

ICH ZÄHLE TÄGLICH MEINE SORGEN

Die Generalisierte Angsterkrankung aus
gestalttherapeutischer Perspektive

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Mag^a. art. Susanne Maria Winter

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Betreuer/in: Dr.ⁱⁿ Christina Gollner

Jois, am 14. Juni 2020

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag.^a Susanne Maria Winter, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-Thesis oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Jois, am 14.6.2020.....

.....

Datum

Unterschrift

ABSTRACT (DEUTSCH)

Die vorliegende Literatuarbeit beschäftigt sich mit der Frage, welche Ansätze es in der Gestalttherapie zur Behandlung von Angst bzw. Angststörungen gibt und welche Konzepte sie speziell zur Behandlung der Generalisierten Angststörung bietet. Dazu wird gestalttherapeutische Literatur nach Aussagen, Theorien, Konzepten, therapeutischen Handlungsanleitungen und aktuellen Forschungen zu diesem Thema durchsucht und einander gegenübergestellt bzw. verglichen.

Stichworte (Autorenschlagwörter):

Angst, Angststörung, Angstneurose, Generalisierte Angststörung, GAS, Integrative Gestalttherapie.

ABSTRACT (ENGLISCH)

The aim of this literature review is to figure out if gestalt therapy can offer approaches in the treatment of anxiety as well as anxiety disorders, especially if there are conceptions for general anxiety disorder. A methodical literature search in databases and relevant specialized gestalt literature was carried out, to find conceptions, therapeutic instructions and current state of research.

Keywords:

Anxiety, Anxiety Disorder, Anxiety Neurosis, General Anxiety Disorder, GAD, Gestalt Therapy.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
1.1	Relevanz des Themas und Motivation zur Arbeit	1
1.2	Fragestellung und Aufbau dieser Arbeit	2
1.3	Methodisches Vorgehen	3
2	Angst allgemein	5
2.1	Von der Natur der Angst	5
2.2	Vom Schutz zur Störung	7
3	Die Generalisierte Angststörung	10
3.1	Allgemeine Diagnostik der Angststörungen	10
3.2	Die GAS im Vergleich von ICD-10 vs. DSM-5	11
3.3	Sorgen als Hauptmerkmal der Generalisierten Angststörung	14
3.4	Epidemiologie	16
3.5	Ätiologie	17
3.6	Komorbidität	19
3.7	Differentialdiagnostik	19
3.7.1	GAS und andere Angststörungen	20
3.7.2	GAS und Depression	20
3.7.3	GAS und Zwang	21
3.7.4	GAS und Posttraumatische Belastungsstörung	21
3.7.5	GAS und ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung	22
3.7.6	Angstzustände durch Substanzen	23
3.7.7	Angstzustände durch körperliche Erkrankungen	23

3.7.8	Angstzustände bei anderen Grunderkrankungen	23
3.7.9	Medikamente und Psychotherapie bei GAS	24
4	Der Kontaktzyklus und seine Regulierungsmechanismen	27
4.1	Die Begriffe „Kontakt“, „Kontaktzyklus“ und „Kontaktgrenze“	27
4.2	Der Kontaktzyklus in der Gestalttherapie	29
4.3	Der Begriff der Kontaktunterbrechung	33
4.4	Formen der Kontaktregulierung	35
5	Angst und Angststörungen aus der Sicht der Gestalttherapie	40
5.1	Fritz und Laura Perls und der Einfluss Kurt Goldsteins	40
5.1.1	Kurt Goldstein	40
5.1.2	Laura Perls	42
5.1.3	Fritz Perls	44
5.2	Stavros Mentzos	46
5.3	Hans Peter Dreitzel	51
5.4	Lotte Hartmann-Kottek	57
5.5	Willi Butollo	61
5.6	Achim Votsmeier-Röhr	66
5.7	Frank Staemmler	68
5.8	Phil Joyce und Charlotte Sills	69
5.9	Weitere Literatur und Forschungsbeiträge	71
5.9.1	Literatur	71
5.9.2	Zur Forschung von Gestalttherapie bei Angststörungen	72
6	Diskussion und Bewertung der Literatur	77
6.1	Bewertung der gefundenen Literatur	77
6.2	Übersicht und Vergleich der einzelnen AutorInnen	78

6.3	Vergleich der Modelle zur Behandlung von Angststörungen	85
6.4	Handlungsansätze für die gestalttherapeutische Arbeit	87
7	Zusammenfassung und Ausblick	89
	Tabellenverzeichnis	102
	Abbildungsverzeichnis	103
	Glossar	104

1 Einleitung

1.1 Relevanz des Themas und Motivation zur Arbeit

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen (Morschitzky, 2009). In meiner Arbeit als angehende Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision, aber auch in meinem regulären Beruf als Musiktherapeutin in einer psychiatrischen Reha stieß und stoße ich immer wieder auf Menschen mit Ängsten. Diese Ängste sind unterschiedlichsten Ausmaßes. So gibt es etwa Ängste, die für andere verborgen sind, wie etwa die Angst vor der Therapie selbst, weil etwas Unerwartetes oder Unangenehmes passieren könnte. Andere Ängste wiederum werden sehr schnell im Außen sichtbar. Diese verhindern z.B., dass an Gruppenaktivitäten teilgenommen werden kann, oder können für die/den Betroffene/n peinliche Situationen schaffen, etwa eine Panikattacke im Beisein vieler anderer. Diese Ängste können sich, weil sie so massiv in den Vordergrund geraten, negativ auf die Umwelt auswirken, da bestimmte Verhaltensweisen oder bestimmte Gesprächsthemen damit nicht (mehr) möglich sind. Unter Umständen blockieren oder verhindern sie dann Therapieprozesse, während sie andererseits bei anderen TeilnehmerInnen auch (unausgesprochenen) Ärger über diese Verhinderungen hervorrufen können. Ängste, mit oder ohne Diagnose einer krankheitswertigen Störung, sind also ständig präsent und wirken sich vor allem bei Gruppen immer wieder auf den Verlauf von Therapiestunden aus bzw. im privaten Bereich auf das jeweilige soziale Umfeld.

Als ich im Zuge meiner therapeutischen Arbeit einige Atem- und Entspannungsübungen suchte, die ich einer Klientin mit Panikattacken anbieten wollte, stieß ich zufällig auf einen Artikel von Butollo, Krüsmann, Maragos & Wentzel (1995) über gestalttherapeutische Ansätze in der Angsttherapie (s. Kap. 5.5). Diese Schrift hat mich so fasziniert, dass ich beschloss, mich mit dem Thema Angststörungen aus der Sicht der Gestalttherapie näher auseinanderzusetzen. Ein weiterer Grund die Angst aus Gestaltperspektive zu betrachten war, dass Behandlungen von Angststörungen im Allgemeinen mit der

Verhaltenstherapie in Verbindung gebracht werden. Konkret möchte ich mich dabei mit der Generalisierten Angststörung auseinandersetzen, da diese von allen Angststörungen, auch in der Verhaltenstherapie, noch am wenigsten untersucht ist.

1.2 Fragestellung und Aufbau dieser Arbeit

Ziel dieser Master-Thesis ist es, den Umgang der Gestalttherapie mit Angststörungen aufzuzeigen und daraus Handlungsansätze für die therapeutische Arbeit, speziell mit KlientInnen mit Generalisierter Angststörung, abzuleiten.

Folgende Forschungsfrage soll in dieser Master-Thesis beantwortet werden:

Welche Ansätze zu Angst und Angststörungen gibt es in der Gestalttherapie und welche Konzepte bieten sich zur Behandlung der Generalisierten Angststörung an?

Der Aufbau dieser Arbeit zur Beantwortung der Forschungsfrage gliedert sich wie folgt:

Im Kapitel 2 geht es allgemein um das Thema Angst – um ihren biologischen Nutzen und wie sich daraus Störungen entwickeln können.

Kapitel 3 befasst sich ausführlich mit der Generalisierten Angststörung, ihren Diagnosekriterien nach ICD und DSM und dem Hauptmerkmal der Störung, dem exzessiven Sich-Sorgen. Nach Epidemiologie, Ätiologie und Komorbidität folgt eine ausführliche Differentialdiagnostik, um sie gegen andere Krankheitsbilder abzugrenzen. Dies sind gleichzeitig auch die Grenzen dieser Arbeit, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann.

Um die Aussagen und Sichtweisen der Gestalttherapie zum Thema Angst und Angsterkrankungen zu verstehen, müssen wichtige theoretische Annahmen der Methode erklärt werden. Dies geschieht in Kapitel 4, indem der Kontaktzyklus und seine Regulierungsmechanismen geschildert werden. Außerdem wird in Punkt 4.4

der Begriff der Angstneurose erklärt und für diese Arbeit differenziert, da Angsterkrankungen zu den neurotischen Störungsbildern zählen.

Kapitel 5 befasst sich mit der Sichtweise der Gestalttherapie auf Angst und Angsterkrankungen. Dabei werden Ansätze, Sichtweisen, Überlegungen und Konzepte einzelner GestalttherapeutInnen vorgestellt.

Im 6. Kapitel werden die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln einander gegenübergestellt, miteinander verglichen, reflektiert und auf ihren praktischen Nutzen hin untersucht. Auch sich daraus ergebende weitere Fragen werden hier formuliert.

Kapitel 7 fasst die Erkenntnisse dieser Arbeit zusammen und formuliert einen Ausblick und Perspektiven.

1.3 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit wurde methodisch als Literatuarbeit erstellt. Dazu herangezogen wurde Literatur aus der Gestalttherapie, der Integrativen Therapie, der Kognitiven Verhaltenstherapie, der Emotionsfokussierten Therapie, der Medizin, der Psychiatrie und der Neurobiologie.

Gesucht wurde in den Bibliothekskatalogen der Donau-Uni Krems, der Universität Wien, der Medizinischen Universität Wien, der Sigmund-Freud-Universität, im Österreichischen Bibliothekenverbund und im Karlsruher Virtuellen Katalog.

Weiters in Dissertationsdatenbanken und in den Datenbanken PSYINDEX PsycINFO, PsycARTICLES, PubMed, SpringerLink.

Im Internet erfolgte die Suche mithilfe der Suchmaschinen Google bzw. Google Scholar, auf Homepages des IGW, ÖAGG, FPI und der DVG sowie auf Homepages namhafter AutorInnen selbst, wie W. Butollo, H. P. Dreitzel, A. Votsmeier-Röhr, F. M. Staemmler und H. Morschitzky. Außerdem wurden Archive der Online-Zeitschriften „Gestalt Therapy“, „Gestaltkritik“ und „Gestalt Theory“ durchsucht.

Gesucht wurde nach den Schlagwörtern „Gestalttherapie“, „gestalt therapy“, „Angst“, „Angst*“, „Angststörung“, „Generalisierte Angststörung“, „GAS“, „GAD“, „anxiety“, „fear“, „anxiety disorder“, „generalized anxiety disorder“.

Es wurde in dieser Arbeit darauf geachtet, möglichst geschlechtsneutral bzw. gendergerecht zu formulieren. Hauptsächlich wird das Binnen-I, wie z.B. KlientInnen, verwendet.

2 Angst allgemein

Dieses Kapitel soll kurz die evolutionäre Funktion der Angst erklären sowie einen kleinen Einblick in verschiedene Theorien zur pathologischen Angstentstehung geben.

2.1 Von der Natur der Angst

Angst. Jeder Mensch kennt dieses Gefühl, das neben Freude, Trauer, Furcht, Wut, Überraschung und Ekel zu den primären Emotionen der Menschen gehört (Degé, 2014). Angst tritt aber nicht nur beim Menschen, sondern auch bei Tieren auf und dient, so wie Fieber oder Schmerz, als sinnvolles biologisches Alarmsignal zur Sicherung des Überlebens. Evolutionsgeschichtlich hilft uns die Angst, bei einer plötzlich auftauchenden Gefahr rasch reagieren zu können, nämlich durch Angreifen oder Weglaufen. Der Begriff der „Kampf-Flucht-Reaktion“ bzw. „fight oder flight reaction“ wurde vom amerikanischen Physiologen Walter Cannon (1953) geprägt (Cannon, 1953, zitiert nach Morschitzky, 2009, S. 1 f.). Auch heute noch ist ein gewisses Maß an Angst für unsere Sicherheit notwendig. Sie führt z.B. zu Vorsicht in unbekanntem Situationen, erhöht die Aufmerksamkeit und somit die Anpassung etwa in Prüfungssituationen oder im Straßenverkehr. Würde dieses Maß an Angst fehlen, wären vermutlich riskante Manöver beim Autofahren die Folge oder unzureichende Vorbereitungen für Prüfungen u.Ä. (Margraf & Schneider, 1990). Angst in ihrer positiven Form kann uns mobilisieren, Entscheidungen zu treffen und zu handeln. Sie kann uns veranlassen, Mut zu zeigen und Selbstverantwortung zu übernehmen. Sie kann uns helfen, uns Problemen, Konflikten oder Gegebenheiten zu stellen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Der positive Effekt betrifft dabei nicht nur die persönliche Entwicklung, sondern zeigt sich auch in Innovationen gegen Bedrohungen, die von außen kommen könnten, z.B. Atomkrieg, Umweltverschmutzung etc. (Butollo, 2015).

Zu wenig Angst bringt uns in Gefahr, dass wir zu sorglos sind. Ein mittleres Ausmaß sorgt für Wachheit und intellektuelle Leistungsfähigkeit. Zu viel Angst

jedoch hemmt uns, blockiert unsere Konzentration und unser Verhalten und kann zu panischen Kurzschlusshandlungen führen, wie etwa der eines Selbstmordversuches (Morschitzky, 2009). Aufgrund der Denkhemmung bei übermäßiger Angst erklärt sich auch der umgangssprachliche Ausspruch, dass Angst „dumm“ mache.

Etymologisch kommt das Wort Angst vom indoeuropäischen Wortstamm „angh“ und hat so eine Verbindung zu „eng“, „einschnüren“ (Pfeifer 1993). Es weist bereits auf die körperlichen Symptome hin, die Angst physisch auslöst: vermehrte Ausschüttung von Hormonen, Beschleunigung von Puls, Herzfrequenz und Atmung, Erhöhung von Blutdruck, Blutzucker und Blutgerinnungsfaktoren, Erweiterung der Pupillen, Senkung des Hautwiderstandes, Muskelkontraktion, Verminderung der Immunabwehr und Anstieg der Milchsäure. Alle nicht benötigten Funktionen, z.B. Verdauung oder Sexualtrieb, werden vorübergehend vermindert oder eingestellt, damit der Körper sich ganz auf Flucht oder Kampf einstellen kann und somit maximale Überlebenschancen hat (Bensel, 1999).

Auch in der Sprache finden sich viele Hinweise auf die Heftigkeit dieses Gefühls: die Angst im Nacken, sich vor Angst in die Hose machen oder zitterige Knie bekommen, gelähmt sein vor Angst, vor Angst wird der Atem angehalten oder das Herz steht still u.v.m.

Ist die Gefahr vorbei, sorgt das parasympathische Nervensystem wieder für Entspannung. Angst kann also nicht ewig anhalten. Allerdings kann es eine gewisse Zeit dauern, bis das Adrenalin im Körper wieder abgebaut ist (Margraf & Schneider, 1990).

Im Gegensatz zum alltäglichen Sprachgebrauch unterscheidet die Literatur häufig zwischen den Begriffen „Angst“ und „Furcht“. Letztere ist auf ein konkretes Objekt, einen konkreten Inhalt bezogen, während die Angst aus dem Nichts auftaucht und sich auf keine konkrete Gefahr bezieht (Morschitzky, 2009; Micali, 2015). Auch bei Perls, Hefferline & Goodman (2007) bezieht sich die Furcht auf ein schreckenerregendes Objekt in der Umwelt, „das entweder bewältigt oder

gemieden werden muß. Angst dagegen ist ein intra-organismisches Erleben ohne direkten Bezug auf äußere Objekte“ (Perls et al. 2007, S. 179).

2.2 Vom Schutz zur Störung

Wie kommt es nun zu pathologischen Ängsten? Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Angststörungen nicht mit einer einzigen Theorie erklärt werden können. Man geht von einer Entstehung durch multiple Faktoren aus, wie etwa psychosoziale, sozioökonomische, biologische und genetische Faktoren. Auch der Erziehungsstil und Lernerfahrungen spielen eine Rolle (Caspar, Pjanic & Westermann, 2018). In der Psychologie gibt es eine beinahe unüberschaubare Anzahl an Theorien zur Angstentstehung. Grob gesagt kann man vier Gruppen unterscheiden:

Die *Lerntheorie* erklärt Angststörungen durch klassisches Konditionieren bzw. das Modelllernen. Klassische Konditionierung erfolgt dann, wenn ein harmloser Reiz (z.B. Fahrstuhl/Lebewesen) gleichzeitig mit einem angstausslösenden Reiz erlebt wurde. Der harmlose Stimulus löst dann auch in Zukunft Angst aus. Durch die Vermeidung der gefürchteten Objekte kann die Angst vermieden werden (operante Konditionierung). Beim Modelllernen kann das Angsterleben bzw. dessen Vermeidung z.B. bei den Eltern, aber auch in Filmen (Rollenmodell) beobachtet und nachgeahmt werden (Caspar et al., 2018). Lerntheorien wurden im Laufe der Zeit vor allem durch kognitive Konzepte ergänzt und modifiziert.

Kognitivistische Theorien gehen von einer Bewertung einer Situation bzw. eines Objekts aus, die im ungünstigsten Fall als bedrohlich bewertet wird und so Angst auslöst. Am bekanntesten ist wohl das von Margraf und Ehlers (1989) entwickelte psychophysiologische Modell zur Entstehung von Ängsten und Panikattacken. Körperliche Symptome, wie etwa starkes Herzklopfen, werden als gefährlich wahrgenommen, wodurch Angst entsteht, die wiederum physiologische Symptome auslöst. Das Ganze kann sich so lange aufschaukeln, bis Panik entsteht. Der sogenannte „Teufelskreis der Angst“ kann an jeder beliebigen Stelle in Gang gesetzt werden (Margraf & Schneider, 2009). Mit dem Konstrukt der „angeborenen Lernbereitschaft“ (Preparedness-Hypothese) von Seligman (1971, zitiert nach

Caspar et al., 2018, S. 76) erklären die kognitiven Modelle, warum Menschen Angst vor Schlangen, aber zum Beispiel nicht vor Waschmaschinen haben: Der Grund liegt in der Evolution. Die Gefahr, die von Schlangen ausgehen kann, wurde im Laufe der menschlichen Entwicklung als Schutz verinnerlicht. Sowohl lerntheoretische als auch kognitive Modelle werden durch biologische und psychosoziale Modelle ergänzt, um interindividuelle Unterschiede erklären zu können (Caspar et al., 2018).

Neurobiologische Modelle untersuchen mögliche Ursachen zur Angstentstehung wie Genetik, Metabolismus, Gehirnstruktur, Neurotransmitterwirkungen und hormonelle Änderungen. Hier gibt es mittlerweile eine unüberschaubare Anzahl an neurologischen Befunden zur Angstentstehung und den Versuch, sie psychotherapeutisch nutzbar zu machen. Die wichtigste Rolle im Gehirn spielt dabei die Amygdala. Nach einer Theorie von LeDoux (2002, zitiert nach Berking & Grawe, 2005, S. 408) sind erworbene Furchtreaktionen unauslöschbar in der Amygdala eingebrannt. In verhaltenstherapeutischen Versuchen konnte jedoch gezeigt werden, dass es in der Therapie gelingt, diesem automatischen Ablauf eine verstärkte Reaktion in der präfrontalen Region (verantwortlich für Angst-Hemmung) entgegenzusetzen. Nach Berking und Grawe (2005) steht dieses Gebiet jedoch noch ganz am Anfang der Forschung. Eine Zusammenführung von Psychotherapieforschung und Neurowissenschaft ist aber sinnvoll, um als TherapeutIn bewusster und gezielter Interventionen setzen und KlientInnen besser über ihre Beschwerden aufklären zu können.

Psychoanalytische Theorien sehen Angst als Resultat eines inneren Konfliktes. Dabei ist gemeint, dass z.B. im Menschen ein Bedürfnis/Wunsch besteht, das Gewissen ihm dieses/diesen aber verbietet. Der so entstandene Konflikt wird unbewusst durch Angst ersetzt und verdrängt, indem er auf eine Situation oder ein anderes Objekt verschoben wird. Neben dem *Konfliktmodell* unterscheidet man noch ein *strukturbedingtes* und ein *ethologisches Modell*. Letzteres geht auf John Bowlby zurück. Ängste entstehen nach diesem Modell, wenn fundamentale Bindungen im Leben bedroht erscheinen (Trennungsangst). Bindungsunsichere

Menschen haben in ihrer Kindheit keine konstante und verlässliche Bezugsperson erfahren. Auch als Erwachsene wird Alleinsein als bedrohlich erlebt und sie sind auf ein „Hilfs-Ich“ (z.B. Partner) angewiesen. Ein Agoraphobiker, der befürchtet auf offener Straße umzufallen, hat Angst, sich in dieser Situation ohne Stütze von außen nicht selbst steuern zu können und hilflos zu werden. Die Angst macht ihn von anderen abhängig bzw. realisiert Abhängigkeitswünsche. Das *Strukturschwächemodell* geht von einer strukturellen Schwäche des Ichs und Selbst aus. Diese Schwächen entstehen entweder durch defizitäre Entwicklungsbedingungen oder konstitutionelle Schwächen, sodass es zu einer „Brüchigkeit des Ichs“ kommt wie etwa beim narzisstischen Störungsbild. Im Extremfall können schon vergleichsweise geringe äußere oder innere Belastungen nicht bewältigt werden und es entsteht Angst. Meist ist diese frei flottierend, objektlos oder extrem körperbezogen, wie beispielsweise bei der Borderline-Störung (Morschitzky, 2009).

Je nach Psychotherapieschule gibt es unterschiedliche Theorien, wie Angst entsteht und welche Bedeutung der Konflikt dahinter hat. Wie dies die Gestalttherapie sieht, soll in Kapitel 5 beantwortet werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Angst nach Fritzsche & Ross (2016, S. 120) dann pathologisch ist, wenn

- sie unangemessen stark auftritt,
- sie öfter und über längere Zeiträume besteht,
- sie nicht mehr kontrolliert werden kann,
- angstmachende Situationen vermieden werden,
- dadurch das Alltagsleben eingeschränkt ist,
- die Angstbewältigung mit Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch einhergeht
- oder weitere psychische Störungen, etwa Depression mit Suizidalität, dazukommen.

3 Die Generalisierte Angststörung

In diesem Kapitel wird die Generalisierte Angststörung, im folgenden GAS genannt, genauer beschrieben. Begonnen wird mit der Klassifizierung der GAS und in weiterer Folge Symptomatik, Komorbidität und Verlauf geschildert. Die Abgrenzung zu bzw. die Komorbidität mit anderen Erkrankungen beendet dieses Kapitel.

3.1 Allgemeine Diagnostik der Angststörungen

Psychische Erkrankungen werden im klinischen Setting, etwa im Krankenhaus, aber auch in der psychotherapeutischen Praxis nach den Richtlinien der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) klassifiziert. Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und regelmäßig überarbeitet. Aktuell gültig ist die 10. Version (ICD-10). Die ICD enthält sämtliche medizinische Erkrankungen und weist ihnen einen Code zu. Psychische Störungen werden im Kapitel V (F) angeführt. Angststörungen werden der Kategorie F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) zugeordnet. Im Kapitel *F41 Andere Angststörungen* findet sich die GAS mit der Kodierung F41.1.

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ist das in den USA gebräuchliche Klassifikationssystem. Es umfasst nur psychische Störungen und hat keine Kodierung wie die ICD. Trotzdem sind beide Diagnosesysteme aufeinander abgestimmt und jeder DSM-Diagnose kann ein ICD-Code zugeordnet werden. Die Klassifizierung im DSM ist ausführlicher als in der ICD, weshalb es vor allem in der Forschung als Referenzwerk verwendet wird. Andererseits lässt die ICD mehr Raum für Interpretationen, was im internationalen Einsatz Vorteile bringt. Das DSM wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben und ebenfalls regelmäßig aktualisiert (Hogrefe Verlag, 2016). Die aktuelle Version ist das DSM-5 (2014).

3.2 Die GAS im Vergleich von ICD-10 vs. DSM-5

Der Begriff der Generalisierten Angststörung ist noch relativ neu. Bis in die 1990er Jahre gab es in der ICD nur die Klassifikation der phobischen Störungen, während alle anderen heutigen Angstdiagnosen unter dem von Sigmund Freud (1894) geprägten Begriff der Angstneurose subsumiert wurden. Wurde der Begriff der GAS im DSM-3 (APA, 1980) noch als Restkategorie geführt, wenn sonst nichts anderes zutrif, definierte sie das DSM-4 (APA, 1994) als spezifisches Störungsbild. Hauptmerkmale sind furchtsame Erwartungen und ängstliche, übermäßige Sorgen (Morschitzky, 2017). Im aktuellen DSM-5 (2018) wurden für die GAS zum Teil erhebliche Revisionsvorschläge gemacht, schlussendlich aber „wegen der fehlenden überzeugenden Evidenz alle diese Veränderungen verworfen und mit geringfügigen Textveränderungen die alte GAS-Definition beibehalten“ (Wittchen, Heinig & Beesdo-Baum, 2014, S. 549).

Die nachfolgende Tabelle stellt die Diagnosekriterien der GAS in der ICD-10 (Kodierung F41.1) bzw. im DSM-5 (Kodierung 300.02) gegenüber:

ICD-10	DSM-5
1. Ein Zeitraum von min. 6 Monaten mit vorherrschender Anspannung und Besorgnis sowie Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Probleme.	A. Übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartungen) bzgl. mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, die min. über 6 Monate hinweg an der Mehrzahl der Tage auftraten.
	B. Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.
2. Mindestens vier Symptome aus der unten angegebenen Liste, davon eines der Symptome 1 bis 4, müssen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> • Vegetative Symptome • Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen • Psychische Symptome • Allgemeine Symptome • Symptome der Anspannung • Unspezifische Symptome 	C. Angst und Sorge sind mit min. 3 der folgenden 6 Symptome verbunden, wobei zumindest einige der Symptome in den letzten 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftraten: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruhelosigkeit 2. Leichte Ermüdbarkeit 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf 4. Reizbarkeit 5. Muskelspannung

	6. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger, nicht erholsamer Schlaf)
3. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung (F41.0), eine phobische Störung (F40), eine Zwangsstörung (F42) oder eine hypochondrische Störung (F45.2).	D. Angst, Sorge oder körperliche Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
4. Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit, eine organische psychische Störung (F0) oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (F1).	E. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
	F. Angst oder Sorgen können nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden.

Tabelle 1: Kriterien für eine GAS nach ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2019, S. 165 f.) und nach dem DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2018, S. 301 f.).

Ergänzende Symptomliste zu Punkt 2 o.a. Tabelle nach ICD-10:

Symptomliste zu Pkt. 2	
Vegetative Symptome:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz 2. Schweißausbrüche 3. Fein- oder grobschlägiger Tremor 4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)
Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:	<ol style="list-style-type: none"> 5. Atembeschwerden 6. Beklemmungsgefühl 7. Thoraxschmerzen und -missempfindungen 8. Nausea oder abdominelle Missempfindungen (z.B. Kribbeln im Magen)
Psychische Symptome:	<ol style="list-style-type: none"> 9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche und Benommenheit 10. Gefühl der Derealisation oder Depersonalisation 11. Angst vor Kontrollverlust, „verrückt zu werden“ oder „auszuflippen“ 12. Angst zu sterben
Allgemeine Symptome:	<ol style="list-style-type: none"> 13. Hitzewallungen oder Kälteschauer 14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle
Symptome der Anspannung:	<ol style="list-style-type: none"> 15. Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen 16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen 17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung 18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden
Andere unspezifische Symptome:	<ol style="list-style-type: none"> 19. Übertriebene Reaktionen auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden

	20. Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst 21. Anhaltende Reizbarkeit 22. Einschlafstörungen wegen Besorgnis
--	--

Tabelle 2: Symptomliste nach Dilling & Freyberger (2019, S. 165 f.).

Stellt man beide Klassifikationssysteme gegenüber, ergeben sich zum Störungsbild der GAS vergleichbare Kriterien bei unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen (Leichsenring und Salzer, 2014; Becker & Margraf, 2016). Das DSM-5 stellt die übermäßige Sorge und deren empfundene Unkontrollierbarkeit in den Mittelpunkt. Sechs körperliche Symptome gelten als besonders kennzeichnend für die GAS und grenzen sie außerdem am besten von anderen Angststörungen ab. Nichtsdestotrotz klagen die Meisten über mehr als diese sechs Symptome (Becker, 2018).

Die ICD-10 setzt keine so große Betonung auf die Unkontrollierbarkeit der Sorgen, sondern die Angst wird als eher „frei flottierend“ beschrieben. Das bedeutet, sie ist nicht an spezifische Situationen oder Objekte gebunden. Betont werden in der ICD-10 eher die vielfältigen Begleiterscheinungen (siehe Tabelle 2). Dadurch kann diese Diagnose zwar leichter vergeben werden, gleichzeitig verbirgt sich die Gefahr einer Fehldiagnose, da viele Kriterien auch zu anderen Krankheitsbildern passen. Dies wird dadurch „verhindert“, dass die Diagnose einer GAS nicht vergeben werden darf, wenn eine phobische Störung, eine Panikstörung, eine hypochondrische Störung oder eine Zwangsstörung besteht (Hoyer, 2011).

Nach Zubrägel & Linden (2005) fehlt in beiden Diagnosesystemen das typische Vermeidungs- bzw. Rückversicherungsverhalten der Betroffenen als Diagnosekriterium. Morschitzky (2009) verweist außerdem auf Studien, die darauf hinweisen, dass der geforderte Zeitraum von 6 Monaten die Zahl der Betroffenen unterschätzt, da Betroffene auch schon innerhalb eines geringeren Zeitraumes Einbußen in ihrer Lebensqualität und Funktionseinschränkungen aufweisen.

3.3 Sorgen als Hauptmerkmal der Generalisierten Angststörung

Jeder Mensch macht sich ab und zu Sorgen. Schwierige Entscheidungen können „Kopferbrechen“ verursachen oder auch schlaflose Nächte, wenn ein bevorstehendes Ereignis außerhalb unseres Einflussbereiches liegt. Wie wird aus diesen „normalen“ Sorgen plötzlich ein pathologisches Kriterium?

Damit das Sich-Sorgen (engl. „worrying“) als pathologisch gilt, müssen die Sorgen exzessiv und subjektiv unkontrollierbar sein. Das bedeutet, dass man sich von den Sorgen nicht ablenken kann und auch ständig mit ihnen beschäftigt ist. Den Betroffenen ist dies durchaus bewusst, sie können sich den Sorgen aber nicht entziehen (Zubrängel & Linden, 2005).

Menschen mit GAS unterscheiden sich von Gesunden hinsichtlich der *erhöhten Aufmerksamkeit in der Wahrnehmung* von Gefahrenreizen und in der *Reaktion auf potenzielle Gefahren*, indem neutrale Reize eher als bedrohlich eingestuft werden (Linden, 2015; Reinecke, Becker, Hoyer & Rinck, 2010, zitiert nach Hoyer & Beesdo-Baum, 2011, S. 944; Sichort-Hebing, 2014). Da das Leben für die Betroffenen so unbeständig und gefährlich erscheint, versuchen sie, die Unsicherheiten des Lebens durch Darüber-Nachdenken (= Sich-Sorgen) erträglicher zu machen (Dugas et al., zitiert nach Hoyer & Beesdo-Baum, 2011, S. 944).

Versuche zeigen, dass GAS-Erkrankte sich signifikant länger, nämlich 6 Stunden am Tag, und häufiger sorgen sowie den Sorgenprozess signifikant unkontrollierbarer erleben als eine gesunde Vergleichsgruppe (Zubrängel & Linden, 2005; Morschitzky, 2009). Dabei machen sich Betroffene über dieselben Dinge Sorgen wie alle anderen Menschen auch: Krankheiten, Verletzungen, Beruf, Finanzen etc. Vor allem die täglichen Kleinigkeiten lösen Unruhe und Katastrophendenken aus: kleine Renovierungen, finanzielle Ausgaben in überschaubarem Ausmaß, normale Veränderungen wie Schulwechsel der Kinder oder geplanter Wohnungsumzug etc. (Becker & Margraf, 1995, S. 297 f.; Falkai & Wittchen, 2018; Linden, 2015, Sichort-Hebing, 2014). Sorgen sind

problembezogene Gedanken, die sich mit der Zukunft beschäftigen. Also mit „Was wäre, wenn...“-Fragen. Normalerweise führen diese Fragen dann auch zu Lösungen oder Vorkehrungen. Nicht so bei der GAS. Die Betroffenen springen von einer Sorge zur anderen, von einer Katastrophe zur nächsten, ohne dafür aber tatsächliche Lösungen zu entwickeln. So entstehen unlösbare Sorgenketten, mit denen die Betroffenen, im Sinne einer nicht zielführenden Ablenkung, ständig beschäftigt sind (Morschitzky, 2017). Zusätzlich kommt es zu Vermeidungsverhalten, z.B. schlechte Nachrichten in Zeitung oder TV, Sicherheitsverhalten, das Führen von Listen, um nichts zu vergessen, oder ständiges Rückversichern. Familienmitglieder oder andere wichtige Personen werden öfter angerufen, ob alles in Ordnung ist, oder müssen sich melden, wenn sie gut angekommen sind, usw. Dies kann natürlich zu Konflikten führen, da die Angehörigen oft das Gefühl haben, kontrolliert zu werden (Becker & Margraf, 2016; Sichort-Hebing, 2014).

Das ständige Sich-Sorgen deutet darauf hin, dass diese Sorgen einen subjektiv positiven Nutzen für den jeweiligen Menschen haben müssen. Besondere Bedeutung hat dabei die „Vermeidungstheorie der Sorgen und der generalisierten Angststörung“ von Borkovec, Alcaine & Behar (2004) erlangt. Sie besagt, dass die Sorgen dazu dienen, starken physiologischen Stress und autonome Reaktionen zu reduzieren bzw. zu verhindern. Das bedeutet, nicht der externe angstmachende Stimulus wird vermieden, sondern interne physiologische Prozesse; quasi die angstmachenden heftigen Gefühle (Becker 2018; Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). Der Sinn von Emotionen ist, uns zu helfen Verhaltens-Entscheidungen zu treffen, um angemessen zu reagieren. Wenn Emotionen rein kognitiv verarbeitet werden, wird die Erfahrung intensiver Gefühle vermieden. Dabei werden nicht nur unangenehme Gefühle wie Trauer oder Wut verhindert, sondern auch starke Freude wird beispielsweise durch die kognitive Verarbeitung abgeschwächt. Emotionen können folglich nicht vollständig verarbeitet werden und es kommt zu keinen korrigierenden Erfahrungen in dem Sinne, dass gelernt wird, starke Gefühle auszuhalten bzw. auch andere Strategien anzuwenden, als sich zu sorgen.

Dies ist auch die Erklärung, warum GAS-Patienten keine Panikattacken (= intensive Emotionen) bekommen (Becker, 2018).

Nachfolgend eine Tabelle über die wichtigsten potenziellen Verzerrungen und Probleme in der Informationsverarbeitung bei Menschen mit GAS:

Informationsverarbeitung	Merkmale
Aufmerksamkeitsbias	Aufmerksamkeitsausrichtung auf Gefahr und Bedrohung
Interpretationsbias	Negative Ereignisse werden als wahrscheinlich angenommen Mehrdeutige Situationen werden als bedrohlich interpretiert
Gedächtnisbias (implizites, nicht explizites Gedächtnis)	Bedrohliche Informationen werden schneller enkodiert als nicht bedrohliche Informationen
Geringe Problemorientierung	Geringeres Vertrauen in die Problemlösung Geringere wahrgenommene persönliche Kontrolle
Inadäquate Problemlösung	Längere Entscheidungsprozesse Umfangreicheres Sammeln von Beweisen Mehr abstrakte im Vergleich zu konkreten Problemelaborationen

Tabelle 3: Verzerrungen und Probleme der Informationsverarbeitung bei GAS (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011, S. 945).

Befragt man Menschen über ihr übermäßiges Sorgen-Verhalten, wird niemand antworten, dass mit Sorgen Gefühle verhindert werden sollen. Es werden logische Antworten kommen wie die Lösung von Problemen, Verhinderung negativer Ereignisse etc. Tritt das erwartete Negative nicht ein, werden diese Glaubenssätze außerdem bestätigt. Dabei wird übersehen, dass sich ein Großteil der Sorgen auch ohne weiteres Zutun nicht bewahrheitet (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). In einem Versuch von Borkovec, Hazlett-Stevens & Dias (1999) wurde herausgefunden, dass 85 % der Sorgenszenarien einen positiven Ausgang hatten. Bezieht jemand den positiven Ausgang auf sein Sorgen-Verhalten, ist dies daher nur schwer zu widerlegen, dass es auch ohne Sorgen gut ausgegangen wäre (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011, S. 946).

3.4 Epidemiologie

Nach Leichsenring & Salzer (2014) ist die Generalisierte Angststörung neben der Sozialen Phobie die häufigste Angststörung. Ihre Lebenszeitprävalenz, also der

Anteil der Menschen, die im Laufe ihres Lebens daran erkranken, reicht von 3,6 % bis 5,1 % (Lieb, Becker & Altamura, 2005, zitiert nach Leichsenring & Salzer, 2014, S. 5). Wittchen et al. (2011) schätzen die 12-Monats-Prävalenz für die EU auf 1,7 % bis 3,4 %. Im Rahmen einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Jacobi et al., 2016) wurde für die GAS eine 12-Monats-Prävalenz von 2,3 % angegeben. Frauen scheinen davon außerdem häufiger betroffen zu sein, nämlich mit 3 % im Vergleich zu Männern mit 1,5 %, wenngleich Leichsenring & Salzer (2014) darauf hinweisen, dass die wenigsten Studien Geschlechtsunterschiede untersuchen. Nach Caspar et al. (2018) gibt es ein Problem in der Vergleichbarkeit der Präferenzzahlen. Dies deshalb, da in den verschiedenen Studien unterschiedliche Fragebögen und Interviews verwendet werden, die getesteten Personen mehrere Angststörungen aufweisen und zusätzlich kulturelle Unterschiede bestehen.

Über den Beginn der Erkrankung zeigt sich die Literatur uneinheitlich (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011; Leichsenring & Salzer, 2014; Morschitzky, 2009; Volz & Stieglitz, 2010). Die Angaben reichen von Beginn in jungen Jahren bis zu Beginn erst ab dem fünften Lebensjahrzehnt. Der Anfang der Erkrankung ist de facto schwer festzustellen, da er schleichend beginnt. Viele Betroffene fühlten sich „schon immer“ ängstlich. Nach Hoyer & Beesdo-Baum (2011) entwickelt sich das Vollbild der Störung möglicherweise erst, wenn neue Anforderungen auf die Betroffenen einwirken (z.B. Elternhaus verlassen, Elternschaft, neuer Job, chronische Erkrankung etc.). Dies würde erklären, dass der Beginn der GAS in jeder Alterskohorte zu finden ist.

3.5 Ätiologie

Während für Phobien und Panikattacken lerntheoretische Modelle Erklärungen liefern, ist dies für die GAS nicht ausreichend (Stangier & Leichsenring, 2008, zitiert nach Leichsenring, 2014, S. 10). Wohl spielen Lernerfahrungen eine Rolle, nämlich abhängig vom erzieherischen Stil. Er beeinflusst, ob Kinder zu Eigenständigkeit und Risikobereitschaft erzogen werden oder ob sie durch überfürsorgliches

Verhalten und negative Erwartungen („du kannst das nicht“) vorsichtige und ängstliche Grundüberzeugungen bilden (Schmidt-Traub, 2008). Dies reicht aber zur Erklärung nicht aus. Aktuell kann die Entstehung durch Vulnerabilitäts-Stress-Modelle am besten erklärt werden (Becker & Margraf, 2007; Hoyer & Beesdo-Baum, 2011; Schmidt-Traub, 2008). Das heißt, es wird davon ausgegangen, dass verschiedene Stressoren (Umweltereignisse, belastende Lebenssituationen etc.) in Verbindung mit der Anfälligkeit für eine bestimmte Krankheit zum Ausbruch von GAS führen. Die auslösenden Belastungen sind bei Frauen und Männern unterschiedlich. Bei Männern findet sich eine höhere Gesamtbelastung von Lebensereignissen, kombiniert mit der Überzeugung, diesen nicht gewachsen zu sein. Zusätzlich sind noch andere Angststörungen, v.a. Panikstörungen vorhanden. Frauen haben als Risikofaktor eher das Vorliegen von anderen Angststörungen oder affektiven Störungen, die in Kombination mit familiären Belastungen eine GAS auslösen können (Lieb et al., 2005, zitiert nach Becker & Margraf, 2012, S. 21).

Neurobiologische Untersuchungen zeigen bei Menschen mit GAS Störungen im noradrenergen System, im Serotoninsystem und der GABA-Bindung. Auch ein verringertes Volumen der Amygdala und eine folgende Störung in deren Regelkreisläufen konnte nachgewiesen werden. All diese Auffälligkeiten werden damit in Zusammenhang gebracht, dass Menschen mit einer GAS Schwierigkeiten in der Emotionsregulierung haben. Im neurologischen Bereich gibt es bereits vielversprechende Untersuchungen; diese müssen jedoch noch weiter erforscht werden, da vieles noch unklar oder widersprüchlich ist (Berking & Grawe, 2005; Hoyer et al., 2011; Leichsenring & Salzer, 2014; Morschitzky, 2009; Plag, Schuhmacher & Ströhle, 2014). Eine genetische Veranlagung zum Auftreten einer GAS gibt es ziemlich sicher nicht. Es kann jedoch eine allgemeine Veranlagung zur Ängstlichkeit vererbt werden (Becker & Margraf, 2012; Morschitzky, 2009).

Eine weitere Annahme erklärt die GAS dadurch, dass die Vergangenheit dieser Menschen durch unkontrollierbare Ereignisse oder Traumata geprägt war. Die

Traumen waren allerdings weniger stark als bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (Borkovec, Alcaine & Behar 2004). Dennoch leiden die Betroffenen aufgrund dieser Erfahrungen darunter, dass zukünftige Ereignisse nicht kontrolliert werden können. Sowohl innere als auch äußere Reize werden als gefährlich wahrgenommen. Als Folge reagieren solche Menschen spezifisch, nämlich indem sie sich ständig sorgen. Ein Teufelskreis beginnt: Verstärkt wird dieser durch das Unterdrücken der emotionalen und physiologischen Reaktionen sowie durch Metakognitionen (das Denken über das Denken, z.B. sich über das viele Sorgen zu sorgen) (Bandelow et al., 2014; Becker & Margraf, 2012).

3.6 Komorbidität

Komorbidität meint, dass zusätzlich zur diagnostizierten Grunderkrankung auch noch andere abgrenzbare Krankheitsbilder oder Syndrome vorliegen. Laut Literatur sind für die GAS die häufigsten komorbiden Erkrankungen andere psychische Störungen, Depressionen und andere Angststörungen (vgl. Bandelow et al., 2014; Becker, 2018; Hoyer, 2011; Leichsenring & Salzer, 2014). Letztere machen, bezogen auf die Lebenszeitprävalenz, über 50 % aus, wovon die häufigste die soziale Phobie ist (Hoyer, 2011). Die Komorbidität für eine Depression liegt, bezogen auf eine 12-Monats-Prävalenz, bei 78,9 % (Jacobi et al., 2004). Dabei folgt in der Regel die Depression der GAS und seltener umgekehrt (Hoyer, 2011). Lieb, Becker & Altamura (2005, zitiert nach Leichsenring & Salzer, 2014, S. 7) sprechen bei über 90 % der Betroffenen von komorbiden Störungen. Eine reine GAS ist demnach die Ausnahme. Dies kann sich negativ auf die Betroffenen auswirken, da eine zusätzliche Erkrankung Prädiktor für einen schlechteren Verlauf sein kann und die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass die GAS korrekt diagnostiziert und behandelt wird (Wittchen, 2002).

3.7 Differentialdiagnostik

Eine korrekte Diagnose einer reinen Angststörung ist nicht immer so einfach, da Angst bei vielen Störungsbildern als sogenannte sekundäre Begleitsymptomatik

vorkommt (Dilling & Freiberger, 2019). Nachfolgend die wichtigsten Störungsbilder, die von der GAS abgegrenzt werden müssen:

3.7.1 GAS und andere Angststörungen

Bei vielen anderen Angststörungen beziehen sich die Ängste auf bestimmte Inhalte. Bei der Sozialphobie ist es die Angst vor Kritik und Bewertung von anderen. Agoraphobiker haben Angst vor fehlenden Fluchtmöglichkeiten. Menschen mit Panikstörung fürchten sich vor der Panikattacke (Angst vor der Angst) und so fort. Im Vergleich dazu sind Ängste bei der GAS nicht auf bestimmte Themen eingegrenzt. Es kommt trotz hoher Anspannung zu keinen Panikattacken und es werden auch keine externen Reize vermieden, wie es bei spezifischen Phobien der Fall ist. Klientinnen und Klienten klagen aber über länger anhaltende Beschwerden wie Schlafstörungen, Durchfall, Kopfschmerzen, Übelkeit und Anspannung und nicht über ihre ständigen Sorgen, weshalb der erste Weg oft zum Hausarzt führt und die Erkrankung auf den ersten Blick nicht als Angststörung zu erkennen ist (Morschitzky, 2009).

3.7.2 GAS und Depression

Hauptsymptome einer Depression sind mangelnde Energie und Motivation sowie eine allgemeine Lustlosigkeit. Dies trifft auf Menschen mit GAS nicht zu. Gedanklich befassen sie sich auch weniger mit Selbstmord oder Schuldthematiken. Trotzdem ist es wichtig, das Sich-Sorgen vom depressiven Grübeln (engl. Rumminations) abzugrenzen. Grübeln bedeutet, dass über Situationen aus der Vergangenheit nachgedacht wird, die mit Schuldgefühlen, Verlusten oder eigenem Versagen einhergehen. Generell kann man sagen, dass Menschen mit GAS eher über die Zukunft als über die Vergangenheit nachdenken. Sie wollen eine Katastrophe um jeden Preis vermeiden. Depressive Menschen sind dagegen überzeugt, dass es keine positive Zukunft mehr geben kann, für sie ist die Katastrophe schon eingetreten (Morschitzky, 2009). Wenn Angst und Depression gleich ausgeprägt erscheinen, wird die ICD-10-Diagnose Angst und depressive Störung gemischt (F 42.1) vergeben (Dilling & Freyberger, 2019).

3.7.3 GAS und Zwang

Ein gemeinsames Symptom von GAS und Zwangsstörungen sind sich aufdrängende, wiederholende gedankliche Konstrukte, die von den Betroffenen nicht kontrolliert werden können (vgl. ICD-10, F42 Zwangsstörung). Nach Becker (2018) bzw. Morschitzky (2009) sind Zwangsgedanken (engl. Obsessions) jedoch einfach vom Sich-Sorgen der GAS zu unterscheiden:

Die Sorgen bei der GAS beziehen sich auf reale Lebensumstände und werden als stimmig und ich-nahe (ich-synton) erlebt. Bei Zwangsgedanken hingegen sind die Inhalte oft irrationaler Natur, stark verzerrt oder übertrieben, z.B. aggressive oder schreckliche Impulse, sexuelle Inhalte etc. Sie gehen deshalb auch oft einher mit Gefühlen von Verantwortung oder Schuld und werden eher als ich-dyston (ich-fremd) erlebt (Becker, 2018; Morschitzky, 2009).

Menschen mit Zwangsstörungen haben außerdem ihre fix ablaufenden Rituale, d.h. Zwänge, um auf diese Weise ihre Anspannung zu reduzieren. Auch die Zwangsgedanken gestalten sich nach festen Regeln und beziehen sich meist auf ein Thema. Zwangshandlungen und die Reduktion auf ein Thema hingegen fehlen bei Menschen mit GAS (Becker, 2018).

3.7.4 GAS und Posttraumatische Belastungsstörung

Nach der ICD-10 entsteht eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) „...als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling & Freyberger, 2019, S. 173). Typische Symptome sind das wiederholte Erleben des Traumas, Gefühle von Betäubtsein, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, emotionale Stumpfheit, sich aufdrängende Erinnerungen (Flashbacks), um nur einige zu nennen. Im Zuge dessen können starke Ängste auftauchen. Es wird jedoch keine GAS diagnostiziert, wenn die Ängste nur im Verlauf der PTBS (F43.1) auftreten (Morschitzky, 2009).

3.7.5 GAS und ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung

Als Persönlichkeitsstörung werden tief verwurzelte, anhaltende und relativ stabile Verhaltensmuster bezeichnet, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Situationen äußern. Die zugrunde liegende Lebenshaltung wird dabei als subjektiv begründet und berechtigt angesehen, ist also fest in der Persönlichkeit der Betroffenen verwurzelt („ich-synton“). (Morschitzky, 2009, S. 182)

Die ICD-10 beschreibt folgende Kriterien für das Vorliegen einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung (F60.6):

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit gekennzeichnet ist. Es besteht eine andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiertwerden, eine Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik mit eingeschränkter Beziehungsfähigkeit. Die betreffende Person neigt zur Überbetonung potentieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen bis zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten. (Dilling & Freyberger, 2019, S. 244)

Die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung hat eigentlich mehr Ähnlichkeit mit einer sozialen Phobie. Dazu gibt es aber im DSM sowie in der ICD keine klare Abgrenzung. Es kann nur generell davon ausgegangen werden, dass die Persönlichkeitsstörung einen noch höheren Generalisierungsgrad aufweist als die Sozialphobie. Bei beiden Diagnosen (Soziale Phobie und ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung) geht es um Vermeidung sozialer Situationen, aus Angst, von anderen negativ bewertet zu werden, bzw. aus Angst, etwas falsch zu machen und sich vor anderen zu blamieren. Bei der GAS gehen die Sorgen aber weit über solche sozialen Situationen hinaus. Angst vor Peinlichkeit oder Bewertung hat nicht so eine große Bedeutung und besteht außerdem unabhängig vom sozialen Kontext (Morschitzky, 2009; Volz & Stieglitz, 2010). Nach Volz & Stieglitz (2010)

weisen verschiedene Studien darauf hin, dass die Komorbiditätsrate von ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung und GAS bei 19-29 % liegt.

Der Vollständigkeit halber noch drei weitere Punkte, die es bei Symptomen von Ängsten zu bedenken gilt:

3.7.6 Angstzustände durch Substanzen

Ängste können oft Nebenwirkungen von aufgenommenen Substanzen sein. Drogen, Medikamente, Amphetamine, aber auch Alkohol und Koffein können den Herz-Kreislauf beeinflussen (ankurbeln oder kollabieren lassen) sowie durch einen Blutzuckerabfall Panikattacken verursachen (Morschitzky, 2009; Volz & Stieglitz, 2010).

3.7.7 Angstzustände durch körperliche Erkrankungen

Bei schweren, lebensbedrohlichen oder beeinträchtigenden Krankheiten sind Ängste typische Begleitsymptome. Ebenso können organische Ursachen Ängste und Panikattacken auslösen. Etwa Tumore, Epilepsien, Stoffwechselstörungen, Atemwegserkrankungen, um nur einige zu nennen (Deister, 2015; Falkai & Wittchen, 2018; Frommberger, 2005; Schmidt-Traub, 2013).

3.7.8 Angstzustände bei anderen Grunderkrankungen

Ängste werden in der ICD-10 auch bei anderen Störungen als Symptome genannt. So zum Beispiel bei der Anpassungsstörung (Angst als Reaktion auf belastende Lebensumstände), bei der Depersonalisations- und Derealisationsstörung (angstmachendes Fremdheitserleben gegenüber sich selbst oder gegenüber der Umwelt), bei Dissoziativen Störungen (teilweise oder vollständige Abspaltung emotionaler oder körperlicher Funktionen), bei Somatoformen Störungen (verschiedenste körperliche Beschwerden ohne körperlich ausreichende Ursache) u.v.m. (Dilling & Freyberger, 2019). Es ist also immer darauf zu achten, in welchem Zusammenhang Ängste auftreten.

3.7.9 Medikamente und Psychotherapie bei GAS

2014 wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die neue S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen veröffentlicht (Bandelow et al., 2014). Eine Leitlinie enthält aktuelles Fachwissen und neueste wissenschaftliche Daten. Es ist keine verbindliche Richtlinie, stellt aber eine Empfehlung dar und bietet eine wissenschaftlich fundierte Entscheidungshilfe (Geiser & Köllner, 2015). Der Buchstabe S steht für das Stufenklassifikationsschema des AWMF und die Zahl 3 beschreibt den methodischen Hintergrund der Klassifikation. S3-Klassifikation bedeutet, dass es sich um eine evidenz- und konsensbasierte Leitlinie handelt (Muche-Borowski & Kopp, 2011). Aufgrund der Erkenntnisse aus der Neurobiologie werden Medikamente empfohlen, die die zentrale serotonerge und noradrenerge Neurotransmission verbessern. Dies sind z.B. Substanzen aus dem Bereich der selektiven Serotonin- bzw. Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, d.h. SSRIs und SSNRIs, die auch bei Depressionen eingesetzt werden. Auch Benzodiazepine haben eine anxiolytische Wirkung, werden aber aufgrund der Gefahr einer Abhängigkeit nur begrenzt empfohlen. Ebenso der Wirkstoff Pregabalin – ein Kalziumkanalmodulator, der bei massiven Schlafstörungen eingesetzt wird (Bandelow et al., 2014).

Ebenfalls bei Angststörungen bzw. bei GAS in den S3-Leitlinien empfohlen werden Entspannungsverfahren und Psychotherapie. Allen voran Verfahren aus dem Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) (Bandelow et al., 2014). Dieselben Hinweise, nämlich dass kognitive-verhaltenstherapeutische Therapieverfahren am wirksamsten sind, finden sich auch in anderer Literatur (Bassler & Winkelbach, 2005; Becker, 2018; Benecke & Staats, 2017; Domschke, Kapfhammer & Deckert, 2017; Winkelbach & Leibing, 2005). Dort, und in weiteren Artikeln, werden auch noch Psychoedukation, Entspannung und Achtsamkeitstraining als hilfreich genannt (Berking & Grawe, 2005; Flückinger, 2015; Naumann & Gerlach, 2014). Die Literatur bestätigt aber auch, dass die KVT bzgl. Anwendung bei Angststörungen einfach am häufigsten untersucht wurde,

(Becker, 2018), während es für andere Therapieverfahren keine oder kaum kontrollierte Wirksamkeitsstudien gibt (Ruhmland & Margraf, 2001, zitiert nach Caspar, Pjanic & Westermann, 2018, S. 81; Domschke, Kapfhammer & Deckert, 2017; Morschitzky, 2009). Die KVT ist aber nicht bei allen GAS-Erkrankten wirksam. Auf längere Sicht gesehen kam es z.B. zu keiner anhaltenden Besserung (Cuijpers et al., 2016; Sanchez-Meca, Rosa-Alcazar, Marin-Martinez & Gomez-Conesa, 2010, zitiert nach Beutel, Greenberg, Lane & Subic-Wrana, 2019, S. 1) oder die typische KVT-Intervention der Sorgen-Exposition (ein befürchtetes Sorgenszenario bis zum Ende durchdenken) wurde von den KlientInnen nicht toleriert (Porter & Chambless, 2015, zitiert nach Beutel et al., 2019, S. 1). Metaanalysen zeigen auch, dass die Wirksamkeit der KVT bei der GAS geringer ausfiel als z.B. in der KVT-Behandlung von affektiven Störungen oder anderen Angststörungen (Borkovec & Ruscio, 2001; Gould, Otto, Pollack & Yap, 1997; Mitte, 2005). Für die GAS werden deshalb neue Behandlungsansätze gesucht, die sich vor allem auf die Defizite der Emotionsregulation beziehen – sogenannte Emotionsregulationstherapien (ERT) (Mennin & Fresco, 2010).

Als zweite Psychotherapiemethode werden in der Literatur psychodynamische Ansätze erwähnt, die zur Gruppe der psychoanalytischen Modelle gehören. Es gibt einige nicht systematisch kontrollierte Studien, die bei GAS gute Ergebnisse erzielen (Bond und Perry, 2004; Crits-Christoph et al., 1995, 1996; Leichsenring, Winkelbach & Leibing, 2002; Rudolf et al., 1988, 1994, zitiert nach Domschke et al., 2017, S. 1903). Aus wissenschaftlicher Sicht sind viele Studien zu psychodynamischen Ansätzen noch unzureichend, weshalb diese Art der Behandlung in den S3-Leitlinien (s. Pkt. 3.7.9) mit einem geringeren Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad bewertet wurden (Domschke, Kapfhammer & Deckert, 2017). Beutel et al. (2019) und Leichsenring & Salzer (2014) schreiben hingegen von psychodynamischen Therapiestudien, deren Ergebnisse sich von denen der KVT nicht unterscheiden würden.

Morschitzky (2009) meint, dass der Meinungsstreit zwischen verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Therapien mittlerweile als überholt gilt. Verhaltenstherapeuten würden anerkennen, dass Angst auch ein Symptom für einen tiefer liegenden Konflikt sein kann, während die Psychoanalytiker immer mehr erkennen würden, dass die Dynamik der Angst zuerst unterbrochen werden muss, um an Konflikten arbeiten zu können. Beide Seiten würden sich bemühen und voneinander lernen wollen.

4 Der Kontaktzyklus und seine Regulierungsmechanismen

In diesem Kapitel werden wesentliche Begriffe der Gestalttherapie erklärt und das Modell des Kontaktzyklus vorgestellt, auf den die Gestalttherapie aufbaut. Anschließend werden mögliche Störfaktoren im Ablauf des Kontaktgeschehens aufgelistet, die bei neurotischen Erkrankungen von Bedeutung sind.

4.1 Die Begriffe „Kontakt“, „Kontaktzyklus“ und „Kontaktgrenze“

Um die nachfolgenden Ausführungen zur Angstentstehung und die Herangehensweise zur Behandlung von Angststörungen aus Sicht der Gestalttherapie verständlich zu machen, bedarf es der Erklärung der Begriffe „Kontakt“, „Kontaktzyklus“ und „Kontaktgrenze“. Alle anderen genannten Fachtermini wie z.B. Figur-Hintergrund, Gestalt, Organismus-Umweltfeld usw. sind im Anhang im Glossar zu finden.

Kontakt ist das zentrale Konzept in der Gestalttherapie (Blankertz & Doubrawa, 2017; Gremmler-Fuhr, 2017; Maragos, 2017).

Gremmler-Fuhr (2017) definiert Kontakt als „... jede Art von lebendiger Wechselbeziehung im Organismus-Umweltfeld, bei der eine Kontaktgrenze zwischen Organismus und Umweltfeld entsteht, über die ein Austausch stattfindet“ (S. 360). Dabei können drei Vorgänge beschrieben werden, die zwar miteinander verknüpft, aber dennoch unterscheidbar sind:

- die Figur-Hintergrund-Auflösung der Gestaltbildung,
- die Differenzierung zwischen Organismus und Umweltfeld durch Grenzbildung und
- der Austausch zwischen Organismus und Umweltfeld an dieser Grenze.

Vereinfacht ausgedrückt könnte man sagen, der Mensch ist in ständigem Kontakt mit seiner Umwelt und es gibt immer etwas oder jemanden, das bzw. der seine Aufmerksamkeit erregt. Dies geschieht durch alle dem Menschen zur Verfügung stehenden Sinne, nämlich Sehen, Zuhören, Berühren, Sprechen, Bewegen,

Riechen und Schmecken. Polster & Polster (2001) bezeichnen diese Sinne als „Kontaktfunktionen“. Exemplarisch soll dies am Beispiel des Sehens genauer erklärt werden: Zunächst sind wir durch das Sehen ständig in Kontakt mit der Umwelt, ohne dass uns dies immer bewusst ist. Wir können durch Sehen Kontakt herstellen „um seiner selbst willen“ (S. 135). Als zweckgebundener Kontakt andererseits gibt uns das Sehen eine Orientierung in der Umgebung, mit wem wir es zu tun haben, lässt uns zielgerichtet handeln usw. Das Leben wird praktisch ausgerichtet. Die Schreibmaschine wird zum Mittel, mit dem ich meine Arbeit erledigen kann. Das Ansehen eines Freundes im Gespräch zeigt mir, ob er mir noch zuhört. Sehen kann auch überwältigende Gefühle auslösen, wenn wir etwas sehen oder bei etwas zusehen müssen, das uns überfordert. Bei einem Horrorfilm beispielsweise können wir uns die Augen zuhalten. Im unsicheren Kontakt mit einem Gegenüber wird oft der Blick gesenkt oder ebenfalls weggesehen. Starren wiederum ist ein Festhalten des Gegenübers mit dem Blick, ohne dabei wirklich zu sehen. Es ist das „visuelle Äquivalent der endlosen Wiederholung derselben Worte, bis sie zu Kauderwelsch werden und ihren Sinn verlieren“ (Polster & Polster, 2001, S. 137). So lässt sich schon erahnen, wie vielfältig wir mit unseren Sinnen in Kontakt mit unserer Umwelt treten bzw. dass der Mensch etwas (nicht) tun kann, um Kontakt zu vermeiden bzw. weniger intensiv zu gestalten.

Nicht nur zur äußeren Welt kann Kontakt aufgenommen werden, sondern auch zur eigenen, inneren Welt. Dies sind die spürbaren Bedürfnisse, Wünsche und Impulse. Voraussetzung ist aber, „dass diese aufkommenden Bedürfnisse überhaupt gespürt werden können, und das, was gerade existiert, adäquat ausgedrückt werden kann“ (Maragkos, 2017, S. 50). Diese Fähigkeit der wachen Aufmerksamkeit wird in der Gestalttherapie mit dem Begriff „awareness“ beschrieben. Deutsche Übersetzungen sprechen auch von Achtsamkeit, Gewahrsein, Aufmerksamkeit, Bewusstheit u.v.m. In dieser Arbeit werden all diese Begriffe synonym verwendet.

Laura Perls (1990, zitiert nach Maragos, 2017, S. 61) betont, dass Kontakt kein Zustand, sondern ein aktiver, lebendiger Prozess ist, der von allen Beteiligten Awareness verlangt. Laura Perls (2005) sagt weiter, dass Kontakt an der Grenze stattfindet. Nämlich an der Grenze „...zwischen mir und dem anderen“ (S. 109). Sie ist somit gleichzeitig Ort der Berührung und der Trennung, der Begegnung und des Interesses, aber auch der Furcht und der Feindseligkeit (L. Perls, 2005, S. 109 f.).

4.2 Der Kontaktzyklus in der Gestalttherapie

Der Prozess des Kontaktes wird durch das Modell des Kontaktzyklus veranschaulicht. Das ursprüngliche Modell stammt von Perls, Hefferline & Goodman (1979, zitiert nach Maragos, 2017, S. 63), genannt „Kontaktkreis“, und umfasst die Phasen Vorkontakt, Kontaktanbahnung, Kontaktvollzug und Nachkontakt.

Das Kontaktmodell wurde im Laufe der Zeit ergänzt und erweitert, sodass es mittlerweile einige verschiedene Modelle gibt. Alternative Begriffe in der Literatur sind auch Erfahrungszyklus, Kontakt/Rückzugs-Zyklus, Kontaktphasen, Gestaltwelle u.Ä. (Blankertz & Doubrawa, 2005). Die „modernste Konzeptualisierung“ (Maragos, 2017, S. 69) stammt von Lotte Hartmann-Kottek (2012). Sie nennt ihr Modell „Gestalt-Aufbaukreis“ bzw. „Wachstumskreis“ (Hartmann-Kottek, 2012, S. 56f). Für diese Arbeit möchte die Autorin gerne dieses Modell erklären, da es gut verdeutlicht, wie „einfach“ und „klar“ es auf den ersten Blick scheint, dann aber durch das verwendete Beispiel der Partnerwahl auch wieder die Komplexität des Ablaufs und möglicher Störungen sehr verständlich darstellt. Zusätzlich soll Lotte Hartmann-Kotteks Modell als Vorinformation gelten, wenn in Punkt 5.4 ihre Sichtweise im Umgang mit Angst dargestellt wird.

Hartmann-Kottek (2012) bezeichnet dieses 9-stufige Modell als Wachstumskreis. „Durchgehender Gedanke ist der Wechsel der ‚Gestalt‘, die dem wechselnden Interessens- bzw. Aufmerksamkeitsfokus entspricht. Der Rest wird jeweils zum

Hintergrund“ (S. 56). Wichtig ist, in welcher Richtung diese Phasen durchlaufen werden. Im Uhrzeigersinn sind sie ein Zeichen von Normalität und Gesundheit, in gegenläufiger Abfolge führen sie zu Stagnation, Mangel und Pathologie.

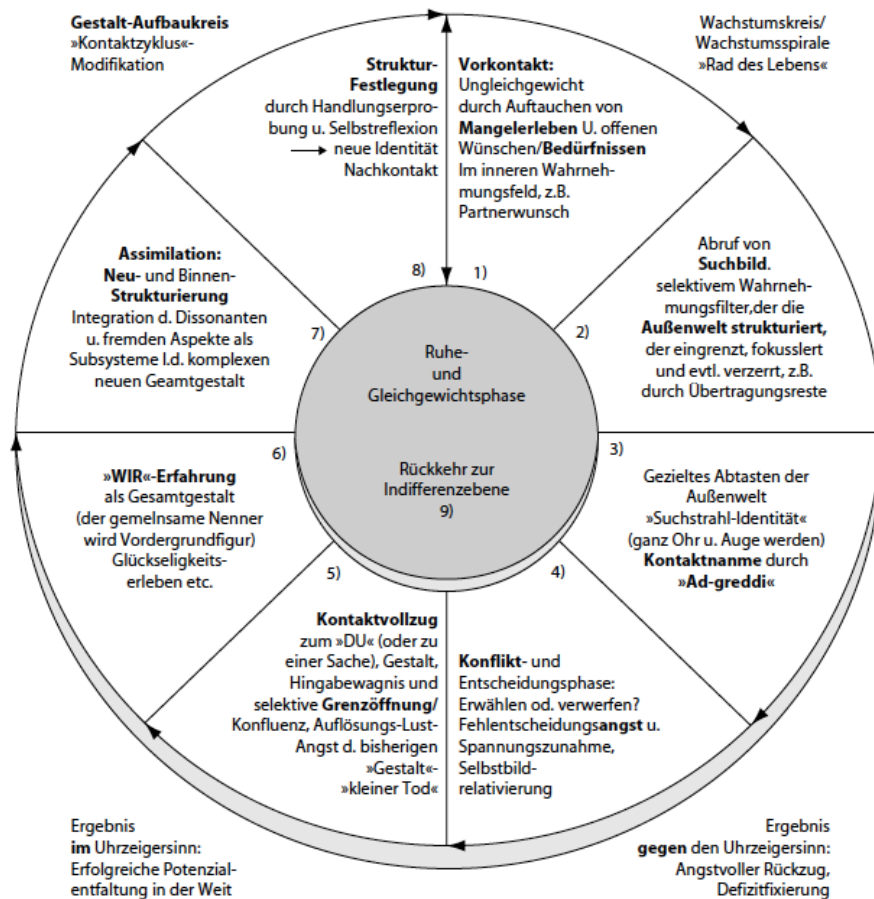


Abbildung 1: Gestalt-Aufbaukreis nach Hartmann-Kottek (2012, S. 57).

Die einzelnen Phasen werden von Hartmann-Kottek (2012) anhand des Beispiels der Partnersuche veranschaulicht:

1) Vorkontakt (Gestalt: Identifizierung von Ungleichgewicht)

Ein Partnerwunsch taucht immer wieder in verschiedenen Situationen auf. Dadurch wird die Aufmerksamkeit darauf gelenkt und ein Veränderungswunsch kommt auf.

2) Suchbild (Gestalt: selektiver Wahrnehmungsfilter)

Der Partnerwunsch veranlasst zum Nachdenken und Suchen: Wie waren meine bisherigen Beziehungen, was wünsche ich mir (nicht), welche Bedenken habe ich, was würden andere dazu sagen usw. In den Vordergrund rückt eine innere Suchbild-Schablone, deren Starrheit bzw. Flexibilität u.a. von der Motivation und vom Bedürfnisdruck abhängt.

3) Suchstrahl-Identität (Gestalt: ad-gredden)

Es folgt die aktive Suche nach einer Partnerin, inklusive der Überlegung von Ideen, wie und wo man jemanden finden könnte. Wichtig ist die dazugehörige Aggression. Maragkos (2017, S. 64) ergänzt, dass mit Aggression hier nicht Gewalt oder Wut gemeint ist, sondern im Sinne der lateinischen Wortwurzel „ad-gredden“ auf etwas oder jemanden zugehen. Also ein aktives Herantreten an die Umwelt.

4) Entscheidung (Gestalt: Entscheidungskonflikt)

In dieser Phase kommt es zur Entscheidung. Dies ist oft nicht einfach, da es mehrere Möglichkeiten geben kann, die mehr oder weniger weitreichende Konsequenzen haben. Die Stimmung kann von euphorisch bis ängstlich reichen. Der Vorgang der Entscheidung gleicht einem inneren Rollenspiel, einem probeweisen Identifizieren und De-Identifizieren, das mit dem inneren Bezugssystem immer wieder abgeglichen wird (S. 59).

5) Kontaktvollzug (Gestalt: selektive Konfluenz mit dem „Du“)

Wenn es zur Entscheidung gekommen ist, rückt das „Du“, in diesem Fall die gewählte Partnerin, in den Vordergrund. Die Entscheidung zum Kontakt ist zugleich auch die Entscheidung, die eigenen Grenzen selektiv zu öffnen und es zu wagen, sich hinzugeben. Trotzdem bleibt immer auch noch ein Restrisiko, doch noch abgewiesen zu werden. „Der Lust/Angst-besetzte Sprung in die Hingabe wird durch den ‚kleinen Tod‘ des ‚Ego‘ erlöst“ (S. 60).

6) „Wir“-Erfahrung (Gestalt: gemeinsamer Nenner)

Durch das Eingehen der Partnerschaft entsteht ein neuer Raum, der die eigenen Sichtweisen und Weltanschauungen erweitert. Zunächst sind alle Aspekte sichtbar, die leicht assimiliert werden können, also auf „derselben Wellenlänge“ liegen.

7) Assimilation/Integration (Gestalt: Neustrukturierung)

Aspekte, die nicht in die „Wir“-Erfahrung passen und die vielleicht befremdlich und dissonant erscheinen, müssen nun in modifizierter Form integriert werden. Das gilt auch bei intrapsychischen Integrationsaspekten, wenn z.B. Hass oder Neid ebenso als eigene Persönlichkeitsanteile akzeptiert werden müssen.

8) Nachkontakt (Gestalt: Neufestlegung, Erprobung, Bewertung)

Die neue Identität, nämlich Teil einer Partnerschaft zu sein, braucht noch viel Bestätigung. Dies geschieht entweder durch gemeinsam gemeisterte Schwierigkeiten oder auch durch die Bestätigung von außen, indem Freunde oder Bekannte z.B. Bemerkungen über positive Veränderungen machen. Auch die Nachreflexion gehört hierher, etwa, indem der ehemals Partner-suchende Mensch innehält und den Suchprozess nochmals Revue passieren lässt, ihn für sich einordnet und bewertet.

9) Indifferenz (Gestalt: Ruhe, Gleichgewicht, Leerheit)

Wenn ein Kontaktzyklus zu Ende gegangen ist, steht die damit gebundene Energie wieder frei zur Verfügung, bis etwas anderes neue Aufmerksamkeit fordert und ein neuer Zyklus beginnt. Idealerweise treten in dieser Phase Gefühle von Dankbarkeit und Freude über das Gelungene auf. Es entsteht eine gleichgültige Neutralität ohne Mängel oder Spannungen aus unerfüllten Bedürfnissen. Insofern kann auch von einem Ort der Fülle gesprochen werden.

Das ausgewählte Beispiel der Partnersuche beschreibt einen Kontaktkreislauf, der über einen längeren Zeitraum gegangen ist. Dies ist aber nur eine Möglichkeit von vielen. Kontaktkreise können alle Zeitkategorien haben. Von Augenblicken bis

„halbe Ewigkeiten“ (Hartmann-Kottek, 2012, S. 61). Auch sind die verschiedenen Phasen des Zyklus kein einziger zusammenhängender Prozess. Dazwischen treten Lücken auf, die als Sackgasse oder Leere erlebt werden können. Fritz Perls (1982, zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2017, S. 364 f.) spricht dabei aber von einer „fertile void“, einer fruchtbaren Leere, in der automatische Verhaltensmuster unterbrochen und geändert werden können. In der konkreten therapeutischen Praxis kann dies so aussehen, dass schwierige Situationen anhand des Kontaktmodells in ihre verschiedenen Phasen aufgeteilt werden und TherapeutIn und KlientIn gemeinsam nochmals darüber reflektieren (Gremmler-Fuhr, 2017).

4.3 Der Begriff der Kontaktunterbrechung

Die Unterscheidungen zwischen gesund und pathologisch werden in der Gestalttherapie im Kontaktgeschehen bzw. an den Kontaktgrenzen festgemacht. Ein „gesunder“ Mensch merkt, wer oder was „seine Grenze“ passieren darf und was nicht. Er kann beides voneinander unterscheiden und sogar Ausnahmen machen, beispielsweise jemandem anderen zuliebe ins Kino gehen, obwohl er selbst dazu keine Lust hat. Pathologie bedeutet eine unflexible oder sogar eine fehlende Grenze. Unflexibel bedeutet, dass etwas immer so sein „muss“ und nicht anders sein „darf“. Bei fehlender Grenze ist man auf Vorgaben von anderen angewiesen, da der Kontakt zum eigenen Inneren nicht empfunden wird (Maragos, 2017, S. 62). Gesund im gestalttherapeutischen Sinne bedeutet, einen „in sich stimmigen Zustand mit einem ungestörten Kontakt nach innen und außen. Dabei geht es nicht um einen bestimmten Status und Ordnungsgrad, sondern um ein ständig neues Ausbalancieren zwischen den inneren und äußeren Gegebenheiten und Herausforderungen“ (Hartmann-Kottek, 2012, S. 70).

Kontaktunterbrechungen führen zu unabgeschlossenen Gestalten und zu Fixierungen. Eine „unabgeschlossene Gestalt“ ist ein Thema, das immer wieder auftaucht, weil es nach einer Lösung drängt – so wie ein Kellner immer die Tische im Hinterkopf hat, die noch nicht bezahlt haben, während er die bereits kassierten „vergisst“ (Zeigarnik-Effekt). Solche unabgeschlossenen Gestalten sind uns aus

dem Alltag bekannt: eine versäumte Versöhnung am Sterbebett, ein unverständlicher Abbruch einer Beziehung, eine abgewehrte Trauer usw. (Hartmann-Kottek, 2012, S. 229). Offene Gestalten tauchen immer wieder auf und blockieren Energien oder behindern den Alltag. Können sie aufgrund von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien nicht geschlossen werden, spricht man von Fixierungen (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 90).

Gremmler-Fuhr (2017, S. 366) kritisiert den Begriff „Kontaktunterbrechung“. Er werde meist gleichbedeutend verwendet mit den Begriffen „Kontaktstörung“, „Kontaktvermeidung“ und „Widerstand“. Diesen Begriffen gemein sei eine allgemein gültige normative Voraussetzung, wie „richtiger“ Kontakt zu verlaufen habe, vor allem dann, wenn „Kontaktunterbrechung“ unabhängig von den situativen Bedingungen als pathologisch verstanden werde. Sie schreibt weiter, dass der Begriff den Forschungen und Erkenntnissen der Gestaltpsychologie nicht gerecht wird und im Verständnis des Experten-Klienten-Prozesses zu Verwirrungen führen kann. Unterbricht ein Klient den Kontakt, kann es sich nur um den Kontakt handeln, den der Gestaltexperte gerade fokussiert. Die andere Person ist jedoch immer noch mehr oder weniger in Kontakt, nämlich mit ihrer Angst, ihrer Verwirrung oder sonst einem Thema. Sie weist darauf hin, dass es nicht darum geht, dass ein bestimmter Kontaktzyklus konsequent durchlaufen wird, sondern ob die Kontaktprozesse situationsangemessen und funktional sind. Kontaktfunktionen sind demnach Erklärungsprinzipien, die auf Situationen oder Erfahrungsphänomene hinweisen, dürfen aber nicht mit ihnen verwechselt werden.

Nach Hochgerner, Klampfl & Nausner (2018) wurde der Begriff „Kontaktvermeidungsmechanismus“ in der Gestalttherapie aus ebendiesen Gründen aufgegeben. Es wird nun von Kontaktstilen, Kontaktfunktionen, Kontaktmechanismen etc. gesprochen (S. 188).

Für diese Arbeit hat sich die Autorin entschieden, den Begriff der „Kontaktregulierung“ zu verwenden. Dieser von Joyce & Sills (2016) erwähnte

Begriff symbolisiert für die Autorin am besten, worum es eigentlich geht: nämlich um eine zwar unbewusste, aber von der/dem Betroffenen dennoch aktiv herbeigeführte Unterbrechung, sprich Regulierung, des Kontaktkreislaufes. Zugleich möchte die Autorin festhalten, dass sie den Begriff „Kontaktunterbrechung“ im Sinne Gremmler-Fuhrs nicht generell als pathologisch betrachtet und mit ihr übereinstimmt, dass auch immer die situativen und funktionalen Gegebenheiten mitbeachtet werden müssen.

4.4 Formen der Kontaktregulierung

Warum kommt es zu Kontaktregulierungen und welchen Sinn haben sie? Dazu muss der Begriff der Neurose genauer betrachtet werden, denn Angststörungen gehören in die Kategorie der neurotischen Erkrankungen.

Der Begriff der Neurose ist schon über 200 Jahre alt und bezeichnete ursprünglich eine jede Erkrankung des Nervensystems, für die keine Erklärung gefunden wurde. Prinzipiell bezeichnet Neurose einen noch unbewussten inneren Konflikt, der im Laufe der Zeit zu einem Problem wird, das sich in seelischen, psychosozialen oder psychosomatischen Krankheitsanzeichen ausdrückt. Aufgrund der vielfältigen Konzepte und Theorien im Laufe der Zeit lässt sich keine einheitliche Erklärung geben. Das ist auch der Grund, warum dieser Begriff bei den großen Organisationen wie WHO oder APA nur noch angedeutet oder völlig gestrichen und durch andere Begriffe ersetzt wurde. Der Neurose-Begriff ist somit aktuell im Umbruch und wird vermutlich über kurz oder lang verschwinden. Ob damit auch die Erkrankung selbst verschwindet, ist eine andere Frage (Faust, o.J.).

Für diese Arbeit ist der Begriff der Angstneurose wichtig, denn er kommt immer wieder in der gesamten verwendeten Literatur vor. Zu beachten ist, dass dieser Begriff aus einer Zeit stammt, in der noch keine differenzierten Klassifikationen existierten. Aber auch in neuerer Literatur wird der Begriff immer wieder verwendet, was zusätzliche Unklarheit stiftet. Nach Faust (o.J.) wurde das Wort „Angstneurose“ durch den Begriff „Angststörung“ ersetzt, der sich auf

ungerichtete, frei-flottierende Ängste bezieht. Die Angststörungen werden unterteilt in die Generalisierte Angststörung (früher: Angstneurose) und die Panikattacken.

Wenn in der älteren Literatur von Angstneurose gesprochen wird, so werden GAS und Panikattacken gemeinsam gemeint, während mit „Angstneurose“ in der neueren Literatur die GAS gemeint sein müsste (Leichsenring et al., 2002; Leichsenring & Salzer, 2014; Morschitzky, 2009). Ob dies in allen Fällen so stimmt, ist nicht zu überprüfen. Für diese Arbeit wird jedoch davon ausgegangen. Wenn Perls in seinen Schriften vom „Neurotiker“ spricht, so meint er den weiter oben erwähnten unbewussten, inneren Konflikt, der sich in verschiedenen Anzeichen ausdrückt.

Perls, Hefferline & Goodman (2006) beschreiben die durchschnittliche Lebensweise als die „neurotische“, das was gesellschaftlich als „normal“ angesehen ist. Der Einfluss der Gesellschaft spielt für Perls et al. (2006) dabei eine große Rolle. Damals wie heute zwingt sie den Menschen dazu, sich ihr immer wieder anzupassen, beispielsweise an Wissenschaft, Technik oder Staatsmacht. Gelingt dies nicht, entsteht die Neurose. Sie dient dazu, nicht aushaltbare Gefühle von Angst und Spannung zu vermeiden.

Die klassisch neurotischen Kontaktregulierungsmechanismen in der Theorie der Gestalttherapie werden im Folgenden kurz beschrieben:

Introjektion bedeutet das Übernehmen von nicht überprüften Geboten und Verboten, die aber in Folge als eigene erlebt werden (Maragos, 2017, S. 72). Nach Perls (1951, zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2017, S. 369) kommt dem Introjizieren eine „kulturbildende Funktion“ zu. Ohne Übernahme von Konventionen, Regeln und Werten würden wir im Gemeinschaftsleben kaum funktionieren. Wenn wir solche Normen jedoch nicht assimilieren, d.h. für uns prüfen und ihre Sinnhaftigkeit für uns reflektieren, bleiben sie als „fremder“ Bestandteil in uns. Introjekte zeigen sich am deutlichsten in Aussagen wie „Man muss...“, „Man sollte nie...“ usw.

(Maragos, 2017, S. 72). Der Gegenpol der Introjektion ist das Ablehnen oder Misstrauen gegenüber allem oder jedem, das/der von uns als fremd empfunden wird (Gremmler-Fuhr, 2017, S. 369).

Projektion nach Kriz (2014, S. 213) ist „... die Verweigerung jeglicher Aufnahme von Material – sogar von Material, das ursprünglich und eigentlich zum eigenen Organismus gehörte“. Bestimmte Teile werden dann nicht als Eigenanteil erkannt und können somit auch nicht assimiliert werden. Stattdessen werden sie in die Umgebung projiziert. Nach Gremmler-Fuhr (2017) helfen uns Projektionen Visionen und Pläne zu entwickeln. Problematisch wird es dann, wenn es nicht mehr gelingt, Projektionen als wahr oder falsch zu erkennen. Das bedeutet, dass zum Beispiel eine bestimmte Annahme über eine andere Person oder über einen bestimmten Sachverhalt trotz gegenteiliger Beteuerung des Gegenübers bzw. trotz eindeutiger Fakten beibehalten wird. Das Gegenteil der Projektion ist eine Sachlichkeit und Nüchternheit, die oft auch mit einem starken Kontrollbedürfnis einhergeht. Es wird nur das für wirklich gehalten, was exakt begründet oder belegt werden kann.

Retroflexion: Dabei werden Impulse, die eigentlich auf die Außenwelt gerichtet werden sollen, auf sich selbst gerichtet. Dies können sowohl aggressive Gefühle sein, die dann gegen sich selbst gerichtet werden, als auch fürsorgliche Handlungen, wenn jemand zum Beispiel unbewusst seinen eigenen Arm streichelt, während er von seiner Einsamkeit spricht. Derjenige, der retroflektiert, ist dabei bestrebt, nicht aktiv auf die Umwelt zuzugehen oder sie aktiv zu gestalten. Er hält sich zurück. Dies braucht viel Energie in Form von Selbstkontrolle. Auch Schuldgefühle können Retrofektionen sein, z.B. als Folge von introjizierten Aggressionsverboten. Werden dann aggressive Impulse bei sich selbst wahrgenommen, kommt es zu Schuldgefühlen (Maragos, 2017, S. 74). Hier wird deutlich, dass Kontakt immer mit Aggression einhergeht, im Sinne eines natürlichen, aktiven Zugangs auf die Welt. Passiert dies nicht, kann es durch das ständige Unterdrücken der Impulse auf körperlicher Ebene zu chronischen

Verspannungen kommen, zu Grübeln oder Denkstörungen, Selbstquälerei, aber auch zu Selbstfürsorge, wie das Beispiel des Streichelns weiter oben zeigt. Der Gegenpol dazu wäre das ungehemmte Ausleben von Impulsen und Aktivitäten, die ebenfalls entweder destruktiv oder konstruktiv sein können (Gremmler-Fuhr, 2017, S. 371).

Konfluenz entsteht dann, wenn die Grenzen porös sind oder sogar fehlen. Es kommt zur Verschmelzung. Eigene Wünsche oder die eigene Identität treten in den Hintergrund. Der konfluente Mensch ist abhängig, er braucht ein Gegenüber, um sich selbst zu empfinden (Maragos, 2017, S. 75). Konfluenz finden wir bei „harmonieliebenden Menschen“. Um des Friedens willen wird nicht gestritten und vieles erduldet (Polster & Polster, 2001, S. 101). Bei Säuglingen hingegen ist Konfluenz sogar ein erstrebenswerter Zustand. Sie brauchen eine Bezugsperson, da sie ohne sie nicht leben könnten. Im Kontakt mit dieser Person kommt es dann zur Individuation, die eigenständige Grenzen entwickelt (Maragos, 2017, S. 75). Gegenteil der Konfluenz sind Differenzierung und Artikulation. Der konfluente Mensch muss lernen, dass seine Gefühle und Entscheidungen seine eigenen sind und nicht unbedingt mit denen anderer (wichtiger) Personen übereinstimmen müssen (Polster & Polster, 2001, S. 103).

Egotismus ist dem Pol des Abgrenzens zuzuordnen. Der Prozess des Sich-Einlassens auf andere wird zugunsten von Darüber-Reden bzw. Nachdenken und Prüfen vermieden. So wird verhindert, dass sich der Mensch letztlich auf seine Umwelt einlassen und mit ihr in Austausch treten muss. Auch unkontrollierbare Risiken oder möglichen Frustrationen sollen damit vermieden werden. Spontane Wünsche werden aber ebenso verhindert. Gegenpole dazu wären das Eingehen von Risiken und Hingabe (Gremmler-Fuhr, 2017, S. 371).

Deflektion stammt vom lateinischen „deflectare“ und bedeutet „abbiegen“, „ablenken“. Es ist eine Methode, sich dem direkten Kontakt zu entziehen, indem man ständig ablenkt. Sei es durch Weitschweifigkeit, ein Sprechen stets in scherzhaftem Ton, ein Nie-zur-Sache-Kommen, dass man seinen

Gesprächspartner nicht direkt ansieht u.v.a. Die Aktivitäten des Deflektors verwässern die Kommunikation und erzielen keine Wirkungen. Bekanntestes Alltagsbeispiel für eine mögliche Deflektion ist die Frage „Wie kläre ich mein Kind über Sexualität auf?“. Auch in der Diplomatensprache finden wir solche Formulierungen; hier oft aber zum Zwecke, mögliche Feindseligkeiten zu vermeiden, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können (Polster & Polster, 2001, S. 97 f.).

Es wird deutlich, dass es sehr viele und individuelle Wege gibt, Kontakte zu gestalten. Der Kontaktzyklus bzw. seine Regulierungsmechanismen werden in der Gestalttherapie zur diagnostischen Orientierung verwendet.

5 Angst und Angststörungen aus der Sicht der Gestalttherapie

Dieses Kapitel befasst sich mit der Sichtweise der Gestalttherapie auf Angst, Angststörungen bzw. die GAS. Indem einzelne Sichtweisen, Modelle und Überlegungen von namhaften GestalttherapeutInnen zusammengefasst werden, soll daraufhin die Fragestellung dieser Arbeit beantwortet werden. Nochmals zur Erinnerung die Fragestellung:

Welche Ansätze zu Angst und Angststörungen gibt es in der Gestalttherapie und welche Konzepte bieten sich zur Behandlung der Generalisierten Angststörung an?

Die Reihung der gewählten AutorInnen entspricht eher einer zufälligen Anordnung, wobei jedoch versucht wird, einer möglichen Stringenz in der historischen Entstehung der Ansätze zu folgen.

5.1 Fritz und Laura Perls und der Einfluss Kurt Goldsteins

Gründungspersönlichkeiten der Gestalttherapie waren die Eheleute Fritz und Laura Perls. Fritz Perls war Psychoanalytiker und Neuropsychiater. 1926 erhielt er eine Assistentenstelle beim Neurologen Kurt Goldstein, der in Folge die spätere Gestalttherapie sehr geprägt hat. Bei ihm lernte er auch seine spätere Frau Laura Posner kennen, die damals bei Goldstein studierte (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

5.1.1 Kurt Goldstein

Um das Verständnis von Angst im Sinne der gestalttherapeutischen Theorie verstehen zu können, muss ein wenig ausgeholt werden. Großen Einfluss auf die Theorie der Gestalttherapie hatte Kurt Goldstein (1934) mit seiner Theorie der „Organismischen Regulation des Selbst“. Mit „Organismus“ meint Goldstein ein nicht teilbares Konstrukt, das aus Körper und Bewusstsein besteht. Hutterer (2006) beschreibt es wie folgt: „Bewusstsein und Körper sind keine getrennten Einheiten, weder weist das Bewusstsein vom Körper unabhängige Fähigkeiten oder Elemente auf noch der Körper vom Bewusstsein unabhängige Organe oder

Prozesse. Was in einzelnen Teilen passiert, trifft das Ganze und umgekehrt“ (S. 163).

Der Organismus hat die Tendenz, sich selbst zu verwirklichen und Autonomie zu erlangen. Diese motivierende Kraft nennt Goldstein „Selbstaktualisierung“. Sie kommt nicht aus der Umwelt, sondern liegt im Menschen selbst. Allerdings ist der Organismus nicht völlig immun gegenüber Einflüssen aus seiner Umwelt. Diese Umwelteinflüsse müssen bewältigt werden, sie können aber auch zu Hilfsmitteln umgewandelt werden. Dadurch entwickelt der Mensch seine Fähigkeiten und Möglichkeiten und bringt sie zum Ausdruck (Hutterer, 2006). Dies ist das Hauptmotiv der menschlichen Existenz (Butollo et al., 2017).

Der Organismus hat eine gewisse Ordnung, welche sozusagen dem „Normalzustand“ des Menschen entspricht und mit welcher er sich folglich mit sich und der Welt im Gleichgewicht fühlt (Goldstein, 1963). In Katastrophensituationen ändert sich diese Ordnung zu Desorganisation und der Mensch fühlt sich eingeschränkt und besorgt. „He experiences a shock affecting not only his own person, but the surrounding world as well. He is in that condition which we usually call anxiety“ (Goldstein, 1963, S. 37).

Angst bei Goldstein und in Folge auch in der Gestalttherapie ist also eine Gefährdung der Existenz des gesamten Organismus. „Wobei Existenz nicht nur die physische Existenz meint, sondern die Möglichkeiten, die eigene Wesenheit in der Welt, in der Beziehung zu anderen zu verwirklichen“ (Votsmeier-Röhr, 2005, S. 31). Votsmeier-Röhr (2005) bemerkt weiter, dass natürlich nicht jede Erschütterung Angst auslöst bzw. nur milde Formen davon, die sich z.B. in Unsicherheit oder Verlegenheit äußern. Ist sie aber für die/den Betreffende/n von Bedeutung, wie etwa eine wichtige Prüfung zu schaffen, kann Unsicherheit leicht zur Panik werden und die Integrität des Organismus erschüttern.

Im Grunde geht der Gesunde in seiner Bewältigung der Welt von einem Zustand der Erschütterung zu einem anderen. Wenn das nicht immer als

Angst erlebt wird, so deshalb, weil er vermöge seiner Natur im Stande ist, in schöpferischer Weise sich Situationen zu schaffen, die sein Leben, seine Existenz sichern, die das Missverhältnis zwischen dem Können und den Anforderungen der Umwelt, das zum katastrophalen Versagen führen müsste, gar nicht eintreten lassen. Solange diese gesicherte Position nicht erschüttert wird, entsteht keine Bedrohung der Existenz, und die Erschütterungen werden deshalb nicht als Angst erlebt. (Goldstein, 1934, S. 195)

5.1.2 Laura Perls

Die Antwort auf die Frage, was es braucht, um den Erschütterungen standzuhalten, findet sich im Kontakt-Support-Konzept von Laura Perls, das auf der Organismustheorie von Goldstein aufgebaut ist.

„Support“ bzw. „Stützung“ wird von Joyce & Sills (2016) wie folgt erklärt:

Der Akt des Gehens ist nur möglich, wenn ausreichend starke Muskeln und Knochen, Energieversorgung, Balance, und Kontrolle vorhanden sind, um den Schritt an den veränderlichen Untergrund anzupassen und so weiter. Diese Akte könnte man als „Stützung“ des Gehens bezeichnen. Ist einer von ihnen dysfunktional (z.B. durch Schwindel oder einen verstauchten Fußknöchel), kann man nicht mehr richtig oder bequem gehen. Ähnliches gilt für die psychologische Sphäre. (S. 85)

Joyce & Sills (2016) führen weiter aus, dass befriedigender Kontakt nur mit Unterstützung des Selbst und der Feldressourcen gelingt. Dabei geht es nicht darum, ob jemand durch die eigenen Ressourcen oder von außen, von der Umwelt gestützt wird, sondern darum, dass dieser jemand Stützung *erfährt* [Hervorhebung im Original] und wie er, damit Stützung gelingen kann, mit seiner Umgebung kooperiert bzw. seine Bedürfnisse abwägt.

Das ist also damit gemeint, wenn Laura Perls (2005) sagt: „*Kontakt* ist nur in dem Maß möglich, in dem *Stütze* verfügbar ist“ (S. 94). Die Stütze bildet in einer Beziehung den Hintergrund, also alles, was Integration von Erfahrung erleichtert – etwa Physiologie, Sprache, Gewohnheiten, fixe Ideen, Ideale und Verhaltensmuster. Ist die Stütze fehlend, nicht ausreichend oder kontraproduktiv (z.B. durch unflexible Verhaltensweisen), kommt es zu Blockierungen im Lebensprozess, einem Steckenbleiben in einer Sackgasse, einer todesähnlichen Lähmung (L. Perls, 2005).

Der der Angst entgegengesetzte Pol ist Mut. Goldstein (1934) bezeichnet als Mut, wenn der Mensch es wagt, sich den alltäglichen Erschütterungen bewusst auszusetzen, d.h. Angst nicht zu vermeiden, sondern sich den Anforderungen zu stellen und die eigene Wesenheit zu verwirklichen. Ebenso sieht es Laura Perls (1978, zitiert nach Votsmeier-Röhr, 2005, S. 32), wenn sie erklärt, was an der „Wachstumsschwelle“ passiert. Es sei, als ob man mit einem Fuß auf sicherem, mit dem anderen auf unsicherem Terrain stehe. Wenn wir uns gestatten „zu schwanken, dann können wir die Erregung aufrechterhalten, die Unbeholfenheit ignorieren oder sogar vergessen, neuen Boden gewinnen und damit mehr Stützung“. Wenn wir also lernen, mit Risiken oder Unsicherheit in unserem Leben umzugehen bzw. diese auszuhalten, können wir uns den Anforderungen des Lebens stellen und persönlich wachsen.

Nach Polster & Polster (2001) ist der Kontakt *innerhalb* unserer Ich-Grenze am sichersten, quasi bekannter Boden. *An* der Ich-Grenze wird Kontakt aufregend und neu. Es entstehen Gefühle von Unsicherheit: Erregung, wie Laura Perls (2005) sagt, und Erschütterungen, von denen Goldstein (1934) spricht. Es können aber auch Gefühle wie Risikobereitschaft, das Annehmen von Herausforderungen oder der Drang zu Neuem entstehen. Kontakt *außerhalb* der Ich-Grenze ist so gut wie unmöglich und wird als Angst erlebt (Polster & Polster, 2001, S. 114 ff.).

5.1.3 Fritz Perls

Fritz Perls war ein charismatischer Mensch, der vor allem im therapeutischen Tun ganz die Gestalttherapie lebte. Das Aufschreiben von Konzepten und Theorien zur Untermauerung seines Praktizierens war nicht seine Stärke (Nausner, 2018). 1970 starb er, ohne eine systematische Darstellung seiner Theorien und Methoden veröffentlicht zu haben (Butollo, Koll-Krüsman & Hagl, 2017). Wie er Angst bzw. Angsterkrankungen gesehen hat, lässt sich also nur in Teilen anhand von einzelnen Aussagen oder bestimmten Stellen in seinen Büchern zusammensetzen.

Wie schon in Kap. 4.4 erwähnt, sieht Fritz Perls die „neurotische“ Lebensweise als das Normale an. Kennzeichen eines „Neurotikers“ sind eine geringe Spannung und ein chronisches Unterdrücken von Bedürfnissen, eben deshalb, um keine Spannungsgefühle und vor allem Angst aufkommen zu lassen. Dies geschieht bereits bei geringer Angst, oft auch, wenn die Angst noch gar nicht bewusst ist. Außerdem chronifiziert sich dieses Verhalten, sobald auch nur die Gefahr besteht, in Konflikt mit seiner Umwelt zu kommen, sodass der „Neurotiker“ nicht mehr entspannen kann. Seine Unterscheidungsfähigkeit zur Außenwelt ist durch die Mechanismen Projektion, Introjektion, Konfluenz und Retrofektion beeinträchtigt. Um ein Bedürfnis nicht mehr zu spüren, muss der Mensch seine Fähigkeiten zur Wahrnehmung herabsetzen und seine Sinne abstumpfen. Diese Lücke wird durch erhöhte Planungsbereitschaft ersetzt. Geht aber die Selbstwahrnehmung verloren, kann der Mensch nicht mehr schöpferisch sein. Er wird unselbständig und gibt die Verantwortung für sich selbst ab (Perls, 1988, zitiert nach Eidenschink & Eidenschink, 2017, S. 692). „Das Problem des Neurotikers ist nicht, daß er nicht manipulieren könnte, sondern daß seine Manipulationen darauf gerichtet sind, seine Behinderung zu erhalten, anstatt sie loszuwerden“ (Perls, 1999, S. 65). Als therapeutisches Ziel und Gegenpol formuliert Perls: „Die hauptsächliche phobische Haltung ist, Angst davor zu haben, das zu sein, was du bist“ (Perls, 1980, zitiert nach Eidenschink & Eidenschink, 2017, S. 693). Es geht also in der Therapie nicht um eine Korrektur von etwas „Falschem“, sondern um Wachstum. Dieses wird aber durch die neurotische Anpassung verhindert. Die Stabilität dieses

beständigen Charakters kommt daher, dass die Aggression, die eigentlich nach außen gerichtet werden müsste, ständig gegen sich selbst gerichtet wird. (Perls, 1988, zitiert nach Eidenschink & Eidenschink, 2017, S. 692 ff.).

Angst ist für Perls (2007) „das neurotische Symptom *par excellence*“ (S. 178). Die Beherrschung der Erregungsangst erfolgt durch die Behinderung der Atmung und durch Muskelanspannung. An sich ist das abrupte Anhalten des Atems nichts Pathologisches, wenn sich ein starker Reiz anbietet. Auch im Tierreich kann man erkennen, dass bei plötzlicher Gefahr die Atmung innehält. Pathologisch wird dieses Verhalten, wenn es über die Notstandssituation hinaus anhält. Der Neurotiker kann nicht einfach ein- und ausatmen. Stattdessen atmet er in unregelmäßigen Zügen. Behandelt werden muss die Angst indirekt: indem herausgefunden werden muss, welche Erregung gegenwärtig nicht anerkannt wird und durch welche Muskelgruppen das Ausatmen unterbunden wird, also wie er das macht.

Durch das Bewusstsein, was jemand wann und wie macht, entwickelt sich nach Perls (1980, zitiert nach Eidenschink & Eidenschink, 2017, S. 694) Bewusstheit und folglich Veränderung. Alle weiteren Aussagen über therapeutisches Arbeiten beziehen sich im Folgenden darauf, die Mechanismen zur Unterbrechung oder Reduzierung der Bewusstheit, die die/der KlientIn anwendet, zu umschreiben oder zu thematisieren. Voraussetzung ist jedoch die Bereitschaft der Klientin oder des Klienten sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen (Eidenschink & Eidenschink, 2017).

Perls (1980, zitiert nach Eidenschink & Eidenschink, S. 695) hat als therapeutische Orientierungshilfe ein Schichtenmodell der Neurose, auch Zwiebelchalenmodell genannt, ausformuliert. Idealerweise werden diese Schichten von TherapeutIn und KlientIn gemeinsam abgetragen, bis als Gegenpol zur Neurose das authentische Selbst hervortritt. Nach Staemmler & Bock (2016) hat Perls immer wieder sowohl die Abfolge der Schichten als auch die Beschreibung dazu geändert, sodass es teils widersprüchliche Theoriefragmente und viele

Ungereimtheiten gibt, was vermutlich der Grund dafür war, dass sie in der späteren gestalttherapeutischen Literatur wenig oder gar nicht beachtet wurden.

5.2 Stavros Mentzos

Stavros Mentzos war ein griechisch-deutscher Psychiater und Psychoanalytiker, der sich vor allem mit Neurosenlehre beschäftigte. Seine Ausführungen haben, trotz seines psychoanalytischen Hintergrunds, viele Ansätze, die der Theorie der Gestalttherapie entsprechen. Deshalb wird er in der Ausbildung zur GestalttherapeutIn beim ÖAGG Wien auf der Leseliste als Kernliteratur zum Thema Neurosen genannt.

Angst ist nach Mentzos (2008) der Affekt, der alle Abwehrmechanismen aktiviert. D.h., Angst findet sich bei verschiedenen psychischen Störungen und natürlich auch als Signalfunktion beim Gesunden. Aus entwicklungspsychologischer Sicht geht es nach Mentzos (2008) darum, aus diffuser, ungerichteter Angst eine reifere Form von Furcht zu entwickeln. Im neurotischen Angstzustand ist es genau umgekehrt. Der *Furcht* vor einem unerträglichen Gefühlszustand (Trennungsschmerz, Scham, Schuldgefühle, Unsicherheitsgefühle etc.) wird die Grundlage, d.h. ihr konkreter Inhalt, entzogen und dann zur diffusen Angst umgewandelt. Die Signaltheorie besagt, dass die Verdrängung auf ein Angstsignal hin einsetzt. Das sind in diesem Fall auftauchende Befürchtungen. Angst ist hier also nicht die Folge einer Ich-Schwäche (wie bei einem Kleinkind oder bei einer Psychose), nicht die Folge einer überwältigenden Reizüberflutung (wie bei einem Trauma), sondern der „Preis“ für die Verdrängung höchst unlustvoller kognitiver oder gefühlsmäßiger Bewusstseinsinhalte.

Mentzos (2008) beschreibt neurotische Erlebens- und Verhaltensweisen als inadäquate Lösungen von Konflikten bzw. gehen diese Verhaltensweisen, z.B. bestimmte Abwehrmechanismen, aus ihnen hervor. Ähnlich wie Perls sieht er, „daß das Neurotische nur ein (unter ungünstigen Bedingungen fast zwangsläufig) abgewandeltes „Normales“ ist (Mentzos, 2008, S. 19). Den ursprünglichen

psychoanalytischen Neurosenbegriff kritisiert er als nicht mehr zeitgemäß, als teilweise aus heutiger Sicht falsch oder zu ungenau und zu pathologisierend. Er schlägt stattdessen vor, anstelle des Wortes Angstneurose vom angstneurotischen Modus der Konfliktverarbeitung zu sprechen, anstelle der Zwangsneurose vom zwangsneurotischen Modus usw. – wobei sich das Wort Modus sowohl auf die Reaktion als auch auf die Art des Umgangs mit inneren und äußeren Objekten bezieht. Objekt meint hier einen Begriff aus der Psychoanalyse und bezeichnet vor allem Beziehungspartner eines Menschen, die sogenannten „äußeren Objekte“, die dann aufgrund der verschiedenen Beziehungserfahrungen durch Internalisierungsprozesse verinnerlicht werden. Sie bilden dann „innere Objekte“, die der Mensch z.B. als positiv, hilfreich oder negativ, angstmachend sowie streng moralisierend erleben kann (Mentzos, 2008).

Für den Begriff der Angstneurose schlägt Mentzos (2017) vor, ihn für KlientInnen mit „akuten manifesten Angstzuständen, begleitet von Erwartungsangst (Angst vor der Angst) und/oder insbesondere von einer starken Somatisierung der Angst“ zu verwenden (S. 119). Beim angstneurotischen Modus erkennt Mentzos (2008, 2017) eine gewisse Ähnlichkeit mit der Achtmonatsangst. Er folgert daraus, dass hier eine mangelhafte Ausbildung der Objektkonstanz vorliegt, was wiederum zu einer Labilisierung der eigenen Selbstrepräsentanz führt. Daran lässt sich erklären, dass angstneurotische Menschen stark von sicherheitsgebenden äußeren Objekten abhängig sind, die sich nicht nur in Form der gewählten Partner darstellen, sondern sich auch in einer gewissen Anhänglichkeit in der therapeutischen Beziehung zeigen. Um diese äußeren Beziehungen zu erhalten, werden aggressive Affekte verdrängt und eigene Autonomiebestrebungen als gefährlich erlebt. Er beschreibt auch noch einen anderen Typus, nämlich denjenigen, der den narzisstischen Modus bevorzugt, sich vom Objekt zurückzieht und das Ideal-Selbst als sicherheitsbietende Instanz erlebt. Mentzos (2017) bezeichnet dies als selbstbezogene Abwehr. Dazu gehören auch der autistische Rückzug oder die manische Selbstüberhöhung. Zur objektbezogenen Abwehr gehören die o.a. Abhängigkeit oder auch hysterisches Sich-zur-Schau-Stellen.

Mentzos' Hauptanliegen ist es, die Psychodynamik der neurotischen Lösungen zu verstehen. Dazu schlägt er eine dreidimensionale Diagnostik vor, in der jeder konkrete Fall nach drei Kriterien eingeordnet werden kann:

- 1) nach der Art der Abwehr und Kompensation der Störung (= Modus der Konflikt- bzw. Traumaverarbeitung)
- 2) nach der Reife des Konflikts
- 3) nach der Reife der Persönlichkeitsorganisation, der sogenannten psychischen Struktur (Mentzos, 2017)

Ad 1): Mentzos geht von einem bipolaren Aufbau des Menschen aus. Gemeint ist damit, dass der Mensch die Gegensätzlichkeit seiner Bedürfnisse und Wünsche etc. immer wieder ausbalancieren muss. Er muss zu für ihn passenden Lösungen kommen. Gelingt dies nicht, entsteht ein Konflikt (Mentzos, 2017). Im Sinne dieser Polaritäten versteht Mentzos (1993, zitiert nach Salem, 2002, S. 7) die – durchaus mit der Gestalttherapie in Einklang – frühe menschliche Entwicklung, die drei Aufgaben umfasst. Erstens die *Selbst-Objekt-Differenzierung*. Ihr Gegenpol wäre das Verbleiben in Symbiose oder Konfluenz. Zweitens die *Integration der positiven und negativen Anteile im Selbst und im Weltbild*. Ziel ist also die Erkenntnis, dass man selbst bzw. die Umwelt weder ausschließlich „gut“ noch „böse“ ist, sondern „sowohl als auch“. Diese differenzierende Sichtweise muss ausgehalten und ertragen werden. Die dritte Aufgabe besteht in der *Bewältigung der Pole Autonomie vs. Abhängigkeit*. Dies meint, dauerhafte Beziehungen mit anderen führen zu können und dabei bis zu einem gewissen Grad auch abhängig zu sein, ohne sich aber selbst aufzugeben und darin zu verlieren (Salem, 2002).

Akzeptiert man diesen Grundkonflikt der Bipolarität, so können die in der gestörten Entwicklung auftauchenden Konflikte als Variationen dieses Grundkonflikts gesehen werden. Die folgende Tabelle zeigt den Konflikt mit der dazugehörigen Angst.

Konflikt		Angst vor
1	Autistischer Rückzug versus Fusion mit dem Objekt	Selbstverlust durch Objektlosigkeit oder durch Fusion mit dem Objekt
2	Absolut autonome Selbstwertigkeit versus vom Objekt absolut abhängige Selbstwertigkeit	Selbstwertverlust durch Selbstentwertung oder durch Entwertung des idealisierten Objekts
3	Separation – Individuation versus Bindung – Abhängigkeit	Selbstgefährdung durch Objektverlust oder durch Umklammerung seitens des Objekts
4	Autarkie versus Unterwerfung und Unselbständigkeit	Abgelehnt, nicht geliebt werden, Trennung oder demütigender Abhängigkeit
5	Identifikation mit dem Männlichen versus Identifikation mit dem Weiblichen	Totalen Aufgeben des Weiblichen versus endgültigem Aufgeben des Männlichen (bzw. Geschlechtsdiffusion)
6	Loyalitätskonflikte	Aufgeben oder Verraten müssen des einen oder des anderen Objekts
7	Triadische „ödipale“ Konflikte	Ausschluss durch das Elternpaar; Bedrohung der eigenen Integrität und Sicherheit; „Kastrationsangst“

Tabelle 4: Konflikte und die dazugehörige Angst (Mentzos, 2017, S. 31).

Ad 2): Hier sind die Abwehrmechanismen gemeint, aus deren Zusammensetzung die Modi der Konfliktbearbeitung entstehen. Mentzos (2008, 2017) unterscheidet zwischen reifen und primitiven Abwehrmechanismen. Die nachstehende Tabelle teilt diese in 4 Ebenen auf, wobei Ebene 1 die unterste, also die primitivste Ebene darstellt.

Ebene	Abwehrmechanismen
1	<ul style="list-style-type: none"> a) Psychotische Projektion (z.B. Verfolgungswahn) b) Psychotische Introjektion (z.B. Glaube, Jesus zu sein) c) Psychotische Verleugnung (z.B. in der Manie) d) Psychotische Abspaltung (z.B. bei der psychotischen Depersonalisation)
2	<ul style="list-style-type: none"> a) Die nicht psychotische Projektion, Spaltung, Verleugnung usw. b) Identifikation als Abwehr, insbesondere projektive Identifikation: Zu der Projektion des Negativen auf das Objekt kommt – per Induktion – ein interaktioneller Druck hinzu, der Andere soll sich der Projektion entsprechend verhalten!
3	<ul style="list-style-type: none"> a) Intellektualisierung, Rationalisierung, Affektualisierung usw. b) Verschiebung, Verlagerung, Verdrängung i.e.S. usw. c) Ungeschehenmachen, Wendung gegen das Selbst, Reaktionsbildung

4	Reifes Coping; Sublimierung, Humor usw.
5	Zusätzlich: Psychosoziale Abwehr und Somatisierung

Tabelle 5: Ebenen der Abwehrmechanismen (Mentzos, 2017, S. 47).

Für die neurotischen Erkrankungen sind die Ebenen 3 bis 5 vorherrschend. Trotzdem können auch hier weniger reife Mechanismen zum Einsatz kommen, da wir Menschen einfach alle verschieden sind (Mentzos, 2017). Nach Salem (2002) ist einzig das Fehlen von reifen Abwehrmechanismen ein Hinweis auf strukturelle Störung.

Ad 3): Die psychische Struktur hängt u.a. vom Gelingen der in Punkt 1 erwähnten Aufgaben ab und von der Beschaffenheit des Ichs. Merkmale für die Beschaffenheit des Ichs sind seine Stabilität der Ich-Grenzen und der Grad der Integration und des inneren Zusammenhaltes (Mentzos, 1993, zitiert nach Salem, 2002, S. 8). Je nach Zustand des Ichs reagiert es auf angstauslösende Situationen verschieden. Menschen in psychotischen Zuständen haben Angst, sich selbst aufzulösen oder zu fragmentieren. Bei Borderline-Persönlichkeiten droht eine innere Überschwemmung der „guten“ durch die „bösen“ Objekte, während beim/bei der neurotischen KlientIn die Angst vor Verlust oder Trennung der Objekte besteht, um nur einige Beispiele zu nennen (Mentzos, 2008). So kann man sich gut vorstellen, dass ein und dasselbe Ereignis, z.B. verlassen zu werden, ganz unterschiedliche Grade an Katastrophen-Erleben auslösen kann, je nach Strukturniveau.

Die Erfassung des Strukturniveaus stellt eine wertvolle Erweiterung im Verständnis und in der Diagnostik von psychiatrischen Erkrankungen dar. Mentzos (2017) schreibt, dass aus Unzufriedenheit mit der rein deskriptiven Diagnostik von DSM bzw. ICD die Arbeitsgruppe „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ entstand, der auch er selbst angehörte. Das Ziel war, die bestehende Diagnostik um den Aspekt der psychodynamisch-psychogenetischen Sichtweise zu erweitern. Das OPD besteht aus 5 Achsen I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung, II: Beziehung, III: Konflikt, IV: Struktur, V: psychische und psychosomatische Störungen (Arbeitskreis OPD, 2014) und kommt mit seiner

Sichtweise dem Ansatz der Gestalttherapie, den Menschen als Ganzes zu erfassen, sehr entgegen, weshalb Gestalttherapeuten sich immer mehr darauf beziehen (Hochgerner, Klampfl & Nausner, 2018).

Mentzos (1984) hat angenommen, dass das Strukturniveau mit dem Grad von diffusen, körpernahen Ängsten zusammenhängt. Dies wäre etwa bei der GAS gegeben. Eine empirische Prüfung konnte das jedoch nicht bestätigen. Demnach scheint es auch KlientInnen mit hohem Strukturniveau zu geben, die dennoch unter diesen Ängsten leiden (Bassler & Leidig, 2005). Empirische Untersuchungen von Angststörungen und Strukturniveau gemäß OPD-2 (aktuelle Version) bestätigen, dass die GAS nur tendenziell häufiger auf geringem bzw. noch schlechterem Strukturniveau anzusiedeln ist. Zwischen den verschiedenen Angststörungen finden sich zwar strukturelle Unterschiede, zahlenmäßig sind aber alle Angststörungen am häufigsten auf mäßigem Strukturniveau zu finden bzw. sind umgekehrt alle Angststörungen auch auf allen Strukturniveaus zu finden (Benecke & Staats, 2017).

Anzumerken ist noch, dass die in diesem Punkt genannten Begriffe des Ichs und der Ich-Grenzen aus der Psychoanalyse kommen, die sie ein wenig anders definiert als die Gestalttherapie. Für das Gesamtverständnis des Textes ist nach Meinung der Autorin eine genauere begriffliche Differenzierung hier nicht notwendig.

5.3 Hans Peter Dreitzel

In seinem Buch *„Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter“* (2004) möchte Dreitzel eine Grundlage für eine gestalttherapeutische Diagnostik schaffen und gleichzeitig eine Orientierung bieten, neurotische Prozesse in der Praxis zu unterscheiden. Dabei verbindet er das 4-stufige Kontaktmodell von Perls (2006) und das Modell des „Selbst“, die bei Perls (2006) noch relativ unverbunden nebeneinanderstehen. Nachstehend eine Erklärung des Begriffes „Selbst“.

„Der energetische Vorgang, mit dem sich der menschliche Organismus so gegenüber seiner Umwelt behauptet, daß seine Mangelerscheinungen immer wieder durch die Aufnahme von Neuem ausgeglichen werden, nennt Goodman das ‚Selbst‘“ (Dreitzel, 1998, S. 47). „Im Grunde ist das Selbst identisch mit dem Gestaltbildungsprozeß, denn ‚die Figur verkörpert alle Interessen des Selbst und das Selbst ist nichts als sein gegenwärtiges Interesse, daher *ist* das Selbst die Figur“ (Goodman, o.J., zitiert nach Dreitzel, 1998, S. 48). „Selbst“ bezeichnet also den Zustand, wie wir uns in und mit der Welt erleben. „Selbst“ ist etwas Dynamisches, es ist die Kontaktgrenze in Bewegung (Dreitzel, 2004, S. 41).

Goodman und Perls waren beide Psychoanalytiker. In der Entwicklung des „Selbst“ hat Goodman sich daher an der Metapsychologie Freuds angelehnt. Dies hatte ursprünglich den Sinn, gestalttherapeutische Begriffe einem psychoanalytisch gebildeten Publikum verständlich zu machen (Dreitzel, 1998, S. 54). Das Selbst hat drei Funktionen: Die *Ich-Funktionen* sind die Fähigkeiten, mit denen wir uns die Umwelt aneignen. Die *Es-Funktionen* sind unsere Triebe, Interessen und Bedürfnisse. Sie treiben den Kontaktprozess mindestens bis zum Nachkontakt an. Ihr zentraler Ort liegt aber im Vorkontakt. Die *Persönlichkeitsfunktionen* sind unsere Identifikationen und Lebenserfahrungen. Sie entstehen als Ergebnis unserer Kontaktprozesse und bilden gleichzeitig den Grund, auf dem neue Figurbildung stattfindet. Ihr zentraler Ort liegt im Nachkontakt (Dreitzel, 2004). Diese drei Funktionen des Selbst bezeichnen also, „... womit sich der leib-seelische Organismus im Kontaktprozess identifizieren muss, nämlich mit dem, was er braucht (Es-Funktionen), mit dem, was er *tut* bzw. *nicht* tut (Ich-Funktionen), und mit dem, was er ist (*Persönlichkeitsfunktionen*)“ (Dreitzel, 2004, S. 42.).

Da, wie soeben erwähnt, die Es-Funktionen den Kontaktprozess antreiben, bedeutet ein geringer Antrieb dieser Funktionen nur eine schwache Befriedigung im vollen Kontakt. Um diesen Antrieb zu stärken, müssen in der Therapie die Ich-Funktionen des Vorkontakts aktiviert werden. Diese sind *Brauchen, Wünschen und*

Wollen und zwar in dieser Reihenfolge. Brauchen, ganz elementar gesehen, hat immer mit dem Körper zu tun. Nahrung, Sauerstoff, Wärme und Schlaf sind sozusagen Grundbedürfnisse. Wir wissen aus eigener Erfahrung, dass selbst diese Grundbedürfnisse oft aus „Alltagsstress“ übergangen oder verschoben werden. Grundvoraussetzung ist, zu spüren, was man braucht. Aus diesem Spüren eines Mangels geht dann das Wünschen hervor. Dazu gehört das Sich-Erträumen, um herauszufinden, was man sich wirklich wünscht, und das Pläne-Schmieden, d.h. sich mit der Erfüllung zu beschäftigen. Im Wollen zeigt sich die Vorstufe des Handelns. Entscheidungen werden überlegt, abgewogen, verworfen oder aufgegriffen. Das bedeutet, der Mensch entschließt sich zu einem Ja für ein bestimmtes Ziel und zu einem Nein für andere Handlungen. Energie wird mobilisiert und auf ein bestimmtes Ziel gerichtet. Danach folgt die 2. Phase des Kontaktzyklus, die Kontaktanbahnung, bei Dreitzel „Orientierung und Umgestaltung“ genannt (Dreitzel, 2004).

Wenn Brauchen, Wünschen und Wollen in die falsche Reihenfolge geraten, kommt es zu Störungen der Ich-Funktionen im Vorkontakt. Dreitzel (2004) führt das Beispiel des Einkaufens an. Jeder hat schon die Erfahrung gemacht, mehr gekauft zu haben, als er überhaupt braucht. Wer also das Brauchen vernachlässigt, hat später ein Müllproblem oder sonst zu viel am Hals. Beim Überspringen von Wünschen und Planen werden sich nur ärmliche Kontaktprozesse einstellen. Der Mensch mag alles erhalten, was er wünscht und braucht, aber es wird sich in engen Grenzen bewegen. Wer das Wollen überspringt, bleibt im Kontaktprozess angepasst und willensschwach, „denn der Mangel an selbst mobilisierter Kraft verursacht ein Machtvakuum, das automatisch von anderen gefüllt wird“ (Dreitzel, 2004, S. 96).

„In der therapeutischen Arbeit geht es immer nur um **die Wiederbelebung der Ich-Funktionen**“ [Hervorhebung im Original] (Dreitzel, 2004, S. 43). Es- und Persönlichkeitsfunktionen dienen nach Dreitzel (2004) nur der diagnostischen Orientierung, da sie das Ergebnis von Ich-Funktionen sind. Wenn wir

beispielsweise unsere Bedürfnisse (Es-Funktion) nicht mehr spüren oder den Körper (als Persönlichkeitsfunktion) missachten, sind beide trotzdem da und wirken. Wir bezahlen diese Missachtung aber mit einem Mangel an Lebensfreude oder Krankheit. Die Ich-Funktionen, z.B. spüren, jemandem/etwas Beachtung schenken, den Körper pflegen, sich mit dem Leben auseinandersetzen, halten die Es- und Persönlichkeitsfunktionen aufrecht (Dreitzel, 2004).

Bei der Wiederbelebung der Ich-Funktionen muss zuerst herausgefunden werden, worum es überhaupt geht (= Problemkontext). In den Schaubildern 7 und 8 (s. Abb. 2) erklärt Dreitzel (2004) die Zusammenhänge zwischen Es-Funktionen und Persönlichkeitsfunktionen, die im therapeutischen Prozess zu beachten sind. Persönlichkeitsfunktionen sind das Ergebnis gelungener Kontaktprozesse (Verortung im Nachkontakt). Aus ihnen entstehen die großen Fragen, mit denen sich jedes Lebewesen beschäftigt. Diese hat der Autor in der Spalte „Problemkontext“ mit einem allgemeinen Stichwort zusammengefasst. Stichwort *Tod in Stufe 1* steht z.B. für therapeutische Themenkreise wie Vergänglichkeit, Altwerden, Krankheiten u.Ä. *Isolation in Stufe 2* umfasst die Themen Einsamkeit, Anpassungsfähigkeit, individueller Ausdruck, Stil u.Ä. Das Wort *Freiheit auf Stufe 3* steht für Themen unserer gesellschaftlichen Rolle, Verantwortung zur Gestaltung der Umstände oder uns von unseren Rollen versklaven zu lassen. *Sinnlosigkeit in Stufe 4* steht für die Wertigkeit unseres ganzen Lebens. Es kann sinnvoll oder sinnlos erlebt werden. Die philosophische Frage nach der Sinnhaftigkeit unseres Daseins begleitet uns lebenslang und kann nicht beantwortet werden. Sie kann sich nur auflösen als Teil des großen Ganzen, in Hingabe, Demut oder Gläubigkeit.

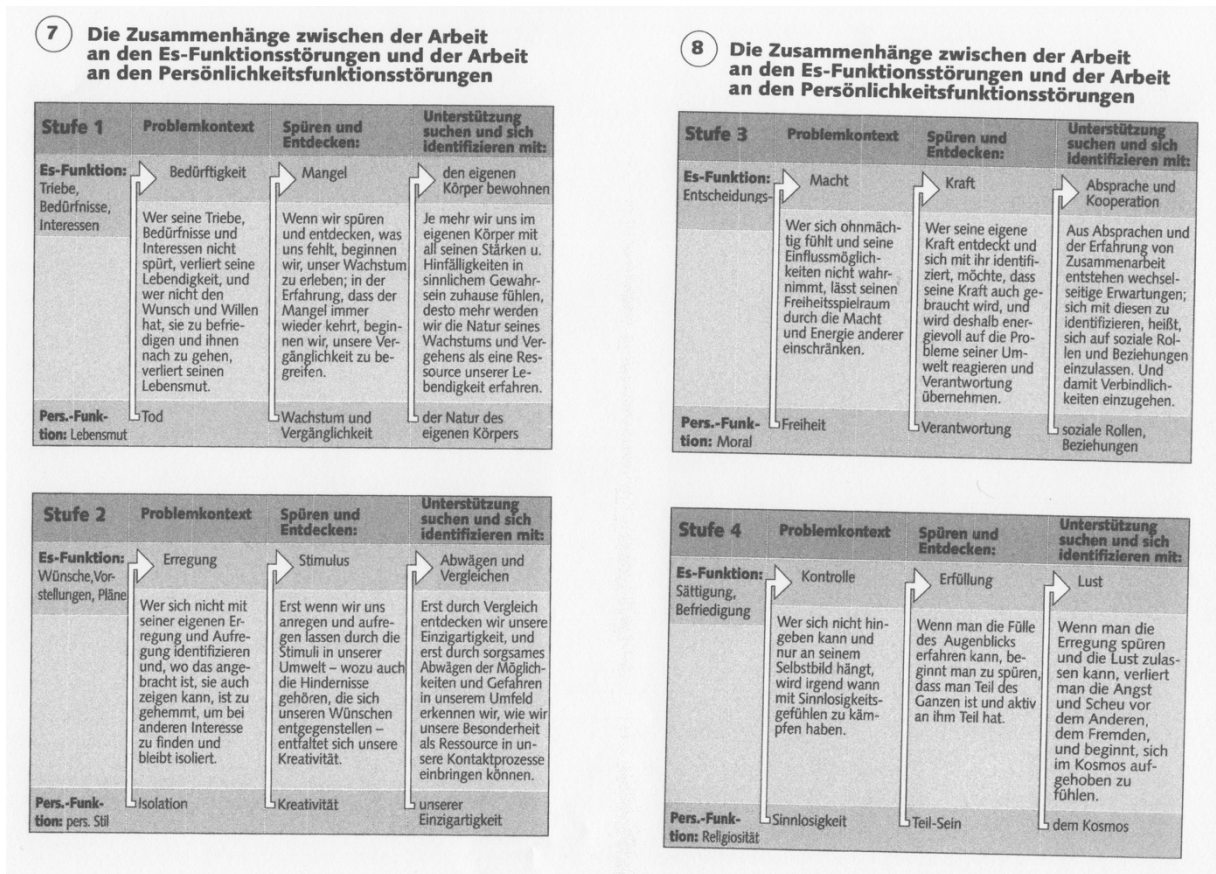


Abbildung 2: Zusammenhänge zwischen Es- und Persönlichkeitsfunktionsstörungen. Schaubild 7 und 8. (aus: Dreitzel [2004] Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter, o.S.). Mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

Die vier Schaukästen stehen für die vier Es-Funktionen und die vier Persönlichkeitsfunktionen und setzen diese vertikal gelesen miteinander in Verbindung. Die ersten drei Es-Funktionen beziehen sich auf den Vorkontakt, die letzte (Stufe 4) auf den vollen Kontakt. Die Persönlichkeitsfunktionen sind mögliche Themen, die durch den jeweiligen Kontaktprozess aktiviert werden.

Wenn Kontaktprozesse immer wieder unbefriedigend verlaufen, geht es auch bei den Persönlichkeitsfunktionen um die Wiederbelebung von Ich- oder Es-Funktionen. Die großen, weißen Pfeile verweisen darauf, dass diese Spalten nicht nur von oben nach unten, sondern auch umgekehrt zu lesen sind.

Im nächsten Bild finden sich in der linken Spalte Hinweise, worum es in angstneurotischen Prozessen geht und was zu beachten ist (Nr. 13, o.S.). Die rechte Spalte zeigt ein ideales Verlaufsmodell des therapeutischen Prozesses (S. 123).

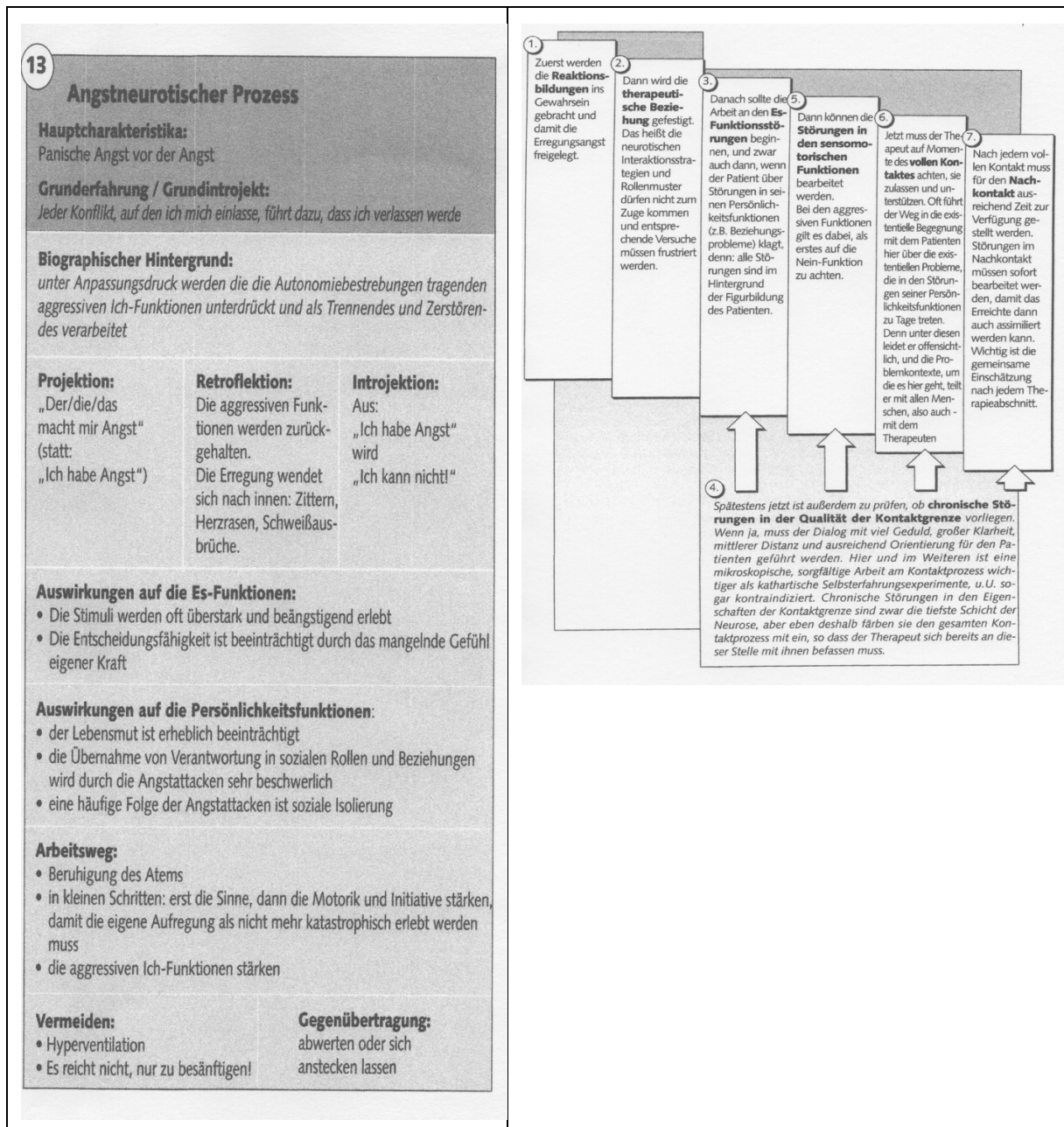


Abbildung 3: Angstneurotischer Prozess, Schaubild 13 (links) und therapeutisches Verlaufsmodell (rechts). (aus: Dreitzel [2004] Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter, o.S. bzw. S. 123). Mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

Anmerkung zu Schaubild 13: Bei der Projektion unterscheidet Dreitzel (2004) zwei Arten, nämlich so wie in Punkt 4.4 beschrieben oder als Katastrophenfantasien,

welche er als charakteristisch bei Aggressionshemmung bezeichnet. Diese zeigen sich durch verbale, stimmliche und muskuläre Retroflektionen. Nach seiner Erfahrung ist die Intensität der Katastrophenfantase genau proportional zur Stärke der Retroflektion. D.h., die Energie wird gespürt, aber aus Mangel an Erfahrung, wie diese Energie wirkt oder wie man mit ihr umgehen kann, wird sie als so stark fantasiert, dass man Angst bekommt, das Gegenüber damit zu vernichten. Umgekehrt könnte auch die Angst bestehen, dass das Gegenüber diese Energie als so provozierend erlebt, dass man selbst vernichtet wird.

So kann m.E. auch verstanden werden, was Dreitzel (2004) meint, wenn er sagt, dass die meisten neurotischen Prozesse in der zweiten Phase des Kontaktzyklus beginnen; nämlich in jener Phase, in der es um Umgestaltung und Bedürfnisbefriedigung geht und wo das „ad-greddi“ vonnöten wäre. Nach Dreitzel (2004) manifestieren sich hier Wahrnehmungsstörungen und aggressive Funktionen. In praktisch allen neurotischen Prozessen ist diese Hin-Bewegung auf die Umwelt gestört: Hin-gehen, Hin-sehen, Hin-hören usw. Für Dreitzel (2004) muss deshalb die elementare Arbeit am Blick-, Hör- und Sprechkontakt eine zentrale Rolle in der Therapie einnehmen. Gerade bei gehemmten Aggressionen soll die Arbeit nochmals auf den Vorkontakt, also auf das Brauchen, Wünschen, Wollen, gerichtet werden, bevor Selbsterfahrungsübungen angeboten werden.

Einen interessanten Einwand gibt Dreitzel (2004) noch zum Begriff Retroflexion. Er meint, dass es für das Gegenteil davon, also die Abwehr von außen kommender Energie, in der Gestalttherapie keinen Gegenbegriff gäbe. Vielleicht, schreibt er, „liegt es am Fehlen dieses Begriffes, dass in der Gestalttherapie Angstneurosen und Phobien (die ein spezieller Fall davon sind) relativ wenig Beachtung gefunden haben“ (S. 54).

5.4 Lotte Hartmann-Kottek

Wie schon in Kap. 4.2 besprochen, ist der Kontaktzyklus das Grundgerüst der gestalttherapeutischen Arbeit, der im Hintergrund immer wieder in den Überlegungen und Hypothesen der/des TherapeutIn mitschwingt. Aus der Sicht

des Individuums stellt der Kontaktzyklus den (ungestörten) Ablauf dar, wie das Selbst Mangel- und Ungleichgewichtszustände im Alltag ausgleicht. Als Orientierungshilfe für den therapeutischen Prozess hat Hartmann-Kottek (2012) – ähnlich dem Wachstumskreis – den Wandlungskreis kreiert. Er ist an das Zwiebelchalenmodell von Perls angelehnt und hat „primär die qualitative Klärung und Differenzierung als Zielsetzung“ (Hartmann-Kottek, 2012, S. 62).

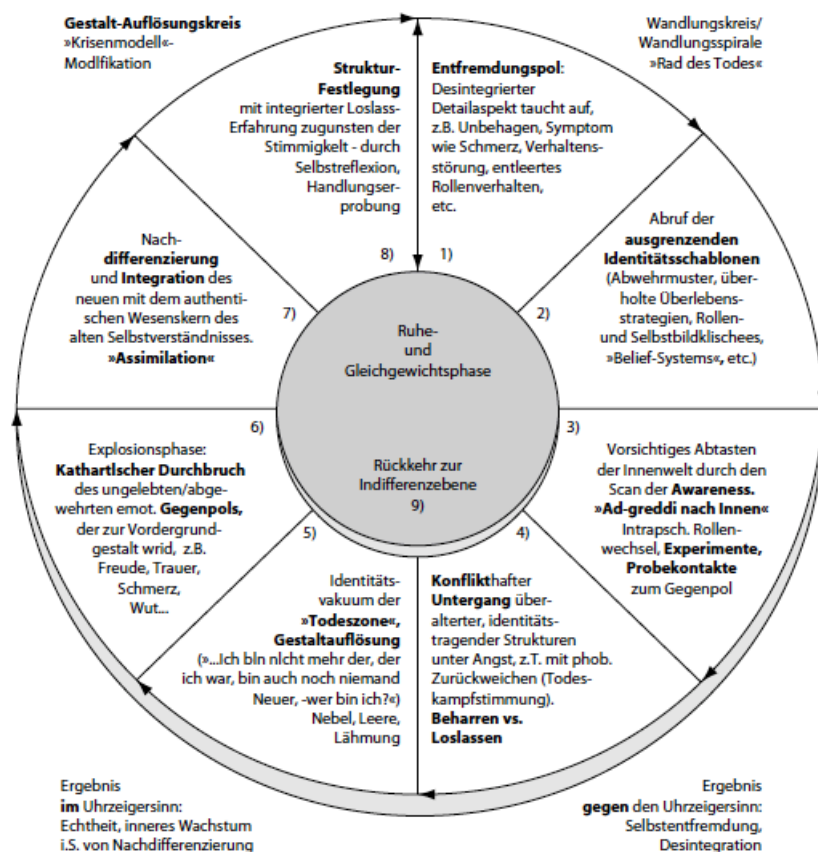


Abbildung 4: Wandlungskreis (Hartmann-Kottek, 2012, S. 63).

Hartmann-Kottek (2012) setzt die beiden Zyklen zueinander in Beziehung, indem der Kontaktzyklus auf die äußere Welt abgestimmt ist, der Verwandlungszyklus auf die innere. Beide stehen der/dem TherapeutIn in der Therapie in unterschiedlicher Gewichtung parallel zur Verfügung. Aus Gründen der Länge dieser Arbeit wird hier beispielhaft nur auf Phase 3 und 4 eingegangen. Die Phase 3 kann demnach so gelesen werden, dass es im Kontaktzyklus um das neugierige Herangehen an die Welt geht. Im Verwandlungszyklus, also in der

therapeutischen Arbeit, geht es um eine Suchaktion nach innen, nämlich um introspektive „awareness“. Bei Phase 4 liegt der Fokus im Kontaktzyklus auf der Entscheidung, inklusive der Angst der Fehlentscheidung. Im Verwandlungszyklus geht es darum, die alte, untaugliche Identität loszulassen oder weiterhin festzuhalten, ohne zu wissen, wie es weitergeht.

Hartmann-Kottek (2012) bezieht sich danach auf entwicklungspsychologische und neurologische Reifungsschritte, die erfolgreich durchgemacht werden müssen, um sich als gesunder Mensch zu entwickeln, und ordnet diese in den 9 Phasen des Wandlungskreises ein. Interessant für diese Arbeit sind die folgenden Aspekte:

Interaktionsmuster aus den Bindungserfahrungen, emotionalen Erwartungshaltungen, Introjekte, Überlebens- und Abwehrstrategien, Leitbilder, Vorurteile, Schablonen u.Ä. ergeben ein buntes Gemisch aus Brauchbarem und Unbrauchbarem. In Phase 2 des Wandlungskreises können sich solche individuellen Überlebensstrategien zeigen, die unter Angst oft inflationär genutzt werden.

In Phase 3, wo es um den Akt des Hinwendens und Gestaltens geht, kann diese neugierige Initiative durch Angst vor dem eigenen destruktiven Potential blockiert werden. Die energetische Balance und die adäquate Zielvorstellung sind verloren gegangen oder es wurden noch keine ich-syntonen Ziele gefunden. Bemerkbar werden dann Initiativ-, Rat- und Hilflosigkeit ohne Begeisterung oder eine posthyperaktive Erschöpfungsdepression.

In Phase 4 gehören sämtliche neurotische – also unbewusst konflikthafte – Konstellationen. Je weniger Kontakt nach innen zur Verfügung steht, umso schwerer fällt die Entscheidung, z.B. bei Zwangsneurotikern.

In Phase 5 gibt es im brüchigen Strukturbereich große Sehnsucht nach Nähe, mit gleichzeitiger Angst, verschlungen zu werden und sich selbst aufzulösen. Auf neurotischem Niveau kann ein Kontaktvollzug, also die Selbstaufgabe, auch in

Varianten depressiv-neurotischen Helferverhaltens münden, das zu Burn-out oder Erschöpfungsdepression führen kann. Bei Überanpassung wird versucht, Harmonie aufrechtzuerhalten. Dabei wird die Wahrnehmung all dessen bei sich selbst vermieden, was die Harmonie stören könnte, und es kommt zu Abhängigkeit. Im Wandlungskreis steht das Wort „Todeszone“, das darauf verweisen soll, dass alles Vertraute und ehemals Sicherheit Gebende verschwunden ist. Es kommt hier neben Wut, Trauer und Ohnmachtsgefühlen vor allem zu Angstgefühlen. Hartmann-Kottek (2012) ordnet diesem Feld Angststörungen auf allen Entwicklungsstufen zu.

In Phase 6 geht es um Konfrontation mit dem abgewehrten Gegenpol und dessen Akzeptanz. Hartmann-Kottek (2012) sieht hier die zentrale Bearbeitung aller neurosefähigen Konfliktfelder.

Ängste entstehen nach Hartmann-Kottek (2012), „wenn eine eingeeengte Identifizierung mit einer Vordergrundfigur nicht rechtzeitig gelöst und der Blick nicht auf die Gesamtgestalt erweitert werden kann, die aus Verwandlungsketten im Zusammenspiel von Vorder- und Hintergrund besteht“ (S. 97). Damit ist gemeint, dass KlientInnen ihre Ängste oft an irgendwelche Auslöser heften, die für etwas stehen, aber den Gesamtzusammenhang nicht mehr sehen können und in dieser Position sozusagen steckenbleiben. In der Therapie muss dann diese Assoziationskette zum auslösenden Ereignis zurückverfolgt werden und auf der Beziehungsebene (meist im Rollenspiel) durchgespielt werden (Hartmann-Kottek, 2012).

Zur Behandlung von Angsterkrankungen empfiehlt Hartmann-Kottek (2012) zuerst den Aufbau einer tragfähigen TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung. Dann folgt das Herausfinden der Ängste und ihre Bearbeitung. Dabei wird die am frühesten und am tiefsten sitzende oder die prägnanteste als Erstes behandelt. Als Via Regia nennt die Autorin das offensichtliche Symptom. Es macht den verdichteten Konflikt sichtbar bzw. verweist es auf den erlebten Mangel oder das Trauma. Zu beachten ist auch das Strukturniveau der/des KlientIn. Bei niedrigerem

Strukturniveau muss stets zuerst stabilisiert werden, wenn eine Konfrontation später möglich werden soll. Wenn möglich soll Angst von der Seite des hilfreichen Aspektes betrachtet werden.

Insgesamt kommen Ängste mit allen Färbungen der einzelnen Entwicklungsschritte vor. Sie benötigen nachträglich eine einfühlsame Solidarität für den in Not geratenen Anteil des „Kinder-Ichs“ und eine „Erdung“ über eine therapeutische Basisakzeptanz, die meist eine verschüttete Selbstakzeptanz reaktivieren kann oder, falls eine solche nicht vorhanden ist, sie nach und nach aufbaut. (S. 97)

Ebenso erwähnt wird von Hartmann-Kottek (2012) der Atem als Kennzeichen zur Ortung, wo Konflikte liegen bzw. ob schon Entspannung eingetreten ist oder nicht. Auch die Stimme ist eng mit dem Atem verknüpft und lässt Anspannung oder Resonanz erkennen.

5.5 Willi Butollo

Als einzig auffindbares konkretes Beispiel zur Behandlung von Angsterkrankungen soll der integrative Ansatz von Willi Butollo genauer dargestellt werden. Ausgehend dafür war eine in den 1970er Jahren begonnene, umfassende Forschungsbeschäftigung der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) zur Wirkungskontrolle verschiedenster Therapietechniken bei Angststörungen. Dies waren vor allem Techniken aus dem Bereich der Verhaltenstherapie. Es stellte sich bald heraus, dass Verhaltenstherapie eine wichtige Komponente bei Angststörungen war, dass jedoch ein wichtiger Aspekt der komplexen Angstproblematik übersehen wurde bzw. überhaupt erst als wichtiger störungserhaltender Anteil wahrgenommen wurde, und zwar die Beziehungsdimension. Die therapeutische Bearbeitung dieser Dimension kam aus der Methode der Gestalttherapie. Dies führte dann in den 1980er Jahren zu weiteren umfassenden Forschungen und zur Entwicklung einer mehrphasigen

Therapie, genannt *Münchener Integrative Mehrphasige Behandlung von Angststörungen* (MIMBA) (Butollo, Rosner & Wentzel, 1999).

Im ersten Teil ihres Buches „Integrative Psychotherapie bei Angststörungen“ (1999) begründen die Autoren ihren Ansatz wie folgt: Die vergleichende Therapie-Prozess-Forschung hat herausgefunden, dass verschiedenste Interventionsweisen unterschiedlicher Therapierichtungen, und demnach unterschiedliche Sichtweisen von Störungsmodellen, trotzdem ähnliche Erfolge bewirken. Dieses Phänomen wird auch mit dem Begriff „Äquivalenzparadoxon“ bezeichnet. Grawe (1998, zitiert nach Butollo et al., 1999, S. 53) erklärt dies damit, dass 1) jede Therapierichtung nicht nur beabsichtigte Wirkfaktoren aktiviert, sondern auch unbeabsichtigte, die von der Theorie nicht explizit berücksichtigt werden. 2) Nicht alle dieser Wirkfaktoren werden von jeder Therapierichtung gleichermaßen aktiviert. 3) Aus diesem Grund profitieren unterschiedliche PatientInnen von unterschiedlichen Therapieformen, weshalb 4) der ideale Therapeut in der Lage ist, alle denkbaren Wirkfaktoren zu aktivieren und sie dem individuellen Fall anzupassen.

Dies ist natürlich ein sehr hoher Anspruch an eine/n TherapeutIn, der in der Praxis kaum umzusetzen ist und zugleich die/den TherapeutIn in ein Dilemma bringt, da man sich in der Ausbildung zur/zum PsychotherapeutIn grundsätzlich für einen Ansatz entscheiden muss. Nach Butollo et al. (1999) und Butollo & Maragos (2000) zeigen Studien, dass viele Therapeuten durchaus auch Interventionen oder Konzepte aus anderen Therapierichtungen einfließen lassen. Dies macht auch deshalb Sinn, da gerade Angststörungen ein komplexeres psychologisches Wirkgefüge haben, sodass verschiedene Ansätze verschiedene Sichtweisen und Beiträge zur Behandlung liefern können. Aus all diesen Erkenntnissen heraus plädieren die Autoren für die Entwicklung von *störungsspezifischen integrativen* Modellen, um nicht wichtiges vorhandenes Sachwissen zu vernachlässigen. Integrativ im Sinne der Autoren bedeutet in diesem Fall, dass ein „theoretisch und konzeptuell neues Veränderungsmodell“ entwickelt wird, das „ebenso als

Gesamtintervention empirisch überprüft werden [muss], wie ihre Komponenten vorher überprüft wurden“ (Butollo et al., 1999, S. 19). Begrifflich unterscheiden Butollo et al. (1999) noch eklektische Modelle, in denen nur die Interventionen verschiedener Richtungen kombiniert werden.

Der Ablauf von MIMBA

Alle Therapieangebote werden in Modulen zu je zehn Sitzungen angeboten, wobei die Einzeltherapien einstündig und die Gruppentherapien zweistündig sind. Butollo et al. (1999) und Butollo & Maragos (2005) betonen aber, dass es notwendig ist, sich an der Entwicklung des Patienten zu orientieren und nicht an Zeitvorgaben. Somit kann es auch vorkommen, dass Module länger dauern. Abbildung 5 zeigt den Aufbau von MIMBA.

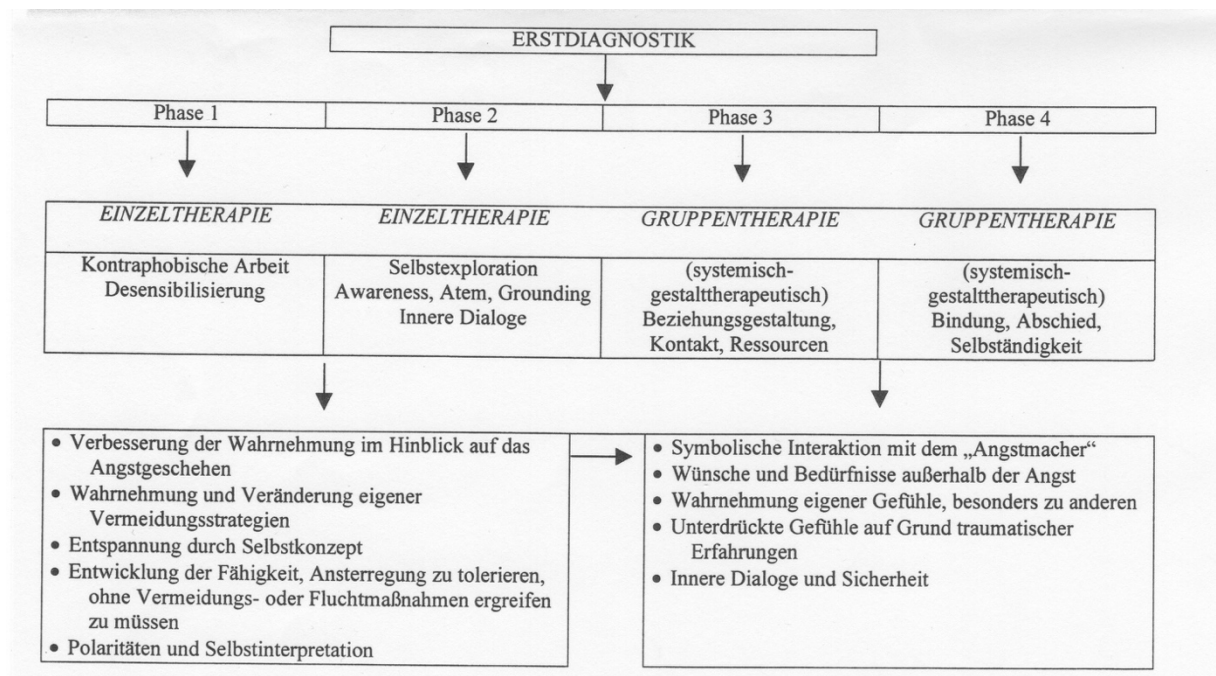


Abbildung 5: Die Phasen und Module von MIMBA (Butollo et al., 1999, S. 163).

Phase 1 beinhaltet verhaltenstherapeutische Maßnahmen und zwar die Analyse angstbezogener Gedanken und den Aufbau alternativer Denkformen im Angstgeschehen; weiters die Verbesserung der Selbstwahrnehmung im Hinblick auf das Angstgeschehen, den Aufbau von Möglichkeiten zur Wahrnehmung und

Veränderung eigener Vermeidungsstrategien, die Verbesserung der Entspannung und der Atmung sowie die Entwicklung der Fähigkeit, Angsterregung zu tolerieren, ohne Vermeidungs- und Fluchtmaßnahmen ergreifen zu müssen. Dies erfolgt im Hinblick auf *In-vivo-Konfrontation* (Butollo & Maragkos, 2017, S. 113). Eine verhaltenstherapeutische Technik, bei der die/der KlientIn tatsächlich mit Hilfe der/des TherapeutIn mit dem angstausslösenden Objekt konfrontiert wird. Im Gegensatz zur *In-sensu-Konfrontation*, bei der dies in Vorstellungsübungen geschieht (Butollo & Maragkos, 2000).

Phase 2 setzt den Schwerpunkt auf Selbstexploration und die Arbeit, wieder Zugang zum eigenen Körper zu finden. Dies geschieht durch die Vertiefung der Entspannung, die in Phase 1 gelernt wurde, und Atemübungen. Die KlientInnen sollen lernen und vor allem erfahren, welche Folgen richtige bzw. falsche Atmung hat. Die dabei auftretenden Empfindungen und Gedanken drücken sich oft in Worten oder Bewegungen aus, die sich oft um das Thema Abgrenzung im weitesten Sinne zentrieren. Übungen aus der Körpertherapie, z.B. „Reisen durch den Körper“, helfen bei der Unterstützung des körperlichen Ausdrucks. Als Folge dieser Arbeit schaffen es KlientInnen, in eine von den Autoren als „inneren Dialog“ benannte Konfliktarbeit zu gehen. Diese inneren Dialoge spiegeln innere Haltungen und Überzeugungen von eigener Unfähigkeit oder hundertprozentiger Vorhersagbarkeit von befürchteten Ereignissen oder Bezugspersonen. Sinn und Zweck dieser Überzeugungen der KlientInnen war es, die Wiederholung von schambesetzten, demütigenden Erfahrungen zu verhindern. Durch den inneren Dialog werden jedoch diese Gefühle wieder erfahren, mit denen die Betroffenen dann schrittweise konfrontiert werden (Butollo & Maragkos, 2000). Diese „Dialogische Exposition“ ist an die gestalttherapeutische Zwei-Stuhl-Arbeit angelehnt und soll zu einem Dialog mit dem „Angstmacher“-Teil führen. Am Ende dieser Phase steht dann die differenzierte Sicht auf die Angst, mit all ihren vermiedenen Gefühlen (Butollo & Maragkos, 2005).

Phase 3 besteht aus gestalttherapeutischer Gruppentherapie, wo es um die Kontaktfähigkeit und Kontaktregulierungsmechanismen geht. Wichtigster Punkt ist das Aufdecken von in den Hintergrund gerückten, eigenen Interessen. Die/der KlientIn soll durch Rollenspiele u.v.m. erfahren, dass die Angstsymptomatik introjiziert wurde und so ihre/seine Wahrnehmung und das eigene Selbst bestimmt. Die eigenen Wünsche und Interessen bilden nun ein Gegengewicht zur Angst, die schließlich in einem nächsten Schritt die eigenen Ressourcen mobilisieren sollen. Nach den Autoren zeigt sich somit, dass hinter Angststörungen oft ungeklärte Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen stehen. Dies soll jedoch nicht bedeuten, dass diese ätiologische Faktoren für Angsterkrankungen darstellen. Die vorteilhafte Auswirkung auf die Symptomatik ist jedoch unbestritten (Butollo & Maragos, 2000).

Phase 4 besteht aus den Vorbereitungen bzw. weiteren Aufarbeitungen für einen guten Abschied. Wichtige Themen sind hier die aufgebaute Bindung zur Gruppe und zu den TherapeutInnen, aber auch die Muster der Bindungen. Letztere haben oft „Zweckcharakter“. Beispielsweise haben Personen, die man sympathisch findet, bestimmte Merkmale wie besondere Ausstrahlung oder Sicherheit. Ob man diese Personen tatsächlich sympathisch findet, ist anfangs unwichtig, weil verlernt wurde, mit wem man Kontakt teilen *möchte* und mit wem nicht. Die TeilnehmerInnen werden aufgefordert, sich über ihr Befinden und ihre Bindungen in der Gruppe auszutauschen. Dabei lassen sich auch Aggressionen beobachten, die anfänglich gar nicht oder undosiert aufgetaucht sind. AngstpatientInnen haben Schwierigkeiten mit Aggressionen. Dahinter steht die Befürchtung, die Gunst des anderen zu verlieren oder selbst außer Kontrolle zu geraten. Aggression wird dann geäußert, wenn innerlich schon mit allem abgeschlossen ist, was oft zum Gegenteil, nämlich hemmungslosen Äußerungen führt. Die therapeutische Arbeit konzentriert sich hier auf die Bewusstmachung des „Wie“. Oft löst sich dann Angst mit Aggression ab. Das bedeutet, Angst ist nicht nötig, wenn Aggression gezeigt wird, folglich ist Angst unterdrückte Aggression. Wichtig ist das offene Aussprechen der Gefühle in Bezug auf den bevorstehenden Abschied. Dabei

sollen auch Gefühle der Trauer aufkommen dürfen, ohne die Katastrophenfantasie, von diesen Gefühlen überrollt zu werden.

Im Forschungsbericht Nr. 3 von Butollo, Krüsmann, Maragos & Wentzel (1995) wird die gestalttherapeutische Sichtweise auf Angsterkrankungen ausführlich dargestellt. Kurz zusammengefasst kann man sagen, dass Personen mit Angsterkrankungen Gefühle der Trauer, Ärger oder Wut in der Regel nicht erfahren oder zumindest im Ausdruck dieser sehr stark behindert sind. Angst als undifferenziertes Gefühlsgemisch verhindert hier die Gefühlsdifferenzierung. Angststörungen werden vorrangig als Beziehungsproblem betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass die Wünsche nach Nähe und Distanz indirekt über die Angst reguliert werden. Dies bedeutet, dass Abgrenzung nicht gelingt, was wiederum auf eine Schwächung der Selbstunterstützung (Support) schließen lässt. Störungen im Kontakt äußern sich nach Butollo et al. (1995) im Kippen zwischen Isolation und Konfluenz. Also zwischen dem Wunsch, autonom zu sein und „Nein“ sagen zu können, und zwischen dem Wunsch, dazuzugehören oder mit einer Person verbunden zu sein. Da AngstpatientInnen hier für sich aber keinen Mittelweg finden können, wechseln sie zwischen den Polen. AngstpatientInnen sind ständig mit negativen Gedanken und Katastrophendenken beschäftigt. Dies kann im Sinne einer offenen Gestalt gedeutet werden. Um sie zu schließen, ist es wichtig, in die Gegenwart zu kommen und sich damit zu beschäftigen, was *jetzt* zu tun und zu erfahren ist. Viele KlientInnen erleben Angst als etwas, das jederzeit über sie hereinbrechen kann. Dies entspricht jedoch nicht der Realität, sondern sie erzeugen ihre Angst jederzeit selbst. Dieser „Angstmacher“-Teil muss in der Therapie wieder integriert werden.

5.6 Achim Votsmeier-Röhr

Es ist der Verdienst von Achim Votsmeier-Röhr, die Angsttheorie Kurt Goldsteins als Grundlage der Kontakt-Support-Theorie von Laura Perls aufgezeigt zu haben. Auf diese Grundlage bezieht er sich auch im Abschnitt „Angststörungen“ seines Buches „Gestalttherapie“ (2017), das er zusammen mit der Gestalttherapeutin

Rosemarie Wulf herausgebracht hat. Zur Behandlung von Angststörungen wird als erstem Schritt dem Vertrauensaufbau zwischen KlientIn und TherapeutIn eine wichtige Rolle eingeräumt. Danach geht es darum, das Vermeidungsverhalten der als unangenehm erlebten Situation bzw. der unangenehmen Gefühle aufzugeben. Dies bedeutet imaginative Konfrontation mit der beängstigenden Situation, also ähnlich der Verhaltenstherapie, wenn auch mit einem anderen Ziel.

Es geht nicht nur darum zu erfahren, dass die erwartete Katastrophe nicht eintritt, dass die Angst habituiert und von selbst vergeht, wenn man nur lange genug in der Situation bleibt, sondern darum, zu erfahren, und was mit therapeutischer Hilfe möglich ist, sich mit den unangenehmen Gefühlen, die mit dem sich nun aktualisierenden dysfunktionalen emotionalen Schema verbunden sind, auseinanderzusetzen und diese zu bewältigen. (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 118)

Wenn dies gelingt, können die abgewehrten Gefühle ins Bewusstsein treten und die dabei zugrunde liegenden Konflikte weiter behandelt werden. Die Autoren beziehen sich auf Butollo & Maragos (1999), wenn sie festhalten, dass es sich in der Praxis bewährt hat, zuerst zu lernen Angsterregung zu tolerieren, ohne davor zu flüchten. Dies kann z.B. mit einer vertieften Zwerchfell-Atmung erreicht werden. Gelingt es, dadurch den „Alarm“ auszuschalten und die Angst zu bewältigen, kann dies schon als großer Erfolg gewertet werden. Die/der KlientIn erlebt Kontrollierbarkeit und Selbstwirksamkeit und verbessert damit den Support.

In der Behandlung von Menschen mit Angsterkrankungen unterscheiden Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) noch, welches Strukturniveau bei der/dem KlientIn vorliegt. Bei neurotischem Strukturniveau wird die Angst anhand der Schutz- und Abwehrmechanismen bearbeitet wie bereits erwähnt. Bei niedrigerem Strukturniveau, z.B. Borderline-PatientInnen, muss an der Verbesserung der Stützfunktionen gearbeitet werden und strukturelle Fähigkeiten müssen entwickelt werden, um sich der Angst zu stellen. Die KlientInnen müssen sich sozusagen einen eigenen „Notfallkoffer“ erstellen, der Maßnahmen enthält,

die sie bei übermäßigem Stress oder bei großer innerer Anspannung anwenden können. Gelingt dies, so wird nach Votsmeier-Röhr (2019) die Angst zu Furcht. Wie eingangs erwähnt, ist Furcht auf ein Objekt bezogen. Im Furchtmodus – im Gegensatz zum Angstmodus – reagiert der Mensch „in einem Modus der sogenannten abstrakten bzw. reflektierenden Einstellung“ (S. 23). Das bedeutet, ein Mensch, der Furcht empfindet, versucht die Situation so klar wie möglich zu erkennen, um dann angemessen zu reagieren. Bei Angst setzt dieser Modus aus. Stattdessen kommt es zu stereotypen, fixierten Ersatzhandlungen. Das Ziel nach Votsmeier-Röhr (2019) ist also immer, Angst in Furcht zu verwandeln. Bei neurotischem Strukturniveau wird Angst zu Furcht, indem nachgewiesen wird, dass Angst aus der Außen- bzw. Innenwelt durch Konfliktbearbeitung überwunden werden kann. Bei darunterliegendem Strukturniveau wird Angst zu Furcht, indem die Funktionen verbessert werden, sich der Angst entgegenzustellen.

5.7 Frank Staemmler

Frank Staemmler hat sehr viele wertvolle Bücher und Beiträge zur Gestalttherapie geschrieben, explizit zu Angst konnte jedoch nur ein Artikel im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Vereinigung für Gestalttherapie 2019 zum Thema „Mut bedarf der Angst“ gefunden werden.

Angst wird erlebt, wenn eine Situation als bedrohlich eingeschätzt wird. Dies geschieht dann, wenn jemand oder etwas, der/das für das Individuum große persönliche Wichtigkeit hat, als bedroht erlebt wird. Zugleich ist die Bedrohung auf die Zukunft gerichtet und mit Unsicherheit verbunden. Tritt dann die Befürchtung wirklich ein, ist es nicht mehr das Gefühl von Angst, das vorherrscht, sondern Trauer, Wut oder andere Gefühle. Staemmler (2019) benutzt die Analogie einer Verkehrsampel aus der Motivationspsychologie, um aufzuzeigen, was es in Angstsituationen braucht. Das *rote System* reagiert mit Angst und Stress auf die Bedrohung. Vorherrschende Emotionen sind Ärger, Wut, Angst und Ekel. Verhaltensweisen auf Körperebene sind Zurückweichen, Flüchten, Verstecken,

Totstellen, aber auch Gegenangriff, ausgelöst durch den „Mut der Verzweiflung“. Gegengewicht wäre das *grüne System*. Wenn ein Kind bei Gefahr zurück zur Mutter läuft und dort in die schützenden Arme genommen wird, kann es sich beruhigen und von dort aus den Blick auf die Gefahr richten. Das grüne System bedeutet also Innehalten, sich selbst Sicherheit zu geben oder diese von außen zu bekommen. Verhalten auf Körperebene zeigt sich im Zur-Ruhe-Kommen und in einem fließenden Atem. So bildet sich ein Gegengewicht zum roten System, das aber oft noch nicht ausreicht. Es kommt idealerweise noch das *gelbe System* dazu, bei dem Wünsche und Zielsetzungen eine Rolle spielen. Vorherrschende Gefühle sind lustvolles Streben, Funktionslust oder Auf-etwas-hinarbeiten-Wollen. Körperlich drückt sich das gelbe System im Handeln und Eingreifen aus.

Als Fazit für die Praxis nennt Staemmler (2019), dass es gelingen muss, die Strategie der Angstvermeidung aufzugeben und die dahinterstehenden Wünsche und Bedürfnisse in den Vordergrund treten zu lassen. Dies gelingt mit Unterstützung des gelben Systems, d.h. durch eigene Ressourcen oder/und die Unterstützung der/des TherapeutIn. Dies kann mit Hilfe von gestalttherapeutischen Experimenten geschehen, die die Neugier der KlientInnen wecken können und neue Erfahrungen ermöglichen. Experimente zuzulassen ist für AngstpatientInnen schon ein großer Schritt, der sehr viel Mut bedarf. So ist zu beachten, dass Mut bzw. das Besiegen der Angst auch still und leise in Form von Hingabe und Loslassen geschehen kann und nicht immer ein starkes Gefühl von Selbstwirksamkeit und Kraft auslösen muss.

5.8 Phil Joyce und Charlotte Sills

2016 erschien die deutsche Übersetzung des Buches „Gestalttherapeutische Kompetenzen für die Praxis“ der beiden englischen Autoren Phil Joyce & Charlotte Sills. Die AutorInnen erstellen darin keine theoretischen Bezüge zur Angstentstehung oder Definitionen von Angst, sondern erklären, neben vielen anderen Themen, ganz praktisch die wichtigsten Punkte im Umgang mit Angststörungen:

Die Hoffnung erhalten: im Sinne von Ermutigung der/des KlientIn und deren/dessen optimistischer Zukunftsorientierung.

Den sekundären Krankheitsgewinn erforschen und das unerfüllte Bedürfnis dahinter erkennen.

Die Quelle der Angst erkennen: Sind die Ängste chronisch, traumatisch, gehören sie zu einem Kreislauf (Phobien und Zwänge) oder halten sie sich durch negatives Denken selbst am Leben.

Symptommanagement: Damit ist gemeint, die/den KlientIn therapiefähig zu machen und den Leidensdruck auf ein handhabbares Maß zu reduzieren, damit überhaupt Therapie stattfinden kann. Dabei geht es um die Stärkung des Selbstsupports, um das Lernen von Atemübungen und das Aushalten von Ängsten. Auch das Arbeiten mit Vorstellungsbildern und Achtsamkeit wird hier erwähnt.

Ängstigende Gedanken identifizieren: Die/den KlientIn soll sich mit ihren/seinen schlimmsten Befürchtungen weiter beschäftigen und sie durchdenken und dann aus einer anderen Sicht heraus überlegen, wie realistisch und zutreffend die Ängste und Glaubenssätze sind, Introjekte herausarbeiten und positive Aussagen danebenstellen.

Umgang mit Vermeidungsverhalten: Unter Umständen ist Psychoedukation notwendig, um der/dem KlientIn näherzubringen, wie das Vermeidungsverhalten das Problem mitverursacht. Die Zwei-Stühle-Arbeit kann zur Bearbeitung von Polaritäten verwendet werden. Wichtig ist auch, Hilfestellung beim Ausdruck von Wut zu geben, da diese oft hinter den Ängsten steckt. Entstehende Spannungen können durch entsprechende Übungen reduziert werden. Auch „Desensibilisierungs“-Übungen zur Angstreduktion werden von den AutorInnen vorgeschlagen. Dazu verweisen sie auf das Buchkapitel „Experimentieren“, das dazu viele Möglichkeiten aufzeigt, wie Gewahrsein steuern/steigern, Verwendung

von künstlerischen Medien, andere Ausdrucksformen (z.B. Singen, Tanzen, Schreiben) verwenden oder den Ausdruck übertreiben, um nur einige zu nennen.

Sich um den Körperprozess kümmern: zum körperlichen Ausdruck ermutigen, Bewegungen weiterführen und nicht erstarren lassen, Körperbotschaften entschlüsseln, ihn „sprechen lassen“.

Existenziellen Themen und Lebensereignissen ins Auge sehen: Der/dem KlientIn vermitteln, dass Tod, Verluste, Altwerden etc. zum Leben dazugehören und wir alle, einschließlich wir TherapeutInnen, damit konfrontiert sind. Ziel im Leben ist nicht deren Vermeidung, sondern eine Sicherheit zu erlangen (Support zu haben), wenn wir davon betroffen sind.

5.9 Weitere Literatur und Forschungsbeiträge

Als Abschluss dieses Kapitels soll im letzten Punkt noch eine Übersicht über weitere Literatur und Forschung gegeben werden, die sich mit Angststörungen aus der Sicht der Gestalttherapie befassen.

5.9.1 Literatur

An verbleibender Literatur, die noch nicht in dieser Arbeit erwähnt wurde, bleibt nur wenig übrig. 2016 erschien die deutsche Fassung des Buches „*Gestalttherapie in der Klinischen Praxis*“, herausgegeben von Gianni Francesetti, Michela Gecele und Jan Roubal. Es enthält einen Artikel von Gianni Francesetti zu „Panikattacken – eine gestalttherapeutische Perspektive“ und vom Franzosen Jean-Marie Robine das Kapitel „Angst in der Situation: Störungen der Gestaltkonstruktion“. Robine (2016) geht in seinem Beitrag auf Angst als blockierte Erregung ein und auf die in dieser Arbeit erwähnten Kontaktregulierungen, die er „Flexionen“ nennt. Für die Fragestellung dieser Arbeit gibt der Artikel keine zusätzliche Erkenntnis zu dem bisher Gesagten, weshalb er nur Erwähnung, aber kein weiteres Darauf-Eingehen findet. Der Artikel von Francesetti (2016) ist insofern spannend, als Panikattacken neben der GAS quasi den zweiten Teil der früheren Gesamtheit der Angstneurose darstellen. Wenn sie auch nicht Gegenstand dieser Arbeit sind, so sind darin

ähnliche bzw. die gleichen Überlegungen enthalten, die generell für Angststörungen gelten könnten. So meint er, dass bei Panikattacken plötzlich der Hintergrund wegbricht, was auch die Figur im Vordergrund zur Auflösung bringt. Auch er spricht dabei von fehlendem Support und dass diese Unterstützung mit den Es- und Persönlichkeitsfunktionen des Selbst zu tun hat. Die Wichtigkeit des Atems wird dabei erwähnt. Weiters definiert er die Panikattacke als einen Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit und beschreibt dazu einen vierphasigen Prozessverlauf.

Eine Master-These, die sich zwar nicht mit der GAS beschäftigt, aber ebenfalls mit Panikstörungen und der Sichtweise der Gestalttherapie auf diese neurotische Erkrankung, stammt von Sabine Kern (2012). Sie kommt zum Ergebnis, dass neurotische Störungen mit einer sinnvollen Kombination aus Techniken der Verhaltenstherapie und Techniken und Methoden aus der Gestalttherapie behandelt werden sollten.

5.9.2 Zur Forschung von Gestalttherapie bei Angststörungen

Die Forschung hat sich in den letzten Jahren in der Gestalttherapie beachtlich intensiviert. Dabei werden sowohl Prozess- als auch Wirksamkeitsstudien durchgeführt. Auch andere Forschungsgruppen untersuchen gestalttherapeutische Prozesse und vergleichen sie mit anderen Therapien, z.B. der KVT (Strümpfel, 2006). Ein guter Überblick zum Stand der Forschung findet sich in Butollo & Maragos (2017), Brownell (2008), Hartmann-Kottek (2012) oder Strümpfel (2006).

Bei Angsterkrankungen dominieren Studien der KVT (Bandelow et al., 2014; Benecke & Staats, 2017; Butollo & Maragos, 2017; Herara et al., 2019; Strümpfel, 2006; Greenberg, 2008; Winkelbach & Leibing, 2005). Butollo & Maragos (2017) kritisieren indirekt, dass Angst gut geeignet zur verhaltenstherapeutischen Beforschung ist, da leicht nachgewiesen werden kann, ob z.B. jemand, der vorher nicht über einen freien Platz gehen konnte, es danach kann. Der Nachteil dabei sei,

dass weniger gut erfassbare Bereiche des Problems aus dem Forschungsfokus verschwinden. Da die Gestalttherapie sehr auf das individuelle Beziehungs- und Kontaktgeschehen gerichtet sei, müssen die Forschungsstrategien für sie andere sein. Die Autoren schlagen vor, jeden Fall als Einzelfall zu betrachten und auch auszuwerten. Danach können die Ergebnisse auf einem höheren Aggregationsniveau summarisch dargestellt werden (Butollo & Maragos, 2017). Der Nachweis von gestalttherapeutischen Studien zur Erforschung von Angsterkrankungen ist eher rar (Herrera et al., 2019). Auch die Autorin konnte außer den bereits verarbeiteten Texten keine oder nur unpassende Artikel finden. Etwa Berichte von Therapien, bei denen keine reine gestalttherapeutische Behandlung, sondern nur ein Aspekt von Gestalttherapie angewandt wurde (Stühle-Arbeit), die untersuchten Diagnosen gemischt und unspezifisch waren (Depression und Angst) oder fremdsprachig (Farsi, Türkisch).

In Strümpfel (2006) findet sich eine systematische Auflistung von über 200 Einzelfallstudien, Dissertationen und kleineren Versuchsanordnungen bis hin zu klinischen Studien mit Gestalttherapien oder Kombinationen mit dieser. Alle Genannten stammen aus den Jahren 1975 bis 2003. Nur 35 davon befassen sich mit Angst (z.B. Butollo et al., 1997 a, b, 1998, 1999, 2003; Cross, Sheehan & Khan, 1980, 1982; Greenberg & Paivio, 1997; Mulder et al., 1994, 1995; Nelson & Groman, 1978; Petzborn, 1980, zitiert nach Strümpfel, 2006, S. 95), mit Phobien (z.B. Butollo, 1990, 2003; Chambless, Goldstein, Gallagher & Bright, 1986; Johnson & Smith, 1997; Martinez, 2002, zitiert nach Strümpfel, 2006, S. 108) oder mit Panikattacken (Butollo et al., 1997 a, b, 1998; Whines, 1999, zitiert nach Strümpfel, 2006, S. 107). Den Großteil all dieser Studien machen Untersuchungen von Butollo und seinem Team aus. Aus keiner Studie geht hervor, dass GAS-KlientInnen untersucht wurden.

In Butollo et al. 1995 und 2017 finden sich Zwischenberichte über das Ergebnis ihrer MIMBA-Studien. Allerdings ergeht dort auch der Hinweis, dass die Studien noch nicht abgeschlossen sind. Die Recherche ergab keine Ergebnisse bezüglich

neuerer Forschungen oder über einen Abschluss, sodass anzunehmen ist, dass diese Ergebnisse nicht vollständig veröffentlicht wurden oder die Studien tatsächlich noch andauern. Ein Vortrag auf einer Tagung zum Thema „Angst als Ressource und Störung“ aus dem Jahre 2003 enthält Daten einer Studie mit 138 KlientInnen. Diese vorläufigen Ergebnisse umfassen KlientInnen mit Agoraphobien, sozialen Phobien, Panikstörungen, Herzphobien, einfachen Phobien und Zwängen. Die therapeutische Effektivität des gestalttherapeutischen Teils zeigte signifikante Effektstärken bei der Verminderung der jeweiligen Angstsymptomatik und praktisch in allen eingesetzten Skalen eine deutliche Bewegung hin zu „gesunden“ Normen (Butollo, 2003; Butollo & Maragos, 2017, S. 1114 f.). Ein Teil der getesteten KlientInnen zeigte komplexere Störungen, mit starkem Anteil an Persönlichkeitsstörungen. Auch in dieser Gruppe konnten die Skalen „phobische Angst“ und „Ängstlichkeit“ verbessert werden, für alle anderen Skalen gilt dies jedoch nur mit Einschränkung (Butollo, 2003). Butollos Forschungen zeigen, dass die Kombination mit Verhaltenstherapie Sinn macht und bei Angsterkrankungen ohne komplexere Störungen gut eingesetzt werden kann.

Im aktuellen „Bergin & Garfield’s Handbook for Psychotherapie and Behavior Change“ (Lambert, 2013) präsentieren Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire eine Metaanalyse von über 200 Studien aus dem „Humanistic Experiential Psychotherapies“ (HEP)-Bereich. Dieser umfasst z.B. die Personenzentrierte Therapie, die Gestalttherapie, die EFT oder das Psychodrama. Eine weitverbreitete Annahme ist, dass KVTs bessere Wirkung haben als HEPs. Die AutorInnen belegen, dass die Effektstärken dieser HEPs jedoch weltweit punktegleich mit der KVT liegen (S. 501 f.). Elliott et al. (2013) haben in einer Metaanalyse ca. 200 HEP-Studien bis zu den Jahren 2008 und früher untersucht und ihre Wirksamkeit auch nach verschiedenen Krankheitsbildern aufgelistet. Die Ergebnisse bei Angststörungen sind durchwegs gemischt, zeigen aber eindeutig den stärksten Effekt in den Vorher-nachher-Untersuchungen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass trotz nicht eindeutiger Belege berechtigt behauptet werden kann,

dass HEPs für GAS, Panikattacken und Phobien *möglicherweise wirksam* sind (Borkovec & Mathews, 1988; Shear et al., 1994, zitiert nach Elliot et al., 2013, S. 524). Es sind aber weiterhin prozessorientierte Vorgehensweisen notwendig, um weitere Beweise zu erhalten (Elliott et al., 2013).

Ein experimentelles Einzelfall-Design zur Beforschung von Gestalttherapie bei Angststörungen stammt von Herrera, Mstibovskyi, Roubal & Brownell (2019). Untersucht wurden zehn Frauen mit verschiedenen Angststörungen, darunter eine Person mit der Diagnose Panik-Agoraphobie und GAS sowie eine Person mit einer reinen GAS-Diagnose. Die Studie konnte die therapeutische Wirksamkeit bei 9 von 10 Fällen nachweisen und die klinische Bedeutsamkeit konnte über einen Zeitraum von 6 Monaten aufrechterhalten werden. Bei der Klientin mit der reinen GAS gab es gemischte Indikatoren. In der Nachbeobachtung nach 6 Monaten sanken aber ihre Hamilton-Anxiety-Werte (Interview zur Bewertung der aktuellen somatischen und psychischen Angststörung) von mittelschwer auf leicht.

Immer wieder in der Literatur der Gestalttherapie erwähnt wird Leslie S. Greenberg (Butollo & Maragos, 2017; Evans, 2016; Hartmann-Kottek, 2012, 2014; Strümpfel, 2006). Seine Emotionsfokussierte Therapie (EFT) umfasst Methoden der Gestalttherapie, der Personenzentrierten Therapie und der Focusing-orientierten Therapie. Zusätzlich stützt sich die EFT auf die klinische Emotionstheorie und die Theorie emotionaler Veränderungen, die sie mit der Psychotherapieprozessforschung zu verbinden versucht (Böcker, 2018). 2012 erhielt Greenberg die höchste von der APA zu vergebende Auszeichnung für seine Forschungen (Hartmann-Kottek, 2014). Sein Verdienst für die Gestalttherapie ist es, vor allem die Zwei-Stuhl-Technik genau beforscht zu haben (Greenberg & Webster, 1982; Greenberg & Clark, 1986, zitiert nach Hartmann-Kottek, 2012, S. 252). Butollo & Maragos (2017) würdigen dies, denn eine Therapieform empirisch auf ihre Effektivität hin zu untersuchen, sei ein „schier unmögliches Unterfangen“ (S. 1109). Sich bei der Forschung auf einen einzelnen Aspekt zu konzentrieren, sei einerseits ein Verlust an Validität, aber andererseits ein Gewinn

an Präzision (Butollo & Maragos, 2017). In jüngster Zeit gibt es vermehrt Forschungsergebnisse der EFT zu Angststörungen bzw. zur Behandlung von GAS (Fresco, Mennin, Helmberg & Ritter, 2013; Timulak & McElvaney, 2016; Timulak et al., 2017; Watson & Greenberg, 2017).

Obwohl die Gestalttherapie eine der Grundlagen der EFT ist und Greenberg selbst auch in der gestalttherapeutischen Literatur vielfach zitiert wird, wurde er in dieser Arbeit nicht als eigener Punkt genannt, da die EFT eine eigene Therapieform ist. Sein besonderer Verdienst für die (Gestalttherapie-)Forschung ist jedoch unbedingt zu würdigen, weshalb er hier Erwähnung findet.

6 Diskussion und Bewertung der Literatur

In diesem Kapitel soll die gefundene Literatur bewertet, das bisher Gesagte kritisch reflektiert und die daraus gewonnenen Erkenntnisse als Handlungsableitungen für die Praxis formuliert werden.

6.1 Bewertung der gefundenen Literatur

Als die Autorin für einen ersten Überblick eine grobe Literaturrecherche vornahm, war klar, dass die Literatur zwar überschaubar war, aber dennoch genug Material für eine erste Arbeit zu diesem Thema bieten würde. Für die Behandlung von Angststörungen bzw. der GAS selbst gibt es eine große Fülle an Literatur aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und der Psychodynamischen Therapie. Auch bezüglich der Beforschung von Angststörungen bietet die Verhaltenstherapie die meiste Literatur, obwohl ersichtlich wird, dass das Thema der GAS auch dort noch am wenigsten von allen Angststörungen erforscht wurde. Immer mehr in den Blickpunkt der Forschung geraten Kombinationen von Therapiemethoden bzw. Forschungsdesigns für humanistische Therapieverfahren, wie die Gestalttherapie eine davon ist. Wie schon in Punkt 5.9.2 erwähnt, haben humanistische Richtungen das „Problem“, dass ihre Arbeitsweisen durch die starke Beziehungsorientierung und weniger starke oder fehlende Manualisierungen mit anderen Methoden beforscht werden müssen. Dies wirkt sich wieder auf die Vergleichbarkeit der einzelnen Studien untereinander aus und ist wahrscheinlich mit ein Grund, warum zum Thema Gestalttherapie und Angststörungen sehr wenig Studien gefunden wurden. Die Studienergebnisse von Butollo et al. (1995) und Herara et al. (2019) wurden jedoch ausführlich beschrieben. Ebenfalls stellen Butollo et al. (1995, 1999, 2017) als Einzige einen ausführlich beforschten Ansatz für Angsterkrankungen dar, bei dem es sich genaugenommen um eine eigene Therapieform handelt, ebenso wie die EFT von Greenberg, auf die in dieser Arbeit jedoch nicht eingegangen wurde.

Jenseits der konkreten Forschung ist durchaus gestalttherapeutische Literatur zur Behandlung von Angststörungen zu finden. Diese versucht, ausführliche

Informationen und Anleitungen zu geben, worauf zu achten ist, und erscheint im Großen und Ganzen relativ homogen in der Darstellung der wichtigsten Punkte. Die Atmung, die Stärkung der Stütze oder das Beachten des Strukturniveaus wären beispielsweise solche Punkte. Die dahinterstehende Theorie ist unterschiedlich tief ausgearbeitet, bezieht sich jedoch – wie in der Gestalttherapie üblich – auf den Kontaktzyklus, die Kontaktregulierungsmechanismen und bei Dreitzel (2004) auch auf das Modell des Selbst.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es zum Thema Angststörungen hinreichend, jedoch nicht genug Literatur gibt und noch weniger zum Thema GAS. Die gestalttherapeutische Forschungslage zu Angststörungen ist mehr als dürftig. Mehr Forschung wäre auf diesem Gebiet wünschenswert. Auch diagnosespezifische oder Schulen übergreifende Fortbildungen könnten diese Lücke ein wenig schmälern.

6.2 Übersicht und Vergleich der einzelnen AutorInnen

Zur Diskussion der Ergebnisse soll zuerst eine Übersicht über die genannten AutorInnen geschaffen werden. Die nachfolgende Tabelle versucht, die Hauptaussagen der Punkte 5.1 bis 5.8 in einem Stichwort oder einer kurzen Aussage darzustellen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede sichtbar zu machen.

Nr.	Stichwort	AutorIn	Aussage
1	Sichtweise der Angst	Mentzos (2008)	Affekt Angst aktiviert alle Abwehrmechanismen.
		Perls, Fritz (1992)	Angst ist Erregung minus Sauerstoff.
		Perls, Lore (2005)	Angst ist fehlender Support
		Goldstein (1963); Votsmeier-Röhr (2005)	Angst ist Gefährdung der Existenz des gesamten Organismus.
		Hartmann-Kottek (2012)	unlösbares Identifizieren mit der Vordergrund-Figur
		Butollo et al. (1995)	Angst ist vorrangig ein Beziehungsproblem.

2	Therapievor- setzungen in Bezug auf Veränderung	Perls, Fritz (1980); Votsmeier-Röhr & Wulf (2017) Hartmann-Kottek (2012); Butollo et al. (1995); Votsmeier-Röhr & Wulf (2017); Dreitzel (2004);	Bewusstheit Beziehungsaufbau
3	Ängste und/oder Konflikte, die den Angsterkrankungen zugrunde liegen	Perls, Fritz (1988) und Perls, Lore (1978) Mentzos (2017) Butollo et al. (1995) und Votsmeier-Röhr & Wulf (2017) Hartmann-Kottek (2012)	Angst vor der Selbstwertung Autonomie vs. Abhängigkeit Isolation vs. Konfluenz Ängste abhängig von Entwicklungsschritten
4	Support, Strukturniveau, Ich- Funktionen	Dreitzel (2004) Perls, L. (2005) Mentzos (2017) Hartmann-Kottek (2012) Votsmeier-Röhr & Wulf (2017) Joyce & Sills (2016)	Wiederbelebung der Ich-Funktionen Kontakt-Support-Konzept Strukturniveau Strukturniveau Strukturniveau Strukturniveau, Support
5	Rolle der Aggression	Perls, Fritz (1999) Hartmann-Kottek (2012) Dreitzel (2004) Butollo & Maragkos (2000) Joyce & Sills (2016)	Aggression richtet sich gegen sich selbst, statt nach außen. Aktivierung des ad-greddi aggressive Ich-Funktion stärken kommt oft erst am Therapieende; ansprechen und ausdrücken oft versteckt, ausdrücken
6	Atem, Atemübungen	alle außer Staemmler (2019)	Betonung der Wichtigkeit des Atems und entsprechende Übungen
7	Zusätzliche Maßnahmen	Joyce & Sills (2016), Butollo & Maragkos (2000) Votsmeier-Röhr & Wulf (2017)	Psychoedukation, Ängste aushalten lernen, Konfrontation in vivo und in sensu, Desensibilisierungsübungen, Achtsamkeitsübungen, Vorstellungsbilder gedankliche Konfrontation
8	Körperarbeit	Perls (2006, 2007) Butollo & Maragkos (2000) Joyce & Sills (2016)	Körperarbeit wird bei diesen AutorInnen explizit genannt
9	Konzepte oder Anleitungen zum Umgang mit Angststörungen	Dreitzel (2004) Hartmann-Kottek (2012) Butollo et al. (1999)	„Feldatlas“ zur Behandlung von neurotischen Störungen Wachstums- und Wandlungskreis integratives Modell der Angststörungen

		Mentzos (2008, 2017)	angstneurotischer Modus
10	Verbindung mit anderen Therapieformen	Butollo et al. (1999)	KVT
11	Aussagen zu GAS	keine/r der AutorInnen	
12	Fazit für die Therapie	Perls (1980) Mentzos (2008); Votsmeier-Röhr & Wulf (2017) Perls, Lore (1978), Votsmeier-Röhr (2005), Dreitzel (2004) und Joyce & Sills (2016) Hartmann-Kottek (2012) Butollo & Maragkos (2000) Staemmler (2019)	KlientIn muss Bewusstheit erlangen aus Angst muss Furcht werden sich dem Leben stellen; lernen, Unsicherheiten auszuhalten; sich im „großen Ganzen“ aufgehoben fühlen das Kinder-Ich stützen Konflikte lösen Wünsche und Interessen müssen das Gegengewicht zu Angst bilden.

Tabelle 6: Übersicht und Zusammenfassung über die Aussagen aus den Punkten 5.1 bis 5.8

Ad 1, Sichtweise der Angst: Liest man sich die einzelnen Aussagen über Angst durch, ergibt sich auf den ersten Blick ein sehr uneinheitliches Bild. Vor allem wurde es der Autorin auch selbst „angst und bange“, als sie die ersten fünf Aussagen durchlas, während die Sichtweise von Butollo et al. (1995), dass Angst ein Beziehungsproblem sei, sofort eine beruhigende und erleichternde Wirkung auf sie hatte: Es gibt also eine konkrete Lösung, an der man arbeiten kann!

Es scheint wie zufällig, jedoch bilden vermutlich diese Sichtweisen der Angst genau das ab, was KlientInnen immer wieder versuchen zu erklären: das Verspüren einer übermächtigen Gefahr, die Gefährdung der eigenen Person und Angst zu sterben (kein Sauerstoff). Die Erklärung, dass es einen Teil gibt, an dem man arbeiten kann (Konflikte), bestätigt nur die Wichtigkeit von Psychoedukation und Ähnlichem (s.a. Pkt. 7 der Tabelle).

Ad 2, Therapievoraussetzungen in Bezug auf Veränderung: Um Verhaltensmuster ändern zu können, bedarf es der Erkenntnis, wie und warum sich jemand so verhält, wie er es eben tut. Die Autorin stimmt mit Perls (1980) und Votsmeier-Röhr & Wulf (2017) überein, dass Veränderung nur durch Bewusstheit möglich ist. Problematisch wird es jedoch, wenn ein/e KlientIn nicht in der Lage ist,

Bewusstheit zu erfahren, da die persönliche Angst vor den innerpsychischen Vorgängen einfach zu groß ist. Viele Menschen mit niedrigem Strukturniveau könnten demnach zu keiner Veränderung gelangen. Hier muss also das therapeutische Ziel umformuliert werden: nämlich innere Stütze, also Support aufzubauen. Wie schon Votsmeier-Röhr & Wulf (2017) in Pkt. 5.6 beschrieben haben, ist die Möglichkeit der Angstreduktion bzw. Angstauflösung abhängig vom Strukturniveau.

Therapeutischer Beziehungsaufbau, wie er von anderen AutorInnen erwähnt wird, ist unbestritten der erste Punkt, der in einer Therapie passieren muss. Diese Phase des Beziehungsaufbaus kann mitunter sehr lange dauern. Auch muss die Beziehung im Laufe des Prozesses immer wieder thematisch miteinbezogen und überprüft werden, da Konfrontationen sonst schwer oder nicht möglich sind.

Ad 3, Ängste und/oder Konflikte, die den Angsterkrankungen zugrunde liegen: Nach Mentzos (2017) besteht der Grundkonflikt in der Autonomie vs. Abhängigkeit, der sich in verschiedensten Variationen (s. Tab. 4) zeigt. Auch Angst vor Selbstwerdung (Perls, F., 1988; Perls, L., 1978) und Isolation vs. Konfluenz (Butollo et al., 1995; Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017) können in diesem Sinn gesehen werden. Die Autorin vertritt die Sichtweise von Hartmann-Kotek (2012), dass die Art der Ängste, und somit der ihnen zugrunde liegende Konflikt (im Sinne der Variationen nach Mentzos), von den Entwicklungsschritten abhängig sind. Diese wiederum können anhand des Kontaktzyklus erkannt werden.

Ad 4, Support, Strukturniveau, Ich-Funktionen: Diese Begriffe haben unterschiedliche Bedeutungen, meinen aber im Zusammenhang dieser Arbeit dasselbe bzgl. der Vorgehensweise in der therapeutischen Arbeit. Support wird nach Laura Perls (2005) gebraucht, um sich der Angst stellen zu können, um Neues zu wagen. Support steht dem Individuum aber unterschiedlich zur Verfügung, u.a. abhängig vom Strukturniveau, auf das Mentzos (2017) hingewiesen hat. Dieses wiederum wird in der Therapie aufgebaut bzw. gestärkt, durch die Arbeit an den Ich-Funktionen, wie es Dreitzel (2004) beschreibt. Hingewiesen auf die Beachtung

des Strukturniveaus wird auch bei Hartmann-Kottek (2012), Votsmeier-Röhr & Wulf (2017) und bei Joyce & Sills (2016). Die Arbeit an den Ich-Funktionen zum Aufbau des Supports ist nach Meinung der Autorin der wichtigste Punkt bei Angsterkrankungen. Zeitgleich mit dem zunehmenden Erleben an Selbstwirksamkeit wird auch das Vertrauen in die therapeutische Beziehung gestärkt und somit werden neue Erfahrungen ermöglicht.

Ad 5, Rolle der Aggression: Das Vorkommen von Aggression bzw. unterdrückter oder gegen sich selbst gerichteter Aggression wird von vier AutorInnen erwähnt. Nach Meinung der Autorin dieses Textes müsste der Aggression in der Literatur zu Angsterkrankungen viel mehr Raum gewidmet werden. Aggression wird von der Autorin im Sinne von „ad-greddi“ verstanden, also im aktiven Herangehen an eine Sache, die, um sich das nehmen zu können, was gebraucht wird, sich auch gegen Hindernisse durchzusetzen weiß und traut. Diesbezüglich schreibt nur Dreitzel (2004) ganz konkret davon. Natürlich sind Angsterkrankungen als ungelöstes Konflikterleben zu sehen. Genau dieses lässt sich aber erst lösen, wenn sich die/der Betroffene seiner Aggression, im Sinne seiner Kraft, bewusst wird und lernt, sie richtig dosiert einzusetzen.

Ad 6, Atmung und Atemübungen: Alle Autoren (außer Staemmler, 2019) betonen die Wichtigkeit der Atmung, da sich die Angst durch falsche Atmung noch aufschaukeln kann. Außerdem kann nach Hartmann-Kottek (2012) der Atem verraten, bei welchem Thema der vermutete Konflikt liegen könnte. Auch ob Entspannung eingetreten ist, wird anhand des Atems und der Stimme sichtbar. Atemübungen helfen KlientInnen, sich einen Bereich an Sicherheit zu verschaffen. Demnach betont der Großteil der AutorInnen die Wichtigkeit bzw. den unbedingten Einsatz von Atemübungen (Butollo et al., 1995, 1999, 2000; Dreitzel, 2004; Hartmann-Kottek, 2012; Joyce & Sills, 2016; Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Dass der Atem bei Staemmler (2019) nicht erwähnt wurde, muss nicht bedeuten, dass er ihn vernachlässigt oder weniger wichtig findet. In seinem Artikel wurde darauf jedoch nicht eingegangen. Die Autorin hält Atemübungen in der

Angstbehandlung für sehr wichtig. Voraussetzung ist aber eine gute Kenntnis des Vorgangs des Atmens, um mit KlientInnen etwa das Bauchatmen üben zu können. Eventuell muss sich die/der TherapeutIn selbst zuerst verschiedene Atemübungen im Zuge von Fortbildungen oder der Teilnahme an Entspannungs- und Meditationskursen aneignen. Eine wunderschöne Sache, bei der unser Atem gut gespürt werden kann und die in der Regel noch zusätzlich Entspannung und Harmonie erzeugt, ist gemeinsames Singen. Die/der TherapeutIn sollte sich ihres/seines musikalischen Handelns jedoch sicher sein.

Ad 7, zusätzliche Maßnahmen: Die Literatur erwähnt zusätzliche Fertigkeiten im Umgang mit Angsterkrankungen, wie Konfrontations- und Desensibilisierungsübungen oder Psychoedukation. Während man sich Psychoedukation eventuell noch im Selbststudium aneignen kann, ist dies für Techniken aus der Verhaltenstherapie nach Meinung der Autorin nicht möglich. Die Lösung liegt vermutlich in der tatsächlichen Weiterbildung in diesen Techniken oder in der vertieften Recherche entsprechender gestalttherapeutischer Übungen. Welche Übungen das genau sind und ob eine Vergleichbarkeit zur verhaltenstherapeutischen Konfrontation gegeben ist, wäre eine interessante Forschungsfrage.

Ad 8, Körperarbeit: Obwohl die gesamte Literatur bei Angsterkrankungen von körperlichen Auswirkungen wie Schlafstörungen, Verspannungen oder Herzrasen spricht, erwähnen nur Butollo & Maragos (2000), Joyce & Sills (2016) und Perls (2006, 2007) explizit die Arbeit mit dem Körper (den Atem in diesem Fall von der Körperarbeit ausgeklammert). Das ist schade, da Perls (2006, 2007) ständig den Körper einbezieht und in seinen Büchern mehr als ausreichend verschiedene Achtsamkeits- und Körperübungen vorstellt. Im Gegensatz zu den in Pkt. 7 der Tabelle erwähnten Konfrontationsübungen hat die Gestalttherapie gerade hier einen großen Fundus, den Körper mit einzubeziehen.

Ad 9, Konzepte oder Anleitungen zum Umgang mit Angststörungen: Die Modelle von Butollo et al. (1999), Dreitzel (2004), Mentzos (2008) und Hartmann-Kottek (2012) werden in Pkt. 6.3 miteinander verglichen.

Ad 10, Verbindung mit anderen Therapieformen: Butollo et al. (1995, 1999, 2000) kombinieren ihren Ansatz mit Techniken aus der KVT. Nach Butollo & Maragos (2017) wäre es „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, dieser Zugang verweigert würde [...]“ (S. 1110). Auch Votsmeier-Röhr & Wulf (2017) schreiben, dass ab und zu über den Tellerrand geblickt werden muss und Ansätze aus anderen Bereichen mit einbezogen werden sollen. Diese Ansätze sollen aber mit der Gestalttherapie kompatibel sein (z.B. EFT). Die Aussage der beiden AutorInnen bezieht sich allerdings nicht auf die Behandlung von Angststörungen, sondern auf die therapeutische Behandlung von Menschen mit strukturellen Defiziten. Nimmt man die Aussage von Butollo & Maragos (2017) ernst, dürften wohl bei sehr vielen TherapeutInnen aus sehr vielen verschiedenen Therapieschulen „Therapiefehler“ passieren. Natürlich ist den Autoren insofern recht zu geben, als jede/r KlientIn die Behandlung bekommen sollte, die sie/er braucht. Es kann praktisch aber kaum möglich sein, aus all den Therapieverfahren die richtigen Komponenten parat zu haben, vor allem, wenn dies nicht nur bei Angsterkrankungen, sondern auch für andere Krankheitsbilder gelten soll. Nach Erachten der Autorin ist es wichtig, das Strukturniveau richtig einzuschätzen und am Kontaktgeschehen zu arbeiten. Eine Therapie, die nicht alle Mittel ausschöpft, erscheint der Autorin immer noch besser, als gar keine Therapie zu haben. Außerdem muss die/der TherapeutIn ehrlich zu sich selbst sein, eigene Grenzen erkennen und ggf. auch weiterverweisen.

Ad 11, Aussagen zu GAS: Keine/r der AutorInnen gibt eine explizite Handlungsanleitung im Umgang mit GAS, aber auch für keine anderen Angststörungen. Es wird versucht, den Umgang mit Angsterkrankungen so genau

wie möglich zu erklären, aber nicht für einzelne Störungen zu spezifizieren. Es scheint auf den ersten Blick keine Unterscheidungen der Angsterkrankungen zu geben, wie es in der ICD-10 vorgenommen wird. Dies macht aus gestalttherapeutischer Sicht auch wenig Sinn. Es gibt keine manualisierten Vorgaben, wie bei bestimmten Störungsbildern vorgegangen werden soll/muss. Das therapeutische Vorgehen richtet sich nach dem, was bei den Betroffenen möglich ist, und orientiert sich am Hier und Jetzt, im Kontaktgeschehen und an der persönlichen Beziehung.

Ad 12, Fazit für die Therapie: Dieser Teil wird in Pkt. 6.4 behandelt.

6.3 Vergleich der Modelle zur Behandlung von Angststörungen

Das Modell von Mentzos (2017) kommt der gestalttherapeutischen Sichtweise sehr entgegen. Sein Hauptanliegen, die Psychodynamik der neurotischen Lösungen zu verstehen, ist auch Ziel in der Gestalttherapie. Seine drei Diagnosekriterien (Strukturniveau/Modus der Konfliktverarbeitung/Reife des Konflikts) können in der Praxis gut umgelegt werden. Das Strukturniveau lässt sich vor allem mit Hilfe des OPD-2 bestimmen, das mittlerweile von vielen Gestalttherapeuten verwendet wird. Für den Modus der Konfliktverarbeitung stellt Mentzos (2017) eine Tabelle zur Verfügung, die den Grundkonflikt (Autonomie vs. Abhängigkeit) in verschiedenen Facetten darstellt (s. Tab. 4). An ihr kann gut erkannt werden, um welchen Grundkonflikt es in der Therapie gehen könnte. Die Auflistung der Abwehrmechanismen (Tab. 5) ist insofern hilfreich, als damit das Strukturniveau leichter erkannt werden kann. Einige Begriffe (z.B. Wendung gegen das Selbst, Affektualisierung, Reaktionsbildung) müssen aber zuerst in „Gestaltssprache“ übersetzt werden. Diesbezüglich könnte es in der Praxis zu eventuellen Unklarheiten kommen.

Hat man die/den KlientIn in diese drei Kriterien eingeordnet, so ist es nicht schwierig, eine entsprechende ICD-10-Diagnose zu vergeben. Das Modell sagt

nichts über die therapeutische Vorgehensweise aus, bietet aber immerhin einige wichtige (tiefenpsychologisch orientierte) Anhaltspunkte.

Die zwei brauchbarsten Modelle für die rein gestalttherapeutische Praxis stammen von Dreitzel (2004) und Hartmann-Kottek (2012), da sich beide auf den Kontaktzyklus beziehen.

Dreitzel (2004) entwirft einen „Feldatlas“ (S. 10) zur Orientierung bei neurotischen Krankheiten und orientiert sich dabei am Kontaktzyklus und am Modell des Selbst. Hartmann-Kottek (2012) kombiniert den Wachstums- und den Wandlungskreis für alle Störungsbilder, in Anlehnung an den Kontaktzyklus und das Neurosenmodell. Jeder Kreis besteht bei ihr aus 9 Stufen, während Dreitzel (2004) die ursprünglichen 4 Stufen des Kontaktzyklus beibehält. Dafür teilt er den Vorkontakt aufgrund der Es-Funktionen Brauchen, Wünschen, Wollen in drei Teile, was verwirrend ist, weil sein Modell nur 4-stufig aufgebaut ist und diese Unterteilung, außer in den dazugehörigen Schaubildern, nirgends auftaucht. Obwohl sein Werk logisch, sprachlich leicht verständlich und anschaulich dargestellt ist, ist es (vor allem als junge/r TherapeutIn) praktisch schwierig, zügig zu erkennen, welche Es-Funktionen der/des KlientIn gerade in ungeordneter Reihenfolge auftauchen, zumal Dreitzel (2004) auch noch schreibt, dass KlientInnen oft über Störungen ihrer Persönlichkeitsfunktionen (z.B. Unzufriedenheit mit Alter oder Körper, keinen Kontakt finden, Beziehungsprobleme, allgemeine Unzufriedenheit) klagen und nicht ihrer Es-Funktionen.

Das Modell von Hartmann-Kottek (2012) ist im Vergleich zu Dreitzel (2014) für die Schreiberin dieser Arbeit anschaulicher dargestellt und leichter zu erfassen, da es sich „nur“ um die beiden Bilder des Wachstums- bzw. Wandlungskreises handelt. Auch helfen die jeweils 9 Stufen der Kreise, Kontaktabläufe differenzierter zu sehen und kleine Zwischenschritte zu beachten. Obwohl vor allem Dreitzel (2014) von der Stärkung der aggressiven Ich-Funktion spricht, ist es bei Hartmann-Kottek (2012) einfacher zu erkennen, wann dieses ad-greddi benötigt wird und wo es im Wandlungskreis auftaucht.

Obwohl sich beide Modelle auf den Kontaktzyklus beziehen, weisen sie doch große Unterschiede in der Handhabung auf und sind nicht vergleichbar, sodass man sich in der Praxis für eines von beiden entscheiden muss. Das Modell von Hartmann-Kottek (2012) ist leichter zu verstehen, es lässt auch besser erkennen, wo welche Form der Angst vorherrschend ist, und eignet sich auch, im Gegensatz zum Modell von Dreitzel (2004), zur Diagnostik nach ICD-10.

Das Modell von Butollo et al. (1995, 1999, 2000) kann nur beschränkt mit den obigen Ansätzen in Verbindung gebracht werden. Der große Vorteil dieses integrativen Ansatzes ist seine umfangreiche, jahrelange Forschung und die Kombination mit anderen wirksamen Komponenten aus der KVT. In der Praxis wird aber gerade dieser Teil ohne spezielle Ausbildung oder Schulungen nicht umsetzbar sein.

6.4 Handlungsansätze für die gestalttherapeutische Arbeit

Zusammenfassend ergeben sich für die gestalttherapeutische Arbeit mit Angststörungen folgende Punkte:

- Aufbau einer tragfähigen, therapeutischen Beziehung
- Beachtung des jeweiligen Strukturniveaus
- Stärkung der Ich-Funktionen und des Supports
- Einsatz von Atem- und Entspannungsübungen sowie Psychoedukation
- Einsatz von Techniken aus der KVT
- Beachtung der Kontaktregulierungsmechanismen
- Identifizierung des zugrundeliegenden Konfliktes
- Herausarbeiten der eigenen Bedürfnisse und Wünsche
- Bearbeitung des Konfliktes mit gestalttherapeutischen Techniken wie Vorstellungsbildern, kreativen Medien, Stühle-Arbeit usw.
- Ansprechen bzw. Bearbeitung der dahinter versteckten Aggression

- Körper mit einbeziehen
- Bewusstheit erlangen und lernen, Unsicherheiten auszuhalten

Für die Behandlung der GAS gelten diese Punkte ebenso. Wobei die Autorin zum Schluss kommt, dass Kenntnisse aus der KVT für dieses Krankheitsbild nicht zwingend notwendig, aber durchaus vorteilhaft wären.

In der Literatur wurde nie davon gesprochen, welches Setting (Einzel- oder Gruppentherapie) für Angsterkrankungen sinnvoll ist. Einzig bei Butollo et al. (1999, 2000) erfährt die/der LeserIn, dass nach dem verhaltenstherapeutischen Teil der Beziehungsteil im Gruppensetting angeboten wird. Die Autorin meint, dass zuerst im Einzelsetting begonnen werden soll, danach aber Gruppe folgen *muss*, da, wenn man davon ausgeht, dass Angsterkrankungen Beziehungsprobleme sind, die Gruppe hier den adäquaten Übungsrahmen bietet. Sinnvoll erscheint der Autorin eine eher kleinere Gruppengröße, max. 10 Personen.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend kann zur Beantwortung der Fragestellung dieser Master-These gesagt werden, dass es zwar eine überschaubare, dafür qualitative Menge an gestalttherapeutischer Literatur gibt, die sich mit der Behandlung von Ängsten bzw. Angststörungen beschäftigt. Herausragend ist die Arbeit von Willi Butollo et al. (1999), der ein eigenes, empirisch erforschtes, integratives Verfahren entwickelt hat. Dabei kombiniert er verhaltenstherapeutische mit gestalttherapeutischen Methoden. Reine gestalttherapeutische Verfahren findet man bei Hartmann-Kottek (2012) oder Dreitzel (2004). Diese sind zwar nicht ausschließlich für Angsterkrankungen konzipiert, bieten aber ganz konkrete Anhaltspunkte und Vorgehensweisen für diese Klientel. Auch die restliche in dieser Arbeit erwähnte Literatur bietet sehr viele konkrete und genaue Beschreibungen im Umgang mit Angsterkrankungen. Eine Differenzierung der verschiedenen Diagnosekategorien, wie sie z.B. in der ICD-10 beschrieben sind, wird dabei nicht vorgenommen. Gestalttherapeuten orientieren sich am Hier und Jetzt, im Kontaktgeschehen und an der persönlichen Beziehung zur/zum KlientIn.

In der Forschung dominieren nach wie vor Untersuchungen aus dem Bereich der Verhaltenstherapie. Die GAS selbst ist aber auch hier noch am wenigsten erforscht. Die Forschung in der Gestalttherapie bzgl. Angsterkrankungen ist mehr als dürftig. Hier ist noch einiges aufzuholen. Auch diagnosespezifische oder Schulen übergreifende Fortbildungen könnten diese Lücke ein wenig schmälern. Erfreulicherweise gerät die Kombination verschiedener Therapiemethoden in den Blickpunkt der Forschung, sodass eine gegenseitige Befruchtung entsteht. Im Zuge dieser Arbeit stellte sich heraus, dass bei Angsterkrankungen die Kenntnis von verhaltenstherapeutischen Techniken für GestalttherapeutInnen hilfreich sein kann. Eine spannende Forschungsfrage für zukünftige Arbeiten wäre jedenfalls, ob es auch in der Gestalttherapie vergleichbare Übungen und Experimente gibt, die verhaltenstherapeutischen Konfrontations- oder Desensibilisierungsübungen gegenübergestellt werden können.

LITERATURVERZEICHNIS

- Arbeitskreis OPD & Cierpka, Manfred. (Hrsg.). (2014). *OPD-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Bandelow, Borwin, Wiltink, Jörg, Alpers, Georg W., Benecke, Cord, Deckert, Jürgen & Eckhardt-Henn, Annegret. (2014). *S3-Leitlinie. Behandlung von Angststörungen*. Zugriff am 29.12.2019. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/0c2fc607fa678377a9efb4f13d5ce7007f2c43d0/S3-LL_Lang_Angststörungen_2014.pdf
- Bassler, Markus & Leidig, Stefan. (2005). Psychologische Modelle für Angststörungen. In Markus Bassler & Stefan Leidig (Hrsg.), *Psychotherapie der Angsterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 20-35). Stuttgart: Thieme.
- Becker, Eni S. (2018). Generalisierte Angststörung. In Jürgen Margraf & Silvia Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.
- Becker, Eni S. & Margraf, Jürgen. (1995). Kognitive Therapie von Angsterkrankungen. In Siegfried Kaspar & Hans-Jürgen Möller (Hrsg.), *Angst- und Panikerkrankungen* (S. 412-431). Jena: Fischer.
- Benecke, Cord & Staats, Hermann. (2017). *Psychoanalyse der Angststörungen. Modelle und Therapien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bensel, Joachim. (1999). Kampf-oder-Flucht-Reaktion. In Verband deutscher Biologen e.V. (Hrsg.). *Lexikon der Biologie*. Zugriff am 28.12.2019. Verfügbar unter <https://www.spektrum.de/lexikon/biologie/kampf-oder-flucht-reaktion/35305>

- Berking, Matthias & Grawe, Klaus. (2005). Angststörungen aus einer „neuropsychotherapeutischen“ Perspektive. *PiD Psychotherapie im Dialog* 6(4), 408-413.
- Blankertz, Stefan. (2004). *Gestalttherapeutische Diagnostik in Beratung, Therapie und Coaching mit dem neuen „Gestalttypen-Indikator“ (GTI)*. Zugriff am 4.1.2020. Verfügbar unter http://www.gestalt.de/blankertz_gestalttypen_indikator_gti.html
- Blankertz, Stefan & Doubrawa, Erhard (Hrsg.). (2015). *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer.
- Blankertz, Stefan & Doubrawa, Erhard (Hrsg.). (2017). Stichwort: Kontakt. *Lexikon der Gestalttherapie*. Zugriff am 23.12.2019. Verfügbar unter <http://www.gestalttherapie-lexikon.de/kontakt.htm>
- Borkovec, Thomas D., Alcaine, Oscar M. & Behar, Evelyn. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In Richard G. Heimberg, Cynthia L. Turk & Douglas S. Mennin (Hrsg.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (S. 77-108). New York: Guildford Press.
- Borkovec, Thomas D. & Ruscio, Ayelet M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37-42.
- Butollo, Willi. (2003). Integrative Therapie der Angst. In Frank M. Staemmler und Rolf Merten (Hrsg.), *Angst als Ressource und Störung. Interdisziplinäre Aspekte* (S. 80-109). Paderborn: Junfermann.
- Butollo, Willi. (2015). *Die Angst ist eine Kraft. Über die aktive und kreative Bewältigung von Alltagsängsten*. München: Herbig.
- Butollo, Willi, Koll-Krüsmann, Marion & Hagl, Maria. (2017). Humanistische Psychotherapieverfahren. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Auflage), (S. 1149-1176). Berlin: Springer.

- Butollo, Willi, Krüsmann, Marion, Maragos, Markus & Wentzel, Achim. (1995). *Kontakt zwischen Konfluenz und Isolation: Gestalttherapeutische Ansätze in der Angsttherapie*. Forschungsbericht aus dem Institut für Psychologie. Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ludwigs-Maximilians-Universität München. Forschungsbericht Nr. 3. Zugriff am 19.10.2019. Verfügbar unter <http://gestaltpsychotherapie.de/FB3.pdf>
- Butollo, Willi & Maragos, Markos. (2000). Integrative Therapie bei Angststörungen. In Erwin Möde (Hrsg.), *Leben zwischen Angst und Hoffnung. Interdisziplinäre Angstforschung* (S. 115-140). Regensburg: Pustet.
- Butollo, Willi & Maragos, Markos. (2017). Gestalttherapie und empirische Forschung. In Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage), (S. 1091-1120). Göttingen: Hogrefe.
- Butollo, Willi, Rosner, Rita & Wentzel, Achim. (1999). *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen*. Bern: Huber.
- Brownell, Philip. (Hrsg.). (2008). *Handbook for Theorie, Research and Practise in Gestalt Therapy*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Böcker, Julia. (2018). *Emotionsfokussierte Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Deister, Arno. (2015). Angst und Panikstörungen. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Arno Deister (Hrsg.), *Duale Reihe – Psychiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie* (6., aktualisierte Auflage mit Video-CD-ROM), (S. 128-145). Stuttgart: Thieme.
- Degé, Franziska. (2014). Emotionen, primäre. In Markus Antonius Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Zugriff am 28.12.2019. Verfügbar unter <https://portal.hogrefe.com/dorsch/emotionen-primare/>

- Dilling, Horst & Freyberger, Harald J. (Hrsg.). (2019). *Weltgesundheitsorganisation. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. (9. aktualisierte Auflage unter Berücksichtigung der Änderung gemäß ICD-10-GM (German Modification) 2019). Bern: Hogrefe.
- Domschke, Katharina, Kapfhammer, Hans-Peter & Deckert, Jürgen. (2017). Angststörungen. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Dreitzel, Hans Peter. (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: EHP. ©2004 EHP – Verlag Andreas Kohlhage. Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch den Verlag. All Rights reserved. This includes reproduction and transmissions in any form or by any means without permission in writing from the publisher.
- Eidenschink, Klaus & Eidenschink, Heika. (2017). Gestalttherapie mit neurotischem Leid. In Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage), (S. 689-714). Göttingen: Hogrefe.
- Elliott, Robert, Greenberg, Leslie S., Watson, Jeanne, Timulak, Ladislav & Freire, Elizabeth. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. In Michael J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 495-538). New York: Wiley & Sons.
- Evans, Ken. (2016). Forschung und Gestalttherapie. In Gianni Francesetti, Michela Gecele & Jan Roubal (Hrsg.), *Gestalttherapie in der Klinischen Praxis: Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontakts* (S. 123-131). Gevelsberg: EHP.
- Falkai, Peter & Wittchen, Hans-Ulrich. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2., korr. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Faust, Volker. (o.J.). *Psychosoziale Gesundheit. Von Angst bis Zwang. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. Die Neurosen – einst und heute*. Zugriff am 12.1.2020. Verfügbar unter <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/neurosen.html>
- Flückinger, Christoph. (2005). Generalisierte Angststörung erkennen und verstehen. Störungsmodelle für die Psychotherapie. *PiD Psychotherapie im Dialog*, 6(4), 52-55.
- Fuhr, Reinhard, Sreckovic, Milan & Gremmler-Fuhr, Martina. (Hrsg.). (2017). *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Francesetti, Gianni. (2016). Panikattacken – Eine gestalttherapeutische Perspektive. In Gianni Francesetti, Michela Gecele & Jan Roubal (Hrsg.), *Gestalttherapie in der Klinischen Praxis: Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontakts* (S. 413-424). Gevelsberg: EHB-Verlag.
- Fritzsche, Kurt & Ross, Uwe H. (2016). Angststörungen. In Kurt Fritzsche, Werner Geigges, Dietmar Richter & Michael Wirsching (Hrsg.), *Psychosomatische Grundversorgung* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage), (S. 119-132). Berlin: Springer.
- Fresco, David M., Mennin, Douglas S., Helmberg, Richard G. & Ritter, Michael. (2013). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioural Practice*. 20(3), 282-300.
- Frommberger, Ulrich. (2005). Angst und Psychose – Differenzialdiagnose von schweren psychischen Erkrankungen und Angststörungen. In Markus Bassler & Stefan Leidig (Hrsg.), *Psychotherapie der Angsterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 171-181). Stuttgart: Thieme.
- Geiser, Franziska & Köllner, Volker. (2015). Die neue S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen. Eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe. *PiD Psychotherapie im Dialog*, 16(2), 27-31.

- Goldstein, Kurt. (1934). *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrung am kranken Menschen.* (Fotomechanischer Nachdruck 1963), Haag: Nijhoff.
- Goldstein, Kurt. (1963). *The Organism. A Holistic Approach To Biology Derived from Pathological Data in Men.* Boston: Beacon Press.
- Gould, Robert A., Otto, Michael W., Pollack, Mark H. & Yap, Liang. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary metaanalysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- Greenberg, Leslie S. (2008). Quantitative Research. In Philip Brownell (Hrsg.), *Handbook for Theorie, Research and Practise in Gestalt Therapy* (S. 64-89). Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Gremmler-Fuhr, Martina (2017). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 345-392). Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann-Kottek, Lotte. (2012). *Gestalttherapie. Lehrbuch* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Hartmann-Kottek, Lotte. (2014). Leslie Greenberg: "Yes, I am a Gestaltist!" – ein Gestalttherapeut mit Herz und Empathie. Ausschnitte aus einem Interview mit Prof. Leslie S. Greenberg. In Lotte Hartmann-Kottek (Hrsg.), *Gestalttherapie – Faszination und Wirksamkeit. Eine Bestandsaufnahme* (S. 293-303). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Herrera, Pablo, Mstibovskyi, Illia, Roubal, Jan & Brownell, Philip. (2019). Beforschung von Gestalttherapie bei Angststörungen in Praxisumgebungen. Ein experimentelles Einzelfall-Design. *Gestalttherapie* 33(2), 46-75.
- Hochgerner, Markus, Klampfl, Petra & Nausner Liselotte (2018). Diagnostische Perspektiven der Integrativen Gestalttherapie. In Markus Hochgerner, Herta Hoffmann-Widhalm, Liselotte Nausner & Elisabeth Wildberger (Hrsg.),

- Gestalttherapie* (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage), (S. 179-205).
Wien: facultas.
- Hogrefe Verlag. (2016). *Klassifikationssysteme. DSM und ICD*. Zugriff am 28.12.2019. Verfügbar unter <https://www.hogrefe.de/themen/klinik/artikeldetailansicht/DSM%20und%20ICD-313>
- Hoyer, Jürgen. (2011). Generalisierte Angststörung. In Martin Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Verhaltenstherapie. Behandlung psychischer Störungen im Erwachsenenalter* (S. 49-63). Weinheim: Beltz.
- Hoyer, Jürgen & Beesdo-Baum, Katja. (2011). Generalisierte Angststörung. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage), (S. 937-952). Berlin: Springer.
- Hoyer, Jürgen & Margraf, Silvia. (Hrsg.). (2009). *Panik: Angststörungen und ihre Behandlung* (2. überarbeitete Ausgabe). Berlin: Springer.
- Hutterer, Robert. (2006). *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität*. Wien: Robert Hutterer.
- Jacobi, Frank, Wittchen, Hans-Ulrich, Holting, Christoph, Höfler, Michael, Pfister, Hildegard, Müller, N. & Lieb, Roselind. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611.
- Jacobi, Frank, Höfler, Michael, Strehle, Jens, Mack, Simon, Gerschler, Anja & Scholl, Lucie. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88-90.

- Joyce, Phil & Sills, Charlotte. (2016). *Gestalttherapeutische Kompetenzen für die Praxis. Ein Lehrbuch für Psychotherapie, Beratung und Ausbildung*. Bergisch-Gladbach: EHP.
- Kern, Sabine. (2012). *Panikstörungen – Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Ansatz der Integrativen Gestalttherapie*. Master-Thesis, Donau-Universität Krems, Krems.
- Kriz, Jürgen. (2014). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (7., überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz.
- Linden, Michael. (2015). Generalisierte Angststörung. In Michael Linden & Martin Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (Psychotherapie: Praxis), (8., vollständig überarbeitete Auflage), (S. 531-534). Berlin: Springer.
- Leichsenring, Falk & Salzer, Simone. (2014). *Generalisierte Angststörung. Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (Band 4). Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring, Falk, Winkelbach, Christel & Leibing, Erik. (2002). Die Generalisierte Angststörung – Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 48(3), 235 -255.
- Maragkos, Markos & Butollo, Willi. (2000). Integrative Therapie bei Angststörungen. In Erwin Möde (Hrsg.), *Leben zwischen Angst und Hoffnung. Interdisziplinäre Angstforschung* (S. 115-140). Regensburg: Pustet.
- Maragkos, Markos (2017). *Gestalttherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Margraf, Jürgen & Schneider, Silvia (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 2 (3. Auflage). Springer: Heidelberg.
- Mennin, Douglas S. & Fresco, David M. (2010). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In Ann M. Kring & Denise M. Sloan (Hrsg.), *Emotion regulation and*

psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment (S. 356-379). New York: Guilford.

- Micali, Stefano. (2015). Angst aus philosophischer Sicht. Unterschiedliche Bezugnahmen auf ein komplexes Phänomen. *PiD Psychotherapie im Dialog*. 16(2), 72-74.
- Mitte, Kristin. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795.
- Muche-Borowski, Cathleen & Kopp, Ina. (2011). Wie eine Leitlinie entsteht. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*. 25(4), 217-223.
- Morschitzky, Hans. (2009). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wien: Springer.
- Morschitzky, Hans. (2017). *Angst und Sorgen die Macht nehmen. Selbsthilfe bei Generalisierter Angststörung*. Ostfildern: Patmos.
- Naumann, Lena & Gerlach, Alexander L. (2014). Generalisierte Angststörung. Diagnostik und Behandlung. *Psychotherapeut* 59(5), 407-421.
- Nausner, Liselotte. (2018). Begriffe und Konzepte der Gestalttherapie – Grundlagen und Entwicklung. In Markus Hochgerner, Herta Hoffmann-Widhalm, Liselotte Nausner & Elisabeth Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage (S. 109-131). Wien: facultas.
- Perls, Frederick S. (1992). *Gestalt, Wachstum, Integration: Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen* (5. Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Perls, Frederick S. (1999). *Grundlagen der Gestalt-Therapie: Einführung und Sitzungsprotokolle* (10. Auflage). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Perls, Frederick S., Hefferline, Ralph F. & Goodman, Paul. (Hrsg.). (2006). *Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung* (7., neu übersetzte Auflage der Erstausgabe 1951). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Perls, Frederick S., Hefferline, Ralph F. & Goodman, Paul. (Hrsg.). (2007). *Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst*. (9., völlig überarbeitete Auflage der Erstausgabe 1951). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, Laura. (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie* (3. Auflage). Bergisch Gladbach: EHP.
- Pfeifer, Wolfgang. (1993). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. Digitalisierte und von Wolfgang Pfeifer überarbeitete Version im Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache. Zugriff am 28.12.2019. Verfügbar unter <https://www.dwds.de/wb/Angst>
- Polster, Erving & Polster, Miriam. (2001). *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*. Wuppertal: GIK Hammer.
- Robine, Jean-Marie. (2016). Angst in der Situation: Störungen in der Gestaltkonstruktion. In Gianni Francesetti, Michela Gecele & Jan Roubal (Hrsg.), *Gestalttherapie in der Klinischen Praxis: Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontakts* (S. 399-412). Gevelsberg: EHP.
- Salem, Elisabeth. (2002). *Therapeutische Beziehung und Diagnose – Prozessuale Diagnostik und Persönlichkeitsstruktur*. Gestalttage 2002: Unterlagen zum Workshop. Zugriff am 10.10.2019. Verfügbar unter http://www.gestalttherapie.at/downloads/salem_ulbing_diagnose.pdf
- Schmidt-Traub, Sigrun. (2008). *Generalisierte Angststörung. Ein Ratgeber für übermäßig besorgte und ängstliche Menschen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt-Traub, Sigrun. (2013). *Angst bewältigen. Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie - Den Rückfall vermeiden – Fallbeispiele und konkrete Tipps* (5., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Staemmler, Frank M. & Bock, Werner. (2016). *Ganzheitliche Veränderung in der Gestalttherapie*. Norderstedt: BoD – Books on Demand.

- Staemmler, Frank M. (2019). Wie kann aus Angst Mut werden? Eröffnungsvortrag auf der DVG-Jahrestagung am 31.5.2019 in Essen. *Gestalttherapie*. 33(2), S. 3-19.
- Strümpfel, Uwe. (2006). *Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie*. Bergisch-Gladbach: EHP.
- Timulak, Ladislav & McElvaney, James. (2016). Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An overview of the Model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46, 41-52.
- Timulak, Ladislav, McElvaney, James, Keogh, Daragh, Martin, Elaine, Clare, Peter, Chepukova, Elena & Greenberg, Leslie S. (2017). Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An exploratory study. *Psychotherapy* 54(4), 361-366.
- Volz, Hans-Peter & Stieglitz, Rolf-Dieter (Hrsg.). (2010). *Generalisierte Angststörung. Krankheitsbild, Komorbiditäten, Psycho- und Pharmakotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Votsmeier-Röhr, Achim. (2005). Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie. *Gestalttherapie*. 19(2), 29-39.
- Votsmeier-Röhr, Achim. (2019). Angst und Mut bei Kurt Goldstein und Laura Perls. *Gestalttherapie*. 33(2), 20-28.
- Votsmeier-Röhr, Achim & Wulf, Rosemarie. (2017). *Gestalttherapie. Wege der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Watson, Jeanne C. & Greenberg, Leslie, S. (2017). *Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety*. Washington: APA.

- Winkelbach, Christel & Leibing, Eric. Effektivität von Psychotherapie bei Angststörungen. In Markus Bassler & Stefan Leidig (Hrsg.), *Psychotherapie der Angsterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 242-250). Stuttgart: Thieme.
- Wittchen, Hans-Ulrich. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and costs to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171.
- Wittchen, Hans-Ulrich, Jacobi, Frank, Rehm, Jürgen, Gustavsson Anders, Svensson, Mikael & Jönsson, Bengt. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Wittchen, Hans-Ulrich, Heinig, Ingmar & Beesdo-Baum, Katja. (2014). Angststörungen im DSM-5. Ein Überblick über Änderungen in Struktur und Inhalt. *Der Nervenarzt*, 85(5), 548-552.
- Zubrägel, Doris & Linden, Michael. (2005). Generalisierte Angststörung. In Michael Linden & Martin Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (5., vollständig überarbeitete Auflage), (S. 489-494). Heidelberg: Springer.

TABELLENVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Tabelle 1: Kriterien für eine GAS nach ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2019, S. 165f) und nach dem DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2018, S. 301f).	12
Tabelle 2: Symptomliste nach Dilling & Freyberger (2019, S. 165f).	13
Tabelle 3: Verzerrungen und Probleme der Informationsverarbeitung bei GAS (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011, S. 945).....	16
Tabelle 4: Konflikte und die dazugehörige Angst (Mentzos, 2017, S. 31).....	49
Tabelle 5: Ebenen der Abwehrmechanismen (Mentzos, 2017, S. 47).....	50
Tabelle 6: Übersicht und Zusammenfassung über die Aussagen aus den Punkten 5.1 bis 5.8.....	80

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Gestalt-Aufbaukreis nach Hartmann-Kottek (2012, S. 57).....	30
Abbildung 2: Zusammenhänge zwischen Es- und Persönlichkeitsfunktionsstörungen (Dreitzel, 2004, ohne Seitenzahl).....	55
Abbildung 3: Angstneurotischer Prozess (links) und therapeutisches Verlaufsmodell (rechts), (Dreitzel, 2004, ohne Seitenangabe, bzw. S. 123)...	56
Abbildung 4: Wandlungskreis (Hartmann-Kottek, 2012, S. 62).	58
Abbildung 5: Die Phasen und Module von MIMBA (Butollo et al., 1999, S. 163).	63

GLOSSAR

Zwei-Stühle-Arbeit – eine klassische gestalttherapeutische Intervention bei Konflikten zwischen zwei gleich starken, ambivalenten Bestrebungen. Die beiden Anteile werden imaginär auf zwei Stühle gesetzt und treten miteinander in den Dialog (Hartmann-Kottek, 2012).

Figur-Hintergrund-Auflösung – Der Mensch nimmt sich und seine Umwelt auf bestimmte, für ihn sinn- und bedeutungsgebende Weise wahr. Das Element, welches sein Interesse geweckt hat, wird Figur genannt. Beispiel: Hat jemand Hunger und möchte etwas essen, treten Restaurants, Imbissbuden oder der eigene Kühlschrank in den Vordergrund und werden zur Figur. Die Buchhandlung neben dem Restaurant wird zum Hintergrund, da sie momentan nicht wichtig ist. Die stärkste Figur übernimmt die Führung über den gesamten Organismus. Muss der hungrige Mensch auch noch dringend auf die Toilette, wird er zuerst diese aufsuchen und dann erst bestellen. Eine Figur kann immer nur vor ihrem Hintergrund verstanden werden. Hunger hat für einen Menschen, der zuletzt vor ein paar Stunden gegessen hat, eine andere Bedeutung als für jemanden, der sich aus Armut seit Tagen nichts leisten kann (Maragos, 2017).

Gestalt – Synonym für Vordergrundfigur, die sich vom Hintergrund abhebt. Etwa ein weißer Fleck auf einer bunten Mauer oder eine nicht erledigte Handlung. Was in den Vordergrund kommt, ist von der Betrachterin/vom Betrachter und ihren/seinen Denkmustern abhängig. Alles, was im Hintergrund bleibt, ist

(momentan) subjektiv nicht bedeutsam (Hartmann-Kottek, 2012).

Hier-und-Jetzt-Prinzip – Schwerpunkt jeder Gestalttherapie, sich immer wieder auf die unmittelbare Erfahrung der Gegenwart in der Begegnung mit sich und/oder der Umwelt zu beziehen. Damit soll verhindert werden, dass man sich in Vergangenheit oder Zukunft verliert und die reale Gegenwart aus den Augen verliert (Maragos, 2017).

Organismus-Umweltfeld – Der Mensch (= Organismus) bezieht sich immer auch auf das ihn umgebende Feld (= Umwelt, Umgebung, Umweltfeld). Das Individuum kann also nie isoliert von seiner Umgebung verstanden werden. Gleichzeitig muss sich der Organismus aber immer wieder davon abgrenzen (Gremmler-Fuhr, 2017).