

Ludwig Teusch

# Personzentrierte Angstforschung: Störungsbezogenes Vorgehen und Ergebnisse

**Zusammenfassung:** Die Entwicklung und Ergebnisse der Essener Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie-Forschung zur Behandlung von Panik und Agoraphobie werden vorgestellt. In Anlehnung an das Phasenmodell von Swildens wurde ein manualgeleitetes therapeutisches Vorgehen entwickelt. In Therapie- und Verlaufsstudien wurde nachgewiesen, dass die Gesprächspsychotherapie effektiv die Leitsymptomatik Panik und Agoraphobie und die den Angststörungen zugrunde liegenden Persönlichkeitsdefizite vermindert. Therapietheoretisch hervorzuheben ist, dass nachgewiesen werden konnte, dass die Gesprächspsychotherapie über eigene Wirkmechanismen zur Angstreduktion führt. Verglichen mit einer Kombination aus Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation reduziert ausschließliche Gesprächspsychotherapie besonders nachhaltig die übergroße Hilfsbereitschaft, die körperliche Affektresonanz und die subjektive Stressbelastung. Im Anschluss an die Gesprächspsychotherapie nehmen die Therapieeffekte noch weiter zu. Diese „Nachbesserung“ im Katamnesezeitraum weist auf die „aktualisierenden Tendenz“ hin.

**Schlüsselwörter:** Angststörungen, Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Prozess- und Ergebnisforschung

**Résumé:** Recherches centrées sur la personnes des troubles anxieux: procédures spécifiques et résultats. L'auteur présente les résultats du Groupe de travail de recherche d'Essen sur la psychothérapie centrée sur la personne pour le traitement de la panique et de l'agoraphobie. Suivant l'exemple du modèle des phases de Swildens un guide décrivant la procédure thérapeutique a été développé. A travers des études de thérapies et de leur évolution, il a été démontré que la psychothérapie centrée sur la personne réduit efficacement les déficit de personnalité qui sont à l'origine de la symptomatique de la panique, de l'agoraphobie et de l'anxiété. Il convient de souligner au niveau de la théorie de la thérapie qu'il a pu être prouvé que la psychothérapie centrée sur la personne réduit les peurs par des mécanismes d'action propres. Comparé avec une combinaison de psychothérapie centrée sur la personne et de confrontation avec les stimuli négatifs dans le cadre d'une thérapie comportementale, la psychothérapie centrée sur la personne seule, réduit de manière particulièrement durable la soumission excessive, la résonance corporelle des affects et le stress subjectivement ressenti. Les effets de la thérapie augmentent encore après la fin d'une psychothérapie centrée sur la personne. Cette « amélioration » pendant la période d'après la thérapie illustre bien la « tendance à l'actualisation ».

**Mots clés:** troubles liés à la peur, psychothérapie centrée sur la personne axée sur les peur, recherche sur le processus et les résultats

## Die „Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie-Forschung“ in Essen

Die Behandlung von Patienten mit Angststörungen ist seit jeher eine Domäne der Gesprächspsychotherapie. Lange wurden systematische störungsbezogene Konzepte für entbehrlich, wenn nicht sogar – mit Blick auf den unvoreingenommenen, ganz an den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen orientierten Therapeuten – für schädlich gehalten (Finke/Teusch 2002). Störungsbezogene Überlegungen finden sich allerdings bereits früh in Berichten über die Arbeit mit schizophrenen Patienten, etwa von Gendlin (1964). In den letzten 15 Jahren wurden vor allem von Swildens (1991),

Sachse (Sachse/Maus 1991), Finke (1994) und Teusch (1986) systematische störungsbezogene Konzepte für fast alle psychiatrischen Störungen vorgestellt. Die von der Essener „Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie-Forschung“ entwickelten Konzepte reichten bis hin zu Gesprächspsychotherapie-Manualen. Einen Schwerpunkt bildeten Untersuchungen zur Panik und Agoraphobie. Systematische Therapie- und Verlaufsstudien zeigten, dass Panikattacken, Agoraphobie und die damit einhergehende Depressivität im Verlauf einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung signifikant abnehmen und dass es über eigene Wirkmechanismen zu charakteristischen Änderungen auf der Persönlichkeitsebene kommt (Teusch/Finke 1999). Im vorliegenden Beitrag sollen die Ergebnisse und

der Weg unserer Forschung und die daran in besonderem Maße beteiligten Personen vorgestellt werden. Ohne deren engagiertes Zusammenwirken wäre eine empirische Forschung entgegen dem kognitiv-behavioralen oder biologisch orientierten Mainstream und auch dem „störungsfeindlichen“ Mainstream der gesprächspsychotherapeutischen Bewegung nicht möglich gewesen.

Die Untersuchungen wurden in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Essen durchgeführt. Der Psychotherapiebereich, in dem die Behandlung erfolgte, liegt in einer Parklandschaft am Stadtrand von Essen. Hier erfolgten keine Akutaufnahmen, sondern geplante Aufnahmen nach ambulantem Screening hinsichtlich der Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

Durch Jobst Finke, einen der beiden leitenden Oberärzte, wurde 1974 die gesprächspsychotherapeutische Orientierung in die Klinik getragen. Ab 1986 kam mit dem Verfasser ein zweiter Gesprächspsychotherapeut als Oberarzt in die Abteilung, so dass die therapeutische Leitung von einer personenzentrierten Einstellung geprägt wurde. Die Mitarbeiter wurden personenzentriert ausgebildet und auf ein entwicklungsförderndes Klima Wert gelegt (Finke/Teusch 1986; Finke 1992).

Die Gesamtleitung der Psychiatrischen Universitätsklinik wurde 1987 von Markus Gastpar übernommen. Er war psychotherapeutischen wie biologischen Forschungsansätzen verpflichtet, legte großen Wert auf empirische Forschung und stellte die hierfür notwendige Infrastruktur bereit. Hildegard Böhme, eine gesprächspsychotherapeutisch und verhaltenstherapeutisch erfahrene Diplompsychologin, wurde für wissenschaftliche Aufgaben freigestellt und übernahm mit der ihr eigenen Energie die Begleituntersuchungen einschließlich umfangreicher Katamnesen sowie die methodische Aufbereitung der Ergebnisse.

In diese Zeit fiel ein Paradigmawechsel in Diagnostik und Therapie angstneurotischer Störungen. An die Stelle des psychoanalytischen Paradigmas traten methodenoffene diagnostische Konzepte. Angesichts der Erfolge der Psychopharmakotherapie und der Reizkonfrontation bei der Panikstörung mit Agoraphobie lag die erste Herausforderung darin, die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei diesen Patienten nachzuweisen. Grawe (1976) und Plog (1976) hatten bereits viele Jahre zuvor bei Patienten mit gemischten Angststörungen eine mit verhaltenstherapeutischen Strategien gleichwertige hohe Effektivität der Gesprächspsychotherapie nachweisen können. Allerdings war zum damaligen Zeitpunkt noch nicht unterschieden worden zwischen spezifischen Angststörungen, und die Behandlung war noch nicht mit der Reizkonfrontation durchgeführt worden, die sich später als besonders effektiv erwies.

In unserer ersten Studie mit naturalistischem Design wurde eine unausgelesene Stichprobe von Patienten einbezogen. Von diesem Vorgehen ist eine besonders hohe klinische Relevanz bzw. Versorgungsrelevanz zu erwarten, da die für randomisierte Studien notwendigen Ein- und Ausschlusskriterien entfallen. Wir haben stationär behandelte Patienten mit Panik und Agoraphobie

bei Aufnahme und Entlassung sowie nach einem Jahr untersucht (Teusch/Böhme 1991). Wir waren natürlich sehr gespannt, wie sich unsere Behandlung langfristig auf der Symptomebene, also auf die phobischen Symptome auswirkt, zumal unser Augenmerk stärker den innerpsychischen und zwischenmenschlichen Veränderungen gegolten hatte. Wir waren insofern skeptisch, als uns vereinzelte spontane Rückmeldungen von Patienten nach der Entlassung fast ausschließlich auf erneut aufgetretene Angstzustände aufmerksam gemacht hatten. Umso erfreuter waren wir über die Ergebnisse: Es kam zu einer hochsignifikanten Abnahme der Panikattacken und der Agoraphobie im Behandlungsverlauf und, was noch wichtiger war, die Ergebnisse blieben im Jahr nach der Entlassung stabil. Wir waren also glücklicherweise dem „bias“ aufgesessen, dass sich unzufriedene Patienten eben häufiger melden, als erfolgreiche Patienten.

## Die Entwicklung eines Gesprächspsychotherapie-Manuals

Bei der Präsentation dieser Ergebnisse auf Fachtagungen und in wissenschaftlichen Zeitschriften wurde deutlich, dass es nicht ausreicht, auf die gesprächspsychotherapeutischen Grundprinzipien zu verweisen, sondern dass das therapeutische Vorgehen bei Angststörungen detailliert beschrieben werden muss. Änderungen im klinikinternen Ausbildungscurriculum machten es zudem notwendig, die Therapeuten – überwiegend Assistenzärzte ohne längere psychotherapeutische Vorbildung – in kurzer Zeit einzuarbeiten. Vor diesem Hintergrund entwickelten wir ein kurzgefasstes Gesprächspsychotherapie-Manual für die Behandlung von Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie (Teusch/Finke 1995). Dieses Manual bündelt in erster Linie die Erfahrungen aus der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung vieler Angstkranker i. S. einer „bottom up“-Entwicklung.

Es fußt auf entwicklungspsychologischen Konzepten, die aufgrund der Behandlung (Finke 1994; Teusch/Finke 1995) einschließlich systematischer Therapie-Transkriptstudien (Speierer 1994) gewonnen wurden. Sie lassen – idealtypisch – bei Agoraphobiepatienten eine unzureichende Selbständigkeitsentwicklung erkennen. Durch einen Mangel an elterlicher Empathie gegenüber den Bedürfnissen des Kindes und vor allem durch mangelndes Akzeptieren und Anerkennen von Selbstständigkeitsregungen bleibt die Entwicklung zur Autonomie unvollständig. Das Selbstbild ist gekennzeichnet durch mangelndes Vertrauen in die eigenen Kräfte und das Selbstideal durch Wünsche nach Beherrschtheit, Kontrolliertheit und Unabhängigkeit (Speierer 1994). Die Betroffenen suchen Schutz und Geborgenheit und befürchten vor allem verlassen zu werden und Einsamkeit. Die Ambivalenz zwischen Autonomie und Abhängigkeitsbestrebungen wird als Grundlage für die Entstehung von Panik und Agoraphobie angesehen. Auslöser sind aktuelle

Spannungen oder Konflikte im Zusammenhang mit phantasierter, drohender oder realer Trennung.

Gestützt auf diese entwicklungspsychologischen Überlegungen und auf die Erfahrungen in der therapeutischen Begegnung mit zahlreichen Agoraphobiepatienten wurde für die jeweiligen Therapiephasen ein schrittweises Vorgehen entwickelt, mit unterschiedlichen Schwerpunkten in der Symptomphase, der Beziehungs- und Konfliktphase und der Abschiedsphase in Anlehnung an die Phaseneinteilung nach Swildens (1991). In der Symptomphase liegt der Schwerpunkt auf dem geduldigen und differenzierenden Umgang mit dem Angsterleben. Eine akzeptierende Haltung und ein differenziertes Spektrum von Interventionen sollen dem Patienten in dieser Phase helfen, seine erlebten Symptome zu „entkatastrophieren“, ihn bei den von ihm selbst ausgehenden Schritten zur Angstbewältigung zu ermutigen – allerdings ohne irgend eine Form der Expositionsinstruktion – und ihn auch für Zusammenhänge zwischen Angstsymptomen und seelischen Belastungen zu sensibilisieren. Viel zu früh verweisen konfliktzentrierte Therapeuten auf eine verhaltenstherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung, wenn der Patient darauf beharrt, er sei nur körperlich krank, ihm drohe wirklich ein Herzinfarkt, oder seine massiven Schwindelgefühle und die Angst umzukippen seien Folge von Schädigungen des Gleichgewichtsinns. Ein geduldiges, intensives Eingehen auf das Symptomerleben ist in dieser Phase die vertrauensbildende Voraussetzung für die weitere Therapie. Sie ist damit auch in besonderer Weise adaptiert auf Patienten mit diesen Störungen und insofern besonders person- bzw. patientenzentriert.

Natürlich kann ein gesprächspsychotherapeutisches Manual keine strikte und starre Behandlungsanweisung sein. Vielmehr beschreibt es Phasen, die viele Patienten im Therapieverlauf durchleben mit charakteristischen inhaltlichen und therapietechnischen Schwerpunkten in der Symptomphase, der Beziehungs- und Konfliktphase und der Abschiedsphase (Teusch/Finke 1995). Es soll dem Therapeuten helfen, den Patienten möglichst umfassend wahrzunehmen und charakteristische Klippen in der therapeutischen Beziehung wahrzunehmen und zu umschiffen.

## Behandlungssettings

Die Behandlung von Patienten mit schweren, z.T. chronischen Angststörungen erfolgte stationär in unterschiedlichen Settingbedingungen:

*Setting GPT:* Gesprächspsychotherapie nach dem Manual von Teusch und Finke (1995). Sie wurde als Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt, ergänzt um Körpertherapie und Gestaltungstherapie. Die Behandlung erfolgte in gemischten Neurosegruppen. Die Supervision erfolgte durch Jobst Finke.

*Setting GPT+EXP:* Zusätzlich zum Setting GPT wurde eine verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation nach dem Manual von

Mathews, Gelder und Johnston (1988) durchgeführt in einem räumlich getrennten Bereich der Klinik. Ziel war es, durch eine Kombination von Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation die Ergebnisse weiter zu verbessern. Nachdem der Verfasser bei Isaak Marks am Institut of Psychiatry in London die Expositionstherapie (Marks 1987) gewissermaßen an der Quelle aufgesogen hatte, begannen wir mit dem Aufbau des kombinierten Therapieprogramms. Die Supervision erfolgte durch den Verfasser.

Nach Etablierung der beiden Programme führten wir eine prospektive randomisierte Studie durch, in der Angstpatienten nach dem Zufallsprinzip in die ausschließliche Gesprächspsychotherapie oder in das Angstspezialprogramm mit Gesprächspsychotherapie und Reizkonfrontation kamen. Unsere Arbeitshypothese war, dass die kombinierte Behandlung der Monotherapie überlegen sei. Vor allem der Verfasser und sein Team waren von deren Überlegenheit überzeugt.

Die Ergebnisse waren für uns überraschend: Wir fanden auf der Symptomebene eine signifikante Abnahme der Panik und der agoraphoben Vermeidung ohne wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Settingbedingungen. Diese Besserung hielt auch ein Jahr nach Ende der Therapie an und es kam sogar zu einer leichten „Nachbesserung“ im Katamnesezeitraum (Teusch 1995; Teusch/Böhme/Gaspar 1997; Teusch/Finke 1999). Ohne eine Anleitung oder ein Training zur Angstbewältigung war es über das personenzentrierte Beziehungsangebot zu einer dramatischen Abnahme der Angstsymptomatik gekommen. Fast alle Patienten konnten ihren Lebensradius wieder erweitern und völlig oder zumindest weitgehend frei von Panik leben. Was hat ihnen geholfen? Auch wenn wir nicht über systematische Studien verfügen über die Beziehung zwischen therapeutischen Bedingungen, Abnahme der Inkongruenz und Änderungen auf Symptomebene können wir zumindest Vermutungen anstellen. Wir denken, dass eine akzeptierende, haltgebende Zuwendung besonders wichtig war angesichts der subjektiv oftmals existenziell bedrohlich erlebten Symptome und angesichts ausgeprägter Harmoniewünsche der Betroffenen. Wichtig war sie auch hinsichtlich ihrer verborgenen Autonomiewünsche, die sich zunächst oft nur in dem Beharren auf einem Somatogenese-konzept zeigten, später auch in anfangs verborgenen Unabhängigkeitsphantasien. Verstehende Interventionen, insbesondere das selbstkonzeptbezogene Verstehen, erleichterten die Sensibilisierung für Zusammenhänge zwischen körperbezogenen Angstsymptomen und Inkongruenz (Teusch/Degener 1990; Teusch 1991).

Um messbare Aufschlüsse über den therapeutischen Prozess zu gewinnen, haben wir das Expositions-konzept des Patienten mit einer 99mm-visuelle Analogskala gemessen. Darin hat der Patient die Aufgabe, auf einer Skala, die von 1 bis 99 reicht, zu markieren, wo er sich aktuell zwischen den Polen: „*Ich setze mich angstbesetzten Situationen immer aus*“ versus „*Ich setze mich angstbesetzten Situationen nie aus*“ befindet. Es zeigte sich, dass das Expositions-konzept nicht entscheidend für die Abnahme von Panik und Agora-

phobie war, wie von Marks (1987) postuliert wurde, sondern dass die Gesprächspsychotherapie über andere Prozesse zur Angstreduktion führte (Teusch/Böhme, 1999). Wir konnten zeigen, dass die Bereitschaft des Betroffenen, sich angstbesetzten Situationen auszusetzen, unterschiedlich ist, je nach dem ob eine rein gesprächspsychotherapeutische Behandlung, eine kombinierte Behandlung oder eine rein verhaltenstherapeutische Behandlung erfolgte. Hierzu wurden die Ergebnisse von Hand/Angenendt/Fischer/Wilke 1986 aus einer vergleichbaren Population herangezogen. Interessanterweise übernahmen die Patienten, die an der kombinierten Therapie teilnahmen, das Expositions-konzept entsprechend den Patienten der „reinen“ Verhaltenstherapie.

Für die Gesprächspsychotherapeuten waren natürlich die Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene von besonderem Interesse. Sie wurden mit dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI) und dem Giessen-Test erfasst: Neben vielfältigen Verbesserungen, etwa einer Zunahme der Lebenszufriedenheit und einer Abnahme der sozialen Rückzugstendenz in beiden Behandlungsgruppen, kam es speziell bei ausschließlicher Gesprächspsychotherapie zu differentiellen Änderungen, wie in Blick auf die Effektstärken besonders eindrucksvoll zeigt: Ausschließliche Gesprächspsychotherapie führt dazu, dass die eigenen Bedürfnisse besser erkannt und geschützt werden. Die überstarke Hilfsbereitschaft (Soziale Orientierung) nimmt signifikant stärker ab und damit auch die subjektive Überbeanspruchung und die körperliche Affektresonanz im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Die Monotherapie, in der Betroffene und Therapeuten gewissermaßen alles auf die „Karte Gesprächspsychotherapie“ setzen, zeigt ungeahnte Power (Teusch/Böhme/Finke 2001). Weiterhin zeigte sich, dass die Soziale Akzeptanz (Giessen-Test) nach „reiner“ Gesprächspsychotherapie nur langsam zunahm, bei zusätzlicher Reizkonfrontation jedoch rasch und anhaltend. Die Interpretation liegt nahe, dass die Exposition die Erwartungen der Außenwelt erfüllt, „gegen die Angst anzugehen“ und infolge dessen rasch dazu führt, sich sozial akzeptiert zu fühlen, während der gesprächspsychotherapeutisch angestoßene Prozess erst verzögert zur positiven sozialen Resonanz führt.

Diese in der stationären Psychotherapie gewonnenen Ergebnisse sollten im ambulanten Setting repliziert werden. Sie sind ermutigend, belegen sie doch die hohe und spezifische Wirksamkeit bei einer schweren, unbehandelt meist zur Chronifizierung führenden Angststörungen.

## Literatur

- Finke, J. (1992), Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie, in: *Psycho* 12, 848-855
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J./Teusch, L. (1986), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie in: *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 5, 361-366
- Finke, J./Teusch, L. (2002), Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.) *Die vielen Gesichter der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie*, Wien/New York (Springer), 147-162
- Gendlin, E. T. (1964), Schizophrenia: Problems and methods of psychotherapy, in: *Review of Existential Psychology* 4, 168
- Grawe, K. (1976), *Differentielle Psychotherapie I*, Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- Hand, I./Angenendt J./Fischer, M./Wilke C. (1986), Exposure in-vivo with panic management for agoraphobia: Treatment rationale and long-term outcome, in: Hand, I./Wittchen, H. U. (Eds) *Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and long-term effects of behavioral treatments*, Berlin/Heidelberg/New York (Springer), 104-127
- Marks, I. M. (1987), *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety, and their disorders*, Oxford/New York (Oxford University Press)
- Mathews, A./Gelder, M./Johnston, D. (1988), *Platzangst. Ein Übungsprogramm für Betroffene und Angehörige*, Berlin/Heidelberg/New York (Springer)
- Plog, U. (1976), *Differentielle Psychotherapie II*, Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- Sachse, R./Maus, C. (1991), *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart/Berlin/Köln (Kohlhammer)
- Speierer, G. W. (1994), *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*, Heidelberg (Asanger)
- Swildens, H. (1991), *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*, Köln (GwG-Verlag)
- Teusch, L. (1991), Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Angsterkrankungen, in: Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*, Heidelberg (Asanger), 45-57
- Teusch, L. (1986) Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten, in: *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 5, 391-398
- Teusch, L. (1995), *Gesprächspsychotherapie in Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Panikstörung mit Agoraphobie – Grundlagen und klinisch-experimentelle Überprüfung*, Universität Essen (Habilitationsschrift)
- Teusch L./Böhme H. (1991), Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer Ein-Jahres-Katamnese, in: *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 41, 68-76
- Teusch, L./Böhme, H./Gastpar, M. (1997), The benefit of an insight oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms: Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 66, 293-301

- Teusch, L./Böhme, H. (1999), Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment on exposure, in: *Psychotherapy Research* 9, 1, 115-123
- Teusch, L./Böhme, H./Finke, J. (2001), Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung, in: *Nervenarzt* 72, 31–39
- Teusch, L./Degener, T. (1990), Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Angstkranken in einem mehr-dimensionalen Behandlungskonzept – ein Erfahrungsbericht, in: Meyer-Cording, G./Speierer, G. W. (Hg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie heute*, Köln (GwG-Verlag), 148–162
- Teusch, L./Finke, J. (1995), Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie, in: *Psychotherapeut* 40, 88–95
- Teusch, L./Finke, J. (1999), Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse, in: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 30, 4, 241–254

**Autor:**

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie; Gesprächspsychotherapeut in der GwG; 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der ÄGG; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel.*

*Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluierung störungsbezogener personenzentrierter Behandlungskonzepte für psychiatrische Erkrankungen.*

**Korrespondenzadresse:**

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch  
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie  
Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel  
Grutholzallee 21  
D-44577 Castrop-Rauxel  
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de*