien verbesserten sich im *Unsicherheitsfragebogen* in den Subskalen „Fehlschlag-Kritikangst“, „Fordern-Können“ und „Nicht-Nein-Sagen-Können“.
- In nahezu allen Skalen der *Symptom-Check-Liste* (SCL- 90-R) sind sehr bedeutsame Symptomreduzierungen festzustellen. In herausragendem Maße gilt dies für Veränderungen bei Agoraphobien zwischen der 20. und 36. Gruppensitzung auf den Faktoren „Phobische Angst“, „Somatisierung“, „Zwänge“ und den Summen-Scores „GSI - General Symptom Index“ und „PST - Positive Symptoms“.

Diskussion

Wie eingangs erwähnt hat Angst im weitesten Sinne etwas zu tun mit der Unterdrückung von Lebendigkeit. Die Wurzeln der Angst sind im mangelnden Vertrauen gegenüber dieser Lebenskraft und den daraus resultierenden Folgen begründet. Der gestalttherapeutische Teil unserer Arbeit konzentriert sich, insgesamt gesehen, auf eine Unterstützung des Klienten dahingehend, seine Lebendigkeit wiederzuentdecken und sie im zwischenmenschlichen Kontakt zu riskieren.

Wie wir zeigen konnten, wirkt sich diese Arbeit statistisch bedeutsam *auch* im Bereich der Angstreduktion aus. Die Zunahme an Lebendigkeit haben wir gesehen, mangels existierender klinischer Messverfahren aber nicht empirisch erfasst. Das heißt nicht, dass es nicht geschehen ist. Für die praktisch tätigen Therapeuten ist diese Zunahme persönlicher Freiräume und Lebensbejahung ohnehin die wichtigste Rückmeldung und Anerkennung ihrer Arbeit.

Die gestalttherapeutische Arbeit führt in der Regel zu einer Angstdifferenzierung und zwar derart, dass andere Gefühle stärker in den Vordergrund treten. Dadurch erhält der Klient mehr Gefühlssicherheit. Dies bedeutet, er kennt sich auch in diesen Gefühlen besser aus, weiß, dass diese Gefühle, auch wenn sie schwierig sind, ertragen und ausgedrückt werden können. Ergebnis ist ein insgesamt reichhaltigeres Selbst.

Die Plattform, auf der sich diese therapeutische Arbeit abspielt, ist die lebendige dialogische Beziehung. „Lebendige dialogische Beziehung“ heißt, dass auch der Therapeut es riskiert, in eine echte Begegnung mit dem Klienten einzutreten, er seine „professionellen Schemata“ etwas in den Hintergrund treten lässt, wirklich auch als Person und nicht nur als Fachmann dem Klienten oder der Klientin begegnet.

Für die Klienten verschiebt das die Ebene des Lernprozesses vom Lernen durch „gesagt und doziert bekommen“, mehr in Richtung auf ein Lernen durch Erfahrung, durch „gezeigt bekommen“. Lernen durch Sagen ist eine Seite der Wirklichkeit in der Therapie, lernen durch „Sich-Zeigen-Lassen“ (erfahren) eine andere.

Es kann sein, dass der Kanal der Informationsverarbeitung für Material, welches über Gesagtes vermittelt wird, längst geschlossen, weil überfüllt, ist, dass aber

dennoch sehr viel Kapazität offen ist, für die Verarbeitung von Erfahrungen, die über Gezeigtes vermittelt werden.

Dass dies nicht nur für die Therapiesituation gilt, sondern für die meisten Lebenssituationen, lässt sich hier nur erahnen. Ein kleines Demonstrationsbeispiel habe ich Ihnen zu Beginn durch die Art meines Vortrages gegeben.

Wenn wir in einer Lernsituation eine andere Beziehung zur Gegenwart und zur Qualität unseres Dialoges bekommen, dann kann sogar ein Vortrag gleichsam auf einer anderen Ebene, eine sehr stimulierende Situation ergeben. Das Ergebnis so eines Ereignisses wäre dann letztlich viel besser, als ein nach allgemeinen akademischen Kriterien gelungener, glatter, fehlerfreier Vortrag, eben *Hingesagtes statt Gezeigtes*.

Es ist ein Risiko, ins Leere hinauszutreten und dem Leben zu vertrauen. Denn das, was kommt, erhält seinen Sinn und seine Bedeutung durch die Entscheidung des Erlebenden. Das ist schließlich auch eine der wesentlichen Botschaften, die im gestalttherapeutischen Ansatz zwar nicht gelehrt, aber gezeigt und damit erfahrbar gemacht wird.

In die Leere der Gegenwart einzutreten scheint ein ganz besonderes Risiko für phobische Patienten zu sein, die häufig sehr stark aus Klischees heraus agieren und mit Hilfe dieser Klischees die Zukunft vorzustrukturieren versuchen.

Ob dafür eine strukturelle Schwäche verantwortlich ist, etwa im Sinne einer gestörten Entwicklung von Sicherheit in Beziehungen, darüber kann vorläufig nur spekuliert werden. Dieser Hypothese zufolge wäre die Mobilisierung des Selbst in der Gegenwart erschwert. Das wiederum würde ein geringes Vertrauen gegenüber den in der Gegenwart entstehenden Bedürfnissen zur Folge haben. Damit einher geht die Angst des „Selbstverlustes“ in unstrukturierten Situationen. Wenn nicht die Phobie als Gesprächsthema vorgegeben wird, kann nichts Sub-

stantielles im Kontakt „geboten“ werden, das Situationserleben läuft Gefahr zu entgleisen.

Die Therapie versucht, diese „Phobie vor dem Selbstverlust“ auch dadurch zu lösen, dass neue Erfahrungen in Kontaktfähigkeit gemacht werden, die aber erst dadurch entstehen, dass man das Risiko eingeht in die Leere des noch nicht gestalteten Kontaktes einzutreten.

Ich hoffe, dass Sie durch die Erfahrung, gerade auch was den Verlauf Ihrer Aufmerksamkeit während meines Vortrages betrifft, dafür eine anschauliche Demonstration bekommen haben. Ich freue mich, dass ich in eher interessierte, wache und lächelnde Gesichter sehen kann.

Literatur

- Butollo, W. (1977). Psychologische Therapien chronischer Angst. In: Tack, W.-H. (Hrsg.) 13er Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen, Hogrefe.
- Butollo, W. (1984). Die Angst ist eine Kraft. München, Piper.
- Butollo, W. (1995). Therapieentwicklung - ein semiempirischer Ansatz in der Psychotherapieforschung. In: Pawlik, K. (Hrsg.). Bericht über den 39. Kongress der DGP in Hamburg, 1994. Göttingen, Hogrefe.
- Butollo, W. & Höfling, S. (1984). Behandlung chronischer Ängste und Phobien. Stuttgart, Enke.
- Derogatis, L.R. (1986). Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). In: Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (Hrsg.). Internationale Skalen für die Psychiatrie. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P., Vogt, L., Rogge, K.-E. & Schulte, DSM-III-R. (1994). Die prognostische Relevanz der Autonomieentwicklung von Patienten in der verhaltenstherapeutischen Phobiebehandlung: eine Prozessanalyse mittels SASB. Zeitschrift für Klinische Psychologie 23 (3), 202-212.
- Janke, W., Erdmann, G. & Boucsein, W. (1985). Streßverarbeitungsfragebogen. Hogrefe, Göttingen.
- Marks, I. (1975). Modern trends in the management of morbid anxiety. In: Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. Stress and Anxiety, Vol. 5, S. 213-235. New York, London, Wiley & Sons.
- Rachman, S. (1976). The passing of the two-stage theory of fear and avoidance. Behavior Research and Therapy 14 (2), 125-131.
- Ullrich de Myunck, R. & Ullrich, R.(1976). Das Assertiveness-Training-Programm ATP: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. Teil I: Bedingungen und Formen sozialer Schwierigkeiten. München, Pfeiffer.

Ullrich, R. & Ullrich de Myunck, R. (Hrsg.) (1978). Soziale Kompetenz. Experimentelle Ergebnisse zum Assertiveness-Training-Programm ATP. Bd. 1: Messmittel und Grundlagen. München: Pfeiffer.