

# Die zwei Säulen der Gestalt-Identität

von Rolf Heinzmann

16 | Diskurs

„*Gestalttherapie ist existenziell und experimentell*“. (Lore Perls)

Experimentalität und Existenzialität sind notwendige aber nicht hinreichende Bedingungen, um Gestalttherapie zu definieren. Es wird aufgezeigt, wie diese beiden Parameter geeignet sind, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen Psychotherapieformen zu beschreiben. Am Beispiel des Stotterns sowie in der Auseinandersetzung mit dem Familienstellen und der Traumatherapie wird die Thematik anschaulich erklärt.

## Einleitung

Mit ihrer experimentellen Säule liegt die Gestalttherapie voll im gegenwärtigen Psychotherapietrend. Die Zeiten sind vorbei, in denen direkte Psychotherapiemethoden von der Psychoanalyse als *übende Verfahren* bezeichnet wurden – oft genug mit einem abwertenden Beigeschmack. Heute sind übende Elemente Bestandteil auch mancher psychoanalytischen Therapien. Von den vier Wirksamkeitsfaktoren der Psychotherapieforschung (vgl. Grawe) beruhen drei direkt auf der Arbeit mit Experimenten. Gestalttherapie war und ist für wichtige Bereiche des Experimentier-Spektrums sogar Trendsetter. Das Inszenieren von inneren Dialogen, ursprünglich nur in der Gestalttherapie und im Psychodrama verbreitet, wird heutzutage von vielen Schulen praktiziert. Manche preisen es gar als eigene Neuentdeckung an.

In der Verhaltenstherapie wurde vor einiger Zeit die Bedeutung von Emotionen entdeckt<sup>1</sup> und Langlotz-Weis (Langlotz-Weis 2006) hebt jetzt in einem Artikel die Bedeutung der *Atmung als Königsweg zu den Gefühlen* hervor. Steht die Verhaltenstherapie vor einer weiteren Wende, nämlich der ventilatorischen? Bemerkenswert, dass Fritz und Lore Perls schon vor fünfzig (!) Jahren zum experimentieren mit der Atmung angeregt haben. Bei Angstpatienten ist es in der Verhaltenstherapie inzwischen durchaus üblich, vor der *Exposition in vivo* kleine Hyperventilationseinheiten (zehn Minuten) durchzuführen. Es wird der Tag kommen, da *Atemreisen* (zwei Stunden) fest zum verhaltenstherapeutischen Setting gehören.

Längst nicht so eindeutig ist der Trend bezüglich der anderen Säule der Gestalt-Identität, der existenziellen. Existenziell in diesem Kontext meint den existenziellen Dialog (vgl. Martin Buber). Zwar ist die Bedeutung einer guten, tragenden, vertrauensvollen, usw. Therapeut – Klient - Beziehung, innerhalb derer der Therapeut Optimismus verbreitet, ressourcenorientiert arbeitet und dem Klienten ein gutes Selbstwertgefühl vermittelt, Alltagsstandard - ganz zu Recht, nebenbei bemerkt. Doch all diese Parameter könnte man, etwas überspitzt, auch als Sekundärtugenden bezeichnen, die jeder sich aneignen sollte, der mit Menschen arbeitet. Das hat auch Dale Carnegie (Carnegie 2006) in seinem Bestseller *Wie man Freunde gewinnt* vor sechzig Jahren schon beschrieben. Was wir Gestalttherapeuten mit

existenziell meinen, wenn wir von der Therapeut – Klient - Beziehung sprechen, geht weit über das hinaus, was man beispielsweise mit gut, tragend, vertrauensvoll bezeichnet. Eine gute, tragende, vertrauensvolle Arzt – Patient - Beziehung kann (und sollte) jeder Organmediziner anbieten. Mit existenziell ist gemeint, dass der Therapeut kein außen stehender Beobachter ist, sondern mit dem Klienten eine Ich – Du - Beziehung eingeht, in der das Anliegen oder Symptom des Klienten als ein weiteres Element betrachtet wird. Die Frage stellt sich dann so: Wie wird unsere Beziehung von diesem Anliegen oder diesem Symptom geprägt? Um das beantworten zu können, muss der Therapeut sich als ein in Beziehung Stehender all dem stellen, was im Dialog mit und in ihm passiert. Natürlich muss er jederzeit in der Lage sein, auch die Außenperspektive einnehmen zu können. Wenn erfahren werden kann, wie sich mit der Veränderung oder Entwicklung der Therapeut – Klient - Beziehung das Symptom ändert oder entwickelt, hat der Klient ein tieferes Verständnis über den kommunikativen Aspekt seines Symptoms bekommen. Diese Art psychotherapeutisch zu arbeiten, ist augenblicklich nicht so im Trend. Der Trend geht eher zu kurzen, standardisierten und Problemspezifischen Behandlungsformen, in denen der Therapeut sich persönlich nicht einbringen muss, und die zudem den Vorteil haben, dass sie gut zu evaluieren sind. Das könnte auch ein Teil der Erklärung sein, warum Verhaltenstherapie im Augenblick so boomt. Das Arbeiten in und mit der Beziehung ist viel schwieriger zu evaluieren. So gesehen rücken Gestalttherapie und Psychoanalyse wieder näher zusammen, denn auch dort wird an der Beziehung gearbeitet. Allerdings in einer Art und Weise, die damals vor siebzig für die Gründer der Gestalttherapie Anlass war, sich mit einem eigenen Konzept der Begegnung von der Psychoanalyse abzuwenden. Jetzt sieht man sich im übergeordneten Kontext wieder als Nachbarn.

## Beispiel: Stottern

Betrachten wir das Ganze jetzt an einem Beispiel, dem Symptom oder Phänomen des Stotterns. Die gegenwärtigen Therapieansätze bestehen aus den unterschiedlichsten Techniken, zum Teil unter Zuhilfenahme von Apparaten (Ptok 2006). Dass Stottern im Rahmen von Kommunikation stattfindet, dass Stottern wahrscheinlich im Rahmen einer dysfunktionalen Kommunikation entstanden ist, als Lösungsversuch, und dass Stottern so gesehen auch eher wieder in einem kommunikativen und weniger apparativen Kontext zu verlernen ist, diese Sichtweise scheint heute eher unmodern zu sein.

Wie man gestalttherapeutisch, also existenziell und experimentell, mit einem Klienten arbeiten kann, der das Symptom Stottern mit in die Therapie bringt, können wir bei Fritz Perls nachlesen. Der Kern des Experimentes besteht darin, dass der Klient pro Atemzug lediglich eine Silbe ausspricht, evtl. auch ein ganzes Wort, wenn es nicht aus zu vielen Silben besteht: *Die (einatmen) Rose (einatmen), die (einat-*

men) ihre (einatmen) kurze (einatmen) Stunde/lebt/ wird/ mehr/ gelobt/ als/ die/ aus/ Stein. Fritz Perls (Perls 1978, 283 ff). Es ist grundsätzlich nicht möglich zu stottern bei einer Silbe pro Atemzug. So gesehen wird der Klient auf jeden Fall aus seinem Konzept gebracht (experimenteller Teil der Intervention). Dies wird noch verstärkt, wenn der Therapeut ihm dabei konzentriert zuhört und damit signalisiert: Ich habe Zeit für dich (existenzieller Teil).

Fallvignette: Ein verheirateter kinderloser Mann Mitte 30 meldet sich für eine Gestalt-Einzeltherapie an. Bei der Auftragsklärung und Festlegung der Therapieziele ergeben sich folgende Themen: Partnerschaftsprobleme, besonders Diskrepanzen in der Familienplanung, und Probleme im Betrieb, vor allem mangelnde Durchsetzungsfähigkeit sowohl gegenüber Vorgesetzten als auch Untergebenen. Als Nebenauftrag wird Stottern genannt, aber deswegen alleine sei er nicht in Therapie gekommen. Wenn sich aber auch hier Besserungen einstellen würden, umso besser. Was das Stottern betrifft, so besteht es bereits seit dem dritten Lebensjahr. Im Alter von acht und elf Jahren sei er deswegen jeweils in den Sommerferien in stationärer Behandlung gewesen. Ohne durchschlagenden Erfolg, aber er habe sich inzwischen gut damit arrangiert, allerdings ziehen die Stottern-Vermeidungsmanöver viel (zuviel!) Aufmerksamkeit von wichtigeren Dingen ab. In der fünften Stunde schlage ich vor, uns nur dem Stottern widmen. Der Klient stimmt zu. Ich mache den Vorschlag, wie eben beschrieben, pro Atemzug nur ein Wort auszusprechen. Der Klient schaut mich ungläubig an, umso mehr betone ich, dass es dabei wichtig wäre, dass er dabei zu *mir* spreche. Schließlich lässt er sich auf den Vorschlag ein und beginnt mir mit einem Wort pro Atemzug zu erzählen, was letzten Montag im Betrieb passiert sei.

Mir war im Vorfeld meines Vorschlages etwas mulmig zumute, denn ich wusste, dass ich schnell ungeduldig und zuweilen auch aggressiv werde, wenn ich einem Stotterer zuhöre. Ich schärfte mir nochmals ein, mich ganz auf den Klienten einzustellen, ihn auf allen Kanälen wahrzunehmen, ebenso meine eigene Reaktion, und keinerlei konkrete Erwartungen zu haben, d.h. einfach nur neugierig zu sein. Tatsächlich blieb ich dann ganz ruhig beim Zuhören und schon nach kurzer Zeit brach der Klient in Tränen aus (*Ich bin ganz gerührt davon, wie geduldig du mit mir bist*, dabei waren keine fünf Minuten vergangen) und sah sich nicht mehr in der Lage, das Experiment im Sitzen fortzuführen, worauf er

sich auf meine Anregung hin auf eine Matratze legte, um weiter in der Art zu sprechen. Nach kurzer Zeit stoppte er mit dem Erzählen und machte dann spontan Streckbewegungen mit den Armen und Greifbewegungen mit den Händen. Er erzählte daraufhin (gleich wieder stotternd, worauf ich an die Ein-Silben/Wort-Regel erinnerte), dass er ein bisher nie gekanntes Gefühl von Weite und Raum verspüre und mit den Armen und Händen diesen Raum begreifen wolle.

Ich habe einige Sitzungen derart mit ihm gearbeitet, wobei es zu einigen heftigen Aggressionsausbrüchen gegen internalisierte Vater- und Mutterbilder kam. Biografisch kam dabei heraus, dass er seit seiner frühesten Kindheit starkem Druck von außen ausgesetzt war. Bereits im Alter von einem Jahr wurde er aufs Töpfchen gebunden. So ist es auch nicht verwunderlich, dass er Situationen, in denen jemand ihm (geduldig) zuhörte, nicht kannte. Die Therapie musste leider einige Sitzungen später beendet werden, da er beruflich an einen anderen Ort versetzt wurde, was auch mit einem Aufstieg im Gesamtbetrieb verbunden war. Das Sprechen hat sich aber zumindest in der kurzen Zeit in der Therapie wesentlich gebessert.

Diese Fallvignette macht deutlich, wie die Wirksamkeit gestalttherapeutischen Handelns auf der Kombination experimentell *und* existenziell gründet. Das Experiment allein (Eine Silbe pro Atemzug) wäre in vielen Therapieansätzen möglich, zum Beispiel im Rahmen einer Trainingsmaßnahme mit einem Therapeuten im weißen Kittel, der eine Strichliste mit Atemzügen pro Zeiteinheit führt und regelmäßig den Blutdruck misst. Aber so kommt es zu keiner Begegnung zwischen den beiden Personen im Experiment. Es ist die Kombination experimentell *und* existenziell, die die Gestalttherapie so einzigartig macht.

Es ist eine häufige und geläufige Intervention, den Klienten zu bitten, ein bestehendes oder neu auftauchendes Symptom oder anderes Phänomen zu verstärken (=experimentell) und zu kommunizieren (=existenziell). Das kann z.B. in Form einer Runde sein, indem dieses Symptom oder Phänomen jedem Gruppenmitglied gegenüber verbalisiert wird. Oder dass der Therapeut auffordert, das Symptom zu tanzen, zu singen etc. (=experimentell) und dabei gewahr zu sein, dass er das Symptom/Phänomen *für* den Therapeuten/die anderen tanzt/singt (=existenziell).

### Familienstellen und Traumatherapie

Dass die Gestalttherapie mit ihrer existenziellen Säule nicht so im Trend der Zeit liegt, sieht man auch daran, dass zwei bedeutende neuere Psychotherapierichtungen erklärtermaßen nicht existenziell arbeiten: Das Familienstellen und die meisten Richtungen der Traumatherapie.

Beim *Familienstellen* ist es methodisch offensichtlich, dass Therapeut und Klient nicht in eine direkte Beziehung gehen. Im Gegenteil, nachdem aufgestellt ist, zieht sich der Klient erst einmal zurück und schaut zu. Es findet kein gemeinsamer Prozess zwischen Therapeut und Klient statt. Der Therapeut ist nur noch eine Art Medium, das etwas sieht oder erahnt, was dem Klienten verschlossen ist. Die Therapeut – Klient - Beziehung ist aber nicht weiter Gegenstand des Prozesses. Für Störungen zum Beispiel, denen in der klassischen Gestaltarbeit große Bedeutung gegeben wird, gibt es hier keinen Raum (Nimm es oder lass es!).

Dennoch ist das Familienstellen eine Bereicherung im psychotherapeutischen Feld. Hilfreich für die Gestaltarbeit sind die prägnanten Sätze und Rituale aus dem Familienstellen. Sie haben dazu geführt, dass im Rahmen von Inszenierungen wieder mehr kurze, prägnante Sätze gesprochen werden, statt ellenlanger Erklärungen. Problematisch finde ich allerdings, wenn innerhalb einer Therapieveranstaltung sowohl gestalttherapeutisch als auch familienstellerisch gearbeitet wird, und zwar wegen der miteinander unvereinbaren Kommunikations- und Beziehungsregeln zwischen dem Therapeuten und den Klienten. Das führt auf Klientenseite nicht zu mehr Klarheit für Beziehung.

Keine Therapieform boomt augenblicklich so stark wie die *Traumatherapie*, genauer gesagt die Therapie *posttraumatischer Belastungsstörungen* (PTBS). Mittlerweile gibt es immer mehr Institute, die psychotherapeutische Zusatzqualifikationen für die Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen anbieten. Parallel dazu wird in Artikeln über Trauma und Traumatherapie zunehmend davor gewarnt, ohne eine derartige Zusatzqualifikation eine Therapie im Bereich Trauma bzw. posttraumatischer Belastungsstörungen zu betreiben. Es gibt auch immer mehr Einrichtungen, die geschulte Mitarbeiter an Katastrophenorte schicken (als psychologische schnelle Eingreiftruppe sozusagen), um sofort nach dem Ereignis den betroffenen Opfern und Helfern zu helfen. Mit dieser *Debriefing* genannten Methode soll verhindert werden, dass sich aus einer

### 18 | Diskurs

normalen Stressreaktion eine pathologische entwickelt. Die wenigen kontrollierten Studien dazu zeigen allerdings, dass die mit Debriefing behandelten Gruppen eine höhere Rate an chronischer PTBS aufweisen als die unbehandelten Gruppen. Die wiederholten Befunde, dass Debriefing der Langzeitremission von Traumasymptomen sogar im Wege steht, lassen vermuten, dass durch Debriefing der natürliche Heilungsprozess behindert wird (Michael 2006).

Wer, aus welchen Gründen auch immer, gegen den jetzigen Traumatherapie-Mainstream schwimmen möchte, muss entweder Mut oder einen guten Ruf haben. Der Psychiatrieforscher und -kritiker Klaus Dörner hat wohl beides. Er sieht handfeste wirtschaftliche Interessen hinter dem Trauma-Boom (Dörner 2005).

Die Vertreter der Traumatherapie selbst interpretieren den Trauma - Boom dahingehend, dass Trauma - Aspekte in der Psychotherapie bisher vernachlässigt worden sind und jetzt ein enormer Nachholbedarf bestünde. Endlich könne einem bestimmten Klientel die angemessene Therapie zu Teil werden. Luise Reddemann beschreibt einen weiteren wichtigen Aspekt: *Nun sehen wir uns damit konfrontiert, dass unser therapeutisches Handwerkszeug für die Arbeit an den Traumatisierungen und den Traumfolgen nicht ausreichte. Ein wesentlicher Punkt dabei war, dass wir durch die Arbeit im bis dahin gelernten Stil alle mit heftiger Burn-Out-Problematik zu kämpfen hatten. ...* (Reddemann 2004, 12). Hieße das, dass die Traumtherapie entwickelt wurde, um den Therapeuten zu schützen, weil die Beschäftigung mit so viel Leid und Schrecken zum Burn-Out führt? Nach Arne Hofmann hat Traumatherapie sechs Phasen: Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung, Traumakonfrontation sowie Trauern und Neubeginn (Reddemann 2004, 23). Für mich hat das etwas von einer Beschwörungsformel, und ich frage mich, ob es mehr um die Stabilisierung des Therapeuten oder des Klienten geht.

#### Kritische Anmerkungen

Was ist nun das charakteristische an den verschiedenen Traumtherapien? Egal, ob es sich um EMDR oder ein imaginativ-ressourcenorientiertes oder verhaltenstherapeutisches Verfahren handelt, das Grundmuster ist ähnlich bzw. gleich: Auf der Grundlage einer positiven Therapeut – Klient - Beziehung wird eine psychologische oder neuropsychologische Technik angewandt, um das Gehirn so umzuprogrammieren, dass

dysfunktionale Bahnungen, durch ein Trauma ausgelöst, sich nicht mehr in dem bisherigen Maße auswirken. Reddemann hält dafür eine milde positive, nicht idealisierende Übertragung für empfehlenswert. (Reddemann 2004, 25) Da nun aber der Klient selbst entscheidet, auf wen er wie und was überträgt, müsste der Therapeut in starkem Maße die Beziehung kontrollieren, um die Übertragung auf dem eben definierten „mild positiven, nicht idealisierenden“ Level zu halten. In einer Beziehung nicht die Kontrolle zu haben (gehabt zu haben), macht aber gerade das Problem der Personen mit erlittenem Trauma aus. Damit reproduziert der Therapeut die ursprüngliche pathogene Ausgangssituation und beim Klienten wird die Tendenz zum Wiederholungszwang eher verstärkt.

Bei Personen, die ein nicht so weit zurückliegendes singuläres Trauma erlitten haben, zum Beispiel Lokführer nach einem Eisenbahn – Suizid, oder Bankangestellte nach einem Raubüberfall, oder bei Opfern bzw. Zeugen von Katastrophen, mögen die eben dargestellten Traumatherapie - Ansätze es dem Patienten ermöglichen, in kurzer Zeit unerwünschte persistierende Folgen eines solchen Traumas zu verarbeiten. Diese Art Trauma wird in der Traumtherapie übrigens Typ I-Trauma oder akutes Trauma bezeichnet. Problematisch wird es meines Erachtens, wenn der Begriff Trauma auf alles angewandt wird, was irgendwann einmal im Leben des Patienten belastend war (Typ II-Trauma, Polytrauma, chronisches Trauma). Dann macht der Begriff Trauma keinen Unterschied mehr und wäre überflüssig.

War ein Patient in seiner Kindheit chronischer Gewalt und/oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt, meistens durch Familienangehörige, dann müssen wir davon ausgehen, dass in beträchtlichem Ausmaß innere Prozesse wie z.B. eine Identifikation mit dem Aggressor stattgefunden haben. Sobald Täter-Aspekte in das Selbstkonzept des Klienten eingegangen sind, und vor allem, wenn der Klient zwischen Opfer- und Täter-Aspekten spaltet (Identitätsdiffusion, Borderline-Persönlichkeitsorganisation), helfen die oben beschriebenen Traumtherapiekonzepte nicht. Denn dann wird der Klient den Therapeuten in die Beziehung zwingen, ob es dem Therapeuten passt oder nicht. Dann muss der Therapeut unter Umständen massive Aggressionen aushalten und seine eigenen (Gegen-) aggressionen tolerieren und damit umgehen können.

Wie ist nun eine existenzielle Therapie bei traumatisierten Klienten beschaffen? In einer existenziellen Therapie beschäftigt sich der Thera-

peut in hohem Maß damit, was der Klient und sein wie immer präsentiertes Symptom (oder Thema) bei ihm auslösen. Nicht so sehr, um sich besser schützen zu können, sondern um seine innere Reaktion in den Dienst der Therapie zu stellen, um dadurch den Klienten besser begreifen zu können. Mit dieser Fragestellung beschäftigen sich die gängigen Traumatherapien wenig. Die Gegenübertragung wird nicht für den therapeutischen Prozess genutzt, um es einmal analytischdeutsch zu formulieren.

Erstaunlich ist es, dass auch gestalttherapeutische Ansätze der Traumatherapie dies wenig tun (Wolf 1999). Es gibt jedoch zwei gute Falldarstellungen zur existenziellen Arbeit bei Traumata (Jossen 2003; Kosijer 1999).

Auch bei posttraumatischer Belastungsstörung gilt für die existenzielle Arbeitsweise der Grundsatz: Die Beziehung, die Begegnung, der Kontakt sind primär. Das traumatische Ereignis und seine Folgen interessieren zuallererst vom kommunikativen Aspekt her. In den meisten Fällen ist ein traumatisches Ereignis einer Person (hier des Klienten) zunächst etwas Trennendes. Es definiert einen großen Unterschied zwischen Therapeut und Klient. (Außer der Therapeut hatte ein ähnliches Erlebnis und es auch ähnlich verarbeitet). Diesem Unterschied muss Rechnung getragen werden, mehr noch, er muss entsprechend gewürdigt werden. Das kann, um nur ein Beispiel zu nennen, so erfolgen, dass man den Klienten bittet, beim Erzählen immer wieder die Formel zu benutzen „Du hast keine Ahnung, wie es ist, ...“ Diese kleine Formel macht einen großen Unterschied. Sie unterstreicht deutlich den Expertenstatus des Klienten in der Sache, was eine entspannende und heilsame Wirkung hat. Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich nur sagen, nichts ist nervender für den Betroffenen, als wenn andere einem sagen, wie man richtig verarbeitet, trauert etc. und welche Phasen man am besten in welcher Reihenfolge zu durchlaufen habe. Der durch das Trauma definierte grundsätzliche Unterschied zwischen Therapeut und Klient kann dramatische Ausmaße annehmen und sich in unerwarteten Kontaktunterbrechungen, Schuldzuweisungen und Entwertungen des Therapeuten sowie Aggressionsausbrüchen (auch gegen sich selbst) manifestieren, was wiederum ein Hinweis dafür sein könnte, dass der Unterschied noch nicht genügend gewürdigt worden ist.

Für die Therapie von Traumafolgen braucht es in der Gestalttherapie keine grundsätzliche Änderung des Settings. Die Grundüberzeugung ist

die: Traumata gehören zur menschlichen Existenz und die Heilung der Traumafolgen geschieht im Dialog. Allerdings muss jeder Psychotherapeut sich immer wieder Rechenschaft ablegen, wie viel Therapie mit traumatisierten Menschen er zu leisten vermag und sich zumuten will. Mit einer der oben beschriebenen technischen Methoden lässt sich sicherlich ein größeres Pensum an Traumatherapie bewältigen als mit einer dialogischen Methode. Allein schon aus diesem Grunde sind die neuen Traumatherapien zu begrüßen. Aber auch wegen der zahlreichen Patienten/Klienten, die grundsätzlich nicht in der Lage sind, das ganzheitliche Beziehungsangebot der Gestalttherapie anzunehmen.

### Milton Erickson

Zu guter Letzt noch ein Therapiebeispiel von Milton Erickson, das auch zeigt, dass wir Gestalttherapeuten kein Monopol bzw. keine Urheberrechte für das Begriffspaar experimentell & existenziell besitzen: Während eines Wochenenddienstes in einer psychiatrischen Klinik hat sich Milton Erickson, da sonst gerade nicht viel zu tun war, eines Patienten angenommen, der schon längere Zeit stationär war und personentechnisch nicht identifiziert werden konnte. Es gab keine Ausweispaapiere und er sprach nur ein unverständliches Kauderwelsch. Milton Erickson soll vier Stunden zugehört haben, wie der Patient unentwegt Kauderwelsch gesprochen hat. Dann hörte der auf zu sprechen. Daraufhin begann Milton Erickson selbst, in einem eigenen Kauderwelsch zu sprechen. Nach weiteren vier Stunden soll ihn der Patient mit klar verständlichen Worten unterbrochen haben: *O.K Doktor, lassen wir den Unsinn und kommen zur Sache.*

### Literatur

- CARNEGIE, D. (2006): *Wie man Freunde gewinnt*. Frankfurt (Fischer).
- DÖRNER, K. (2005): Im SWR-Forum „Diagnose Trauma“, Sendung vom 7.4.2005
- JOSSON, A. (2003): *Vlora – Vom Überleben zum Leben*. Darstellung der zweijährigen psychotherapeutischen Unterstützung einer jungen kriegstraumatisierten jungen Frau – Ein Praxisbericht. In: *Gestalttherapie*, 2/2003, 69 -90.
- KOSIJER, S. (1999): *Kriegstraumatisierung und ihre Therapie – Eine Fallgeschichte*. In: *Gestaltzeitung*, 1999, 19 -22.
- LANGLOTZ-WEIS, M. (2006): *Der Körper in der Verhaltenstherapie*. In: *Psychotherapie im Dialog*, 2/2006.
- MICHAEL, T./ LAJTMAN, M./ MARGRAF, J. (2006): *Frühzeitige psychologische Intervention nach Traumatisierung*. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 33/2006.
- PERLS, F. (1978): *Das Ich, der Hunger und die Aggression*. Stuttgart (dtv/Klett-Cotta).
- PTOK, M./ NATKE, U./ OERTLE, H. (2006): *Stottern – Pathogenese und Therapie*. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 18/2006.
- REDDEMANN, L. (2004). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta).
- WOLF, U. (1999): *Psychotherapeutische Unterstützung bei Trauma und Gewalt*. In: *Handbuch der Gestalttherapie*. Göttingen (Hofgreffe).