

Über den Einsatz und die Wirkungsweise von "Bildschirm-Techniken"

Katharina Sternek (Wien)*

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag beschreibt so genannte Bildschirm-Techniken und erörtert dabei aus gestalttheoretischer Sicht folgende Fragen: Was geschieht bei der Anwendung so genannter Bildschirm-Techniken und welche Voraussetzungen sind dafür maßgeblich? Wozu können dementsprechend solche Bildschirm-Techniken auch im psychotherapeutischen Kontext dienen und welche Ziele können mit dem Einsatz dieser und ähnlicher Techniken verfolgt werden? Es wird gezeigt, dass es sich hier keineswegs um trauma-spezifische Techniken handelt, sondern um Möglichkeiten der therapeutischen Vorgangsweise in allen Kontexten, in denen es für Menschen zur Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung ihrer Urteils- und Handlungsfähigkeit wichtig wird, eine gewisse phänomenale Distanz zwischen sich selbst und Ereignissen in ihrer Umwelt, zwischen sich selbst und bestimmten Vorstellungen und Erinnerungen oder auch zwischen sich selbst und bestimmten Aspekten ihrer eigenen Person herzustellen.

„Bildschirm-Techniken“ (Screen-Technik, Leinwand-Technik, Video-Technik)

Eine gängige Auffassung der „Bildschirmtechnik“ gibt der folgende kurze Auszug aus dem gleichnamigen Wikipedia-Eintrag wieder : <http://de.wikipedia.org/wiki/Bildschirmtechnik> (31.03.2014).

„Die Bildschirmtechnik (auch Screentechnik oder Videotechnik) ist eine psychotherapeutische Technik zur Traumabearbeitung und Stärkung der Ressourcen. Sie wurde 1989 von Frank Putnam empfohlen und 1998 von Ulrich Sachsse und später von Lutz-Ulrich Besser verfeinert und weiterentwickelt.“

Diese und ähnliche Beschreibungen als „Trauma-Expositionstechnik“ greifen allerdings zu kurz.

Der deutsche Psychiater und Psychotherapeut (Katathym-Imaginative-Psychotherapie und Psychoanalyse) Ulrich Sachsse beschreibt die Bildschirm-Technik in Kurzversion derart: „Das Grundmuster ist sehr einfach: Eine traumatische Erinnerung, ein Flashback wird ‚wie ein alter Film‘ von Patientin und Therapeutin gemeinsam betrachtet. Die emotionale Dichte, die Intensität des Erlebens wird dabei gemeinsam reguliert durch einen **gesteuerten Umgang mit Assoziation und Dissoziation**.“ (Sachsse 2004, 279; Hervorhebung Sachsse)

Mit Assoziation ist hier gemeint: Die Person erlebt die Szene aus der Ich-Perspektive. Mit Dissoziation ist gemeint: Die Person erlebt

die Szene aus einer Zuschauer-Perspektive. Sachsse stellt fest, dass er nicht wisse, wer letztlich die Bildschirm-Technik erstmals entwickelt und eingesetzt habe: „Ich vermute, es war wie so oft eine Patientin, die ihrer Therapeutin sagte, wie sie sich selbst zu helfen versuchte. Diese Therapeutin hat dann (...) deren Erfahrungen aufgegriffen und ausgearbeitet. So läuft es ja meistens.“ (ebenda) Er verweist auf die Verbindungen der Bildschirm-Technik zur verhaltenstherapeutischen Methode der Desensibilisierung und den Strategien und Techniken des Neuro-Linguistischen Programmierens und der Hypnotherapie (vgl. Sachsse 2004, 279)

Lassen wir Richard Bandler selbst zu Wort kommen, der im Kontext der Methoden des NLP über den Umgang mit inneren Bildern und Erinnerungen folgendes schreibt: „Nehmen Sie zum Beispiel eine beängstigende Erinnerung - womöglich etwas aus einem Film. Nehmen Sie das Bild und machen Sie es plötzlich groß ...“ (Bandler 1987, 39).

Dieser Umgang mit Bildern im Sinne des Vergrößerns oder Verkleinerns (Kleinzoomen) wie auch andere Techniken wie z.B. Zeitlupe (Slow-Motion) oder schneller Filmdurchlauf usw. wurden bereits wesentlich früher in der Hypnotherapie beschrieben. So berichtet der kanadische Psychiater Georg A. Fraser (geschult in Hypnose, Transaktionsanalyse, NLP und Gestalttherapie), dass er die Verwendung von „Screens“ schon in den 1970er-Jahren in den Hypnosekursen bei den US-amerikanischen Hypnother-

* An dieser Stelle möchte ich Doris Bener, Bernadette Lindorfer und Gerhard Stemberger für die anregenden und hilfreichen Diskussionen danken, die mir das Schreiben dieses Beitrags ermöglicht haben.

apeuten Herbert und David Spiegel an der Columbia University erlernt und sie dann in seine eigene „Dissociative-Table-Technik“ integriert hat. Diese „Dissociative-Table-Technik“ entwickelte Fraser in den 1980er-Jahren für die Arbeit mit Patienten mit der Diagnose der so genannten „dissoziativen Identitätsstörung“ (DIS) nach DSM IV bzw. „multiplen Persönlichkeitsstörung“ (MPS) nach ICD 10. Der Patient wird dabei eingeladen, sich in einer sicheren Situation mit allen Persönlichkeiten, die er in sich erlebt, an einen Tisch zu setzen und im weiteren Verlauf, wenn das möglich wird und therapeutisch sinnvoll ist, ins Gespräch zu kommen. In diesem Raum wird dann gegebenenfalls auch eine Filmleinwand oder ein Fernseh-Bildschirm imaginiert, auf den dann die „Alter Egos“ ihre traumatischen Erinnerungen projizieren können, während sie sicher auf ihrem Platz am Tisch sitzen und die Szenen gemeinsam betrachten. (Fraser 1991, 209)

Bei Herbert und David Spiegel hatte der „Screen“ keine vorgegebene Form, er konnte je nach individueller Vorstellung unterschiedlich aussehen. In ihrer Tranceinduktion heißt es: „While you imagine yourself floating, in your mind's eye visualize a huge screen. It can be a movie screen, a television screen, or, if you wish, a clear blue sky that acts as a screen...“ (Spiegel & Spiegel 1978, 274). Spiegel & Spiegel entwickelten eine Vielfalt von Variationen dieser Bildschirm-Technik. Eine davon, der so genannte „Split Screen“, sieht zum Beispiel vor, dass in den Hauptbildschirm ein Auswahl-Bildschirm eingeblendet wird, auf dem sich der Patient bestimmte Szenen oder Details gesondert ansehen und mit Zeitlupe, schnellem Vorlauf, Vergrößerung und Verkleinerung usw. steuern kann.

Der Screen dient dabei in erster



©photolink-Fotolia.com

Linie zur Herstellung einer gewissen Distanz zu belastendem Material. Diese Distanzierung soll es Patientinnen ermöglichen, beim Ansehen von belastenden oder überfordernden Erinnerungs- oder Vorstellungsbildern von den damit verbundenen Gefühlen und Empfindungen nicht überschwemmt zu werden, sondern ein Gefühl der eigenen Steuerungsfähigkeit und Selbstkontrolle zu erleben bzw. zu entwickeln.

So betrachtet stellt die eingangs aus Wikipedia zitierte Aussage, dass die Anwendung der Screen-Technik der Traumabearbeitung diene, eine allzu vereinfachende Verkürzung dar. Zwar werden diese Techniken heute im deutschsprachigen Raum hauptsächlich im Kontext der Traumatherapie diskutiert und angewendet, die Einengung auf diesen Bereich ist aber unangemessen: Es handelt sich hier um bestimmte „technisierte“ Formen der Modifikation und Steuerung des Erlebens mit bestimmten Wirkungen, die für eine Vielfalt psychotherapeutischer Aufgabenstellungen relevant sind. Sie sind in allen Kontexten relevant, wo es für Menschen zur Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung ihrer Urteils- und Handlungsfähigkeit wichtig wird,

eine gewisse phänomenale Distanz zwischen sich selbst und Sachverhalten und Ereignissen in ihrer Umwelt, zwischen sich selbst und bestimmten Vorstellungen und Erinnerungen oder auch zwischen sich selbst und bestimmten Aspekten ihrer eigenen Person herzustellen. Man denke hierbei nur an die quälenden und doch unabweisbaren Vorstellungen des eifersüchtigen Menschen, an ständig wiederkehrende Angstbilder, an bestimmte Arten von Zwangsgedanken, an die Automatismen der „Fress-Attacke“ und anderer Süchte usw. In all diesen verschiedenen Kontexten kann es therapeutisch um eine gewisse Distanzierung im Erleben gehen, und mit ihrer Hilfe um neue Möglichkeiten der Steuerung und der Wiedererlangung der eigenen Handlungsfähigkeit.

Diese Betonung der besonderen Wirkungen und Zwecke solcher Techniken erscheint mir besonders wichtig, um dem häufig anzutreffenden Missverständnis vorzubeugen, dass das Erlernen spezieller therapeutischer Techniken per se ein Garant für eine gelingende Psychotherapie sein könnte. Jede noch so gute Technik wird erfolglos, wenn nicht sogar schädlich in ihrer Wirkung sein, wenn nicht

ausreichend verstanden wird, was damit eigentlich bezweckt wird und welche Voraussetzungen dafür maßgeblich sind, dass diese Zwecke auch tatsächlich erreicht werden. Erst damit erlangt man als Therapeutin auch die Freiheit, im konkreten Einzelfall nicht Sklavin einer bestimmten Technik zu sein, sondern den Blick frei zu haben für vielleicht in diesem konkreten Einzelfall bessere Vorgangsweisen zur Erreichung der angestrebten Zwecke. Auch die Bildschirm-Techniken sind ja beileibe nicht die einzigen Möglichkeiten, um eine gewisse phänomenale Distanz zum Erleben herzustellen und zugleich sich selbst als jemanden zu erleben, der Einfluss auf das Geschehen hat.

Hier ist noch ein anderes, häufig auftauchendes Missverständnis anzusprechen, nämlich das Postulat, es ginge in der Psychotherapie stets darum, bei den Patientinnen ein Vertiefen des unmittelbaren Erlebens zu fördern. Gerade als Vertreterin einer Methode, die sich unter anderem auch als „erlebnissaktivierend“ definiert, ist mir hier eine differenzierte Betrachtung wichtig. Wo ein Mensch - aufgrund welcher Umstände auch immer - von seinem Erleben dermaßen überschwemmt wird, dass er seine Urteils- und Handlungsfähigkeit verliert, kann von einem „vertieften Erleben“ keine Rede mehr sein. Es handelt sich dann nicht um ein vertieftes, sondern vielmehr um ein fragmentiertes, extrem reduziertes Erleben unter weitestgehendem Verlust der Reflexions- und Handlungsfähigkeit, das in bestimmten Fällen der Katastrophenreaktion entsprechen mag, wie sie Kurt Goldstein beschrieben hat (Goldstein 1934/2014), oder einer vergleichbar überfordernden Situation. In solchen Fällen muss die volle Erlebnissfähigkeit, die immer auch die Reflexions- und Hand-

lungsfähigkeit mit einschließt, erst wiedergewonnen werden, wozu unter anderem die geschilderte Herstellung von phänomenaler Distanz in der jeweils möglichen und angemessenen Form erforderlich ist.

Zur besseren Veranschaulichung der Bildschirm-Technik werde ich in Folge auszugsweise ein Beispiel aus der therapeutischen Praxis skizzieren. Selbstverständlich wurde das Beispiel derart verfremdet, dass die Patientin nicht zu erkennen ist.

Fallbeispiel:

Eine Patientin Anfang 30 wurde mir zugewiesen, da sie schon länger unter Ängsten und Depressionen litt, die sich trotz Medikation nur wenig besserten. Die depressive Symptomatik äußerte sich v.a. in wiederholten Stimmungstiefs, Gefühlen von Sinnlosigkeit, Wertlosigkeit und Lebensunfähigkeit. Diese Stimmungen und Gefühle begründete die Patientin damit, dass sie sich im Rahmen sozialer und beruflicher Kontakte unsicher fühle, sich kaum trau, ihre Meinung zu äußern und sie daher auch ihre Anliegen nicht durchsetzen könne. Die Patientin lebte mit Ausnahme weniger Kontakte eher zurückgezogen. Zusätzlich fühlte sich die Patientin im Alltag eingeschränkt, da sie Angst hatte, abends unterwegs zu sein - besonders wenn ihr Männer auf der Straße entgegen kamen - aber auch davor, alleine zu Hause zu sein. Die Ängste wurden in letzter Zeit durch das unwillkürliche Auftreten von Erinnerungen und Bildern von Angst- und Gewaltszenen aus ihrer Kindheit verstärkt. Sie war in ihrer Kindheit und Jugend häufig grundlos von ihrem inzwischen verstorbenen Vater geschlagen worden, worüber sie aber kaum mit jemandem gesprochen hatte. Im Rahmen der Zielbesprechung für die Psychotherapie wünschte sich die Patientin eine Beseitigung bzw. Ver-

besserung ihrer Symptome, wobei sie signalisierte, dass sie Angst vor der Beschäftigung mit ihren Themen habe.

Aus psychotherapeutischer Sicht ging es also vorrangig darum, für die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und den Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre zu sorgen, um die Basis dafür zu schaffen, dass sich die Patientin überhaupt auf eine Auseinandersetzung mit ihren Problemen einlassen konnte. Gerade für traumatisierte Patientinnen, v.a. jene, die im Kontext naher Beziehungen traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, ist es mitunter besonders schwierig anderen Menschen zu vertrauen. Ihre Beziehungserfahrungen sind häufig von großem Misstrauen und Angst geprägt, so dass es lange dauern kann, bis sie sich auf eine Beziehung einlassen können. Um der Patientin Zeit zu geben und sie nicht zu überfordern, fanden daher am Anfang der Therapie die Gespräche über die Erfahrungen aus der Kindheit vorsichtig statt ohne dabei zu sehr ins Detail zu gehen. Zunehmend erlebte die Patientin die Gespräche als Entlastung, da sie erstmals jemand anderem von der ständigen Angst vor ihrem Vater, den Gefühlen der Hilflosigkeit und der Panik, vielleicht etwas falsch zu machen, was ihren Vater provozieren könne, erzählen konnte und sich dabei verstanden fühlte. Anstatt mit dem Erlebten - wie in der Vergangenheit von der Mutter, die das Geschehen aus eigener Angst bagatellierte - alleine gelassen zu werden, erfuhr die Patientin in der Therapie Anteilnahme und Anerkennung ihres Leids durch die Therapeutin. Sie konnte realisieren, dass die Schläge ihres Vaters ungerechtfertigt waren, statt an sich zu zweifeln oder sich selbst die Schuld für das Geschehene zuzuschreiben. Die Pati-

entin konnte im Verlauf der therapeutischen Arbeit teilweise Zusammenhänge zwischen ihren schon seit Kindheit bestehenden negativen Selbstüberzeugungen und ihren aktuellen depressiven Symptomen, wie z.B. chronischem Selbstzweifel, Schuldgefühlen, dem Gefühl der eigenen Wertlosigkeit herstellen. Diese Einsichten trugen zu einer Linderung der Depression bei und gaben der Patientin ein wenig die Hoffnung, etwas in ihrem Leben verändern zu können.

Das Auftreten der sich aufdrängenden Erinnerungsbilder blieb im Wesentlichen jedoch unbeeinflusst davon, und vermittelte der Patientin weiterhin ein Gefühl von Unsicherheit und Unfähigkeit, ihr Erleben steuern zu können. Da die Patientin anfangs noch zu ängstlich war, sich mit ihren Erinnerungen und den damit zusammenhängenden Bildern näher auseinanderzusetzen und sich das alles nur vom Leib halten wollte, empfahl ich ihr zunächst einige in der Traumatherapie häufig angewandten Übungen zur Stabilisierung und Selbstberuhigung. Beim Einsatz solcher Übungen sollte man sich bewusst darüber sein, dass auch hier die damit verfolgten Zwecke (Stabilisierung oder Selbstberuhigung) nicht automatisch erreicht werden (vgl. Stemberger 2012, 44). Dieser Patientin halfen jedoch einige der Übungen, wie z.B. die Fokussierung auf ihr gegenwärtiges Körpererleben, was sie mehr in der Gegenwart hielt und ihr Entspannung ermöglichte. Außerdem lernte sie beim Aufkommen der negativen Bilder etc. diese mittels einer Variante der Tresorübung (vgl. Huber 2003) imaginativ einzufrieren und wegzupacken, wodurch das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten gestärkt wurde.

Intrusionen und Flashbacks aus trauma-therapeutischer Sicht

Im DSM („Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“) gelten Flashbacks und Intrusionen als typische Symptome einer Traumatisierung und werden dem intrusiven Symptomkomplex zugeordnet (Kriterium B).¹



© alphaspirit-Fotolia.com

Unter Intrusionen versteht man das ungewollte Denken an traumatische Ereignisse, die aber als Erinnerung erkennbar bleiben. Mit Flashbacks hingegen meint man das unwillkürliche Wiedererleben traumatischer Erfahrungen in Form innerer Filme bzw. Bilder, die nicht als Erinnerung, sondern als gerade unmittelbar angetroffen erlebt werden.

Zur Entstehung solcher Phänomene

gibt es in der trauma-therapeutischen Fachliteratur verschiedene Erklärungsansätze, die v.a. auf neurobiologischen Untersuchungen zur Stressphysiologie beruhen. Sie behaupten, dass traumatische Erfahrungen nicht in derselben Weise wie andere Erinnerungen erlebt, verarbeitet und abgespeichert werden. Van der Kolk schreibt zum Beispiel, „(...) daß es einen drama-

tischen Unterschied gibt, wie traumatische Erinnerungen und wie andere bedeutsame persönliche Ereignisse erlebt werden“ (Van der Kolk 2000, 231). Dieser Unterschied macht sich in der therapeutischen Praxis so bemerkbar, dass traumatische Erinnerungen weit aus weniger differenziert sind als andere Erinnerungen und oft nur voller Angst, fragmentiert oder ohne jegliches begleitendes Gefühl erlebt und beschrieben werden.

Für diese psychologisch unterschiedliche Nachwirkung des Erlebens traumatischer und nicht-traumatischer Ereignisse wird in der

¹ Für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind gemäß DSM IV verschiedene Kriterien erforderlich: ein traumatisches Ereignis (Kriterium A), der intrusive Symptomkomplex (Kriterium B), Vermeidungsverhalten (Kriterium C) und Hyperarousal (Kriterium D) (vgl. Flatten 2003, 39).

trauma-therapeutischen Literatur allerdings keine psychologische Erklärung angeboten, sondern eine rein physiologische. In Bezug auf traumatische Erfahrungen und das Auftreten von Flashbacks und Intrusionen meint auch Sachsse: "Damit gibt es künftig eine besondere Art von Erfahrungen, die man in Parallele zu somatischen Traumatisierungen als ‚**Erinnerungsabszesse**‘ bezeichnen könnte. Diese weder im Kortex noch durch Träume gut verarbeiteten traumatischen Erfahrungen sind möglicherweise der Kern der **Intrusionen** und **Flashbacks** und damit der wichtigsten Formen der Posttraumatischen Belastungsstörung. Solche Erfahrungen haben die Tendenz, sich nach dem Trauma zunächst wieder und wieder aufzudrängen." Weiters schreibt er: "Solche Intrusionen sind gerade keine gelassenen Erinnerungen, sondern es sind reaktivierte Erfahrungen" (Sachsse 2004, 52, Hervorhebung Sachsse).

Es scheint mir sinnvoll, nach einer psychologischen Erklärung für das Auftreten dieser Art von Erinnerungen und Bildern zu fragen

Intrusionen und Flashbacks aus gestaltpsychologischer Sicht

Im Rahmen gestaltpsychologischer Überlegungen könnte man den Grund für das Auftreten von Intrusionen und Flashbacks darin sehen, dass es sich um eine Art "unfinished business" handelt, das nach Erledigung drängt. Dies ließe sich auf die grundlegende Annahme der Gestalttheorie im Sinne der selbstregulierenden Funktion der "Prägnanztendenz" (vgl. Metzger 2001, 331ff) zurückführen, dass es einen natürlichen Drang gibt, Gestörtes in Ordnung zu bringen bzw. Unvollständiges zu vollenden.

Das Erinnern unabgeschlossen-er Aufgaben bzw. Handlungen als

auch deren Wiederaufnahme ist im Rahmen der Berliner "Untersuchungen zur Handlungs- und Affektpsychologie" von den Lewin- Schülerinnen Zeigarnik (1927) und Ovsiankina (1928) untersucht worden (vgl. Lindorfer & Stemberger 2012).

Im Anschluss an die Untersuchungen von Zeigarnik (1927) kann man das spontane Wiederkehren der Erinnerung an die traumatische Szene als einen Hinweis dafür sehen, dass eine psychologisch unabgeschlossene Handlung oder Situation vorliegt, die auf einen Abschluss hindrängt.

Mit dem leibhaftigen Vater könnte diese Situation natürlich nicht mehr abgeschlossen werden, da dieser inzwischen bereits verstorben war. Denkbar wäre hingegen ein Abschluss mit dem weiterhin vorhandenen und wirksamen phänomenalen, erinnerten Vater. Das Auftreten der intrusiven Erinnerungen und Flashbacks verweist ja auf das Vorhandensein und Wirksamwerden psychischer Spannungssysteme, welche das Erleben weiterhin beeinflussen.

Entsprechend der Lewinschen Feldtheorie sind psychische Spannungssysteme an das Vorhandensein zentraler seelischer Bedürfnisse gebunden. Im Falle der Patientin handelte es sich bei der Erinnerung an die traumatische Szene um eine psychologische Situation des gefängnisartigen Ausgeliefertseins an Angst, begleitet vom Gefühl völliger Ohnmacht. Das Bedürfnis, aus dieser Situation zu fliehen oder sich durch Gegenwehr zu befreien, konnte damals nicht umgesetzt werden, da die Patientin noch ein Kind war - die einzige Fluchtmöglichkeit war die in die Erstarrung und damit in die Abspaltung von einem Großteil des Erlebens. Solche Abspaltungen scheinen im Rahmen traumatischer Erlebnisse

häufig aufzutreten. Man kann also davon ausgehen, dass auch die damit verbundenen Spannungssysteme von den angrenzenden psychischen Regionen abgespalten werden und relativ isoliert mit relativ starken Abgrenzungen zu den angrenzenden Regionen weiterbestehen, somit auch nicht von alleine langsam an Spannung verlieren, wie das bei weniger starken Grenzen der Fall wäre. Seelische Schwankungen (Krisen, aktuellen Ängsten etc.) oder äußere Auslöser wären bei einem solcherart relativ isoliert bestehenden Spannungssystem für das Auftreten der unwillentlichen bzw. unwillkürlichen Wiedererinnerung verantwortlich (vgl. Lindorfer & Stemberger 2012).

Die relativ starke Isolierung dieses Spannungssystems könnte auch die Erklärung dafür liefern, dass es beim Flashback zu dem von Gerhard Stemberger bereits beschriebenen Phänomen - nämlich der spontanen Herausbildung eines zweiten anschaulichen Gesamtfeldes - bei gleichzeitigem weitgehenden bis vollständigen Verlust des Kontakts zum primären Gesamtfeld kommt. Stemberger schreibt, "(...) dass es nämlich unter bestimmten Voraussetzungen dazu kommt, dass in unserem Erleben nicht nur ein Ich und seine Umwelt vorhanden ist, sondern sich ein zweites Ich mit einer zugehörigen zweiten Umwelt herausbildet." (Stemberger 2009, 12) Im Rahmen von Flashbacks tritt das erste anschauliche Gesamtfeld völlig in den Hintergrund, während das zweite anschauliche Gesamtfeld derart dominant wird, dass die betroffene Person sich in diesem zweiten anschaulichen Gesamtfeld regelrecht gefangen fühlt und eine Rückkehr ins primäre Gesamtfeld kaum mehr möglich erscheint.

Zurück zum Fallbeispiel

Nach geraumer Zeit hatte die Patientin bereits ausreichend Vertrauen in die gemeinsame therapeutische Beziehung entwickelt und überdies auch positive Erfahrungen im Hinblick auf ihre Handlungsfähigkeit mit den bereits genannten Übungen gemacht. Da ich die Patientin für stabil genug hielt, sich mit der unabgeschlossenen traumatischen Szene der Vergangenheit zu konfrontieren und ich darin eine Möglichkeit zur Verringerung bzw. Beseitigung der Flashbacks sah, schlug ich ihr eine Bearbeitung der alten Szene mit Hilfe der Bildschirm-Technik vor. Dazu klärte ich sie über den Zweck und den Ablauf der Bildschirm-Technik auf. Nachdem die Patientin zugestimmt hatte, erläuterte ich ihr die Instruktionen zu diesem therapeutischen Vorgehen (Fernbedienung in den Händen, um den Film jederzeit anhalten zu können, Bild einfrieren können, Stoppsignal an mich usw.). Ich verwies dabei v.a. auf die Möglichkeit langsam vorzugehen, als auch jederzeit aussteigen zu können. Besonders beruhigend wirkte meine Zusicherung, dass ich die ganze Zeit unterstützend an ihrer Seite wäre. Für die Sitzung mit der Bildschirm-Technik vereinbarten wir eine Doppeleinheit, um ausreichend Zeit für die Arbeit und die Nachbesprechung derselben zu haben.

Einsatz der Bildschirm-Technik

Die für die Arbeit mit der Bildschirm-Technik geplante Sitzung verlief langsam und achtsam. Ich besprach mit der Patientin zuvor nochmals den gesamten Ablauf und versicherte ihr, dass ich da sei, um sie jederzeit zu unterstützen. Nebeneinander sitzend sahen die Patientin und ich uns im ersten "Durchlauf" die bei ihr häufig als Flashback aufblitzende Szene aus ihrer Kindheit an, in der ihr Vater

vor ihr stand und ihr Schläge androhte - diesmal aber wie einen alten Film über Ereignisse, die dort und damals passiert waren. Dabei leitete ich die Patientin an, das Geschehen aus der Perspektive der dritten Person (im trauma-therapeutischen Sprachgebrauch: "gesteuerte Dissoziation") zu schildern (also nicht "Der Vater schaut mich drohend an", sondern: "Der Vater schaut sie drohend an"). Dies ist ein häufig angewandtes Vorgehen bei der Bildschirm-Technik und dient mehreren Zwecken: Die Patientin soll die Erfahrung machen, dass sie das gesamte Geschehen distanziert ansehen kann, ohne davon überwältigt zu werden. Sie soll erleben, dass sie im Gegensatz zur Vergangenheit, wo sie allem nur ohnmächtig ausgeliefert war, das Geschehen heute kontrollieren und steuern kann (das kann noch dadurch verstärkt werden, dass sie eine "Fernbedienung" zur Steuerung des "Films" in den Händen hat). Gleichzeitig erhält die Therapeutin während des ersten Durchlaufs einen guten Überblick über das Gesamtgeschehen und bekommt - anhand vegetativer Zeichen - oft einen Eindruck davon, an welchen Stellen es für die Patientin besonders schwierig werden könnte. Im Fall dieser Patientin verlief der erste Durchgang mit der Bildschirm-Technik recht gut. Sie war zwar nervös, konnte das Ganze aber schildern, ohne sich in dieser Sequenz überwältigt zu fühlen. Ich schlug ihr daraufhin vor, im nächsten "Durchlauf" zu versuchen, sich selbst in die Szene hinein zu begeben und sich mit dem Mädchen in der Szene zu identifizieren. Dabei solle sie ihr Erleben in der ersten Person Gegenwart (im trauma-therapeutischen Sprachgebrauch: "gesteuerte Assoziation") schildern und darauf achten, was sie fühle und körperlich empfinde. Sie beschrieb ihr Erleben folgendermaßen: "Ich stehe im Zimmer, mein Vater vor mir, ich habe Angst, ich

kann mich nicht rühren, er schaut schon wieder so finster, er ist grantig, es riecht nach Alkohol gleich wird er zuschlagen. Ich kann nichts tun." Während sie das sagte, war für mich eine Veränderung zu erkennen: Der Blick der Patientin wirkte nach vorne fixiert, etwas tranceartig, ihre Körperhaltung war gespannt und ihre Stimme klang zittrig und gepresst. Um die Patientin zu unterstützen, erwähnte ich, dass ich an ihrer Seite sei. Außerdem schlug ich ihr im Sinne des "therapeutischen Doppels" vor, sie solle ihrem Vater sagen, dass sie jetzt groß sei und sich das nicht mehr gefallen lasse. Sie wiederholte meine Worte zögerlich, woraufhin ich sie ermutigte, das Ganze mehrmals, lauter und in eigenen Worten zu sagen. Während sie das tat, wurde ihre Stimme kräftiger, bis sie schlussendlich in Tränen ausbrach. Das Weinen der Patientin wirkte auf mich so, als ob sie dadurch aus ihrer Starre herauskäme. Auf meine Frage, was sie jetzt wolle, antwortete sie: "Gehen". Ich antwortete ihr, dass sie das tun könne. Sie solle mit ihrer Aufmerksamkeit ins Behandlungszimmer zurückkommen. Dann bat ich sie, aufzustehen und im Raum herumzugehen und ihren Körper ganz bewusst wahrzunehmen.

In der Nachbesprechung des gerade Erlebten war es der Patientin ein Bedürfnis, nochmals von den damaligen Ängsten zu erzählen, wobei sie sehr viel weinte. Am Ende der Stunde fühlte sie sich insgesamt erschöpft, aber auch erleichtert.

Zum weiteren Verlauf ist zu sagen, dass die Flashbacks erst nach einiger Zeit völlig verschwanden, sich die Häufigkeit ihres Auftretens aber deutlich verringerte.

Reflexion der Wirkfaktoren

Die Ermutigung der Patientin und die therapeutische Beziehung

Ein zentrales Ziel der Psychotherapie war die Ermutigung bzw. Entängstigung der Patientin. Die Frage nach dem Umgang mit der Angst von PatientInnen wurde von Gerhard Stemberger in einem Beitrag unter Bezug auf die Untersuchungen von Jean Arsenian aufgegriffen, worin er unterschiedliche Möglichkeiten für den Umgang mit der Angst aufzeigt (vgl. Stemberger 2012).

Gerhard Stemberger schreibt, dass man in der therapeutischen Arbeit mit den PatientInnen am "Objektpol", also der differenzierteren Wahrnehmung der Umwelt arbeiten kann, so "(...) dass diese Umwelt ihren Schrecken zu verlieren beginnt" (Stemberger 2012, 44). Eine andere Möglichkeit besteht in der Arbeit am "Subjektpol", womit die Stärkung der Person im Sinne des Entdeckens der eigenen Möglichkeiten und Ressourcen gemeint ist. Übertragen auf die Patientin des Fallbeispiels ermöglichten die differenzierten Gespräche über ihre Kindheit der Patientin ihre vergangenen Erfahrungen zwar als "schrecklich" anzuerkennen, dabei jedoch zu realisieren, dass das Erlebte vorbei ist. Des Weiteren hatte das Entdecken der eigenen Steuerungs- bzw. Handlungsfähigkeit bei der Patientin ebenfalls zur Verminderung ihrer Angst beigetragen. Ein anderer Aspekt im Hinblick auf die Ermutigung der Patientin war die Verlässlichkeit der therapeutischen Beziehung, was sich in mehrfacher Hinsicht auswirkte. Im Gegensatz zu den Erfahrungen in der Vergangenheit erlebte die Patientin in der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine gelassen wurde. Außerdem wurde während der Bearbei-

tung der alten Szene mit der Bildschirm-Technik durch das Dasein und die Unterstützung der Therapeutin das "Machtfeld der Patientin" quasi durch die "Heranziehung des Machtfeldes der Therapeutin" gestärkt. Stemberger weist zu Recht darauf hin, dass es sich hierbei "um Krücken handelt, die nicht ohne Notwendigkeit (...) eingesetzt werden sollten" und stellt dazu fest: "(...) das Ergebnis der Therapie soll schließlich nicht die Erzeugung neuer Abhängigkeiten (...) sein, sondern die Vergewisserung über die eigenen Einflussmöglichkeiten" (Stemberger 2012, 44). Mit Bedacht auf diesen Aspekt sowie vor dem Hintergrund einer kritischen Selbstreflexion der Therapeutin bezüglich der eigenen Machtposition in der therapeutischen Beziehung, könne jedoch von der Macht der Therapeutin **vorübergehend und im Dienste der Patientin** Gebrauch gemacht werden (Hervorhebung Sternekl).

Die unabgeschlossene Situation zu einem Abschluss bringen

Das unwillkürliche Auftreten von intrusiven Erinnerungen wie auch von Flashbacks könnte, wie bereits gesagt, auf eine unabgeschlossene Situation hindeuten. Es stellt sich daher die Frage, was sich dazu eig-

net, das seit damals unabgeschlossenen Gebliebene heute zu einem Abschluss zu bringen, um damit auch die Chance zu erhöhen, den quälenden Intrusionen und Flashbacks die Grundlage zu entziehen. Im Falle der beschriebenen Patientin handelte es sich nicht um eine unterbrochene Situation, die man heute einfach wieder aufgreifen und weiterverfolgen konnte, sondern um eine in der Vergangenheit unabgeschlossen gebliebene Situation, die real nicht mehr aufgegriffen werden kann, da ihr Vater inzwischen verstorben ist. Um diese unerledigte Situation in der Gegenwart zufriedenstellend (auf-) zu lösen, bedarf es daher einer Art von "Ersatzerledigung"- aber was ist damit überhaupt gemeint?

Wera Mahler (1899-1991), die als Lewin-Mitarbeiterin mit ihrer Arbeit über die Psychologie der Ersatzhandlung bekannt geworden ist, stellt in ihrer Untersuchung fest, dass die Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen sinkt, wenn es zu einer Erledigung der entsprechenden Handlung in Form einer Ersatzhandlung gekommen ist (vgl. Mahler 1933/1993). Hier wird also von Fällen ausgegangen, in denen die reale Fortführung der unterbrochenen Handlung nicht mehr möglich ist.



In ihrer Untersuchung über die unterschiedlichen Realitätsgrade von verschiedenen Arten von Ersatzhandlungen betont Mahler die Bedeutung des Ersatzes für das psychische Leben: "Eine spontane Ersatzhandlung tritt häufig in einer Situation auf, in der man sein Ziel nicht erreichen kann. Die Ersatzhandlung kann sich auf der Ebene der Realität vollziehen; sie kann aber auch in Fällen, in denen die Verhältnisse in der Realitätsebene zu schwierig werden, den Boden der Realität verlassen und in irreale Schichten hineingleiten ('Flucht' in die 'Träumerei', ins 'Phantasiereich', in die Krankheit)." (Mahler 1933/1993, 81f).

Dieses Wissen lässt sich in der Psychotherapie fruchtbar nutzen, indem man sich überlegt, welche Formen von Ersatzerledigungen dazu dienen können, eine vergangene unerledigte Situation in der Gegenwart zu einem Ende zu bringen, wenn ein reales Wiederaufgreifen und Abschließen nicht mehr möglich sein sollte. Es gibt in der psychotherapeutischen Praxis mehrere Möglichkeiten für ein solches Vorhaben. Man kann z.B. die Patientin dazu anleiten, eine heilsame Geschichte zu erfinden, ein Bild zu malen, einen Brief an jemanden zu schreiben oder eine Arbeit mit dem leeren Stuhl oder mit der Bildschirm-Technik zu machen. Im Grunde handelt es sich bei den meisten dieser Vorgehensweisen oder "Techniken" um verschiedene Arten der Anleitung zu Ersatzhandlungen, jedoch - wie einschlägige Forschungsarbeiten und Erfahrungen zeigen - mit unterschiedlich hohem Ersatzwert.

In Mahlers Untersuchungen wurde festgestellt, dass im Allgemeinen der Ersatzwert des "Handelns" größer als der des "Redens" oder des "Denkens" ist, da die Realitätsstufe des "Handelns" größer ist - ein Ergebnis, das z.B. auch die

hohe Wirksamkeit von erlebnisaktivierenden Interventionen in der Psychotherapie erklären würde. Bei einer genaueren Betrachtung hängt der Ersatzwert einer Ersatzbeendigung jedoch letztlich davon ab " (...) ob das innere Handlungsziel der Grundaufgabe durch die Ersatzbeendigung im wesentlichen erreicht wird oder nicht" (Mahler 1933/1993, 106f). Damit die Ersatzbeendigung - also die jeweils gewählte therapeutische Vorgehensweise - zu einer hinreichenden Entspannung der sog. Spannungssysteme führt, müssen die mit den Bedürfnissen der betroffenen Patientin zusammenhängenden Ziele erreicht werden.

In unserem Fallbeispiel war das Sprechen über die damaligen Ereignisse für die Patientin zwar hilfreich und trug zu einer Linderung der Symptome bei. Dabei spielte auch eine Rolle, dass die Therapeutin durch das Zuhören zur Zeugin ihres Leids wurde und damit eine soziale Tatsache geschaffen wurde, wodurch "(...) dieses Mitteilen aber zugleich den Charakter einer Realisierung oder jedenfalls einer ganz entschiedenen Steigerung des Realitätsgrades" (Mahler 1933/ 1993, 113) erhielt. Der Ersatzwert des bloßen Sprechens über die damaligen Ereignisse war aber nicht groß genug, um die Situation von damals zum Abschluss zu bringen. Dafür brauchte es darüber hinaus nicht zuletzt auch das tatsächliche wiederholte Erleben der inzwischen erworbenen Möglichkeiten, für die eigene Sicherheit zu sorgen, sich wehren zu können und auch sonst in herausfordernden Situationen etwas bewirken zu können.

Die Arbeit mit Bildschirm- Techniken als eine Form der Ersatzhandlung vor dem Hintergrund des Mehr- Felder-Ansatzes

Meines Erachtens eignet sich der Einsatz von Bildschirm-Technik-

en für die Bearbeitung von Flashbacks deshalb gut, da er etwas aufgreift, was im Erleben der PatientInnen sowieso spontan bereits vor sich geht - nämlich die spontane Herausbildung eines zweiten anschaulichen Gesamtfeldes - jedoch mit dem wichtigen Unterschied, dass PatientInnen lernen, das primäre Gesamtfeld dominant zu halten und von dieser sicheren Basis aus das Erleben im zweiten Gesamtfeld zuerst zu steuern und mit der Zeit in eine konstruktive Wechselbeziehung mit dem primären Gesamtfeld zu bringen.

Wie im vorderen Teil dieses Beitrags bereits herausgearbeitet, haben wir es bei den hier behandelten Intrusionen und Flashbacks mit Konstellationen mit folgender Besonderheit zu tun: Bei der Klientin bildet sich unter bestimmten Voraussetzungen meist plötzlich und ohne Vorwarnung ein zweites phänomenales Ich in einer zweiten phänomenalen Umwelt heraus - ein zweites phänomenales Gesamtfeld. Im Unterschied zu anderen Fällen der Herausbildung eines zweiten Gesamtfeldes, zum Beispiel beim Tagträumen, weisen die hier behandelten Fälle zwei Besonderheiten auf:

Erstens wird das zweite Gesamtfeld praktisch übergangslos und automatisch uneingeschränkt dominant und es sind praktisch alle Wechselwirkungen mit dem primären Gesamtfeld unterbrochen. Zweitens weist dieses zweite Gesamtfeld eine extrem entdifferenzierte Struktur auf, mit einem zweiten phänomenalen Ich, das praktisch nur mehr eine einzige Erlebens- und Verhaltensmöglichkeit hat, in einer ähnlich extrem entdifferenzierten Umwelt ohne Schattierungen und Variationsmöglichkeiten. Dementsprechend ist auch das Erleben in diesem zweiten Gesamtfeld in der Regel von einem völlig alternativlosen Ausgeliefertsein

geprägt.

Geht man davon aus, dass das ständige Auftauchen von Intrusionen und Flashbacks letztlich nur überwunden werden kann, wenn die dabei auftauchenden Szenen der Patientin in anderer Weise verfügbar und bearbeitbar gemacht werden können, ergibt sich daraus das therapeutische Angebot, sich mit diesen Szenen in einem geschützten Rahmen auseinanderzusetzen. Die diversen Bildschirm-Techniken bieten sich dafür insofern als geeignet an, als sie schon von ihrer Anlage her zwei "Räume" oder Bereiche des Geschehens festlegen: einen "Zuschauer- und Fernsteuerbereich" und einen "Ereignis- und Mitwirkens-Bereich". Damit werden der Patientin, die sich sonst im Flashback-Geschehen in einem einzigen Raum gefangen und abgeschnitten von der ganzen übrigen Welt erlebt, von vornherein zwei Räume zur Verfügung gestellt, die zudem in einer äußerlich abgesicherten Verbindung miteinander stehen, und auch zwei „Iche“, von denen eines geschützt, in positiver Gesellschaft und mit Steuerungsmitteln im ersten, dem "Zuschauer- und Fernsteuerbereich" sitzt. Auf Grundlage dieser strukturellen Absicherung kann der Patientin nun auch der Vorschlag gemacht werden, sich der ansonsten so ängstigenden Szene in einem zweiten Gesamtfeld in verschiedenen Variationen der Ichbeteiligung zu stellen.

Durch den von Sachsse (2004) beschriebenen Einsatz so genannter „gesteuerter Dissoziation“ und „gesteuerter Assoziation“, kommt es zu einem Wechsel zwischen verschiedenen Arten der Erlebnissaktivierung. Je nach Belastbarkeit der betreffenden Patientin kann die Beteiligung des Ichs am Erleben der Szene durch die gezielte Aufforderung zur Distanzierung

geringer gehalten werden oder eben, wenn dies möglich ist, durch die Aufforderung zur Identifikation vertieft werden.

Im vorliegenden Fallbeispiel konnte die Patientin sich mit dem Mädchen der Szene identifizieren und ihren Vater unmittelbar anrufen, was ihr eine Veränderung ihres Erlebens und Verhaltens in der Szene selbst ermöglichte. Die Möglichkeit zur Veränderung ist dem Umstand zu verdanken, dass das zweite anschauliche Gesamtfeld einen höheren Grad an Flüssigkeit und Flexibilität aufweist als das erste anschauliche Gesamtfeld (vgl. Stemberger 2009, 19). Diese Begegnung eines gestärkten und ermutigten Ich in einem differenzierteren Umfeld mit dem phänomenalen Vater kann im gelungenen Fall den Charakter einer Ersatzerlebung haben, deren Wirksamkeit auf dem lebendigen Antreffen und Verändern der Szene und nicht nur in einem Erzählen **über** diese Szene beruht.

Auf Seiten der Therapeutin kann sich während der Bildschirmarbeit ebenfalls ein zweites anschauliches Gesamtfeld mit der Szene ihrer Patientin herausbilden, an der ihr eigenes zweites phänomenales Ich als körperloses Beobachter-Ich oder auch in Verschmelzung mit dem Patientinnen-Ich Anteil nimmt. Das setzt auf ihrer Seite ein entsprechendes Sich-Einlassen auf das Erleben ihrer Patientin voraus und kann es ihr erleichtern, mit dem Geschehen in der Erlebniswelt der Patientin in enger Fühlung zu bleiben. Gleichzeitig hat die Therapeutin dann aber dafür zu sorgen, dass sie trotz ihres Miterlebens nicht völlig in ihrem zweiten anschaulichen Gesamtfeld aufgeht, sondern fähig bleibt, flexibel zwischen ihrem ersten und zweiten anschaulichen Gesamtfeld hin und her zu pendeln, wie es auch ihre Patientin in diesem Setting

lernen soll. Dadurch behält sie als Therapeutin die nötige Kontrolle, um das therapeutische Geschehen zu lenken und die Patientin im Falle der Überforderung oder des Steckenbleibens dabei zu unterstützen, aus ihrem Erleben wieder in den sicheren therapeutischen Raum und damit in ihr erstes anschauliches Gesamtfeld zurückzukehren.

Die in der Trauma-Therapie empfohlenen Interventionen zur sog. Re-Orientierung (vgl. Huber 2003) oder der Dissoziationsstop (vgl. Sachsse 2004) dienen dazu, die Patientinnen ins Hier und Jetzt zurück zu holen. In der Regel bewirken diese Interventionen eine Störung des momentanen Erlebens, also im heiklen Fall der Überflutung der Patientin im zweiten anschaulichen Gesamtfeld. Durch solche Störungen seitens der Therapeutin kann der Zerfall des zweiten anschaulichen Gesamtfelds bei der Patientin bewirkt werden, so dass das erste anschauliche Gesamtfeld wieder dominant werden kann.

Auch die in Trauma-Therapien üblichen Übungen zur bewussten Körperwahrnehmung, zum sog. Verankern im gegenwärtigen körperlichen Erleben usw. unterstützen diesen Vorgang, da das erste anschauliche Gesamtfeld in der Regel weitaus mehr mit den Körpersinnen verbunden ist und so die Herausbildung eines zweiten Gesamtfeldes erschwert bzw. das Zurückpendeln in das erste Gesamtfeld gefördert werden kann.

Die bewusste und geplante Lenkung all dieser Vorgänge ist Aufgabe der Therapeutin und verlangt, dass die Therapeutin im gesamten Prozess in Kontakt mit der Patientin bleibt, um das Erleben der Patientin mitzubekommen und angemessen darauf reagieren zu können.

Fazit Fallbeispiel

Die Arbeit mit der Bildschirm-Technik ermöglichte der Patientin die im Rahmen der Flashbacks wiederholt auftauchende unerledigte Situation zu einem Abschluss zu bringen. Durch das tatsächliche Erleben ihrer Handlungsfähigkeit in der Konfrontation mit ihrem phänomenal erinnerten Vater gewann die Patientin an Selbstvertrauen und konnte in Folge auch andere Lebensherausforderungen besser meistern.

Abschluss

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Bildschirm-Techniken in die gestalttheoretische Psychotherapie integrierbar sind und je nach therapeutischer Zielsetzung eine sinnvolle und variierbare Interventionsform darstellen können. Sie lassen sich unterschiedlich einsetzen, wo die Herstellung einer gewissen phänomenalen Distanz zur Herstellung der Arbeitsfähigkeit notwendig erscheint - sei es in der Bearbeitung belastender Erlebnisse aus der Vergangenheit, sei es in der Vorbereitung auf belastende

Situationen (wie z.B. eine Prüfung etc.) in der Zukunft.

Literatur

- Bandler, Richard (1987): *Veränderung des subjektiven Erlebens. Fortgeschrittene Methoden des NLP*. Paderborn: Junfermann.
- Flatten, Guido (2003): Abriss über den aktuellen Stand bei den Traumafolgestörungen ASD und PTSD. In: Günther H. Seidler, Parfen Laszig, Ralph Micka & Björn V. Noltin (Hg.) *Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie-Krankheitsbilder-Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag (2003, 35-54).
- Fraser, George A. (1991): The dissociative table technique: a strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy". *Dissociation* Vol. (4) 4, 205-213.
- Goldstein, Kurt (1934/2014): *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*. Erstauflage 1934. Neuauflage, hrsg. von Thomas Hoffmann & Frank W. Stahnisch (2014). Paderborn: Verlag Wilhelm Fink.
- Huber, Michaela (2003): *Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2*. Paderborn: Junfermann.
- Lindorfer, Bernadette & Stemberger, Gerhard (2012): Unfinished Business. Die Experimente der Lewin-Gruppe zu Struktur und Dynamik von Persönlichkeit und psychologischer Umwelt. *Phänomenal. Zeitschrift für Gestalttheoretische Psychotherapie* 4(1-2), 63-70.
- Mahler, Vera (1933/1993): Ersatzhandlungen verschiedenen Realitätsgrades. Untersuchungen zur Handlungs- und Affektpsychologie XV *Psychologische Forschung* 18, 27-89. In: *Gestalt Theory* 15(2), 80-142.
- Metzger, Wolfgang (2001): *Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments*. Wien: Krammer Verlag.

- Ovsiankina, Maria (1928): Die Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen. *Psychologische Forschung* 11 (3/4), 302-379.
- Putnam, Frank (1989): *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York/London: Guilford Publications.
- Sachsse, Ulrich (Hrsg., 2004): *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Spiegel, David & Spiegel, Herbert (1978): *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books (2. Auflage 2004).
- Spiegel, David (1989): Hypnosis in the treatment of victims of sexual abuse. *Psychiatr Clin North Am.*; 12(2), 295-305.
- Stemberger, Gerhard (2009): Feldprozesse in der Psychotherapie. Der Mehr-Felder-Ansatz im diagnostischen und therapeutischen Prozess. *Phänomenal. Zeitschrift für Gestalttheoretische Psychotherapie* 1 (1), 12-19.
- Stemberger, Gerhard (2009): Gesamtfeld, anschauliches. Lexikon zur Gestalttheoretischen Psychotherapie. *Phänomenal. Zeitschrift für Gestalttheoretische Psychotherapie* 1 (1), 34-35.
- Stemberger, Gerhard (2012): Angstspezifische Techniken in der gestalttheoretischen Psychotherapie. *Phänomenal. Zeitschrift für Gestalttheoretische Psychotherapie* 4(1-2), 40-45.
- Van der Kolk, Bessel A. (2000): Trauma und Gedächtnis. In: Bessel A. van der Kolk, Alexander C. Mc Farlane, Lars Weisaeth (Hrsg.): *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann (2000, 221-240).
- Zeigarnik, Bluma (1927): Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen. *Psychologische Forschung* 9, 1-85.
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Bildschirmtechnik> (31.03.2014)



Gestalttheorie aktuell

Handbuch zur Gestalttheorie • Band 1
Herausgegeben von Hellmuth Metz-Göckel

314 Seiten, € 25,--
ISBN 978 3 901811 36 4

Mit Beiträgen von
Jürgen Kriz, Marianne Soff, Ferdinand Herget, Ernst Plaum, Michael Stadler u.v.a.

Die Anfänge der Gestalttheorie reichen in die 30er Jahre des vorigen Jahrhunderts zurück. Seitdem hat sie zahlreiche Weiterentwicklungen erfahren und gilt mittlerweile als bedeutende Metatheorie nicht nur der Psychologie, sondern auch vieler anderer Disziplinen.

Der vorliegende Band beschäftigt sich in seinen Beiträgen sowohl mit den Grundannahmen der Gestalttheorie, als auch mit ihren systemtheoretischen Weiterentwicklungen. Er bietet Vertiefungen in den traditionellen psychologischen Disziplinen neben neuen, fruchtbaren Ansätzen in den Bereichen Sprache, Didaktik, Kunst und Musik.