

Integrative Gestalttherapie und Persönlichkeitsdiagnostik

Die Erweiterung des Diagnostikkonzeptes von L. Jacobs um die ängstlich-vermeidende bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

GESTALTTALK am IGWien
25.4.2018

Mag. Barbara Wisnecky

Innerhalb der Integrativen Gestalttherapie

... keine homogene Sichtweise bezüglich Diagnostik

... keine einheitliche Herangehensweise an das Phänomen der Persönlichkeitsstörungen (PST)

... verschiedene PST-Modelle einzelner AutorInnen, jedoch unzusammenhängend und teils widersprüchlich (Dreitzel, 2004)

(z. B. Tobin, 1982; From, 1987; Delisl, 1991; Yontef, 1999; Votsmeier, 2001; Müller, 2001; Dreitzel, 2004; Hartmann-Kottek, 2012; Jacobs zitiert n. Toebe, 2013)



Kritik an (Persönlichkeits-)Diagnostik

- ... mangelnde Berücksichtigung des Feldes
- ... Problematik der Verkürzungstendenzen
- ... Gefahr der „Abstempelung“ (Etikettierung) durch Krankheit
- ... Gefahr des Sich-Herausnehmens aus dem Kontakt (Hutterer-Krisch, 2007b).

Kritik an Klassifikationssystemen (ICD und DSM):

- ... Mensch als Ansammlung isolierter Defizite und Entgleisungen (Stemberger, 2005).
- ... fehlende Offenheit, Einfühlsamkeit, Wärme und Achtsamkeit gegenüber PatientInnen (Amendt-Lyon & Hutterer-Krisch, 2000).

... jedoch:

„Hinter jeder Intervention ist eine Diagnose, das heißt, du fällst, entweder absichtlich oder intuitiv, wischi-waschi, Entscheidungen darüber, was für den jeweiligen Patienten am besten ist. Hinter jeder Diagnose steht eine Persönlichkeitstheorie, ein System von Annahmen über das, was gesund ist, was die Gesundheit fördert.“ (Beaumont, 1988, S.329)

-> **„Nicht-Diagnostizieren geht nicht!“**

->> Diagnosen sorgsam stellen!!!

Vorteile der Persönlichkeitsdiagnostik

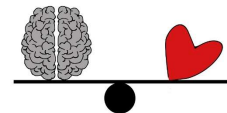
- Grundsatz: „**Ohne Diagnostik keine Behandlung**“ (ABER: Wissen um Schwierigkeiten, Awareness, sensibler Umgang notwendig!)
- Diagnosen als **momentane Arbeitshypothesen** (Suchen nach Bekanntem und Spezifischem) sind **unvermeidbar**; Diagnostik als Momentaufnahme im Hier und Jetzt mit der Option zur Veränderung
- passende theoretische **Orientierungshilfen** und Wegweiser für die Therapie mit Menschen mit unterschiedlichen Schwierigkeiten
- je größer die **theoretischen Bezugsmöglichkeiten** (Hintergrund), desto individueller können PatientInnen in ihrer Einzigartigkeit „erkannt“ werden; desto **spezifischer** kann **Therapie** an individuelle Bedürfnisse angepasst werden
- hypothesengeleitete Diagnose bzw. Hintergrundwissen über spezifische Persönlichkeitsstörung **stützt TherapeutIn** im Umgang mit dieser oft „schwierigen“ Personengruppe
- das Wissen der **PatientInnen** über ihre Diagnosen bringt oft **Entlastung** (Hoffnung auf Hilfe und Besserung)
- diagnostische Überlegungen stärken die Idee darüber, **was** in einer Therapie **getan werden kann** und sind nützlich, wenn PatientInnen ihre **Muster wiederholen** (Dreitzel, 2004).
- besseres Handhaben eigener **Gegenübertragungsimpulse** (Amendt-Lyon & Hutterer-Krisch, 2004)
- **Diagnose als Prozess**, in dem der Mensch als **Individuum** gesehen wird bei gleichzeitiger Beachtung von **Ähnlichkeiten und Unterschieden** in Bezug auf andere PatientInnen. Diagnostisches Wissen, um Zeichen zu erkennen und Interventionen richtig zu dosieren. (Beaumont, 1988) (**Wer braucht was und wann?**)



©B. Wisnecky (2018)

5

Herangehensweise



- > Diagnose im Rahmen der **Ich-Du-Beziehung**; **Gleichgewicht** zwischen PatientIn (Vordergrund) und eigener Konzepte, Erfahrungen etc. (Hintergrund)
- > **therapeutisches „Erkennen“** (griechisch „dia“=durch, „gnosis“=kennen) **auf mehreren Ebenen** (körperliche Prozesse, sprachlich-kognitive Ebene, Gefühle, Fantasien, Identifikationen, familiäre Einbettung bzw. Herkunft, sozio-politischer Kontext etc.) als **sinnvolle Ganzheit** (Beaumont, 1988)
- > **unterscheiden** zw. **Neurose, Psychose oder Persönlichkeitsstörung** und weitere **Behandlung gezielt** auf PatientIn abstimmen (Yontef, 1999)
- > „Herumprobieren und sich auf die **organismische Selbstorganisation** verlassen **reicht** bei Menschen mit PST **nicht!**“ ->> Klärung der Beziehungsgestaltung, um zentrale Themen zur rechten Zeit in der richtigen Reihenfolge aufzugreifen (Yontef, 1999)

©B. Wisnecky (2018)

6

-> gestalttherapeutische **Vorgehensweise** in Abhängigkeit der **spezifischen Persönlichkeitsstörung** (Hutterer-Krisch, 2007a)

-> **interdisziplinäre Anregungen** (z. B. psychodynamische Konzepte, OPD-2, strukturbezogene Psychotherapie), um PatientInnen besser verstehen zu können. Teilweise sind diese Konzepte kompatibel mit IGT! (z. B. Votsmeier-Röhr, 2014)

-> Gestalttherapeutische Persönlichkeitsdiagnostik: **ausführliche, differenzierte, dialogische** Herangehensweise (Darstellung der **Schwierigkeiten und Fähigkeiten!** sowie Gesamtdiagnose als **Verständigungsmittel!**)

-> PST sind Beziehungsstörungen. Aus der therapeutischen Beziehung ergeben sich diagnostische Hinweise -> **Gestalttherapie besonders geeignet** (vgl. z. B. Strukturbezogene Psychotherapie!)

Das Konstrukt „Persönlichkeitsstörung“



„Die Gegenwart kann sich in zufällige, unzusammenhängende Momente auflösen, wenn sie nicht eingebettet ist in eine umfassende Perspektive, die die Vergangenheit und die Zukunft in den Blick nimmt, d.h. eine Anschauung der menschlichen Entwicklung, einen Zugang zum Verständnis darüber, wie die Erfahrungen der Menschen zustandekommen, mit anderen Worten, eine Persönlichkeitstheorie.“
(Miller, 1985, S.53, zitiert nach Yontef, 1999, S.253)

- L. Perls: "Persönlichkeit" als das grundlegende Empfinden und Wissen von sich selbst als Person im Umweltfeld im Gegensatz zu „Persönlichkeitsfunktion“ als sichtbar werdenden Aspekt des Selbst. (Gremmler-Fuhr, 2001)
- F. Perls: „Neurosen, Psychosen und Psychopathien“ (letztere wohl als Zusammenfassung der heutigen Persönlichkeitsstörungen) (Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004)
Ein Symptom macht gemäß Perls einen Menschen zu einem bestimmten „Charakter“ und es kann sowohl als Ausdruck von Lebendigkeit als auch als Abwehr derselben verstanden werden. (Müller, 2001)

- **Persönlichkeit** („Persönlichkeitsstil“; „Persönlichkeitsakzentuierung“)
= individuelle Art des Denkens, Fühlens, Wahrnehmens, Reaktionsweisen, Interaktionsmuster
-> erlaubt uns zu wachsen und Leben zu meistern
-> Persönlichkeitsentwicklung als lebenslanger Prozess!
- Wenn Persönlichkeit starr und unflexibel und Betroffene darunter leiden:
- **„Persönlichkeitsstörung“** („komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“; „Interaktionsstörungen“)
-> Aufgrund kontinuierlicher Merkmalsabstufungen dimensionale Betrachtungsweise! (Fiedler, 2000; 2007)

„frühe Störungen“ vs. „PST“ vs. „strukturelle“ Störungen

Vorsicht vor begrifflicher Gleichsetzung!

„**frühe Störung**“: Begriff eher nicht mehr verwenden, da es darum geht, was ein Mensch *langfristig* erlebt. Schädigungen erfolgen nicht nur als Folge einzelner Traumata in der frühen Kindheit! Keine Kausalzusammenhänge herstellen! (Salem, 2004; Staemmler, 2011)

„**PST**“ entstehen i.d.R., wenn Wachstums- und Reifungsvorgänge über *längere* Entwicklungsspannen (meist beginnend in der frühesten Lebenszeit) hindurch durch *vielfältige*, ungünstige Bedingungen behindert werden (Feindt-Lange, 1998). (Votsmeier, 2001: „kumulativen Traumatisierungen“)

Für chronifizierte Leiden und (Beziehungs-)Schwierigkeiten ist eine **beziehungsdynamische Perspektive** (Verhältnis eines Menschen zu seinem Umfeld) **allein** als Erklärung oft **unzureichend**.

-> Daher Einbeziehung einer **strukturellen Sichtweise** (Richter, 2011)

Psychischer Struktur = „*das Gefüge von psychischen Funktionen und deren inneren Zusammenhalt, welches der Person ihre Selbstregulierung und kreative Anpassung in ihrer Lebensgestaltung und das Empfinden von Identität und Selbstwert ermöglicht.*“ (Votsmeier, 2001, S.715)

„strukturelle Störungen“:

- Aspekte der psychischen Struktur sind in ihrer Integration beeinträchtigt,
- Betroffene leiden oft an mangelndem inneren Zusammenhalt ihrer psychischen Funktionen (z. B. beeinträchtigte Selbstregulation, beeinträchtigt Identitätserleben und Selbstwert) (Hutterer-Krisch, 2007a)

Diagnostik der strukturellen Störungen mittels Struktur-Achse der **OPD-2** (Arbeitskreis OPD, 2006)
 -> phänomenologisch-interpersonelles Diagnoseinstrument; beinhaltet beziehungsorientierten Strukturbegriff; erfasst Verhalten und Erleben von PatientIn und TherapeutIn möglichst beobachtungsnah (Votsmeier, 2001)

Cave!

-> kein *automatischer* Rückschluss von klinischen Diagnosen (z. B. einer PST) auf das Vorhandensein einer strukturellen Störung! Für Letztere ist vielmehr der Grad des Integrationsniveaus der psychischen Struktur entscheidend.

-> es gibt auch Menschen mit relativ stark ausgeprägter struktureller Problematik, die jedoch nicht die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen!



©B. Wisnecky (2018)

13

PST im DSM-5 (Neuerungen)

- keine Unterscheidungen in Achsen (früher DSM-IV: Achse II)
- PST-Kategorien des DSM-IV wurden beibehalten (kaum inhaltl. Änderungen; eher sprachliche Anpassungen)
- Alternatives Modell PST („Hybrid-Modell“) im Teil III (nur als Anregung zur Erprobung und weiteren Forschung):
 - > weg von starrer Kategorisierung hin zu dimensionaler Betrachtung
 - > Kombination von Funktionsniveau (ab mittelgradigem Funktionsniveau störungswertig) und „Persönlichkeitsmerkmalen“ (Domains inkl. „Facetten“)
 - > phänomenologische, individuelle Betrachtung; psychoedukative Einsetzbarkeit; bessere Hinweise auf individuelle Therapiefoki (Mischung GAF und OPD-2)



©B. Wisnecky (2018)

14

Alternativmodell im Teil III des DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015)

- Annahme der Heterogenität psychischer Störungen auf vielen Ebenen, daher **dimensionale** Beurteilung verhaltensbezogener, neurobiologischer und psychologischer Aspekte eines klinischen Erscheinungsbildes als Ergänzung zur klassifikatorischen Diagnostik
- Persönlichkeitsstörungen als unangepasste Varianten von Persönlichkeitszügen mit **fließenden Übergängen** zur Normalität als auch zueinander
- Annäherung der **psychiatrischen** und **psychodynamischen Betrachtungsweise** von PST und zunehmendes gemeinsames Verständnis von Strukturkriterien bzw. von gesunder und beeinträchtigter Persönlichkeitsfunktion (Berberich, 2014)
- **Spezifische** PST: Antisoziale, Vermeidend-Selbstunsichere, Borderline-, Narzisstische, Zwanghafte und Schizotype Persönlichkeitsstörung
- Wenn PST angenommen wird, jedoch nicht d. Kriterien einer Spezifischen PST erfüllt sind: ->> „Persönlichkeitsstörung durch bestimmte Merkmale spezifiziert“ (**PS-MS**) (mind. eine Domäne ODER jeweils eine Facette aus allen Domänen) (früher: nicht näher bezeichnete PST)

- Beeinträchtigungen im **Funktionsniveau** der Persönlichkeit (Identität, Selbststeuerung, Empathie, Nähe) (Kriterium A)
- problematische **Persönlichkeitsmerkmale** (Kriterium B)

„Ein Persönlichkeitsmerkmal ist eine Tendenz, in relativ konsistenter Weise zu fühlen, wahrzunehmen, sich zu verhalten und zu denken, und dies über die Zeit und Situationen hinweg, in denen sich dieses Merkmal manifestiert.“ (S.1061) Diese Persönlichkeitsmerkmale sind bei allen Menschen in unterschiedlichem Ausmaß zu finden und können auf einem Spektrum von Merkmalsausprägungen lokalisiert werden. Das bedeutet, dass Persönlichkeitsstörungen auf einem Spektrum mit zwei entgegengesetzten Polen existieren.

5 **Domänen** der Variation von Persönlichkeitsmerkmale (umfassen insges. 25 weitere spezifische **Facetten**) :

Negative Affektivität (vs. Emotionale Stabilität)

Verschlossenheit (vs. Extraversion)

Antagonismus (vs. Verträglichkeit)

Enthemmtheit (vs. Gewissenhaftigkeit)

Psychotizismus (vs. Adäquatheit)

Der jeweils in Klammern gesetzte Pol stellt die gesunden, adaptiven und resilienten Persönlichkeitsmerkmale dar.

Ausblick auf PST im ICD-11

- Revisionsprozess ICD-10 seit **2012**
- aktuell **Beta-Version** einsehbar (wird laufend anhand von wissenschaftlichen Studien und ExpertInneninputs weiterentwickelt)
- <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f37291724> (letzter Zugriff am 21.4.2018)
- Verabschiedung **Juni 2018** geplant
- **neue Kapitelstruktur** (PST wahrscheinlich unter 06D10)
- **Funktionsniveau** zum Untersuchungszeitpunkt wird gerated (verschiedene Ausprägungsgrade: mild, moderat oder schwere Einschränkung) bzw. Unterscheidung in Persönlichkeits**störung** und Persönlichkeits**akzentuierung** (-> nicht störungswertig, aber auffällig; 06D11)
- Funktionsniveau und **Inhalt** wird verbunden, dadurch Betrachtung auf **Kontinuum** (!) -> „Entstigmatisierung“ sowie evt. Annahme einer „leichteren Veränderbarkeit“
- Unterscheidung in **Domains** und jeweilige **Facetten** (vermutlich ähnlich DSM-5 Alternativmodell!)

ICD-11 Beta Draft (zuletzt abgerufen am 21.4.2018)

06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

06D10 Personality disorders and related traits

Personality disorder

- Mild personality disorder
- Moderate personality disorder
- Severe personality disorder
- Personality disorder, severity unspecified

Dabei jeweils unterschiedliche Kombinationen von:

- ...with prominent features of negative affectivity
- ...with prominent features of dissocial features
- ...with prominent features of disinhibition
- ...with prominent features of anancastic features
- ...with prominent features of detachment

06D11 Prominent personality traits or patterns

- Negative affectivity in personality disorder or personality difficulty
- Disinhibition in personality disorder or personality difficulty
- Detachment in personality disorder or personality difficulty
- Dissociativity in personality disorder or personality difficulty
- Anankastia in personality disorder or personality difficulty
- Borderline pattern

06E68 Secondary personality change

Das gestalttherapeutische Diagnostikkonzept von Lynne Jacobs

(zitiert nach Peter Toebe, 2013, 2015)



<http://www.gestalttherapy.org/faculty/lynne-jacobs/>

- beinhaltet **„klassisch“ gestalttherapeutische Konzepte**
 - „Figur – Hintergrund“
 - „Polaritäten“ und „Schöpferische Indifferenz“
 - „Kontaktzyklus“
 - „Kontaktfunktionen“ bzw. „Kontaktunterbrechungen“
- und **psychodynamische Begriffe**
 - „**unbewusst**“ (der normalen Bewusstheit nicht zugänglich (Stumm & Pritz (2000)),
 - „**Neurose**“ („Können, aber nicht Wollen“ (Vermeidung) bzw. voreiliges Befrieden eines Konflikts (Perls, 1988 zitiert n. Eidenschink & Eidenschink (2001))
 - „**verinnerlichte Beziehungserfahrungen**“ (nachhaltiges Wirksambleiben von Beziehungserfahrungen)
 - „**Abwehrmechanismen**“ ((dysfunktionale) Überlebensstrategien; siehe Kontaktunterbrechungen)
 - „**Spaltung**“ (Schwierigkeiten, Gegensätzliches zu integrieren und Polaritäten zusammenzufassen (Yontef, 1999))
 - „**Charakter**“ (Persönlichkeitsstruktur („nicht können“))

©B. Wisnecky (2018)

19

Vorteile

- > liefert **wertschätzendes** Verständnis bzw. Ideen darüber, wie jemand so geworden ist (auch wenn im Vordergrund „schwierig“ od. „unsympathisch“)
- > liefert **Übersicht** über typische Charakteristika spezifischer Persönlichkeitsstile
- > **ganzheitliche** Betrachtung, wie jemand „in der Welt ist“ und was er „braucht“
- > liefert **Hinweise** auf therapeutische **Risiken**, kritische Beziehungsangebote und spezifische Erfordernisse im therapeutischen Prozess
- > ICD-10/DSM-5-**kompatibel** (bzw. Ergänzung durch umfassende Phänomenologie)
- > durch beschreibenden Zugang erleichterte **interdisziplinäre Kommunikation**
- > transparentes, beschreibendes, **nicht-pathologisierendes** und nicht-stigmatisierendes Vorgehen (als **Kommunikationshilfe** mit **PatientInnen**)
- > Modell endet nicht mit Diagnosevergabe, sondern liefert **Therapieimplikationen** (Hinweise auf Entwicklungspotenzial)
- > bislang noch nicht alle PST der Klassifikationssysteme integriert (Einordnung der **dependenten** PST durch die Referentin dzt. in Arbeit)

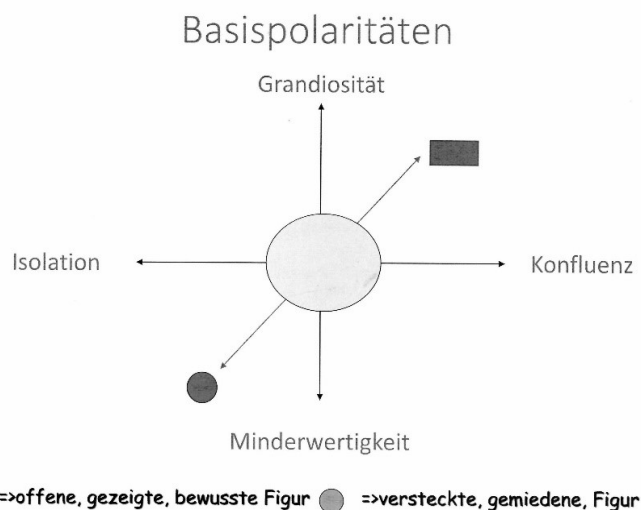
©B. Wisnecky (2018)

20

- **Ziel:** Generieren von Hypothesen über Figur und Hintergrund, um Menschen besser verstehen, Therapien besser planen und fachlich besser kommunizieren zu können
- Persönlichkeitsstörungen bzw. -stile anhand typischer Polaritäten als **nicht-spaltende** bzw. „neurotische“ (paranoid, zwanghaft, histrionisch, depressiv und schizoid) und **spaltende** (narzisstisch und borderline) „Charakterstile“
- **vier Grundpolaritäten** (Grundkonflikte) auf einer **Selbstwert-** und einer **Beziehungsachse** mit den jeweiligen Extremausprägungen (Grandiosität vs. Minderwertigkeit und Nähe vs. Distanz)
- jeder Persönlichkeitsstil hat einen **identifizierten/offensichtlichen** (bewusste Figur; Selbstbild) und einen nicht-zugänglichen bzw. **gemiedenen, abgewehrten Pol** (im Hintergrund; ich-dyston)
- **Therapie-Ziel:**
je mehr sich eine Person in der **Mitte** erleben kann und sich von Extremausprägungen ihres Erlebens und Verhaltens entfernt, desto „gesünder“
- **Integration** abgewehrter Anteile durch Bewusstmachung und Erleben des **Gegenpols** (Arbeit am Hintergrund) („Paradoxon der Veränderung“ A. Beisser: Veränderung durch Akzeptieren dessen, was ist) -> **mehr Spielraum, Flexibilität** und Offenheit im Bereich der **Mitte** (schöpferische Indifferenz bei Friedlaender bzw. mittlere Modus bei F. Perls)
- Einpendeln im mittleren Bereich führt zu **mehr Handlungs-/Denk- und Fühlspielraum** und somit zu **mehr Wahlmöglichkeiten, Wachstum und Entwicklung**

©B. Wisnecky (2018)

21



peter toebe|gestaltdiagnostik|einführung

14

22

Die Einordnung der ängstlich-vermeidenden bzw. selbstunsicheren Persönlichkeit in das Diagnostikkonzept von Jacobs

©B. Wisnecky (2018)

23

Genese



- **Temperamentsfaktoren** und **ungünstiges Bindungsverhalten** (ambivalent-ängstlicher Erziehungsstil). Mängel und Unzuverlässigkeiten in der elterlichen Zuwendung
Eltern oft selbst sehr ängstlich oder zu stark bindend. Innerfamiliäre Forderung von Loyalität; die Welt außerhalb wird als zurückweisend dargestellt; Bestrafungen durch Liebesentzug, Demütigungen, Wegsperrungen, Bloßstellungen und Beschämungen.
- Integration der Ambivalenz zwischen Bedürfnis nach sozialer Einbindung und Autonomie wird verhindert ->> Ängste, **keine Gefühle von sicherem Schutz** und **sicherem Entdecken der Welt** ->> **Überzeugungen**, selbst unzulänglich, schlecht, schuldig zu sein; Unsicherheiten hins. sich selbst und anderen
- Aufgrund der **Schüchternheit** und „sozialen **Eigenartigkeit**“ des Kindes wird es von Gleichaltrigen oft **ausgegrenzt** und seitens der Eltern bestehen **wenig Integrationsbemühungen**.

©B. Wisnecky (2018)

24

Phänomene

- große **Unsicherheiten**, viele **Zweifel** in sozialen Belangen und **Scham**; dadurch keine bzw. seltene Kontaktaufnahme
- große **Angst** bzw. Überempfindlichkeit vor negativer **Kritik/Ablehnung/Zurückweisung/Beschämung** (auch in **Therapie** sehr vorsichtig, etwas von sich preiszugeben aus Angst vor Missbilligung)-> Vermeidung soz. u. berufl. Aktivitäten
- Patienten möchten keine eigenen, unabhängigen **Entscheidungen** treffen, um andere nicht zu kränken
- nur sehr wenige, aber sehr intime Beziehungen zu anderen (übertriebenes **Sicherheitsbedürfnis**)
- Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen bzw. Vermeiden sozialer Situationen, außer es gibt die Sicherheit, gemocht zu werden; (**Angst vor engen Bindungen** oder **neuen emotionalen Erfahrungen**, um nicht den „Rest an Selbstsicherheit“ auch noch einbüßen zu müssen)
- potenzielle **PartnerInnen** finden sich oft mit jahrelangen subtilen „**Prüfungen**“ konfrontiert, bis wirklich Nähe zugelassen werden kann, wobei Partnerschaften häufig als **konfliktreich** gelten. Aus den Rückzugsmanövern der PatientInnen folgt ein Teufelskreis im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung.
- **Schüchternheit**, soziale Hemmung, **Rückzug** und **Probleme**, den **emotionalen Ausdruck** anderer Personen korrekt **einzuschätzen**
- **tiefes Bedürfnis** nach **Liebe, Harmonie** und **Akzeptanz** bzw. Wunsch nach zwischenmenschlicher **Nähe**, wobei Nähe vermieden wird, um nicht abgelehnt zu werden („Sei immer für mich da, lass mich nicht alleine; sage mir, dass alles gut wird; versichere mir immer wieder, dass mir nichts passieren kann“)

©B. Wisnecky (2018)

25

Phänomene

- ungewöhnlich **risikoscheu**
- massive **Katastrophenphantasien**
- große **Einsamkeit, Unzufriedenheit, Anspannung** und **Besorgtheit** – auch um körperliche Sicherheit – wodurch das Leben der Betroffenen sehr eingeschränkt wird
- eigene **aggressive Impulse** werden **verleugnet** und nach außen **projiziert**; äußere Welt wird als feindselig und gefährlich erlebt
- **wenig Neugier** bzw. **Offenheit** für Neues, weshalb Unbekanntes vermieden wird
- **Fehlen an Freude, Engagement** oder **Interesse** im Alltag
- **hohe/unrealistische Erwartungen** an sich selbst
- **geringes Selbstwertgefühl, negativ verzerrte Selbsteinschätzung; Überzeugung**, selbst sozial **unbeholfen, unattraktiv** zu sein und von anderen **negativ bewertet** zu werden
- Fokus auf eigene Defizite; **fehlender Blick** für eigene **Stärken** und **Ressourcen**
- **imponieren** häufig **unzufrieden, distanziert, still**, „unsichtbar“, schüchtern, **unbeholfen**, gequält bis hin zu zäh und **stockend**

©B. Wisnecky (2018)

26

Körper

- erhöhtes Erregungsniveau und große muskuläre Anspannung



Positives

- Die betroffenen Personen werden oft für ihre **Sensibilität, Kreativität** und **Empfindsamkeit, Loyalität, Fürsorglichkeit** und **Umsichtigkeit** geschätzt.
- Sie treffen keine vorschnellen Entscheidungen und sind **höflich** und **zurückhaltend**.
- Sie besitzen viel **Selbstdisziplin** und **Selbstbeherrschung**.
- Aufgrund ihrer vielen Sorgen sind sie häufig auf jede Eventualität **vorbereitet**.
- Als ArbeitnehmerInnen sind sie meist **zuverlässig, gründlich, beständig** und **effektiv**.

Differenzialdiagnostik

Angststörungen:

- Sinnhaftigkeit der Diagnosevergabe der SU Persönlichkeitsstörung kontroversiell wegen Überlappung mit der sozialen Phobie (Sachse, Fasbender & Sachse (2014)) und der Agoraphobie (Vermeidung!) (Falkai & Wittchen, 2015) **ABER**
- Sozialphobiker (ich-Dystonie!) leiden eher an eng umschriebenen Phobien; eher keine Selbstwertproblematik (Fiedler, 2007; Falkai & Wittchen, 2015); SU zeigen Zurückhaltung in Beziehungen, aus Angst, beschämt oder lächerlich gemacht zu werden! SU sind schüchtern! Laut Sachse, Fasbender & Sachse (2014) ist SU PST generalisierter, schwerwiegender, therapieresistenter

Andere Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsmerkmale

(Falkai & Wittchen, 2015; Rudolf, 2013; Fiedler, 2000)

• **Dependente Persönlichkeitsstörung :**

SU: Aktiver Rückzug, Erniedrigung und Zurückweisung sollen vermieden werden, ziehen sich so lange zurück, bis sie sicher sind, akzeptiert zu werden; Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit und Vermeidungstendenzen

DEP: Passivität; Schwerpunkt, versorgt zu werden; suchen Kontakt; Anlehnungsbedürfnis, Unterordnung, Betonung eigener Inkompetenz und Verlassenheitsängste

• **Schizoide und Schizotype Persönlichkeitsstörung:**

SU: wünschen sich Beziehungen zu anderen Menschen; leiden sehr unter Einsamkeit; aktives Bemühen um Vermeidung; Vorhandensein von Angst!

SCHIZ: passiver Rückzug, keine Angst vor Zurückweisung und keine Selbstwertproblematik

• **Paranoide Persönlichkeitsstörung:**

SU: Abneigung, zu vertrauen eher aus Angst, in Verlegenheit zu geraten oder als unzulänglich angesehen zu werden

PARA: Abneigung, anderen zu vertrauen aus Furcht vor böswilligen Absichten der Anderen

Rentrop, Müller & Bäuml (2009): Abgrenzung zum Vermeidungsverhalten in der Kindheit und Jugend, das jedoch auf ein bestimmtes Entwicklungsstadium begrenzt ist.

In der Abgrenzung zur Diagnose „Angst und depressive Störung, gemischt“ ist bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung die vorherrschende Stimmung weniger gedrückt, die Symptomatik jedoch länger anhaltend.

Bei der Diagnose einer ängstlich-vermeidenden bzw. selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung müssen im Gegensatz zu z. B. Sozialen Phobie in erster Linie die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen vorliegen. Für die Vergabe einer Persönlichkeitsstörung braucht es daher einen längeren Verlauf, während beispielsweise die Soziale Phobie auch jederzeit im Querschnitt diagnostiziert werden kann.

Hauptthema

Beziehungsthematik (Nähe-Distanz)

Identifikation

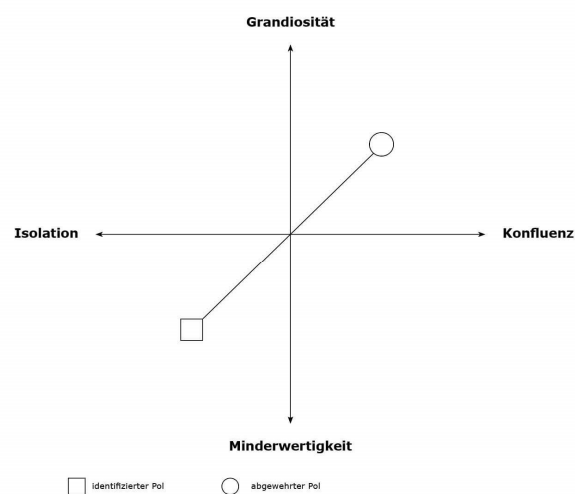


- „Ich bin weniger wert als die anderen“
- „Der Kontakt mit den anderen könnte mich verletzen“
- „Ich bin nicht interessant“
- „Wenn die anderen erkennen, wer ich bin, werden sie mich links liegenlassen“
- „Ich darf mich nicht offen zu erkennen geben“
- „Ich muss mich abseits halten. Wenn nicht, werde ich nicht mitziehen können.“
- „Ich will totale Sicherheit, aber nichts und niemand ist mir sicher, deshalb muss ich ständig auf der Hut sein, dass ich nicht alleine und ungeschützt dastehe.“

©B. Wisnecky (2018)

33

Grundpolarität



©B. Wisnecky (2018)

34

Polaritäten

Identifizierter Pol	Gemiedener Pol
1) Aktiver Rückzug	Aktivität
2) Angst	Aggression
3) Minderwertigkeit	hohe Ich-Ideale
4) Einsamkeit	Verbundenheit

Aus der Phänomenologie dieses Stils ergeben sich ergänzend weitere Polaritätenpaare:

- 5) Kontrolle – Loslassen
- 6) Scham – Integrität
- 7) Abhängigkeit – Autonomie

Aktiver Rückzug – Aktivität: Betroffene sind hauptsächlich damit identifiziert, dass sie sich **aktiv aus dem sozialen Geschehen zurückziehen** und soziale **Kontakte vermeiden**. Aktive soziale Kontakte und eine soziale Lebendigkeit werden nicht gelebt.

Angst – Aggression: Im Vordergrund existiert eine permanente **Angst vor Zurückweisung**. Die **eigene Aggression** bzw. die Wut darüber, abgelehnt zu werden, ist **nicht zugänglich**. Auch die eigene Ablehnung anderer Menschen bleibt in diesem Sinne versteckt.

Minderwertigkeit – hohe Ich-Ideale: Betroffene **erleben sich minderwertig** und anderen gegenüber **unterlegen**. Im Gegensatz dazu bleiben **eigene hohe Ansprüche** und Ich-Ideale im **Hintergrund**. Ebenso ist das Gefühl von Überlegenheit anderen gegenüber als ich-fremd zu bezeichnen.

Einsamkeit – Verbundenheit: Gefühle von **Einsamkeit, Getrenntheit** und **Isolation** sind als Figur im **Vordergrund** vorherrschend, während das Zulassen von Nähe, Verbundenheit und Intimität fehlt. Auch werden das **Vertrauen** anderen Menschen gegenüber und damit einhergehend Gefühle von **Geborgenheit** und Zugehörigkeit **abgewehrt**.

Kontrolle – Loslassen: **Anspannung, Kontrolle** und **Vorsicht** in jeglichen sozialen Kontakten sind offensichtlich und **bewusst**. Es **fehlt** den Betroffenen grundsätzlich **an Risikobereitschaft** und das damit einhergehende Loslassen wird nicht gelebt.

Scham – Integrität: **Schamgefühle** zeigen sich im **Vordergrund**. Diese entstehen häufig vor allem im Sinne eines erlebten Kontaktverlustes und auch einhergehend mit der Angst, aus einer Gruppe hinauszufallen. Im Gegensatz dazu ist das Gefühl von persönlicher Integrität, das auch Gefühle von existenzieller Kontinuität, **Kompetenz** sowie Selbstwirksamkeitserleben beinhaltet, unverbunden im Hintergrund oder gänzlich **fehlend**.

Abhängigkeit – Autonomie: Vor allem durch **Selbstunsicherheit** und der **Angst vor negativer Bewertung** erleben Betroffene **Abhängigkeit**. Die **Autonomie**, u. a. auch eigene Entscheidungen zu treffen und Selbstsicherheit werden vermieden bzw. **nicht ausgelebt**.

Abwehr

- Haupt-Abwehr bzw. Widerstand durch **Rückzug**
- **Intellektualisierung** und **Rationalisierung**
- Eigene **aggressive** Impulse werden meist abgewehrt bzw. **projiziert**. Vor allem wird die Wut über die Erfahrung unsicherer Bindung und die **Trauer** angesichts der Begrenztheit des Daseins und der Beziehungen **abgewehrt**. Die Realität von schmerzlichen Aspekten wird **verleugnet**, der immer drohende Selbstverlust wird auf soziale Situationen oder den eigenen Körper **verschoben**. Auch lustvolle Exploration und Expansion werden abgewehrt.
- Abwehr durch **depressive Phasen, Tagträume** und **Phantasien**
- **Introjekte** bzw. **Idealisierung** (von anderen) und **Deflektion**

Kontaktunterbrechungen

1) Bedürfnis- und Klärungsphase

Das **Bedürfnis** (z. B. nach Nähe und Anerkennung) kann zwar **kurz wahrgenommen** werden, jedoch wird dieses schnell von **Angst vor Zurückweisung** und Ablehnung und dem Bedürfnis nach Sicherheit überflutet und **zugunsten** einer **Spannungsreduktion unterbrochen**. Die **Erregung wird abgewehrt**, weshalb nach außen hin eher der Eindruck eines Mangels an **Neugier** entsteht bzw. diese auch tatsächlich schnell **unterbunden** wird bzw. fehlt.

Kontaktunterbrechungen

2) Abtastphase

Betroffene **suchen außen**, was nur innen zu finden ist (Sicherheit, Bestätigung, Anerkennung) und suchen bzw. **klären innen**, was nur außen zu finden ist, aber wegen der Angst und Scham vermieden wird. Anstatt Konflikte auszutragen, kommt es zu inneren Dialogen bzw. Selbstentwertung. Auch sind Betroffene sehr **risikoscheu!**

Kontaktunterbrechungen

3) Aktionsphase

Die Handlung dient der **Vermeidung** möglicher **Konsequenzen**. Betroffene ergreifen keine Initiative oder Aktivität innerhalb sozialer Kontakte aufgrund von negativen Erwartungen. Die Untätigkeit dient der Vermeidung von etwaigem Risiko und Unsicherheit. Die **Aktion** ist der **Rückzug** aufgrund der erwarteten Konsequenzen (Projektion) und ihre Handlungen richten sich meist auf sich selbst (Retrofektion).

Kontaktunterbrechungen

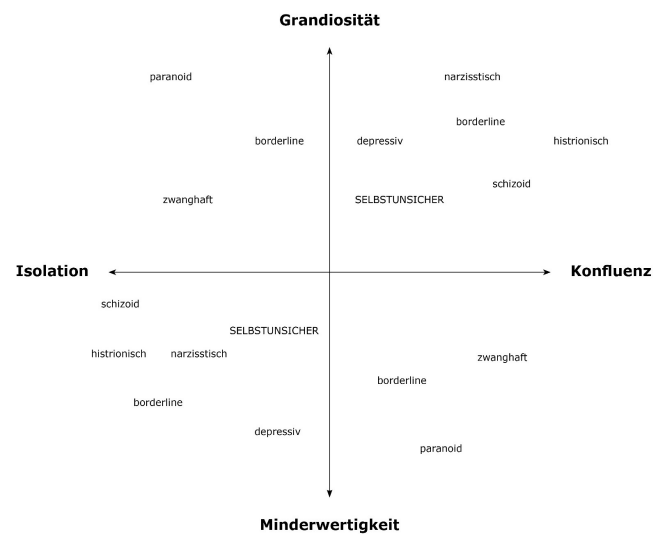
4) Assimilationsphase

Betroffene haben enorm viele Introjekte, die so stark sind, dass **Positives** oft gar **nicht gesehen** werden kann. Es gibt **wenig Differenzierung** und auch **verweigern** Betroffene die **Annahme von Neuem**, weil sie sich selbst nicht ausreichend wertschätzen bzw. sie dann ihre hohen Ansprüche dadurch revidieren müssten. Das Zulassen von **Nähe** macht große **Angst** davor, abgelehnt oder beschämt zu werden, sodass in weiterer Folge auch von einer Bindungsangst gesprochen werden kann.

Kontaktunterbrechungen

5) Loslassen

Es kommt zu einem **zu schnellen Rückzug**, um Konfrontation, Verlust, Enttäuschung oder Ergreifen einer weiteren Initiative zu vermeiden. Das **Loslassen** von **Vertrautem** fällt hingegen sehr **schwer**.



Therapie



- Therapiebeginn häufig wegen **Angst-** und **Suchtsymptomen**, **Depression** oder **Beziehungsproblemen**
- **strukturelle Fähigkeiten** und Defizite zu Beginn klären und weitere Vorgehensweise darauf abstimmen
- auf **Suizidalität** achten! Suizidgefahr besonders bei fehlenden Kompensationsmöglichkeiten, existenziellen Krisen bzw. starkem Minderwertigkeitserleben
- nicht-wertende, freundliche, wenig- bis nicht-konfrontative **Haltung**: viel Geduld, Einfühlungsvermögen und Ermutigung; Unsicherheit würdigen, normalisieren und beschämende Situationen vermeiden da äußerst **sensibel** auf Kritik und leicht **kränkbar**!
- Vorsicht bei Verhaltensweisen der PatientInnen, die dazu führen könnten, dass bei uns Ablehnung (i. S. e. **selbsterfüllenden Prophezeiung**) entstehen könnte
- in der Therapie erfährt PatientIn oft zum ersten Mal, dass jemand an ihr und ihrer Entfaltung **interessiert** ist (begünstigt weitere Veränderung!)

- **typische Interaktionsmuster**: **Schüchternheit**, **Unbeholfenheit**, **Ungeduld**; oft viel **Druck** und appellative **Forderungen** nach Ratschlägen (insbes. in Entscheidungssituationen); vielfach **Misstrauen** der Therapeutin bzw. dem Therapeuten gegenüber
- **Gegenübertragung**: Gefühle von **Anteilnahme** und bereitwillige **Übernahme** einer **Hilfs-Ich-Funktion** aber auch **Hilflosigkeit**, weil dem Betroffenen nicht die vollständige Sicherheit von Bindung und körperlicher Integrität geboten werden kann
- der betroffenen Person etwas **zutrauen** und **zumuten** (und ihr nicht alles abnehmen)
- **Mut zu Risiko** unterstützen und **Katastrophenphantasien** gemeinsam erkunden und **realistisch bewerten**
- **Autonomiebestrebungen** genau **prüfen** (Abbruch oder Beendigung der Therapie?); Autonomieversuche im Sinne eines Entwicklungsschrittes unterstützen bei gleichzeitigem Fortbestehen des Beziehungsangebotes



- **Kontaktarbeit und Arewnessarbeit! Scham nicht übergehen!**
- PatientInnen dabei unterstützen, **Gefühle** (auch körperlich) **wahrzunehmen**, zu **differenzieren**, **auszuhalten** (insbesondere Angst und Unsicherheit), zu **kommunizieren** und zu **regulieren**. Dabei unterstützen, sich das evt. dahinterliegende Gefühl zu erlauben, zu erforschen und anzunehmen. **Wut, Trauer** und **Scham** sollen erfahrbar gemacht, unterstützt und gehalten und schmerzliche Aspekte gewürdigt werden.
- Verstehenlernen der **Angstspirale** (Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühle); **Realitätskontrolle** bei Angst und Erlernen von Selbstbeobachtung (innere Distanzierungsfähigkeit)
- **Rückzugstendenzen unterbrechen** und PatientInnen **sukzessive mit** deren (Risiko)**Vermeidung** und den damit verbundenen Konsequenzen (auch: was vermeidet Patient in der Therapie?), impliziten Annahmen und selbsterfüllenden Prophezeiungen **konfrontieren**
- **überhöhte Ansprüche** an sich selbst und andere **identifizieren** und **korrigieren**
- **Selbstbild** und **Fremdbilder** gemeinsam **überprüfen** und **anpassen**

©B. Wisnecky (2018)



47

- **Erforschen kindlicher Beziehungserfahrungen** (ängstlicher Elternteil, Loyalitätsansprüche der Eltern, Mobbing durch Peers etc.)
- **frühere Selbstanteile** und (frühere) **abhängige Beziehungen** bzw. Beschränkungen, **Beschämungen bewusstmachen**
- **verletzende frühere Situationen** (Bestrafungen, Beschämungen, Unzuverlässigkeiten der Eltern) sollen vom Therapeuten genau exploriert, **bezeugt, gewürdigt** und durch die Arbeit mit dem verletzten (jüngeren) Selbstanteil **sukzessive integriert** werden (Wie ist es dem Kind damals ergangen, was hätte es gebraucht, was würden Sie heute der Mutter von damals sagen...?)
- **Arbeit an Polaritäten** und Widersprüchlichkeiten (z. B.: Da ist eine Seite, die will... Was wäre das Gegenteil? Gibt es das bei Ihnen auch? Darf das sein?); **Zulassen von ungelebten Anteilen im Hintergrund** (wie/was bin ich noch?)
- PatientInnen sollen lernen, **Verantwortung** für das eigene Denken, Fühlen und Handeln zu **übernehmen**.
- **Projektionen** sollen überprüft und zurückgenommen, **Introjekte** erforscht, festgefahrene **Konzepte** überprüft und korrigiert werden.

©B. Wisnecky (2018)



48

- **Intellektualisierung** und **Rationalisierung** werden in der Therapie durch die Überprüfung von Konzepten und das Erfragen von Emotionen gestoppt
- **Selbstentwertungen** (innerer Kritiker; Über-Ich-Attacken) bewusstmachen und unterbrechen
- **Selbstbehauptung** fördern (z. B. „Wen lehne ich ab?“ anstatt: „ich fühle mich abgelehnt“)
- **Mitgefühl** und Wertschätzung für die eigene Person, **Selbstfürsorge** und **Self-Support** (auch Unterstützung durch den Atem) entwickeln
- **eigene Bedürfnisse** wahr- und ernstnehmen (was will ich jetzt? z. B. Wie viel Nähe oder Autonomie ist jetzt gerade angenehm; wozu ist Ihnen gerade?)
- Förderung von **Vertrauen in sich selbst**, in eigene Entscheidungen und Kompetenzen
- **spontane Ausdrucksfähigkeit**, die **Neugier** auf sich selbst (Nachfragen und offen gezeigtes Interesse) und die **Risikobereitschaft** ermutigen und unterstützen
- PatientInnen sollen lernen, einen gesunden, realistischeren Blick für **eigene Stärken** und **Ressourcen** zu bekommen
- **explizit** auf Kompetenzen hinweisen und gemeinsam Stärken sammeln!



©B. Wisnecky (2018)

49

Gestalt-Experimente

- das Arbeiten mit dem **leeren Stuhl**
- **Dialog-Arbeit** (wie drücke ich Bedürfnisse aus; Ärgerausdruck etc.)
- Erfahrbarmachen von **Nähe-Distanz-Verhältnissen** mittels Gestaltaufstellungen mit Pölster, Knöpfen, Steinen etc. (sich selbst von außen betrachten; Perspektivenwechsel, sich dadurch distanzieren und selbst beobachten lernen) oder auch in der dialogischen therapeutischen Beziehung (z. B. wie nah ist es angenehm zum Therapeuten?)
- **Körperarbeit** (z. B. Atemwahrnehmung)
- **Awareness-Förderung** wie Body-Scan, Elemente aus der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) zur Reduktion der körperlichen Anspannung und Regulation (evt. auch als Ritual zu Stundenbeginn und -ende), Förderung der Introspektionsfähigkeit (Awareness-Kontinuum: Welche Gedanken, Bewertungen gehen einem Gefühl und weiterer Bewertungen voraus?)
- **Wahrnehmungsexperimente** (Förderung von Neugier: mit geschlossenen Augen etwas erkunden, wie spürt sich das an, was ist da noch?)
- **Rollenspiele** mit TherapeutIn, Feedback
- **Imaginationsübungen** (bewusstes Erleben von Angstreaktionen)
- Experimente sollen auch zwischen den Sitzungen zur Verfestigung neuer Muster (z. B. Abwechslung) im **Alltag** angeregt werden. Zusätzlich bietet sich der Einsatz von **kreativen Medien** (Malen von Körperbild; Malen von Selbstanteilen (wie bin ich noch...?) etc.) oftmals an.



©B. Wisnecky (2018)

50

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!



©B. Wisnecky (2018)

51

Mag. Barbara Wisnecky
Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin (IGT)

Mariahilfer Straße 51/7/59, 1060 Wien
barbara.wisnecky@dibbs.at
0681 81 73 70 01
www.dibbs.at

©B. Wisnecky (2018)

52

Literaturverzeichnis

- Amendt-Lyon, N. & Hutterer-Krisch, R. (2000). Diagnostik in der Gestalttherapie. In: Laireiter, A.-R. (Hrsg.) Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Amendt-Lyon, N., Bolen, I. & Höll, K. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L. & Wildberger, E. (Hrsg.) Gestalttherapie. Wien: Facultas.
- Arbeitskreis OPD. (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Hans Huber.
- Beaumont, H. (1988). Neurose oder Charakterstörung: Fehldiagnosen in der Gestalttherapie. In: Latka, F., Maak, N., Merten, R. & Trischkat, A. (Hrsg.) Gestalttherapie und Gestaltpädagogik zwischen Anpassung und Auflehnung. München: Gesellschaft zur Förderung der Humanisierung des Erziehungswesens.
- Delisle, G. (1991). A Gestalt perspective of personality disorders. In: British Gestalt Journal 1: 42-50.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (Hrsg.) (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Hans Huber.
- Dreitzel, H. (2004). Gestalt und Prozess. Bergisch Gladbach: EHP.
- Eidenschink, K. & Eidenschink, H. (2001). Gestalttherapie mit neurotischem Leid. In: Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (Hrsg.) Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Feindt-Lange, R. (1998). Der Zugang zum sprachlosen Raum – eine koexistentielle Erfahrung zwischen Patient und Therapeut. In: Hochgerner, M. & Wildberger, E. (Hrsg.) Frühe Schädigungen, späte Störungen. Wien: Facultas.

- Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: PVU.
- From, I. (1987). Gestalttherapie und „Gestalt“. Betrachtungen über Gestalttherapie nach 32 Jahren Praxis. Gestalttherapie 1: 5-10.
- Gremmler-Fuhr, M. (2001). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In: Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (Hrsg.) Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann-Kottek, L. (2012). Gestalttherapie. Berlin: Springer.
- Hutterer-Krisch, R. & Amendt-Lyon, N. (2004). Gestaltdiagnostik. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L. & Wildberger, E. (Hrsg.) Gestalttherapie. Wien: Facultas.
- Hutterer-Krisch, R. et al. (Hrsg.) (2007). Grundriss der Psychotherapieethik. Wien: Springer.
- Hutterer-Krisch, R. (2007a). Behandlungsüberlegungen bei schweren Persönlichkeitsstörungen. In: Hutterer-Krisch, R. et al. (Hrsg.) Grundriss der Psychotherapieethik. Wien: Springer.
- Miller, M. V. (1985). Some historical limitations of Gestalt Therapy. In: The Gestalt Journal, 8, 1, 51-54.
- Müller, B. (2001). Ein kategoriales Modell gestalttherapeutischer Diagnostik. In: Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (Hrsg.) Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Perls, F. et al. (1988). Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rentrop, M., Müller, R. & Bäuml, J. (Hrsg.) (2009). Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban&Fischer.
- Richter, K. (2011). Erzählweisen des Körpers. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Rudolf, G. (2013). Krankheitsbilder in der Folge des Grundkonflikts der Autonomie. In: Rudolf, G. & Henningsen, P. (2013) (Hrsg.) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Sachse, M. (2014). Klärungsorientierte Psychotherapie der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe.

- Salem, E. (2004). Frühe Störungen als Anwendungsgebiet von Gestalttherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H, Nausner, L. & Wildberger, E. (Hrsg.) Gestalttherapie. Wien: Facultas.
- Staemmler, F.-M. (2011). Der Schiefe Turm von Pisa – oder: Das unstimmige Konzept der „frühen Störung“. In: Bocian, B. & Staemmler, F.-M. (Hrsg.) Kontakt als erste Wirklichkeit. Bergisch-Gladbach: EHP.
- Stemberger, G. (2005). Gestalttheoretische Psychotherapie. In: Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G. et al. (Hrsg.) Psychotherapeutische Diagnostik. Wien: Springer.
- Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) (2000). Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Tobin, S. (1982). Selfdisorders, Gestalt therapy and selfpsychology. In: The Gestalt Journal 5 (2), 3-44.
- Toebe, P. (2013). Diagnostik der Charakterstile nach Konzeptideen von Lynne Jacobs. Unveröffentlichtes Skriptum.
- Toebe, P. (2013). Diagnostik der Charakterstile nach Konzeptideen von Lynne Jacobs. Unveröffentlichte Folien zum Seminar.
- Toebe, P. (2015). Diagnostik der Charakterstile nach Konzeptideen von Lynne Jacobs. Unveröffentlichte Folien zum Seminar.
- Votsmeier, A. (2001). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In: Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (Hrsg.) Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Votsmeier-Röhr, A. (2014). Gestalttherapie und Schematherapie. In: Hartmann-Kottek, L. (Hrsg.) Gestalttherapie – Faszination und Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wisnecky, B. (2016). Integrative Gestalttherapie und Persönlichkeitsdiagnostik. Das Diagnostikkonzept von Lynne Jacobs und der ängstlich-vermeidende bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstil – ein „Kontaktversuch“. Unveröffentlichte Abschlussarbeit am IG Wien.
- Wisnecky, B. (in Vorbereitung). Die Erweiterung des Diagnostikkonzeptes von L. Jacobs um die dependente Persönlichkeitsstörung. Unveröffentlichtes Skript.
- Yontef, G. (1999). Awareness, Dialog, Prozess. Bergisch Gladbach: EHP.