

---

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

**Ludwigs-Maximilians-Universität München**

**Arbeitsgruppe Prof. Butollo**

---

**Forschungsbericht Nr. 3**

**Kontakt zwischen Konfluenz und Isolation:  
Gestalttherapeutische Ansätze in der Angsttherapie**

**Willi Butollo,  
Marion Krüsmann, Markos Maragkos & Achim Wentzel**

\_\_\_\_\_ **LMU**  
Ludwig\_\_\_\_\_ **LMU**  
Maximilians—  
Universität\_\_\_  
München\_\_\_\_\_

Forschungsbericht Nr. 3, November 1995

**Vortrag anlässlich der Tagung „Wege aus der Angst – Möglichkeiten und Chancen der Therapie bei Angststörungen“, veranstaltet von MASH (Münchner Angst-Selbsthilfe), November 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](mailto:butollo@psy.uni-muenchen.de)

**Kontakt zwischen Konfluenz und Isolation:  
Gestalttherapeutische Ansätze in der Angsttherapie**

**Willi Butollo,  
Marion Krüsmann, Markos Maragkos & Achim Wentzel**

Wie zwei große Blöcke bestimmen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse die therapeutische Szene hierzulande. Gestalttherapie ist als klinische Psychotherapie von den Kassen noch nicht anerkannt, da zu wenig bekannt bzw., weil die therapeutische Wirkung nicht ausreichend belegt erscheint. In einer Studie, die wir gegenwärtig durchführen, soll die Wirksamkeit der Gestalttherapie untersucht werden und zwar im Rahmen eines phasentherapeutischen Arbeitsmodells. Der Weg dahin enthält einige bemerkenswerte Stationen:

Am Münchner Institut für Psychologie wurden in den 70er Jahren relativ viele Studien über Angsttherapie durchgeführt, vorwiegend auf verhaltenstherapeutischer und kognitiver Grundlage. Dabei entstand der Eindruck, dass das Problem der Angst in all seinen Facetten vor allem auch der klinischen Ängste, trotz mehrjähriger Studien nicht wirklich zufriedenstellend erklärt wurde (Butollo, 1977, 1979). Das war irritierend und führte dazu, dass das Forschungsteam sich völlig neuen therapeutischen Ansätzen zuwandte.

Der Weg in die *Gestalttherapie* ging dann in eine Richtung, die mit systematisch angewandter Konfrontationstherapie, mit systematischer Desensibilisierung eher wenig zu tun hatte. Die Erfahrung emotionaler Prozesse und vor allem Probleme des Kontaktes standen dabei im Vordergrund.

Durch diesen Zugang stellten sich alte Fragen der Angstprobleme in neuem Licht dar. Seit etwa einem Jahrzehnt arbeiten wir nun in München an einem Therapieprogramm, in dem die nützlichen Anteile der Verhaltenstherapie (z.B. Konfrontation) in eine Beziehungstherapie auf gestalttherapeutischer Basis eingebettet sind. Die gestalttherapeutische Betrachtung der Angststörungen führt zu dem Ergebnis, sie vorrangig als ein Beziehungsproblem zu behandeln.

Die Kritik an den früheren therapeutischen Vorgehensweisen lässt sich folgend zusammenfassen:

Die intrapsychischen Bedingungen der Angststörung sind selbst dann, wenn die Therapieansätze im Sinne einer Angstreduktion erfolgreich sind, nicht ausreichend verstehbar. Anders ausgedrückt, auch wenn eine Therapie zu einem erfolgreichen Ergebnis führt, wissen wir im Grunde noch nicht genau, woran das liegt.

Es kann sein, dass dieses Fehlen des restlosen Verständnisses des Angstproblems dazu führt, dass in diesen Therapien wichtige Aspekte des Problems nicht wahrgenommen und deshalb auch nicht Gegenstand der Therapie werden. Bei diesen wichtigen Aspekten des Problems handelt es sich um mögliche Defizite im Bereich der psychischen Struktur, aber auch im Bereich der Palette der erfahrbaren Gefühle und der Selbstwahrnehmung, wodurch die Beziehungsfähigkeit der Betroffenen beeinträchtigt wird.

### **Angst als Deckemotion**

Ist chronische Angst ein Vorgang, der das Auftreten von anderen Gefühlen verhindert oder verbirgt? Hilft das Vorhandensein von diffusen nicht kontrollierbaren Ängsten es zu vermeiden, sich mit anderen Gefühlen auseinander zusetzen? Schützt z.B. Angst davor, Abschied nehmen zu müssen? Hilft Angst die Trauer zu vermeiden, die entsteht, wenn man sich von einem Bild von sich selbst verabschieden muss, obwohl man daran lieber länger festhalten würde? Und hilft Angst, bestimmte Seiten des Selbstbildes, die man nicht wahrhaben will, noch weiter von sich fern zu halten?

Was ist damit gemeint? Menschen erleben verschiedene Arten von Gefühlen, durch eigene Lebensumstände, durch Einfühlung in die Schicksale anderer, oder auch im Kino. Das Gefühlsleben kann aus den verschiedensten Gründen beeinträchtigt sein. Einer davon ist die Verengung des Bewusstseinsablaufs auf ein Problem, z.B. das Angstproblem. Wir machten z.B. die Erfahrung, dass die Ge-

fühle der tiefen *Trauer* in der Regel von Personen, deren Bewusstsein von Angst bestimmt ist, nicht erfahren werden. Vielleicht ist Angst mit Trauer unvereinbar. Wir haben auch die Erfahrung gemacht, dass Gefühle des *Ärgers* während der Angst nicht gefühlt werden oder zumindest im Ausdruck sehr stark behindert sind. Das gilt auch für Gefühle der Wut, der weniger kontrollierten Form des Ärgers. Diese aktuelle Behinderung von Gefühlen durch Angst kann zur Gewohnheit, zur chronischen Gefühlsabwehr werden. Angst, ein undifferenziertes Gefühlsgemisch, verhindert Gefühlsdifferenzierung.

Wenn die Vielfalt der Gefühlsentfaltung und des Ausdrucks reduziert ist, dann müssen andere Aspekte der zwischenmenschlichen Interaktion die *Regulation der Beziehungen* übernehmen. Im Falle der Angststörung übernehmen Angst und angstbezogenes Verhalten die Beziehungsregulation. Das heißt, dass die Wünsche nach Nähe, Distanz, Abhängigkeit oder Freiheit indirekt über die Angst artikuliert und durchgesetzt werden. Wird aber Beziehungsgestaltung über die Angst geleistet, dann übernimmt das Vorhandensein eines Angstproblems die Funktion den Kontakt zu den Mitmenschen damit zu kontrollieren. Forderungen anderer z.B. können leicht und ohne verantwortlich werden zu müssen, mit Hilfe des Hinweises auf das Angstproblem zurückgewiesen werden: Weil man Angst hat, kann man das und das eben nicht. Man braucht ja nicht die Verantwortung dafür zu übernehmen, etwa Forderungen zurückweisen, *weil* man sie *nicht erfüllen will*. Das wäre ein vermeintlich unzureichender Grund für die Ablehnung.

Dazu fehlt die Sicherheit im eigenen Wollen, wie auch in der Selbstwahrnehmung. Die *Selbstunterstützung* der eigenen Gefühle, der eigenen Wünsche scheint geschwächt. Die Angstproblematik ersetzt nun die Selbstunterstützung in der *Abgrenzung* zum anderen. Wer wird es auch riskieren, so ein Schuft zu sein, der einem Angstpatienten die Hilfe verweigert oder von ihm etwas Kon-

fliktträchtiges fordert. Das bringt die Gefahr, dass die Angst eben zu einem verlockenden Vehikel in der Beziehungsgestaltung wird. Und da es mit relativ geringem Risiko funktioniert wäre man sozusagen blöd, dieses Kontrollinstrument herzugeben, wenn man noch nichts Besseres zur Verfügung hat.

Diese Gedanken, die auf einer Fülle von Beobachtungen beruhen, lassen es einleuchtend erscheinen warum Angststörungen insgesamt als ein Beziehungsproblem zu sehen sind und als solches auch behandelt werden müssten.

### **Ist Verhaltenstherapie bei Angststörungen ausreichend?**

Verhaltenstherapie verfügt heute über eine große Palette von verschiedenen effektiven Maßnahmen zur Arbeit an den Angstreaktionen. Es wäre, ausgehend vom heutigen Stand des Wissens über die Wirkung von Verhaltenstherapie, ein Therapiefehler, wenn einem Klienten, der mit dem primären Wunsch nach Angstreduktion zur Therapie kommt, diese Methoden verweigert würde - etwa aus therapieideologischen Gründen („Ursachen“ behandeln statt „Symptome“). Die Motivation der Klienten zur Therapie wird in der Regel zuerst einmal vom Wunsch nach Angstreduktion bestimmt. Diesen Wunsch des Klienten gilt es therapeutisch zu nutzen. Auch in unserer Arbeit beginnt die Therapie, sofern die Klienten das auch so wünschen, immer mit einem verhaltenstherapeutischen Programm. Dabei wird versucht, diejenigen Situationen, in denen Ängste typischerweise auftreten, in der Therapie zu reaktivieren: in der Vorstellung oder in der Realität werden die Klienten mit den kritischen Situationen konfrontiert. Das bewirkt, dass sie mit ihren Ängsten gleichsam in Kontakt treten und sie bewusst erfahren, ohne sie wie sonst zu vermeiden oder aus der Situation zu fliehen.

Das ist ein sehr wirksames Vorgehen, das, wenn auch nicht von Verhaltenstherapeuten erfunden wurde, so wurde es doch in dieser Therapierichtung technisch ausgereift und empirisch überprüft.



Mittlerweile existieren therapeutische Standardprogramme unter den Bezeichnungen Konfrontation, Kognitive Verhaltenstherapie oder Desensibilisierung. Diese Methoden haben den Vorteil, dass auch jüngere Therapeuten (Anfänger) damit rasch und effektiv arbeiten können. Der Nachteil bei Standardprogrammen ist die Einschränkung hinsichtlich der Weiterentwicklung und eine zu geringe Flexibilität der Therapie. Das gilt vor allem für solche Bereiche des Erlebens, die nicht so gut fassbar sind, wie das Auftreten einer Angstreaktion in einer bestimmten Situation, differenzierte Gefühle eben. Angststörungen sind ja gerade deshalb vor etwa 30 bis 40 Jahren in den Blickpunkt psychologischer Forschung geraten, weil man meinte, man hätte damit ein gut abgrenzbares Phänomen zur Verfügung. Man nahm an, dass die Angst mit anderen Bereichen der Persönlichkeit wenig zu tun habe und hoffte so die Wirkung einfacher Lernprozesse, wie klassische Konditionierung und Verstärkungslernen, auch an einem klinisch relevanten Beispiel zeigen zu können. Mittlerweile gibt es jedoch viele Hinweise dafür, dass die Angstproblematik mit der Gesamtpersönlichkeit und damit auch mit anderen Problembereichen eng zusammenhängt.

Verhaltenstherapie bei Ängsten ist effektiv, darauf wurde bereits hingewiesen. *Wofür* aber ist sie effektiv?

Angsttherapie ist relativ gut erforscht, weil man die Veränderung des Ausmaßes an Angst relativ gut registrieren kann. Man kann feststellen, ob jemand, der z.B. vorher nicht über einen freien Platz gehen konnte, das nachher kann. Das ist dann ein Zeichen für die Effektivität von Therapie, wenn man genau diese Veränderung des Problems zum Ziel der Therapie gemacht hat. Der Nachteil dieser Vorgehensweise ist, dass andere, weniger gut erfassbare Bereiche des Problems aus dem Fokus der therapeutischen Erforschung verschwinden. Dadurch werden sie auch nicht untersucht, was dazu führt, dass auch die Entwicklung von thera-

peutischen Maßnahmen stagniert, die sich mehr zum Ziel setzen als einfache Angstreduktion.

So wird es verständlich, dass Angst erst sehr spät als ein Problem des *Kontaktes* gesehen wird. Kontakt heißt: ein Ich tritt an etwas heran, das ihm fremd ist, das „nicht Ich“ ist. Es geht darum festzustellen, *wie* „Ich“ mit diesem anderen, mit dieser Situation, mit diesem Menschen umgehen kann: Will „Ich“ etwas von dieser Situation, oder von diesem Menschen? Kann „Ich“ etwas geben, kann ein Austausch stattfinden, der für beide im übertragenen Sinn nährend, interessant oder sonst wie anregend ist? Kann „Ich“ in diesem Kontakt sein eigenes Bewusstsein für sich selbst aufrecht erhalten?

### **Warum Gestalttherapie bei Angst?**

Bei Angstproblemen sind die Prozesse des Herstellens und Lösens von Kontakt im weitesten Sinne beeinträchtigt. Und Gestalttherapie arbeitet primär an diesen Kontaktprozessen und mit dem Kontakt. Menschen, die unter Ängsten leiden, *vermeiden* in der Regel Situationen und Begegnungen, in denen diese Ängste auftreten - sie vermeiden Kontakt mit der Angstsituation und damit auch mit dem Angstgefühl. Sie nehmen sich damit die Möglichkeit, neue Erfahrungen in diesen Situationen zu machen. Es bleibt alles bei den alten Grenzen - und damit auch bei den alten Überzeugungen von sich selbst. Es sind Überzeugungen, wie „Das kann ich nicht tun“, „Dort bekomme ich Angst“, „Dort gehe ich nicht hin“, „Diese Situation will ich nicht riskieren“ u.ä. Therapie, die am Kontaktgeschehen ansetzt, ermuntert den Klienten, den Kontakt dort wieder zu riskieren, wo kein Kontakt mehr möglich gewesen ist. Auch in den verhaltenstherapeutischen Ansätzen wird dieser Kontakt provoziert. Die theoretische Begründung für diese Kontaktübungen waren andere und sie haben sich heute weitgehend als wenig gültig herausgestellt. Aber wie so oft führten die Theorien dazu, dass man neue Untersuchungen durchführt, die bisher tabu waren. Dadurch kam man zu neuen

Erfahrungen und auch zu einer Verbesserung der Theorie. Der Kontakt mit den angstausslösenden Situationen und der Angsterfahrung steht dabei im Vordergrund, er soll in der Therapie systematisch gesucht werden. Das ist an sich nichts Neues. Wir wissen von Goethe, dass er seine Höhenangst durch forcierte Konfrontation selbst behandelt hat. Auch Freud schrieb in einem seiner Werke, dass man Agoraphobiker früher oder später mit gewissem Druck dazu bringen sollte, auf die Straße zu gehen um sich ihren Ängsten zu stellen - unter Verzicht auf die übliche analytische Abstinenz. Ohne Konfrontation scheint keine Therapie auszukommen.

Wer zum Gestalttherapeuten kommt, in der Hoffnung, die Angst zu verlieren ohne sich ihr zu stellen, wird enttäuscht werden. Angsttherapie ohne Kontakt mit Angsterfahrung gibt es nicht, außer vielleicht in der medikamentösen Behandlung, für die jedoch der Begriff Therapie nicht angemessen ist.

## **Kontakt**

Was ist Kontakt überhaupt? Was geschieht bei Aufbau und Lösung von Kontakt? Gestalttherapie verfügt über eine Theorie zum Kontaktablauf („Kontaktzyklen“), sagt voraus, wie und wodurch Kontaktepisoden gelingen und was zu Störungen führt. Kontakt wird damit zum zentralen Vehikel für die therapeutische Intervention. Für das Zustandekommen von Kontakt müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Eine davon ist ein gewisses Maß an akzeptierender Selbstwahrnehmung („Awareness“). Was heißt das? Was ich an mir wahrnehme, kann ich gleichsam „da“ sein lassen, muss nicht sofort, beim ersten Ansatz einer Wahrnehmung, versuchen, mich davon wieder abzulenken. Auf Angstprozesse bezogen heißt das, seine körperlichen Reaktionen wahrzunehmen ohne sie zu beeinflussen. Daneben treten Wünsche, Gefühle, Gedanken auf, die ebenfalls registriert werden. Kurz, die Selbstwahrnehmung der gesamten Palette dessen, was an subjektiv registrierbaren Kräften zur jeweiligen Zeit wirksam ist.

Eine der Voraussetzungen für Kontakt ist also das *Gewahrsein* der im subjektiven Raum des „Selbst“ erlebten Prozesse.

### **Selbstunterstützung und Kontakt**

Die zweite Voraussetzung für Kontakt ist Unterstützung. In begegnungsorientierter Therapie wird festgestellt, wie man sich den Kontakt zerstört, also die Kontaktunterbrechung selbst inszeniert. Eine der Methoden dazu ist, sich selbst die Unterstützung zu nehmen, man zieht sich im beginnenden Kontakt gleichsam selbst den Boden unter den Füßen weg. Dieser Prozess ist interessant: Wie sabotiert man sich im Augenblick einer Begegnung? Die meisten haben schon die Erfahrung gemacht, wie einem „alles herunter“ fällt wenn man jemandem gegenübersteht und demjenigen etwas sagen möchte. Man weiß dann nicht mehr, was man will oder soll, kommt sich saublöd vor und geht mit hochrotem Kopf weg. Das heißt, dass all das, was man vorher „war“, im Augenblick des Kontaktes nicht mehr verfügbar ist. Die Selbstunterstützung ist auf scheinbar geheimnisvolle Weise plötzlich verloren gegangen. *Wie* das aber geschieht, ist rätselhaft und es wäre interessant, über diesen Prozess mehr zu erfahren.

Wie nimmt man sich die Selbstunterstützung? Hat das Nehmen der Selbstunterstützung in der Vergangenheit vielleicht sogar etwas Positives bewirkt, vielleicht sogar geholfen zu überleben? Wer sich die Selbstunterstützung in einer gewalttätigen Familienatmosphäre z.B. entzieht, erreicht vielleicht, dass er weniger geschlagen wird. Jemand, der sich in so einer Situation eben nicht vorne hinstellt um zu sagen „ich bin da, habe diese oder jene Meinung und du, lieber Vater, hast die falsche“, der geht so u.U. aus der Schusslinie elterlicher Aggression, wird vielleicht weniger misshandelt. Es wurde also zu einer nützlichen Überlebensstrategie Selbstunterstützung freiwillig und vorab preiszugeben. Jetzt aber, als Erwachsener, ist dieses Muster im Kontakt störend, behindert die persönliche Entwicklung.

In der Therapie geht es darum, diesen Interaktionsmustern ihre Macht zu nehmen. Der Mensch soll ihnen nicht mehr hilflos ausgeliefert sein. Das Entziehen der Selbstunterstützung soll zwar erlaubt bleiben, aber als eine Notfallreaktion. Daneben gilt es dann andere Formen der Begegnung zu stärken. Ein Ziel dabei ist es, in Kontakt mit sich selber, also mit seiner Selbstwahrnehmung, bleiben zu können während man mit anderen in Kontakt tritt. Das geschieht, indem man seine eigene Sicht der Dinge, seine Empfindungen und Erfahrungen achtet, das aber auch mit der Sicht der anderen macht. Das ist Selbstunterstützung, die den Boden für *Austausch* zwischen den Menschen bereitet.

Ausgangspunkt für Kontakt ist ein Wunsch, ein Bedürfnis, meist gerichtet an einen Menschen, in einer bestimmten Situation. Zu diesem Wunsch muss man „*stehen*“ können, d.h. sich in diesem Wunsch oder Bedürfnis selbst unterstützen: „Ich möchte jetzt von dir gehalten werden, ein nettes Wort von dir hören, von dir etwas Essen bekommen, einen freundlicher Plausch, einen sexuellen Kontakt etc. Und ich stehe dazu.“

Was im sich anbahnenden Kontakt zwischen Menschen als Wunsch entsteht, braucht Selbstunterstützung. Wenn man sich selbst von seinen Wünschen abspaltet, gewisse Teile seiner Bedürfnisse nicht akzeptiert, dann fehlt Selbstunterstützung. Es scheint sich dabei um eine Art inneren Kommentars zu den Wünschen, Gefühlen oder Gedanken zu handeln, die man hat. Und es ist möglich, dass dieser innere Kommentar oder Zensor hinsichtlich seiner Werte *und* Diktion wichtigen Bezugspersonen ähnelt.

Selbstunterstützung spielt eine große Rolle beim Problem der Angst. Abspaltung von Bedürfnissen, die zwar da sind, aber dem eigenen Selbstideal nach nicht da sein sollten, reduziert die Sicherheit in der Kontaktsituation, verstärkt Angst.

*Das Gegenteil von Angst ist Vertrauen in die Situation und in sich Selbst. Wer Vertrauen in die Situation und in sich selbst aufbauen kann, hat ein gutes Mittel, um gegen seine Angst vorzugehen und befriedigenden Kontakt herzustellen. Wenn dieses Vertrauen in sich selbst und in die Situation nicht gegeben ist, dann wäre es tatsächlich ein Wahnsinn, Kontakt zu riskieren. Denn dann geht man ohne Selbstunterstützung in die Begegnung mit etwas Fremden und läuft Gefahr, von diesem Fremden absorbiert, zurückgestoßen, verletzt zu werden.*

### **Konfluenz und Isolation**

Störungen von Kontakt äußern sich u.a. als Isolation, also die völlige Vermeidung der Begegnung, oder als Konfluenz. Konfluent sein heißt unreflektierte, völlige Selbstaufgabe der eigenen Identität und Bedürfnisse und damit völliges Aufgehen in der Seins- und Sichtweise des Anderen. Damit riskiert man zwar keinen Konflikt, gibt aber seine Verantwortung für das eigene Leben her und überträgt es einer anderen Person.

Bei extrem traumatischen Erfahrungen, nach Erlebnissen von Folter, Gewalt, sexuellem Missbrauch, religiöser Abhängigkeit etc., ist Konfluenz eine fast notwendige Folge im Sinne einer elementaren Überlebensstrategie und Anpassung an den Aggressor mit dem Ziel der Konfliktreduktion.

Was bedeutet das alles für das Verständnis des Zusammenhanges von Kontaktstörung und phobischer Angst?

Dieses Kippen von Isolation und Konfluenz ist eines der auffälligsten Beziehungsprobleme bei Angststörungen. Der Klient gibt sich völlig auf, um von einer anderen, mächtigen Person unterstützt, beschützt zu werden oder er zieht sich völlig zurück, wählt die Isolation.

Beide Formen der „Anti-Begegnung“ sind für den Klienten letztlich unbefriedigend. Er hat kein wirkliches Gegenüber, kann nicht in eine dialogische Beziehung eintreten. Die extreme Isolation und Konfluenz entsprechen möglicherweise einem Konflikt, dem er ständig ausgesetzt ist. Die eine Seite des Konfliktes bildet der Wunsch, dazu zu gehören, Mitglied einer Gemeinschaft oder mit einer Person verbunden zu sein. Der anderen Seite entspricht das Bedürfnis, autonom und selbständig zu sein: eben gehen zu können, wann man will, „Nein“ sagen zu können, wann man *will*, anstatt bleiben zu müssen, weil man wegen der Angst *muss*. Unserer Erfahrung zufolge hat ein Patient mit Angstproblemen diesen Konflikt in der Regel nicht gelöst, pendelt zwischen diesen beiden Extremen hin und her.

Ziel einer beziehungsorientierten Therapie wäre es nun, den Klienten zu helfen, diesen Konflikt zwischen Autonomiewunsch und Abhängigkeitswunsch besser zu bewältigen. Sie brauchen gleichsam eine Brücke zwischen den Extremen, die unter der Kontrolle der Klienten stehen müsste. Sie sollen dosieren können, wann, mit wem, wie weit sie Nähe, vielleicht sogar Abhängigkeit riskieren möchten und wann oder wie leicht sie aus dieser Abhängigkeit wieder herauskommen. Die Angst vor der Abhängigkeit gipfelt darin, nie mehr wegzukommen, wenn man sich einmal auf einen anderen eingelassen hat. Wählt man die Isolation, hat man andersherum Angst, nie mehr in die Geborgenheit zurück zu können. Aber das stimmt natürlich nicht. Es ist möglich, in fast jeder Situation, auf diesem Kontinuum gleichsam hin und her zu wandern. Der Schlüssel dazu liegt in der Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, der Selbstunterstützung sowie in der Fähigkeit seine Grenzen zu kennen und darüber auch zu kommunizieren. Denn das Hin- und Herwandern auf dem Kontinuum von Nähe und Distanz *gemäß* der Polarität der jeweiligen Bedürfnisse, macht das Wesen guter Kontaktfähigkeit aus. Diese Problematik wird bei Angststörungen übersehen, wenn

Therapeut und Klient nur ein vordergründiges Therapieziel verfolgen, nämlich rasche, vom persönlichen Kontext abgetrennte Angstreduktion.

### **Aktion**

Um Kontakt herstellen zu können, braucht es neben Gewährsein (Awareness), Selbstunterstützung (Support) eine auf den Kontakt zielende Aktion. Es geht z.B. darum, auf eine neue Situation, auf einen Menschen in neuer Weise zuzugehen, um so Kontakt herzustellen. Und dieser Kontakt ermöglicht neue Erfahrungen. Neue Erfahrungen als Ergebnis erfolgreicher Kontakte wiederum bereichern das Selbst des Menschen. Menschen, die keinen Kontakt mehr riskieren, verarmen in ihrem Selbst. Derjenige, der auf die Insel geht, findet dort nicht das Paradies, sondern im Laufe der Zeit sein verarmtes Selbst - aufgrund mangelnder Begegnung.

Man muss also Begegnungen riskieren, um sein Selbst zu aktualisieren und in diesem aktualisierten Selbst neue Erfahrungen „seiner Selbst“ und „seiner Umwelt“ zu machen. Das ist etwas vereinfacht das Spiel des Lebens. Es ist beeinträchtigt, wenn der Kontakt geschwächt ist, etwa durch reduziertes Gewährsein, durch schlechte Selbstunterstützung und durch geringes Risiko zur Aktion.

Das bisher Gesagte macht es nun schon verständlicher, warum hier eine begegnungsorientierte Therapie für Angststörungen gefordert wird.

Es sei nun die These aufgestellt, dass ganz besonders bei Angststörungen, die Begegnung in der Therapie Vorrang hat gegenüber der formellen Interaktion von Patienten und therapeutischen Experten. Mit dem verhaltenstherapeutischen, also primär lösungsorientierten Therapieziel der Angstreduktion arbeitet man einem übergeordneten, aber problematischen Motiv des Patienten entgegen, ohne es zu wissen: nämlich der Delegation der Selbst-Verantwortung. Wie ver-



führerisch ist es für einen jungen Therapeuten, wenn ihn seine Klienten anheimeln, idealisieren, und alles tun, um den Therapeuten zufrieden zu stellen. Damit wird Konfluenz in der therapeutischen Beziehung hergestellt, bzw. erhalten. Es gehört zur Problematik vieler Personen mit Angststörungen, dass sie sehr geschickt darin sind, Konfluenz herzustellen. Meist finden sie jemanden, der gerne „mitspielt“. Kommt es dann doch zur Trennung, erfolgt diese meist abrupt, ohne Abschied, empfunden als Bruch. Die Gefühle, die damit einhergehen, werden in der Regel nicht gut realisiert, so als wäre das alles gar nichts Besonderes. Man folgt dabei einem Ethos, in dem es darum geht das alles auszuhalten, es durchzustehen. Dass da jetzt ein Abschiedsschmerz ist und man Angst davor hat, wieder alleingelassen zu werden, das wird gar nicht gesagt, letztlich auch nicht gefühlt.

Wie erwähnt hat *Begegnung* in einer gestalttherapeutischen Phase der Arbeit Vorrang gegenüber der formalisierten Interaktion Patienten - Experte. Der Therapeut ist daran interessiert, die Fähigkeit zur flexiblen und doch sicheren *Grenzbildung* des Klienten zu stärken. Die Beziehung zwischen ihm und dem Klienten ist dafür der Prototyp. Idealisierung, so sie auftritt, wird benannt, ebenso die Gefahr, die dahinter steht. Die Arbeit daran operiert mit folgender Frage: Kannst Du das, was du durch die Idealisierung erreichen möchtest, auch auf andere Weise ausdrücken? Vielleicht hast Du Angst, ohne die mich bindende Idealisierung wieder allein gelassen zu werden? Kannst Du das Gefühl „hinter“ der Idealisierung, das durch die Idealisierung kaschiert werden soll, unmittelbar zum Ausdruck bringen?

In der begegnungsorientierten Therapie tritt der Therapeut als Person in die Beziehung ein. Das impliziert natürlich, dass die persönlichen Anforderungen an die Therapeuten erheblich höher sind, als in einem standardisierten Programm. Auch die Ausbildungszeit ist naturgemäß länger.

## **Organismische Selbstregulation**

Vordergründig scheint Kontakt und Begegnung nichts zu tun zu haben mit einem weiteren gestalttherapeutischen Konzept, das jedoch für Angst bedeutsam ist: organismische Selbstregulation. Damit ist die Erfahrung, das Vertrauen in die eigenen Körpervorgänge angesprochen, die bei chronischer Angst häufig beeinträchtigt sind: Angst vor Erregung, vor als bedrohlich erlebten Körpervorgängen, vor dem Kontaktverlust in reflektorischen körperlichen Abläufen. Das schließt z.B. Schreckreaktionen, sich verselbständigendes Herzrasen, Ohnmacht, Schwindel, Weinen aber auch u.U. einfach Niesen, Zittern oder sexuelle Abläufe ein.

Letztlich sind es auch die Gefühle, die mit ihrem körperlichem Ausdruck zuzulassen sind, um sie „er-leben“ zu können. Die Bereitschaft, Gefühle da sein zu lassen baut auf einer in die Persönlichkeit integrierten Toleranz gegenüber organismischen Selbstregulation. Gestalttherapie ist immer auch eine Körperpsychotherapie, hat die Körperlichkeit emotionaler Störung ebenso wie die des körperlichen Ausdrucks unterdrückter Gefühle zum Gegenstand.

Verbesserung der organismischen Selbstregulation impliziert mehr Vertrauen in seelische und körperliche Abläufe und damit - früher oder später - weniger Angst.

## **Unerledigte Handlungen**

Gestalttherapie hat - in Anlehnung an Gestaltpsychologie - die „Erledigung“ unerledigter Handlungen, Geschichten oder Gefühle zum Gegenstand. Unterbrochene wichtige Erfahrungen, die als unverarbeitete Inhalte das Bewusstsein blockieren, produzieren Angst - Angst vor Wiederholung unbewältigter Traumata etwa. Wer zu sehr mit sich beschäftigt ist, hat das meist wegen unerledigter

vergangener Probleme zu tun. Sie zu lösen, biographisch wichtige „Erlebnis-Gestalten“ zu schließen und damit abzuschließen, macht das Selbst frei für das, was *jetzt* zu tun, zu erfahren, zu lösen ist.

## **Gegenwart**

Angst impliziert die Vorstellung von zukünftigen Unannehmlichkeiten oder Schmerzen, deren Bewältigung man sich nicht zutraut. Wird Angst zum Problem, so ist das zum Teil auch dadurch bedingt, dass durch exzessive, alles andere überschattende *Vorstellungen* über die vermutete zukünftige Katastrophe, der Kontakt zur realen Gegenwart verloren geht. Das Angstproblem besteht zum geringeren Teil aus der Verletzung oder der Erfolglosigkeit, auf die sich die Erwartungsangst bezieht, sondern vorwiegend aus den vielen gedanklichen und emotionalen *Vorbereitungen* auf diese Angstsituation - etwa im Sinne von Vermeidungsvorsätzen. („Aufmerksamkeits-Perseverations-Theorie der Angstdifferenzierung“, Butollo, 1979) Die gedankliche Beschäftigung mit der *Angstsituation*, dem Angst-Gefühl dabei und mit der erwarteten schlechten Bewältigung bindet psychische Energie, die der Wahrnehmung und Problemlösung in der Gegenwart fehlt.

Gegenwartsorientierung in der Gestalttherapie heißt, dass der Blick für das, was *jetzt auch* Wirklichkeit ist, geschärft wird. Auch jetzt, während ich zu Ihnen als Vortragender spreche, bin ich mit meinen Gedanken in inneren Bildern, über Klienten und über Theorien. Ich bin dabei notgedrungen nicht gut in Kontakt mit meiner eigenen, gegenwärtigen Wirklichkeit. Indem ich davon spreche, hole ich einen Teil davon jetzt in meine Wahrnehmung zurück. Ich merke plötzlich wieder, wie ich auf dem Boden stehe, wie gut oder schlecht ich gerade atme und wie Sie mir zugewandt sind. Während ich jetzt im Gespräch meine und Ihre Aufmerksamkeit auf die Selbstwahrnehmung lenke, werden Sie selbst vielleicht wieder merken, wie sie sitzen, ob sie vielleicht schon müde vom Zuhören sind

und eine Pause brauchen usw. Man kommt wieder stärker in Kontakt mit der *gegenwärtigen Wirklichkeit der Existenz*, in die wir jetzt szenisch eingebunden sind. Dadurch aber bewegen wir uns heraus aus den Vorstellungsinhalten, die wir unmerklich für gegenwärtige Wirklichkeit zu halten begonnen haben.

Personen mit Angststörungen werden beherrscht von ihren Vorstellungen, und zwar von destruktiven. Die Betroffenen scheinen ihnen ausgeliefert zu sein. Ein Weg, dem Prozess zu entgehen, ist die *bessere Wahrnehmung der Vorstellungstätigkeit und ihrer Wirkung*.

Gegenwartsorientierte Arbeit hat mit Angsttherapie insofern sehr viel zu tun, als man dabei wieder lernt, sich für seine Gegenwart zu sensibilisieren. Was dem Kleinkind und den Naturmenschen selbstverständlich zufällt, ist dem Erwachsenen unserer Kultur weitgehend fremd geworden. Ganz extrem scheint das für Angstpatienten zu gelten. Durch Sensibilisierung für Gegenwart kann man auch besser mit seiner jeweiligen Gegenwart umgehen, sie erfahren und gestalten. Man merkt auch, wann und vor allem *wie* man sich den Kontakt zu dieser Gegenwart wieder nimmt. Das geschieht etwa, indem Erwartungen und Vorstellungen in die Zukunft projiziert werden und man sich dadurch unfrei macht, wahrzunehmen was *ist*. Man gibt sich statt dessen vor, was alles nicht möglich sein wird, was alles möglich wird und welche Katastrophen passieren *werden*. Gegenwartsorientierte Arbeit würde nun explorieren, *wie* jeweils und gerade jetzt, die Betroffenen ihre Angst inszenieren.

Klienten erleben Angst als etwas, das plötzlich über sie hereinbricht, wie von außen und ihrer Kontrolle entzogen. Das ist nicht die Realität. Sie erzeugen ihre Angst jederzeit selbst. Dieser Teil, der in ihnen Angst erzeugt, ist von der sonstigen Gesamtpersönlichkeit abgespalten. Ein Ziel der Therapie ist es, diesen Teil, den „Angstmacher“, wieder in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren, damit zu entschärfen und die damit gebundene Kraft sogar für die Persönlichkeit nutzbar zu machen, (siehe dazu „Die Angst ist eine Kraft“, Butollo, 1994).

*Begegnung* findet in erster Linie in der jeweiligen Gegenwart statt. Das heißt natürlich nicht, dass Vergangenes nicht zu achten wäre. Aber Vergangenheit ist per definitionem vorbei, eben nicht mehr jetzt real, außer durch unsere Erinnerung und die davon resultierenden Erwartungen für Gegenwärtiges und Zukünftiges. Gegenwart ist im Gegensatz dazu die reale Wirklichkeit dessen, was wir jetzt hier gestalten. Gegenwart ist nichts was uns überfällt, was wir passiv hinzunehmen haben, Gegenwart ist vielmehr etwas, was wir haben und machen können - das Einzige übrigens. Vergangenheit und Zukunft sind konzeptuelle Prozesse in der Gegenwart, sie sind Inhalte von Vorstellungen, die jeweils nur jetzt erzeugt und erst wirksam werden, indem ihre *Inhalte* für gegenwärtige *Wirklichkeit* genommen werden. Vergangenheit und Zukunft werden so zu Wirklichkeit, indem sie Gegenwart bestimmen.

Das Thema Kontakt und die vielfältigen Formen möglicher Störung des Kontaktes sind ein sehr spannendes Feld des menschlichen Lebens allgemein, besonders aber für Psychotherapie. Es erlaubt psychische Probleme grundsätzlich als Probleme der Kontaktprozesse zu sehen und so zu verstehen. Gestalttherapie hat dafür die Begrifflichkeit, die Modelle und den therapeutischen Rahmen geliefert. Im Zusammenhang mit Angststörungen versuchen wir die Theorie in dieser Richtung zu erweitern und die therapeutische Arbeit speziell bei Angststörungen, aber auch bei anderen psychischen Problemen empirisch zu dokumentieren.

### **Die Therapiestudie: Durchführung und Zusammenfassung der 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 The-

rapie 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\*\*. (s. Diagramm 1)

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). (s. Diagramm 2)

SVF

Veränderungen zwischen erster und (vorl.) letzter Gruppe  
 Gruppe... Diagnose: Agoraphobie

Mittelwerte

nach durchschnittlich 24 Sitzungen

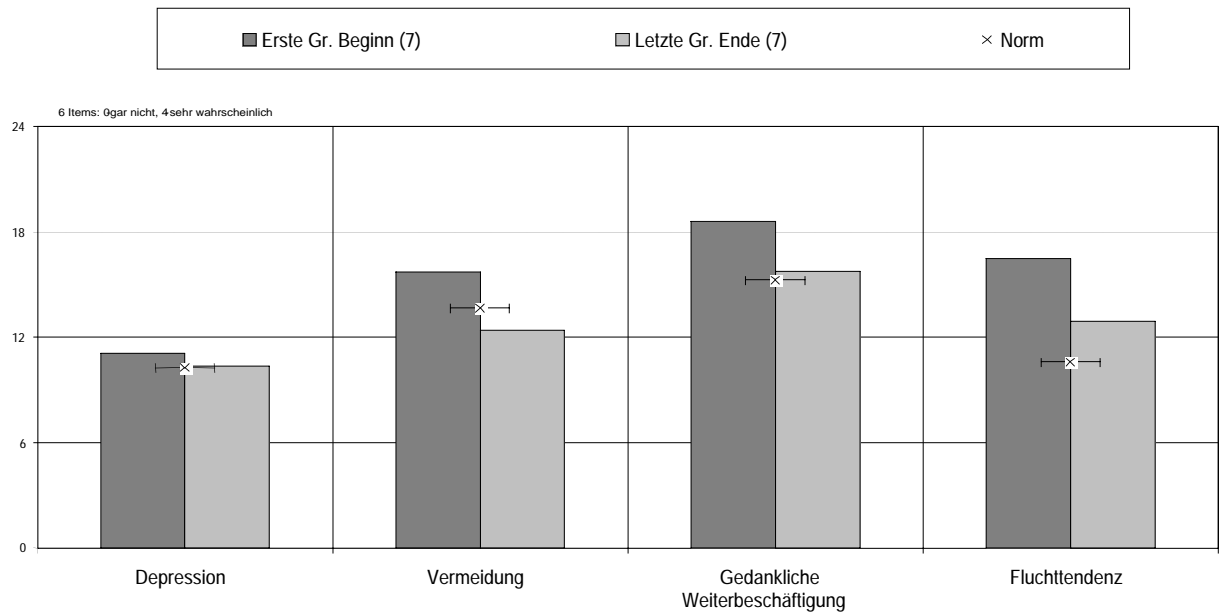


Diagramm 1: Ausschnitt aus den Ergebnissen des SVF

U

Veränderungen zwischen erster und (vorl.) letzter Gruppe  
 GruppeGGGGGruppeDiagnose: Agoraphobie

Mittelwerte

nach durchschnittlich 17 Sitzungen

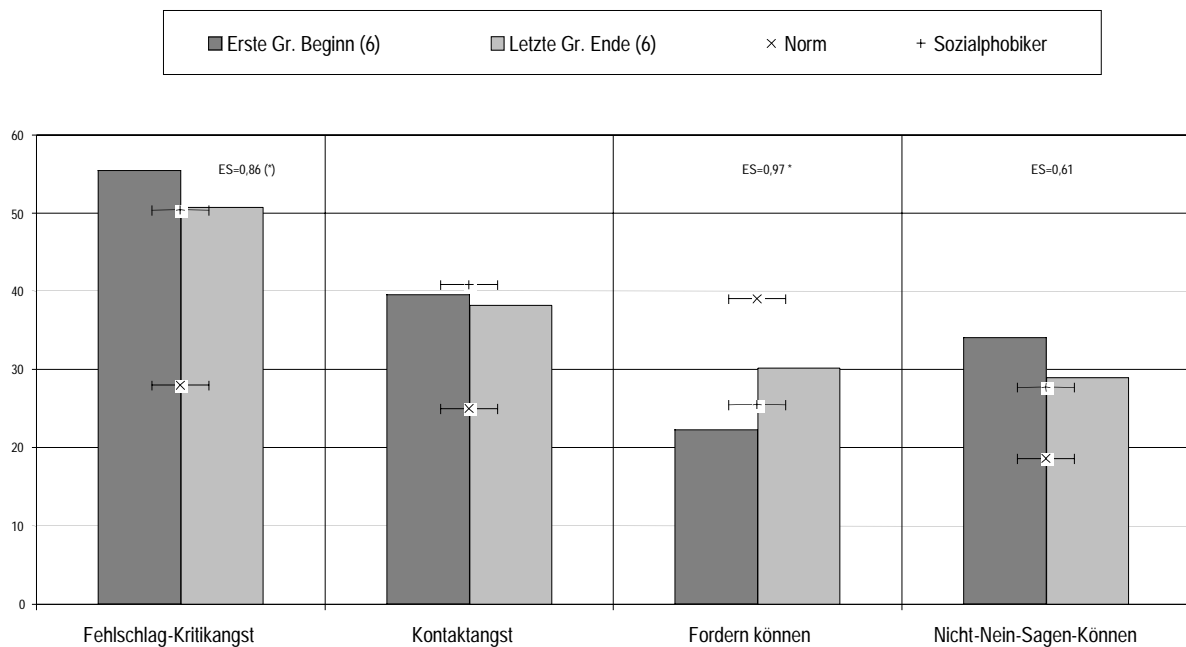
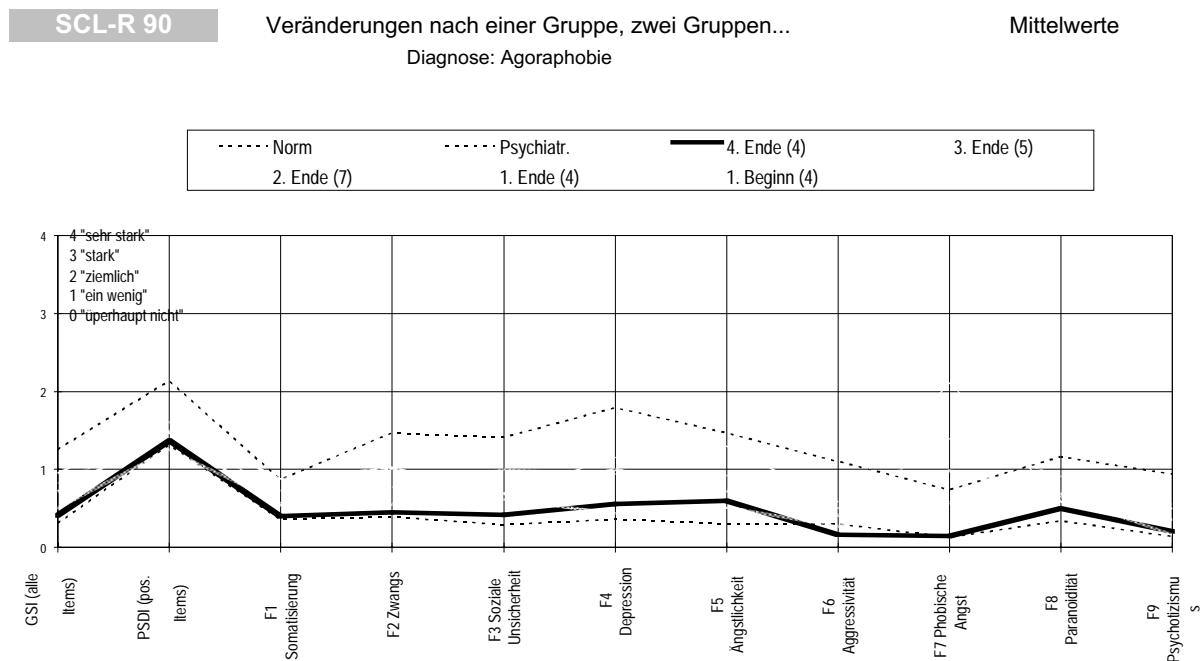


Diagramm 2: Ausschnitt aus den Ergebnissen des U-Fragebogens

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\*\*\*). (s. Diagramm 3)



**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* ist der zweiphasige Therapieansatz mit Einzel-Verhaltenstherapie und Gestaltgruppe sehr effektiv. Die Entwicklung von ungünstigen Ausgangswerten hin zu „gesunden“ Normen ist deutlich und auf allen Skalen beobachtbar. Die Ergebnisse sind allerdings 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* insbesondere 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. Es kann dann aber dennoch sehr viel Kapazität, für die Verarbeitung von Erfahrungen offen sein, die über Gezeigtes vermittelt werden.

Dass dies nicht nur für die Therapiesituation gilt, sondern für die meisten Lebenssituationen, lässt sich hier nur erahnen.

## **Literatur**

- Butollo, W. (1977). Psychologische Therapien chronischer Angst. In: Tack, W.-H. (Hrsg.) 13er Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen, Hogrefe.
- Butollo, W. (1979). Chronische Angst - Theorie und Praxis der Konfrontationstherapie. Fortschritte der Klinischen Psychologie, Bd. 19. München, Urban & Schwarzenberg.
- Butollo, W. (1984). Die Angst ist eine Kraft. München, Piper.
- Derogatis, L.R. (1986). Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). In: Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (Hrsg.). Internationale Skalen für die Psychiatrie. Weinheim: Beltz.
- Janke, W., Erdmann, G. & Boucsein, W. (1985). Stressverarbeitungsfragebogen. Hogrefe, Göttingen.
- 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.