

Klinische Relevanz der Gestalttherapie

Willi Butollo

■ Die spezielle Rolle der Gestalttherapie und das humanistische Paradigma im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung der Patienten und Nachweis der Effektivität von Heilverfahren wird erörtert. Am Beispiel eigener Untersuchungen zur Behandlung von Angst- und posttraumatischen Belastungsstörungen wird demonstriert, wie gestalttherapeutische Perspektiven und Methoden in einen integrativen Therapieansatz eingebracht werden.

Schlüsselwörter: Eigenverantwortung, Effektivität, Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Integrative Psychotherapie

Psychotherapie ist ein Ich-nahes Geschehen, das sollte man nie vergessen, wenn man die zuweilen irrationalen Diskussionen um "gute" und "schlechte" Psychotherapien beklagt. Angehende Psychotherapeuten sollen ja im Zuge der Ausbildung auch mit sehr persönlichen Erfahrungen konfrontiert werden und erhalten so eine Art von Prägung in der Kohorte, in der sie diese Ausbildung erhalten. Das heißt, ein großer Teil der Bindung an die Therapieschulen hat mit den im Zuge der Therapieausbildung gemachten persönlichen Erfahrungen zu tun. Klaus Grawe (1988) fordert, dass man sich auch von dieser Zugehörigkeit verabschieden muß, wenn die Zeit gekommen ist. Das ist richtig. Fraglich bleibt, ob diese Verabschiedung durch eine Phase der öffentlichen Kränkung erzwungen wird, oder ob dieser Abschied unter Bedingungen erfolgt, die ein Loslassen ermöglichen, für das man sich entscheidet. Viele Kolleginnen und Kollegen aus der Gestalttherapie erlebten die letzten Jahre als eine Phase der öffentlich erzwungenen Verabschiedung - durch "amtliche" Kränkung vermittelt - und sehen ihren Werdegang und ihre Leistung in krasser Weise abgewertet.

Therapieschulen haben natürlich ihre Schwächen, keine Frage. Kränkung durch Abwertung ist vielleicht doch nicht der beste Motivator, um so flexibel zu werden, dass die Vorzüge anderer Verfahren im Sinne einer integrativen, allgemeinen oder differentiellen Psychotherapie integriert werden können. Als Vertreter eines integrativen Ansatzes, genauer einer phasenhaften in-

integrativen Psychotherapie, sehe ich vor allem in früheren Phasen der Entwicklung der Psychotherapeuten durchaus einen Sinn in der Identifikation mit Therapieschulen. Diese wird in späteren Phasen hingegen überflüssig oder gar störend.

Wir haben vor einiger Zeit in Bayern eine kleine Untersuchung unter Praktikern durchgeführt, um festzustellen, ob und in welchem Ausmaß eigentlich Praktiker verschiedene Methoden aus verschiedenen Schulen integrieren (Butollo, Piesbergen & Höfling, 1996). Sie tun es, und zwar nennen sie meist zwei oder drei Therapieschulen, die integrativ eingesetzt werden - nach ihrem selbstgeschneiderten Integrationskonzept. Das heißt, die TherapeutenInnen machen mehr als eine Ausbildung, weit über das hinausgehend, was sie lediglich zum Erreichen ihrer Anerkennung machen mussten. Eine gewisse Ausnahmestellung haben nach unserer Untersuchung die Psychoanalytiker, die im Durchschnitt außer Psychoanalyse fast nichts weiter machen. Alle anderen hingegen haben ihr Spektrum über den Rand ihrer Schule hinaus erweitert. Man kann das interpretieren wie man will, doch zeigt diese Untersuchung, dass die Mehrzahl der Praktiker sehr viel für ihre Fortbildung tut und ihre Arbeitsweise ständig weiterentwickelt.

Gestalttherapie, welche sich auf ihre methodischen Grundlagen besinnt, bietet sich als Rahmen für einen integrativen Ansatz an, der die detaillierte Prozessanalyse eines psychischen Problems "on the spot", also in der Aktualgenese der Störung im Auge hat. Methodisch ist diese Vorgehensweise frei, "technische" Anleihen bei VT und systemischer Therapie zu machen.

Die relationale Perspektive, so Yontef (1999), ist das Kernstück der drei philosophischen Pfeiler im Fundament der Gestalttherapie, nämlich der Feldtheorie, der existentialen (psychologischen) Phänomenologie und des dialogischen Existentialismus.

Die gestalttherapeutische Theorie vertritt den Standpunkt, dass "Realität" relational ist, da sie, die "Wirk-lichkeit", in der Interaktion von Beobachter und Beobachtetem konstruiert wird. In diesem existential-phänomenologischen Ansatz gibt es keine erkennbare objektive Realität, die nicht von einem Beobachter interpretiert würde. Aber es gibt auch keine subjektive Realität, die nicht auf etwas von "außerhalb" verweist (a.a.O., S. 9). Dass es keine objektive Realität gibt, heißt nicht, dass ihre Begründung rein subjektiv wäre. Beider Realitäten, die des Therapeuten wie die des Patienten, sind interpretierte Realitäten, d.h. beide blicken durch eine Linse. Die Wirklichkeit der therapeutischen Situation liegt weder in der alleinigen Erfahrung des Patienten noch in der des Therapeuten, sondern im Dialog zwischen beiden. Diese, neben anderen Grundpositionen der Gestalttherapie - etwa die paradoxe Theorie der Veränderung - lassen natürlich die empirische Erforschung der "Wirksamkeit" der Therapie, zumal unter Zuhilfenahme klassischer Methoden der quantitativen Sozialforschung, obsolet erscheinen. Sie geht am Wesen der Therapie vorbei, fixiert einen Methodenfetischismus, der der relationalen Gestalttherapie fremd ist, und verändert das Therapiegeschehen zwischen Therapeut und Klient. So überrascht es keinen, dass es im Vergleich zum Gewicht der Gestalttherapie innerhalb des Spektrums der Psychotherapie sehr wenige empirische Arbeiten dazu gibt. Und die existierenden werden von den Gestalttherapeuten selbst in der Regel nicht als akzeptable Untersuchung ihrer Arbeitsweise anerkannt, da sie Details hervorheben und den Therapiekontext entstellen.

Der Rahmen bleibt eine humanistische, begegnungsorientierte Arbeitsweise, in der dann aber auch z.B. Methoden der Verhaltenstherapie zur Durchführung kommen. Wie wir gesehen

haben, wählen sehr viele der niedergelassenen Therapeuten de facto dieses Vorgehen (Butollo et al., 1996). Überhaupt - sind nicht TherapeutenInnen unterschiedlicher Provenienz einfach Personen, die über ein weites Spektrum von zwischenmenschlichen Fähigkeiten verfügen und die Techniken, in denen sich ihre Therapieschule, ihr Richtlinienverfahren identifiziert, etwa eine Desensibilisierung, eher peripher anbieten? Zuerst einmal sind sie für ihre Patienten ein Modell im Umgang mit Problemsituationen. Ein Modell auch dafür, wie der Mensch in der Welt stehen kann, selbst wenn er bestimmte Probleme hat, und wie man mit seinen eigenen Schwächen und Schwierigkeiten umgehen kann.

Diese Variablen werden in der Therapieforschung so gut wie nicht oder kaum untersucht. Worauf der Blick wie gebannt gerichtet ist, das ist immer noch die "Technik"-Variable. Dazu gibt es immerhin die Schätzungen von Lambert (1992), der sagt, dass der Varianzanteil aus der gesamten Veränderung in der Psychotherapie, der auf die Therapietechnik zurückgeht, lediglich bei 15% liegt. Die Therapeutenvariable hat erheblich höhere Varianzanteile, ebenso die Patientenvariable. Eine Therapie, die ihr wesentliches Agens in der Lebendigkeit der Gestaltung des Kontaktes zwischen Patient und Therapeut sieht, hat dabei dann natürlich schlechte Karten.

So findet man heute entweder den empirischen Teil einzelner Arbeitstechniken, wie sie (auch) in der Gestalttherapie verwendet wurden, etwa die Methode des "leeren Stuhls" (z.B. Greenberg & Watson, 1999) oder die Einbettung der Gestalttherapie in einen integrativen Therapieansatz, der auch die Verfahren anderer Therapieschulen einsetzt (z.B. Butollo, Krüsmann & Hagl, 1998; Butollo, Hagl & Krüsmann, 1999; Butollo, Rosner & Wentzel, 1999). Immerhin gibt es zu einzelnen Aspekten der Gestalttherapie einige Befunde, die ausführender bei Butollo & Maragos (1999), Petzold & Schobert (1987), und Strümpfel (1991) dargestellt sind. Hier eine kurze Zusammenfassung:

Zur Wirksamkeit einzelner Techniken

Greenberg, Seemann und Cassius (1978) begannen damit, Persönlichkeitsveränderungen bei Teilnehmern einer 45-stündigen gestalttherapeutischen Marathonsitzung zu untersuchen. Die insgesamt 25 Klienten wurden in zwei Gruppen eingeteilt, die alle mit dem gleichen männlichen Therapeuten arbeiteten. Es wurden zwei Kontrollgruppen rekrutiert. Die eine bestand aus der Hälfte der Klienten und wurde mit Individualtherapie versorgt und die andere Kontrollgruppe bestand aus der Experimentalgruppe ("subjects as their own control"-Design). Dieses Untersuchungsdesign kommt in den Studien der Arbeitsgruppe Greenberg relativ oft zur Anwendung. Der Grundgedanke besteht darin, durch mehrere Messzeitpunkte (Wiederholungsmessungen) zusätzliche Effekte des Treatments (d.h. der untersuchten gestalttherapeutischen Technik) zu kontrollieren. Die Experimentalgruppe fungiert somit gleichzeitig auch als Kontrollgruppe. Dem Vorteil der "Ersparnis" einer "reinen" Kontrollgruppe steht der (größere) Nachteil der Interdependenz der Messungen gegenüber. Zur Anwendung kamen die Tennessee Self Concept Scale (TSCS), das Semantische Differential (SD) und die Bach Helpfulness Scale (HS). Sowohl beim Vergleich Experimental-Kontroll-Gruppe, als auch bei den Meßwiederholungen der Experimentalgruppe ließen sich bedeutsame Veränderungen finden. Die HS der Experimentalgruppe zeigte nach den Marathonsitzungen höhere Akzeptanz und Verständnis gegenüber ande-

ren Personen und der eigenen Person, sowie größere Konflikttoleranz und Realitätsorientierung im Bereich der interpersonellen Beziehungen. Die TSCS zeigte für die behandelte Gruppe niedrigere Werte auf den Dimensionen Neurotizismus, Persönlichkeitsstörungen, Psychose, Fehl- anpassung und Devianz. Verbesserungen zeigten sich statt dessen auf den Dimensionen Identität, Selbstzufriedenheit und Selbst- und Fremdwahrnehmung (hier kam das semantische Differential zur Anwendung). Eine Follow-up-Erhebung nach 14 Tagen zeigte in 7 von 9 Skalen der TSCS immer noch bedeutsame Verbesserungen.

Greenberg und Clarke (1979) verglichen die gestalttherapeutische Zwei-Stuhl-Technik mit einer anderen Technik, der empathischen Reflexion von Gefühlen ("empathic reflections of feeling"). Es wurde der Einfluß dieser beiden therapeutischen Methoden auf die Tiefe des Erlebens des Klienten in der Sitzung, die Veränderung in der Güte der Awareness und Veränderungen im Erreichen von bestimmten Zielen geprüft. Dazu wurden die Experiencing Scale, Maße für Awareness (Selbstwahrnehmung), der Feeling-Questionnaire (FQ), das Barret-Lennard Relationship Inventory (BLRI) und die Ziel-Erreichungs-Skala (Goal Attainment Scale, GAS) vorgegeben.

Wie bei der zuletzt zitierten Studie, so stellten auch hier die 16 Versuchspersonen gleichzeitig ihre eigene Kontrollgruppe dar. Die Stichprobe erhielt wöchentliche Gestalttherapiesitzungen und ebenfalls wöchentlich eine Sitzung, bei der primär die Gefühle der Klienten "gespiegelt" wurden.

Die Probanden hatten in den Zwei-Stuhl-Sitzungen signifikant mehr Sequenzen mit großer Erfahrungstiefe, im Vergleich zu den Sitzungen mit empathischem Spiegeln; sie berichteten auch über signifikant höhere Awareness. Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Klienten, ob sie eine Woche nach der Sitzung ihre Therapieziele erreicht hätten, konnten keine Unterschiede ermittelt werden.

Greenberg und Higgins (1980) verglichen in ihrer Analogstudie die gestalttherapeutische Zwei-Stuhl- mit einer Fokussierungstechnik, in der es um empathische Reflexion der Gefühle des Klienten ging, in ihren Auswirkungen auf das Ausmaß an Konfliktlösung. Untersucht wurden die Erlebnistiefe in der Sitzung (operationalisiert mit der Experiencing Scale (ES)), unangenehmes Befinden vor und nach der Sitzung (operationalisiert mit der Target Complaints Discomfort Box Scale (TCDBS), auch als Target Complaints Box (TCB) oder Target Complaints Scale (TCS) aufgeführt), Veränderung hinsichtlich Awareness in den Sitzungen, Fortschritte in der Konfliktbewältigung und Bewertung des Therapeuten durch den Klienten.

Eine Stichprobe von 42 Studenten wurde zufällig in drei Gruppen von jeweils 14 Personen aufgeteilt. Jeweils eine Gruppe wurde mit der Zwei-Stuhl- bzw. der Fokussierungstechnik behandelt, während die letzte die Kontrollgruppe darstellte.

Keine Unterschiede ließen sich zwischen den beiden Behandlungsmethoden nachweisen, und zwar hinsichtlich verschiedener Merkmale: Ausmaß der Hilfe und des Verständnisses seitens des Therapeuten, emotionale Befindlichkeit, veränderte Bewußtheit (Awareness), Fortschritt in der Konfliktlösung. Beide Behandlungsmethoden waren jedoch der Kontrollgruppe signifikant überlegen. Die Zwei-Stuhl-Methode wies jedoch, im Vergleich zur Fokussierungstechnik, eine signifikant höhere Anzahl von Segmenten mit hoher Erlebnistiefe auf.

Neun gestalttherapeutische Episoden, mit der Zwei-Stuhl-Technik bei drei Klienten am

Thema "Spaltungen" (Splits) bearbeitet, wurden von Greenberg (1980) untersucht. Diese Sitzungen hatten sich im vorhinein als solche mit erfolgreichem Therapieprozeß (erfaßt mit der Experiencing Scale (ES)) herausgestellt. Unter "Spaltungen" wurden Äußerungen verstanden, in denen zwei Teile eines intrapsychischen Konflikts einer Person gegenübergestellt werden. Während der Ausführung der Zwei-Stuhl-Technik sollten beide Teile in einen Dialog kommen. Die "Stühle" wurden aufgeteilt in "experiencing chair" und "other chair". Die Veränderungen wurden mittels der Unterschiede in der Erlebnistiefe (Experiencing Scale (ES)) und der emotionalen Involviertheit, die über die Stimmqualität erfaßt wurde (Client Voice Quality (CVQ)) gemessen.

Der Autor kam zum Ergebnis, daß die Auflösung abgespaltenen Anteile mittels Integration geschieht. Die Aufweichung von starker innerer Kritik erscheint als Schlüsselfaktor in der Auflösung intrapsychischer Spaltungen. Kurz vor Lösung der Konflikte war eine deutliche Veränderung in der Stimmqualität zu finden ("Aufweichen harter Kritik an sich selbst").

Greenberg und Dompierre (1981) wiederholten die Studie mit einer ähnlichen Anordnung, diesmal mit 10 Beratern und 16 Klienten. Sie untersuchten außerdem zwischen erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten. Die differentielle Wirksamkeit wurde anhand der Experiencing Scale (ES), der subjektiven Einschätzung der Awareness, der Target Complaints Box (TCB) sowie durch die berichteten Fortschritte in den Bereichen Konfliktlösung, Verhaltensänderung und -fortschritt, sowie das Ausmaß des Unbehagens (discomfort) erfaßt.

Auch hier stellte die Experimental- gleichzeitig die Kontrollgruppe dar. Die Klienten bekamen einmal wöchentlich eine gestalttherapeutische Sitzung und eine Sitzung, in der deren Gefühle empathisch gespiegelt wurden.

Die Ergebnisse brachten, bezogen auf die Erfahrung der Berater mit der angewendeten Methode, keine Unterschiede. Sechs der 10 Berater faßten sich nicht professionell mit Gestalttherapie. Sie wurden in einem 50-Stunden-Training in der Zwei-Stuhl-Technik der Gestalttherapie unterwiesen. Die übrigen 4 Berater konnten hingegen über eine 2- bis 5-jährige Erfahrung in Gestalttherapie berichten. Wohl ließen sich aber Unterschiede in der Effektivität der zwei verglichenen Methoden ermitteln: Die gestalttherapeutische Interventionsmethode (Zwei-Stuhl-Technik) führte zu signifikant höherer Erlebnistiefe und Bewußtheit der Klienten (Awareness). Die Veränderungen in den Bereichen Konfliktlösung, Verhaltensänderung und -fortschritt zeigten in die gleiche Richtung. Nur im Ausmaß des Unbehagens nach den Sitzungen (level of discomfort) ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

An nur drei Klienten, die ebenfalls selbst ihre Kontrollgruppe darstellten, untersuchten Greenberg und Rice (1981) spezifische Effekte der Zwei-Stuhl-Technik im Vergleich zu "aktiven empathischen Interventionen" (active empathy operations; klientenzentrierte Sitzungen). Die erhobenen Variablen waren "Tiefe der Erfahrung" und "Stimmqualität".

Die Dialogarbeit brachte signifikant tiefere Erfahrungsmomente als die Empathie. In der Stimmqualität bestanden keine Unterschiede, jedoch zeigten zwei der drei Klienten nach der Zwei-Stuhl-Technik signifikant mehr emotional-expressive Anteile in der Stimme.

Greenberg (1983) postulierte drei Phasen der Konfliktlösung (Gegensätzlichkeit, Vermischung, Integration), die er empirisch bestätigen wollte. In dieser Arbeit, die unmittelbar an die

Studien von Greenberg (1980) und Greenberg und Webster (1982) anschließt, verglich er 14 gestalttherapeutische Zwei-Stuhl-Dialoge, in denen bestehende Konflikte gelöst wurden, mit ebenso vielen, in denen es zu keiner Konfliktlösung kommen konnte. Als Meßinstrumente verwendete er die Structural Analysis of Social Behavior (SASB), die Experiencing Scale, die Target Complaints Scale (TCS), die Conflict Resolution Box Scale (CRBS) und das Client Vocal Quality (CVQ, ein Meßinstrument zur Erfassung der Stimmqualität). Die Ergebnisse der Gruppe mit den gelösten Konflikten unterstützen Greenbergs dreiphasiges Modell der Konfliktlösung.

Kam es in einer Sitzung zur Lösung eines Konfliktes, ging dieser in der Phase der Gegenständigkeit eine höhere Spannung zwischen den divergierenden Anteilen voraus, als bei Sitzungen, in denen es zu keiner Lösung kam. Klienten, deren Konflikte gelöst wurden, zeigten im Verlauf der Sitzungen eine ständig zunehmende Erfahrungstiefe. In die gleiche Richtung weisen auch die SASB-Ergebnisse: Konfliktlöser erfuhren über die drei Phasen einen Spannungsbogen, der sich bei den Konflikt-Nichtlösern nicht zeigte.

Johnson und Greenberg (1985) untersuchten drei Gruppen mit jeweils folgenden drei Interventionsarten: erfahrungsorientierte Therapie, in deren Mittelpunkt emotionale Erfahrung stand, kognitiv-behaviorale Therapie (Problemlösetechniken) und eine Warteliste-Kontrollgruppe. Beide Experimentalgruppen waren signifikant effektiver als die Kontrollgruppe. Die erste, erfahrungsorientierte Gruppe war jedoch der behavioral-kognitiven Gruppe in den Bereichen ehe-liche Einstellung, Intimität/Vertraulichkeit, Höhe der Beschwerden überlegen.

Clarke und Greenberg (1986) verglichen die Gestalt-Zwei-Stuhl-Technik mit einer kognitiv-behavioralen (Problemlöse-)Intervention an insgesamt 48 Klienten, die zufällig in drei Gruppen zu jeweils 16 aufgeteilt wurden, hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Lösung intrapersonaler Konflikte. Diese Gruppen setzten sich aus einer Gestalt-, einer Problemlöse- und der Warteliste-Kontrollgruppe zusammen. Es sollte untersucht werden, welche der Klienten aus den drei Gruppen hinsichtlich des Faktors Entscheidungsvermeidung vorankamen. Die Therapeuten arbeiteten allerdings mit den Klienten in nur zwei Sitzungen.

Die Ergebnisse zeigten die überlegene Effektivität der gestalttherapeutisch geführten Gruppe, deren Klienten deutlichere Fortschritte im Bereich der Entscheidungsfindung aufwiesen, sowohl gegenüber der kognitiv-behavioralen, als auch der Warteliste-Kontrollgruppe. Beide Experimentalgruppen waren wiederum in ihrer Wirkung, nämlich den Klienten bei ihrer Entscheidungsfindung zu helfen, signifikant effektiver als die unbehandelte.

Trotz der "Überlegenheit" der Gestalttherapie führen die Autoren an, daß in der Studie keine Anzeichen der Umsetzung einer Entscheidung oder eine erfassbare Verhaltensänderung seitens der Klienten zu beobachten war. Trotzdem erweist die Studie die Gestalttherapie als vorteilhafteren Zugang im Bereich der Entscheidungsfindung als die kognitiv-behaviorale Vorgehensweise.

Paivio und Greenberg (1995) untersuchten 34 Klienten, die Probleme mit unverarbeiteten Konflikten hatten ("unfinished businesses"). Sie teilten diese in zwei Gruppen, die unterschiedlich behandelt wurden. Während die Experimentalgruppe mit einer erfahrungsorientierten Therapie auf gestalttherapeutischer Basis behandelt wurde, deren Hauptinterventionsmethode die "Leere-Stuhl-Arbeit" war, erhielt die Kontrollgruppe ein sogenanntes "Aufmerksamkeitsplacebo".

Dabei handelte es sich um ein psychoedukatives Programm, das sich ebenfalls mit unverarbeiteten Konflikten befaßte. Die Wirkungen wurden in allen Gruppen ermittelt, indem die durchschnittliche Differenz der Mittelwerte vor und nach Intervention gebildet wurde. Die Experimentalgruppe wurde außerdem nach vier Monaten und nach einem Jahr untersucht. Mit den Meßinstrumenten wurden folgende Variablen erfaßt: generelle Symptomatologie, interpersonaler Distress, gezieltes Beklagen, ungelöste Konflikte, Wahrnehmung des Selbst und der Anderen in den Beziehungen, in denen es unerledigte Konflikte gab.

Die Resultate zeigen, daß die untersuchte erfahrungsorientierte Therapie zu klinisch wichtigen Verbesserungen für die meisten Klienten führte, signifikant mehr als nach psychoedukativem Programm, und das in allen Messungen. Die Verbesserungen der Experimentalgruppe sind auch im Follow-up zu beobachten.

Im Rahmen der empirischen Forschung auf dem Gebiet der Gestalttherapie steht Greenberg und seiner Arbeitsgruppe eine Sonderstellung zu. Wenn wir im folgenden die Arbeiten dieser Gruppe kritisch würdigen, dann im Bewußtsein des Respektes gegenüber ihren mittlerweile jahrzehntelangen Bemühungen und ohne zu vergessen, welche Bedeutung die von ihnen entwickelten Forschungsmethoden und die daraus gewonnenen Ergebnisse für die Gestalttherapie haben. Folgende Kritikpunkte möchten wir anbringen:

- Die Stichproben wurden meistens aus Studenten rekrutiert, deren Motivation für die Teilnahme an der Studie unklar blieb. Wie ist eine studentische Stichprobe zusammengesetzt? Aus eher akademisch Interessierten oder eher psychisch Belasteten, die ein Interesse haben, durch die Teilnahme an Psychotherapie-Studien unentgeltlich Therapie zu bekommen? Oder mußten sie, wie an vielen Universitäten üblich, Stunden als Versuchspersonen abgeben? Leider liegen dazu keine Angaben vor. Die klinische Generalisation der Befunde ist dadurch nur begrenzt möglich.
- Die Stichprobengröße ist selten über 30, zu klein, um die Ergebnisse repräsentativ werden zu lassen.
- Sehr oft wird auf eine reine Kontrollgruppe verzichtet und statt dessen die Experimentalgruppe gleichzeitig auch als Kontrollgruppe verwendet ("subjects as their own control-Design"). Dieses Vorgehen ist zwar ökonomisch, führt aber zu einer Konfundierung der Treatmenteffekte. Interessanterweise zeigen aber alle nach diesem Design durchgeführten Studien Ergebnisse, die die Überlegenheit des gestalttherapeutischen Treatments (z.B. Zwei-Stuhl-Technik) aufzeigen.
- Greenbergs Arbeitsgruppe untersucht weniger die Effekte der Gestalttherapie selbst, sondern mehr eine "Miniversion" derselben (Gestaltdialog, meistens die gestalttherapeutische Leere- bzw. Zwei-Stuhl-Technik). Diese Einschränkung gilt nur bedingt, denn wer es gewagt hat, eine Therapieform empirisch auf ihre Effektivität hin zu untersuchen, der weiß, daß es sich dabei um ein schier unmögliches Unterfangen handelt. Sich bei der Forschung auf einen einzelnen Aspekt einer Therapierichtung zu konzentrieren ist einerseits ein Verlust, doch andererseits ein Gewinn an Präzision.

Gestalttherapie als Teil einer integrativen Therapie bei Angststörungen

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

Gestalttherapie in Gruppen sollte in einer Studie an Patienten mit Angststörungen dieses Defizit beheben.

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

Die gestalttherapeutische Perspektive der Angststörungen geht davon aus, daß die Patienten zwischen ihren Wünschen nach Autonomie ("Freiheit") und ihren Wünschen nach Sicherheit durch Zugehörigkeit ("Unfreiheit") verharren. Sie können gleichsam weder vor noch zurück. Zwischen diesen beiden Polen extremer Beziehung, analog den Konzepten von Isolation und Konfluenz, wird die Fähigkeit zur Gestaltung der Kontakte gefördert. Damit soll sich der pathologisch im Sinne von chronisch, dysfunktional gewordene Appell der Klienten nach Hilfe erübrigen.

Das führt die Klienten dahin, Eigenverantwortung zu übernehmen, Gefühle, Wünsche wieder wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen. Das Risiko, das im Ausdruck persönlicher Erfahrungen liegt, wird dabei unterstützt, selbst dann, wenn diese Bedürfnisse bisher tabuisiert waren oder gegenüber einem definierten sozialen Kontext unangemessen erscheinen. Wie aber soll Gestalttherapie, u.U. gegen die vordergründige Motivation der Klienten, die primär Angstreduktion wollen, durchgeführt werden?

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

Durch die Angstkonfrontation kommt es allmählich zum Aufbau einer neuen Ebene der therapeutischen Begegnung, wobei Auffälligkeiten der Beziehungsgestaltung in den Vordergrund treten. Vor allem unter dem Eindruck der starken Emotionen auslösenden Angstkonfrontation wird es den Klienten möglich, auch über tabuisierte und z.T. erheblich schambesetzte Themen zu sprechen. Dazu gehören auch die Merkmale der Klient-Therapeut-Beziehung.

Allmählich ändert sich die idealisierende Art des Kontaktes und erhält Raum für realistischere Formen der Begegnung. Schritt für Schritt gelingt es, die Wünsche und Gefühle, die im

Rahmen dieser Bindung entstehen, anzusprechen und zu diesen ganz persönlichen Reaktionen zu stehen.

Damit beginnt die Arbeit an der besonders bei phobischen Klienten ausgeprägten Schwierigkeit, nämlich klischeefreie Beziehungen einzugehen, in denen lebendiger Kontakt gelingt, anstatt ständig über das Symptom Kontaktkontrolle auszuüben. Das würde ja heißen, Neues, Unkontrolliertes in der Begegnung zuzulassen, mit anderen Worten, sie mit Lebendigkeit zu füllen. Es ist natürlich leichter, den Therapeuten durch Symptombdruck und Rückfälle zu binden, als die subjektive Wehrlosigkeit zu riskieren, die entsteht, wenn man den Wunsch äußert: "Ich will bei Dir sein", oder "Ich will wieder weggehen können, ohne daß Du mich deswegen verläßt". Die Prozesse in der Therapiebeziehung sind typisch für die Beziehungsabläufe außerhalb der Therapie.

Beschreibung des Therapieablaufs

Nach drei bis vier Diagnostiksitzen wird in Absprache mit dem Klienten entschieden, ob mit verhaltenstherapeutischer Einzeltherapie (Phase 1 und Phase 2) oder gleich mit der gestalttherapeutischen Gruppe (Phase 3 und Phase 4) begonnen wird.

Die Entscheidung orientiert sich in erster Linie am Veränderungsziel, welches der Klient selbst in die Diagnostiksitzen mitbringt und an der Art der Angststörung. Stehen soziale

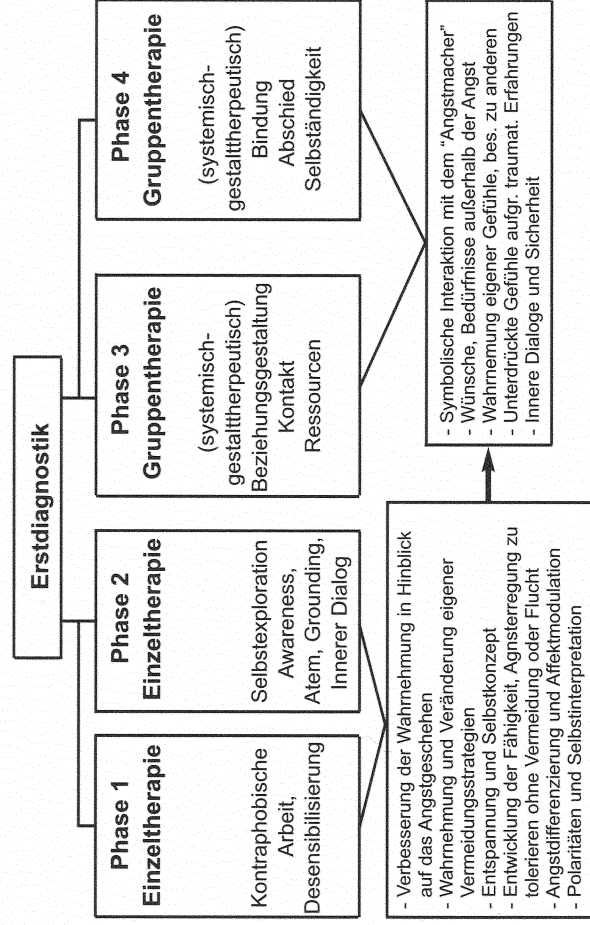


Abb. 1: Modell der Münchner Integrativen Mehrphasigen Behandlung von Angststörungen (MIMBA) (Butollo, Rosner & Wentzel, 1999).

Ängste im Vordergrund, wird in der Regel gleich mit der Gruppentherapie begonnen.

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

Therapieziele im verhaltenstherapeutischen Modul sind:

- a. die Verbesserung der Selbstwahrnehmung im Hinblick auf das Angstgeschehen,
- b. der Aufbau von Möglichkeiten zur Wahrnehmung und Veränderung eigener Vermeidungsstrategien,
- c. die Verbesserung der Entspannung und
- d. die Entwicklung der Fähigkeit, Angsterregung zu tolerieren, ohne Vermeidungs- und Fluchtmassnahmen ergreifen zu müssen. Letzteres ist besonders für die Fähigkeit notwendig, In-vivo-Konfrontation erfolgreich durchzuführen. Nach einigen, vom Therapeuten angeleiteten Sitzungen, sollen diese Übungen in Eigenverantwortung durchgeführt werden.

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

Je nach individueller Motivations- und Problemlage, kann im Anschluß daran oder zeitlich überlappend mit Gruppentherapie (Modul 3) begonnen werden.

Die Therapieziele dieses Moduls 3 sind:

- Die verbesserte Wahrnehmung der eigenen Gefühle, insbesondere in Beziehung zu Anderen. Dazu gehört die Verbesserung der Wahrnehmung der scheinbar alles dominierenden Angstgefühle. Erstaunlicherweise sind Klienten mit Angststörungen gar nicht so gut darin Angst als Gefühl wahrzunehmen, sich ihr innerlich zuzuwenden und diese Erfahrung genau zu beobachten. Meist geraten sie bei ersten Anzeichen von Angsterregung in Hektik, sind nur mehr damit befaßt, diese Gefühle abzustellen bzw. zu vermeiden, *erfahren* sie also gar nicht richtig.
- Die Aufnahme einer symbolischen Interaktion mit dem Teil der Persönlichkeit, der für das Angsterleben in gewisser Weise verantwortlich ist. Das geschieht in Form von sogenannten Gestaltdialogen (Rollenspiel), in denen der Klient mit dem aus seiner Persönlichkeit gleichsam abgespaltenen Teil der Angst, etwa "dem Angstmacher", Kontakt aufnimmt und beide Anteile erfahrungsmäßig exploriert. Dadurch werden versteckte Motive erkannt und zum Ausdruck gebracht. Durch die Dialogform wird eine kognitive Verbindung von bisher nicht bewußt verbundenen Erlebnisanteilen herzustellen versucht.
- Das Explorieren von Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen außerhalb des Angstbereiches. Wahrnehmung und Ausdruck dieser Interessen und Bedürfnisse werden vom Therapeuten unterstützt. So sollen neben der Angst, auf der die subjektive Identität des Klienten fast ausschließlich basiert, andere Identitätsbereiche aufgebaut und unterstützt werden ("Ich bin nicht nur Angstpatient, sondern vieles andere mehr").
- Im weiteren Verlauf der Arbeit wird versucht, bisher wenig entwickelte oder aufgrund traumatischer Erfahrungen unterdrückte Gefühle wieder zugänglich zu machen. Im Gefolge der

Agoraphobie z.B. gilt dies ganz besonders für Gefühle, wie sie bei traumatischen Trennungserlebnissen auftreten. Diese Erlebnisse werden in der Sitzung nicht gedeutet, es wird auch primär nicht über sie geredet, sondern sie werden in Form des sogenannten Gestaltexperiments im Raum reaktiviert.

Zur Forschungsstrategie

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

Auf die Mängel der Therapieforschung an Hand von Gruppenvergleichen und der Auswertung von Mittelwertsunterschieden, wurde an anderer Stelle ausführlicher hingewiesen (Butollo, 1995). In den erfahrungsorientierten dialogischen Psychotherapien, etwa der Gestalttherapie, bietet es sich eher an, jeden Fall als einen Einzelfall zu betrachten und auch als solchen auszuwerten. Es ist dann durchaus möglich, die Ergebnisse der Einzelfälle auf einem höheren Aggregationsniveau summarisch darzustellen.

Ziel des dialogischen Therapieansatzes ist u.a., die Lebendigkeit der Therapiesituation selbst zu fördern und damit dem Klienten neue Erfahrungen mit eben dieser Lebendigkeit zu vermitteln. Die Forschung muß versuchen, eine derartige Therapie so zu begleiten, daß sie den Therapieprozeß selbst nicht stört. Dazu gehört, daß der Therapeut selbst keine Forschungsaufgabe bekommen darf, die ihn von seiner Konzentration auf die Arbeit mit dem Klienten ablenken würde. Der experimentelle Ansatz, in dem der Therapeut technische Vorgaben erhält, erfüllt diese Forderung nicht und fällt daher aus.

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

Einige Ergebnisse

Die Stichprobe dieser Studie umfaßt bislang 56 Patienten mit Angststörungen, vorwiegend Agoraphobien und Soziale Phobien, aber auch Panikstörungen, Herzphobien, einfachen Phobien und Zwänge. Für ausführliche Darstellungen der Ergebnisse wird auf folgende Einzelarbeiten verwiesen: Butollo (1996) und Butollo et al. (1997a, b).

Hier kann festgehalten werden, daß die therapeutische Effektivität des gestalttherapeutischen Teils des Behandlungsprogramms sehr deutlich war. Selbst in spezifischen Maßen für die phobische Symptomatik gab es signifikante Effektstärken, z.B. "Vermeidung", "Gedankliche Weiterbeschäftigung" und "Fluchttenenz".

Ähnliches gilt für spezifische Faktoren der Soziophobie (Fehltschlag- bzw. Kritikangst, For-

dem-Können, Nicht-Nein-Sagen-Können). Bei den allgemeinen klinischen Skalen (Symptom-Check-Liste, SCL-90-R; Derogatis, 1986) gab es die deutlichsten Veränderungen. In nahezu allen Skalen des SCL-90-R sind sehr bedeutsame Symptomreduzierungen festzustellen. In herausragendem Maße gilt dies für Veränderungen bei Klienten mit Agoraphobie als Folge der Gruppentherapie, und zwar auf den Faktoren "Phobische Angst" (ES=1,42*) "Somatisierung" (ES=2,88***), "Zwänge" (ES=1,77**) und den Summen-Scores "GSI - General Symptom Index" (ES=1,87**) und "PST- Positive Symptoms" (ES=3,35***).

Eine der Therapiestudie vorgelagerte Untersuchung (Maragos, Wentzel & Butollo, 2000) stellte fest, welche psychologischen Auffälligkeiten im Verlauf einer länger laufenden Gestalttherapie in Gruppen thematisiert werden. Dabei wurden folgende Themen erfasst und aus Verbatim-Protokollen ausgewertet:

- A: Abschied, Trennungen, Verluste von wichtigen Bezugspersonen
- E: Wahrnehmen und Ausdruck von Emotionen
- G: Kontaktgrenzen-Fokus Andere: Konfluenz vs. Isolation
- H: Arbeit an Kontakt und an Beziehungen im Hier und Jetzt
- I: Introjekte-Fokus: Selbstprozesse
- K: Kontrollbedürfnis gegenüber als bedrohlich erlebten Situationen
- N: Negative Organisation der Erfahrung (kontaktbehindernde/angsterz. Kognitionen)
- R: Rückmeldungen über Erfahrungen außerhalb der Gruppe
- U: Fremd- vs. Selbstunterstützung
- W: Integration von Elternbildern

Die Stichprobe bestand aus 10 weiblichen und 5 männlichen Gruppenteilnehmern (3 soziale Phobien, 5 Panikstörungen mit Agoraphobien, 3 Panikstörungen, 3 spezifische Phobien, 1 Zwangsstörung).

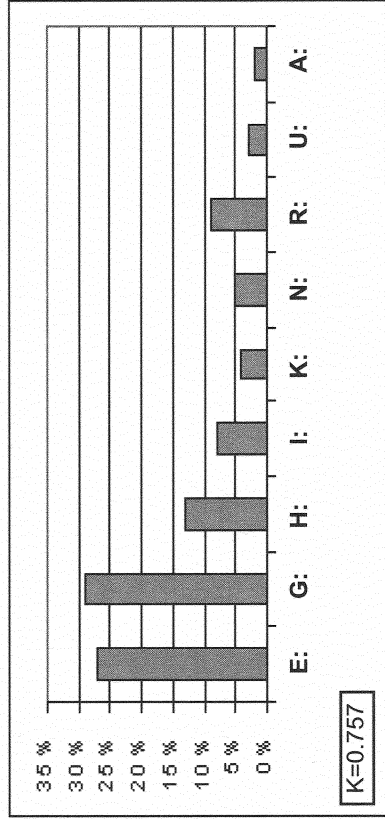


Abb. 1a: Relative Häufigkeit aller angesprochenen und bearbeiteten Themen (Maragos, Wentzel & Butollo, 2000)

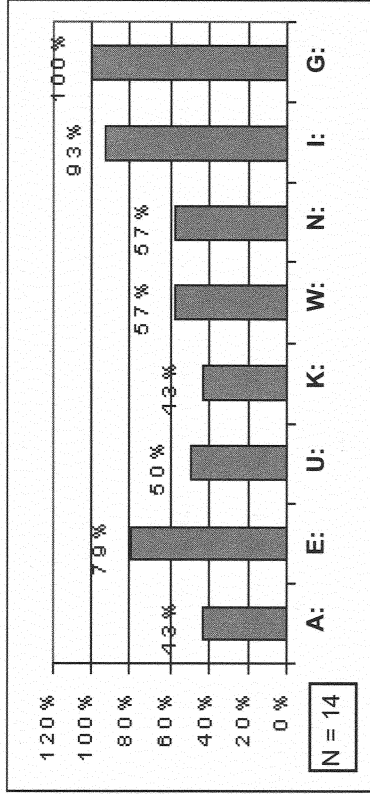


Abb. 1b: Prozentuelle Häufigkeit der Hauptkategorien über alle Patienten (Maragos, Wentzel & Butollo, 2000)

Eine Studie von Wentzel, Maragos & Butollo (2000) analysierte Defizite in der Kontaktgestaltung, insbesondere im Sinne konfluenter Interaktionsstile bei Patienten mit Angststörungen. Abbildung 1c stellt dies detailliert für den konfluenter Interaktionsstil dar.

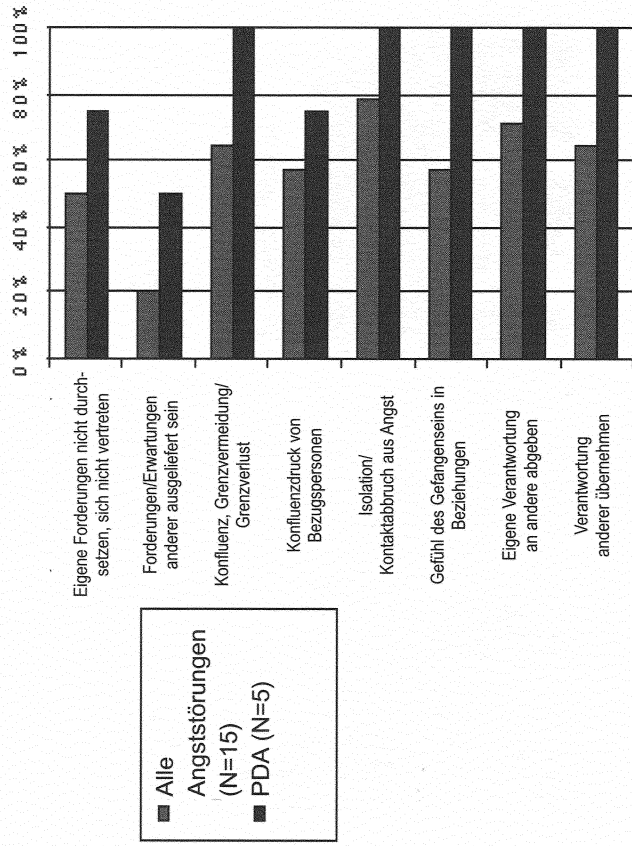


Abb. 1c: Konfluenter Interaktionsstil bei Angststörungen (Wentzel, Maragos & Butollo, 2000)

In der Therapiestudie, in der zuerst Einzeltherapie mit VT und "Gestalelementen", danach Gestalt-Gruppentherapie angeboten wurden, konnte eine deutliche Besserung in praktisch allen klinischen Skalen gefunden werden - der integrative Therapieansatz ist somit sehr effektiv.

Abb. 2a:
SCL90 - R : Durchschnittliche Skalenwerte vor Therapiebeginn und nach Therapieende (prä vs. post)
Diagnose DSM-IV: Angststörungen; komplexe Symptomatik/Komorbidität (9); durchschnittliche Gruppensensitungen 25

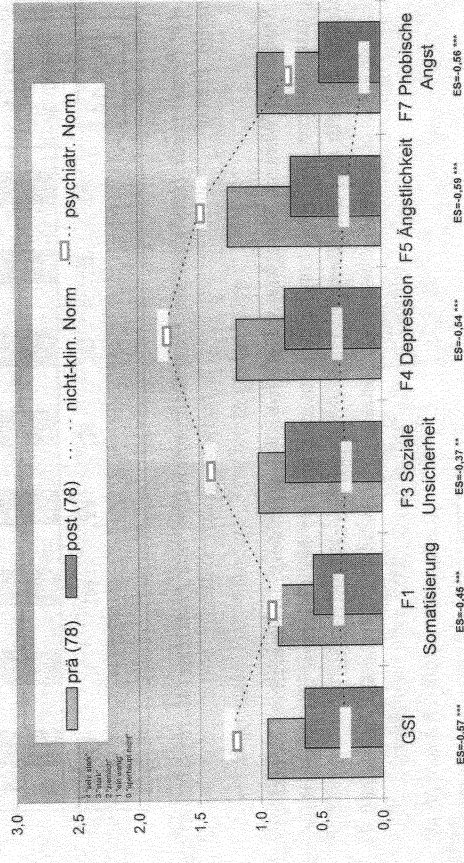
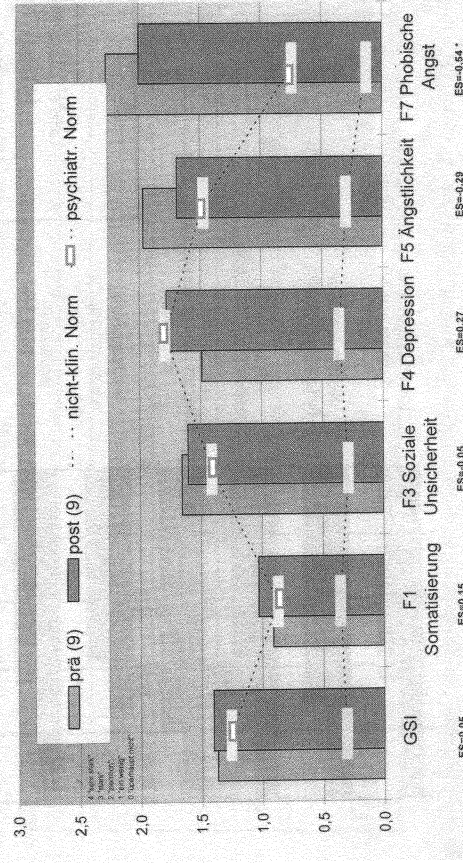


Abb. 2b:
SCL90 - R : Durchschnittliche Skalenwerte vor Therapiebeginn und nach Therapieende (prä vs. post)
Diagnose DSM-IV: Angststörungen; komplexe Symptomatik/Komorbidität (9); durchschnittliche Gruppensensitungen 19



Die Abbildungen 2a, b, c und d zeigen, dass dieses Ergebnis besonders deutlich wird, wenn anhand relevanter Skalen aus dem SCL-90-R von Derogatis (1986) Patienten mit primären Angststörungen mit solchen verglichen werden, die eine komplexe, psychiatrisch auffällige

Abb. 2c:
SCL90 - R : Durchschnittliche Skalenwerte vor Therapiebeginn, nach der Einzeltherapie und am Ende der Gruppentherapie (N=17)
Diagnose: Panikstörung mit Agoraphobie ohne komplexe Symptomatik/Komorbidität; durchschnittliche Gruppensensitungen 16

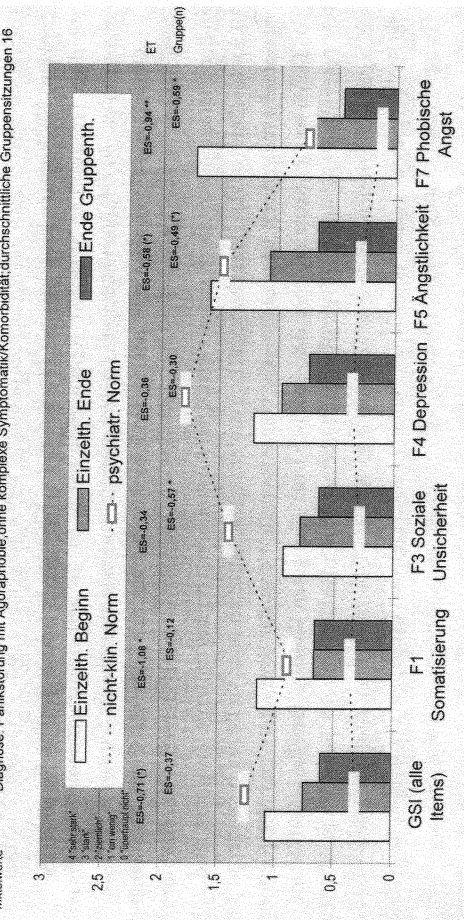
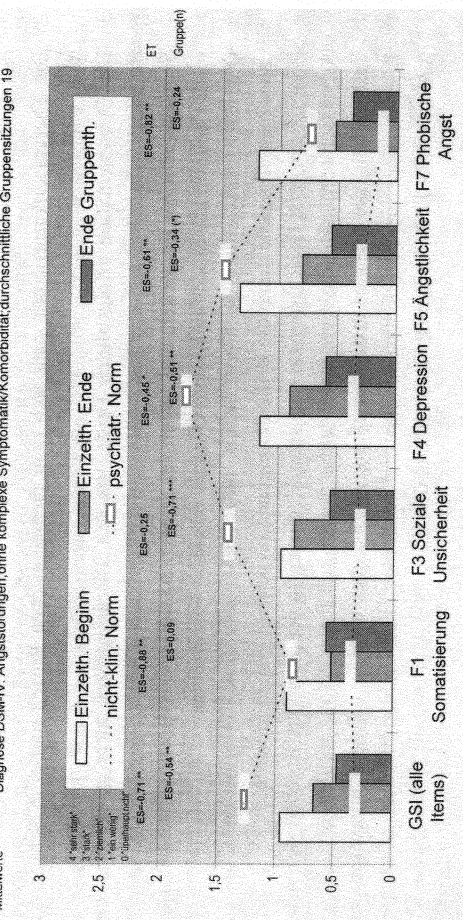


Abb. 2d:
SCL90 - R : Durchschnittliche Skalenwerte vor Therapiebeginn, nach der Einzeltherapie und am Ende der Gruppentherapie (N=31)
Diagnose DSM-IV: Angststörungen; ohne komplexe Symptomatik/Komorbidität; durchschnittliche Gruppensensitungen 19



Mischsymptomatik ("Komorbidität") haben. Patienten ohne Komorbidität zeigten sowohl nach der vorausgehenden Einzel- wie auch nach der anschließenden Gestalt-Gruppentherapie hoch signifikante Verbesserungen. Für Patienten mit komplexer Symptomatik galt das deutlich abgeschwächt.

Die Studie ist zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht beendet. Dennoch kann schon jetzt dem darin untersuchten Therapieansatz hohe Effektivität bescheinigt werden. Auf praktisch allen eingesetzten Skalen ist eine deutliche Bewegung hin zu den "gesunden" Normen eingetreten. Nach erster Einschätzung benötigen die Klienten mit Agoraphobie für nahezu vollständige, breitbandige Symptom-Remission neben ca. 20 verhaltenstherapeutischen Einzelsitzungen ca. 40 Gruppensitzungen, in denen konfliktorientiert gearbeitet wird.

Obwohl die Ergebnisse sehr positiv sind, bleiben sie aus der Sicht des Gestalttherapeuten doch unbefriedigend. Zu weit ist das statistische Resümee von den konkreten Entscheidungen in der Therapiepraxis durch den notwendigen Abstraktionsvorgang entfernt. Zu wenig lässt sich rückschließen auf das, was therapeutisch angemessen, hilfreich oder vielleicht behindernd gewesen sein mag. Auch ist - leider - die konventionelle Form der Sammlung und Verarbeitung von Daten so viel ökonomischer, dass letztlich trotz aller guten Vorsätze für eine gestalt-konforme Forschung nur ein üblicher varianzanalytischer Vergleich übrig bleibt. Für noch nicht allzu verzagte KollegInnen sei dennoch ein weiteres Mal ein Überblick über zumindest den Weg in die Richtung einer gestalt-gemäßen Forschung aufgezeigt, den Prinzipien der semi-empirischen Therapie-Entwicklung folgend (Butollo, 1995):

1. Sammeln eines weiten Spektrums psychologischer Kenntnis über die zu behandelnde Störung und eines weiten Reservoirs an therapeutischen Methoden, Strategien, Haltungen. Die Erfahrungen, die in der Praxis in Jahrzehnten gewonnen wurden, sind wertzuschätzen. Sie stellen jedoch nur einen Rahmen dar, innerhalb dessen sich die therapeutische Kreativität in den Sitzungen bewegt.
2. Die Therapiedokumentation paßt sich dem therapeutischen Prozeß und dem Setting an, nicht umgekehrt.
3. Die Dokumentation erfolgt durch Dritte, um den Therapieprozeß nicht zu stören. (s.a. Butollo, 1993a, b).
4. Semi-empirisches Entwickeln und Testen der Strategien und Mini-Hypothesen mit heuristischer Funktion am Einzelfall ist dem Gruppenvergleich vorzuziehen.
5. Qualitative Auswertung, auch post factum, nützt die vorgefundenen Informationen, anstatt experimentell solche durch die Brille der eigenen Hypothese erst zu kreieren.
6. Priorität für neue Gesichtspunkte und neue Methoden in der Therapie: Ergeben sich neue Arbeitsschwerpunkte, die nicht vorhersehbar waren, soll ihnen gefolgt werden.
7. Einbeziehung der Klienten in die Forschung: Anzustreben wäre ein offener Kontakt mit den Klienten über die Forschungsintention und -dokumentation. Schließlich wissen sie am besten, wie es ihnen geht und wo der Schuh drückt.

Literatur

- Butollo, W. (1993a). Gestalttherapie, Macht und Wissenschaft. In N. Maack, C. Laukat & R. Merten (Hrsg.), Was ist Macht - Dokumentation der Münchner Gestalttage 93 (S. 270-272). Eurasburg: Copydruck.
- Butollo, W. (1993b). Irrationale Angst und Panik aus einer gestalttherapeutischen Perspektive. In N. Maack, C. Laukat & R. Merten (Hrsg.), Was ist Macht - Dokumentation der Münchner Gestalttage 93 (S. 273-276). Eurasburg: Copydruck.
- Butollo, W. (1995). Therapieentwicklung - ein semi-empirischer Ansatz in der Psychotherapieforschung. In K. Pawlik (Hrsg.), Bericht über den 39. Kongreß der DGP in Hamburg 1994 (S. 529-535). Göttingen: Hogrefe.
- Butollo, W. (1996). Konfrontation und Kontakt: Integration von Gestalt- und Verhaltenstherapie bei Angststörungen. Gestalttherapie 1, 60-70.
- Butollo, W., Piesbergen, Ch. & S. Höfling (1996). Ausbildung und methodische Ausrichtung psychologischer Psychotherapeuten - Ergebnisse einer Umfrage, Report Psychologie, 21, 2/96, 126-137.
- Butollo, W., Kelwing, Ch., Krüsmann, M., Maragkos, M. & A. Wentzel (1997a). Integration verschiedener psychotherapeutischer Ansätze bei Angststörungen: Gestalt- und Verhaltenstherapie. In P. Hofmann, M. Lux, Ch. Probst, M. Steinbauer, J. Taucher & H.G. Zapotoczky (Hrsg.), Klinische Psychotherapie, (S. 274-283). Wien: Springer.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Maragkos, M. & A. Wentzel (1997b). Verhaltens- und Gestalttherapie bei Angststörungen. In Ch. Mundt, M. Linden & W. Barnett (Hrsg.), Psychotherapie in der Psychiatrie (S.167-172). Wien, New York: Springer.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). Leben nach dem Trauma: Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. München: Pfeiffer.
- Butollo, W. & Maragkos, M. (1999). Gestaltorientierte empirische Forschung. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), Das Handbuch der Gestalttherapie, S. 1091-1120. Göttingen: Hogrefe.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. München: Pfeiffer.
- Clarke, K.M. & Greenberg, L.S. (1986). Differential effects of Gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. Journal of Counseling Psychology, 1, 11-13.
- Derogatis, L.R. (1986). Symptom-Check-List (SCL-90-R). In Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum (Hrsg.), Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 17 (1), 1-7.
- Greenberg, H., Seeman, J. & Cassius, J. (1978). Personality changes in marathon therapy. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 15, 61-67.
- Greenberg, L.S. (1980). The intensive analysis of recurring events from the practice of gestalt theory. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 17 (2), 143-152.
- Greenberg, L.S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in Gestalt Therapy. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20 (2), 190-201.
- Greenberg, L.S. & Clarke, K.M. (1979). Differential effects of the two-chair experiment and empathic reflections at a conflict marker. Journal of Counseling Psychology, 26 (1), 1-8.
- Greenberg, L.S. & Dompierre, L.M. (1981). Specific effects of Gestalt two-chair dialogue on intrapsychic conflict in counseling. Journal of Counseling Psychology, 28 (4), 288-294.
- Greenberg, L.S. & Higgins, H.M. (1980). Effects of two-chair dialogue and focusing on conflict resolution. Journal of Counseling Psychology, 27 (3), 221-224.
- Greenberg, L.S. & Rice, L.N. (1981). The specific effects of a gestalt intervention. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 18 (1), 31-37.

Greenberg, L.S. & Webster, M.C. (1982). Resolving decisional conflict by Gestalt two-chair dialogue: relating process to outcome. *Journal of Counselling Psychology*, 29 (5), 468-477.

Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (1999). Forschung zur gestalttherapeutischen Behandlung von Depressionen. In R. Fuhr, M. Streckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Johnson, S.M. & Greenberg, L.S. (1985). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (2), 175-184.

Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (S. 95-129). Basic Books: New York.

Maragkos, M., Wentzel, A. & Butollo, W. (2000). Integrative Therapie bei Angststörungen. In E. Möde (Hrsg.), *Eichstätter Studien Band XLIV, Leben zwischen Angst und Hoffnung* (S.115-140). Regensburg: Friedrich Pustet.

Paivio, S.C. & Greenberg, L.S. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of Experiential Therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 419-425.

Petzold, H. & Schobert, R. (1987). Empirische Studien über die Effizienz gestalttherapeutischer Interventionen. *Gestalt Bulletin*, 7 (1), 55-79

Strümpfel, U. (1991). Forschungsergebnisse zur Gestalttherapie. (DVG)

Wentzel, A. & Butollo, W. (2000). Empirical evidence for interpersonal context of panic towards an integrational model. Paper presented at Sepi Congress, Washington, May 4-5, 2000.

Wentzel, A., Maragkos, M. & Butollo, W. (2000). Interpersonale Aspekte der Angststörungen: Eine notwendige Erweiterung des Psychophysiologischen Modells. Poster. 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 24.-28.9.2000 in Jena.

Yontef, G. M. (1999). Awareness, Dialog, Prozeß: Wege zu einer relationalen Gestalttherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Clinical relevance of Gestalt therapy

Abstract: *The special role of Gestalt therapy and the humanistic paradigm in the polarities between the patient's "self-response-ability" and the search for effective therapies is discussed. For the field of anxiety disorders and posttraumatic stress disorders some of our studies are described and the applicability of a Gestalt perspective and of Gestalt methods has been investigated. The results support a psychotherapy integration approach for a clinical application of Gestalt principles.*

Key-words: *responsibility, effectiveness, anxiety disorders, posttraumatic stress disorders, integrative psychotherapy*

Prof. Dr. Willi Butollo
Universität München, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Leopoldstr. 13

80802 München

butollo@mip.paed.uni-muenchen.de

erhalten: 13.5.01

akzeptiert: 30.6.01

Gegenwärtiger Stand und zukünftige Entwicklungen Neuropsychologie:

Ulrike Halsband

■ Nur wenige naturwissenschaftliche Forschungsgebiete zeigen derzeit eine solche Dynamik wie die Neurowissenschaften. Die Neuropsychologie ist eine neurowissenschaftliche Disziplin und ein interdisziplinäres Forschungsgebiet, das die Beziehung zwischen Hirnfunktionen und Verhalten bzw. Erleben untersucht. Die klinische Neuropsychologie befasst sich mit dem Zusammenhang von Hirnschädigungen unterschiedlicher Ätiologie und Funktionsstörungen, sowie den Konsequenzen der Funktionseinbußen. Gegenstandsbereich sind Funktionsdiagnostik und Trainingsverfahren bei neurologischen und psychischen Krankheitsbildern, die Abgrenzung globaler von Teilleistungsdefiziten bei diffusen und umschriebenen Affektionen des Zentralnervensystems, sowie die psychotherapeutische Betreuung von hirngeschädigten Patienten bei der Verarbeitung der Schädigungsfolgen. Künftig sollte die Neuropsychologie vermehrt in neuropsychologische Studien und Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren eingebunden werden. Erstrebenswert ist ein multidisziplinärer Forschungsansatz: regionale Aktivierungseffekte sollten mittels bildgebender Verfahren mit hoher räumlicher Auflösung (PET und fMRI) gemessen werden; Änderungen der elektrischen Aktivität sollten mit neurophysiologischen Verfahren mit hoher zeitlicher Auflösung (EEG und MEG) interpretiert werden; zusätzlich können durch Induktionen reversibler temporärer Läsionen mittels rTMS neue Einsichten über die Funktionalität dieser Hirnregionen gewonnen werden. Die Kombination aus neuropsychologischen Testverfahren, bildgebenden und neurophysiologischen Methoden sowie