

Gerhard Stumm · Alfred Pritz

Wörterbuch der Psychotherapie

2. Auflage



SpringerWienNewYork

 SpringerWienNewYork

Gerhard Stumm
Alfred Pritz (Hrsg.)

Wörterbuch der Psychotherapie

Zweite, erweiterte Auflage

unter Mitarbeit von
Martin Voracek und Paul Gumhalter

SpringerWienNewYork

Dr. Gerhard Stumm

Wien, Österreich

Univ.-Prof. Dr. Alfred Pritz

Sigmund Freud Privatuniversität Wien, Österreich

Dr. Martin Voracek

Fakultät für Psychologie der Universität Wien, Institut für
Psychologische Grundlagenforschung, Wien, Österreich

Mag. (FH) Paul Gumhalter

Perchtoldsdorf, Österreich

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung,
des Nachdruckes, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem
oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen,
bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw.
in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass
solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung
als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch/wissenschaftlichen Werk erfolgen
trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Insbesondere Angaben über
Dosierungsanweisungen und Applikationsformen müssen vom jeweiligen Anwender im
Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eine Haftung
des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

© 2000, 2009 Springer-Verlag/Wien

Printed in Germany

SpringerWienNewYork ist ein Unternehmen von

Springer Science + Business Media

springer.at

Satz: Composition & Design Services, 220051 Minsk, Belarus

Druck: Strauss GmbH, 69509 Mörlenbach, Deutschland

Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier

SPIN 12584802

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 3-211-83248-3 1. Aufl. SpringerWienNewYork

ISBN 978-3-211-99130-5 SpringerWienNewYork

Vorwort zur zweiten Auflage

Wenn ein Buch – noch dazu ein Fachbuch wie das „Wörterbuch der Psychotherapie“ – die Erwartungen übertrifft, dann ist dies ein Grund zur Freude. Offenbar hat es eine Lücke gefüllt und wurde von vielen Rezensenten/innen und Lesern/innen wohlwollend aufgenommen und u.a. im Anwendungs- und Ausbildungszusammenhang als zweckdienlich betrachtet. Das freut den Verlag, der eine kostengünstigere broschiierte Ausgabe nachsetzen konnte sowie die Rechte für eine längst ausverkaufte limitierte Lizenzausgabe in Taschenbuchformat (Verlag Zweitausendeins) und Übersetzungen ins Spanische, die kurz vor der Fertigstellung steht (Verlag Herder), aber auch ins Englische, Russische und Ukrainische abtreten konnte. Das freut auch uns als Herausgeber, die wir so viel Zeit und Aufwand in das Werk investiert haben.

Noch während der Arbeiten an der ersten Auflage haben wir erwogen, auch die Beschreibung wichtiger Persönlichkeiten aus dem Bereich der Psychotherapie in das Buch aufzunehmen. Da diese jedoch in einem eigenen Band¹ Aufnahme fanden, in dem nahezu 300 Persönlichkeiten in ihrer Biografie und ihren Beiträgen zum Feld der Psychotherapie dargestellt sind, haben wir dies zurück gestellt. Es bleibt der hier vorliegenden 2. Auflage des „Wörterbuches“ vorbehalten, einerseits den umfassenden Begriffsteil aus der ersten Auflage unverändert abzubilden, ihn andererseits aber nun in Form eines Anhangs um eine Auswahl von 35 weltberühmten Persönlichkeiten aus dem „Personenlexikon der Psychotherapie“ zu ergänzen.

Wien, im Juli 2009

Gerhard Stumm, Alfred Pritz

¹ Stumm G, Pritz A, Gumhalter P, Nemeskeri N, Voracek M (Hrsg) (2005) Personenlexikon der Psychotherapie. Wien New York, Springer.

Vorwort zur ersten Auflage

Das vorliegende Wörterbuch ist eine Premiere im deutschsprachigen Raum. Es beschreibt zum ersten Mal methoden- und bereichsübergreifend in alphabetisch geordneten Stichworten das Feld der modernen Psychotherapie. In über dreijähriger Arbeit war es unser Bestreben, den Gegenstand in voller Bandbreite in Form von Kurzdarstellungen abzubilden.

Unser Anliegen als Herausgeber war es, nicht nur Fachbegriffe aus den Kernzonen der Psychotherapie darzustellen, sondern auch aus angrenzenden Bereichen und Nachbardisziplinen. Psychotherapie als wissenschaftlich fundierter Zweig mag eine strengere Auswahl nahelegen. Wir haben uns aber dafür entschieden, auch solche Stichworte aufzunehmen, die restriktiveren Kriterien möglicherweise nicht genügen würden, die aber das breite Selbstverständnis der Psychotherapie widerspiegeln und sowohl dem vorinformierten Leser in Fachdiskussionen wie auch dem interessierten Laien immer wieder begegnen.

Im einzelnen setzt sich das Buch aus folgenden Bausteinen zusammen:

- über 1.300 Textstichworte, verfaßt von insgesamt 360 AutorInnen aus über einem Dutzend Ländern; an die Darstellung jedes einzelnen Stichwortes schließen spezifische Quellenangaben und Hinweise zu weiterführender Literatur an (insgesamt ca. 4.500); zu jedem Stichwort ist der/die Autor/in angeführt, der/die den jeweiligen Begriff ausgeführt und die Quellen- bzw. Literaturangaben zusammengestellt hat;
- fast 900 Verweisbegriffe (ohne Text), jedoch mit entsprechenden Verweisen auf Textstichworte, die (auch) auf diese Begriffe Bezug nehmen;
- Namensverzeichnis im Anhang;
- Personenbeschreibungen (Kurzvitæ) der AutorInnen, KoordinatorInnen, Mitarbeiter und Herausgeber ebenfalls im Anhang.

Querverweise (→) innerhalb der Begriffsbeschreibungen geben jeweils eingangs eine Orientierung, indem sie den Bereichsbezug bzw. den Methodenkontext herstellen und erleichtern in weiterer Folge die Suche nach damit verknüpften Stichworten und Konzepten, die ebenfalls im Wörterbuch in ihrer terminologischen Bedeutung abgehandelt sind. Sie sind Markierungen in den komplexen Zusammenhängen.

In Summe wurden 51 Fachbereiche (inkl. Psychotherapiemethoden) definiert, die jeweils von einem/r Koordinator/in² betreut wurden³. Die KoordinatorInnen dieser Fachbereiche haben die Aufgabe übernommen, die zentralen Begriffe aus dem jeweiligen Gebiet – unter entsprechender Gewichtung ihres aktuellen Stellenwertes und ihrer historischen Bedeutung – zusammenzustellen. Einige Begriffe wurden aus einer allgemeinen Sicht bzw. methodenumspannend ausgeführt (z. B. Couch, Indikation, Setting, Neurose, Persönlichkeitsstörungen), einige aus unterschiedlichen Perspektiven mehrfach erläutert (z. B. Abwehr, Angst, Beziehung, Gegenübertragung, Ich, Katharsis, Konflikt, Regression, Selbst, Sinn, Symbol, Traum, Übertragung, Widerstand).

² Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit der noch dazu in Spalten gedruckten Texte haben wir uns nach eingehender Überlegung doch dazu entschieden, jeweils die männliche Sprachform (grammatikalisches Maskulinum) zu verwenden. Selbstverständlich sind damit – außer in eigens ausgewiesenen Fällen – jeweils Frauen und Männer gemeint.

³ Aufstellung siehe S IX.

Das Gesamtkonzept sowie die Auswahl und Vernetzung der Fachbereiche und KoordinatorInnen gehen auf die Herausgeber zurück. Die Struktur des Buches und der Rahmen für das Volumen der einzelnen Begriffe und Literaturangaben wurden von den Herausgebern vorgegeben. Für die Auswahl der Begriffe und der AutorInnen sowie die interne Vernetzung des jeweiligen Fachbereiches zeichnen die KoordinatorInnen in Absprache mit den Herausgebern verantwortlich. In einigen – keinem Fachbereich zugeordneten – Fällen haben die Herausgeber einzelne AutorInnen direkt angesprochen, spezielle Fachausdrücke und Ansätze zu charakterisieren (z. B. Ätiologie, Chaostheorie, Indikation, Inneres Arbeitsmodell, Interpersonelle Psychotherapie, Life-event, Mediation, Positive Psychotherapie, RIGs, Setting, Symbiose, Themenzentrierte Interaktion, Urvertrauen).

Insgesamt beinhaltet das Wörterbuch ca. 4.500 Literaturangaben. Diese sind einerseits Belege von im Text erwähnten Angaben bzw. Zitaten (also Quellenangaben), andererseits findet sich hier zugleich auch weiterführende Literatur zur Vertiefung und weiteren Befassung. In den Literaturhinweisen steht in eckigen Klammern [...] gegebenenfalls das Publikationsjahr der Originalausgabe, in runden Klammern (...) die aktuelle Übersetzung, Ausgabe bzw. Auflage, aus der zitiert wurde bzw. die jeweils herangezogen wurde. Obwohl die Herausgeber und deren Mitarbeiter viel Mühe auf die bibliografisch und auch sonst korrekte Wiedergabe der zitierten Literatur verwendet haben, war eine lückenlose Verifizierungsarbeit nicht leistbar; die Verantwortung für diese Aufgabe liegt letztlich bei den jeweiligen KoordinatorInnen bzw. AutorInnen der Texte.

Wir sind uns dessen bewußt, daß ein derartiges Buch nie vollständig sein kann. Vielmehr fordert es geradezu auf, (noch) nicht einbezogene Gesichtspunkte aufzuzeigen. Naturgemäß sind nur jene Begriffe dargestellt, die für die Herausgeber und KoordinatorInnen wesentlich und für die AutorInnen beschreibbar waren. Wir sind jedenfalls an Rückmeldungen jedweder Art interessiert, vor allem aber an Hinweisen und Vorschlägen, welche Begriffe und Definitionen in einer allfälligen Überarbeitung oder erweiterten Neuausgabe ergänzt werden sollten.⁴

Die Arbeiten am Wörterbuch wurden in allen Phasen und Arbeitsabläufen von den in Verbindung mit den Herausgebern Mitarbeitenden, Martin Voracek und Paul Gumhalter, unterstützt, wofür wir Ihnen ganz herzlich danken. Ohne ihr Engagement und ihre Bereitschaft, eine Unzahl auch kleinster Details zu bearbeiten, wäre dieses Wörterbuch so nicht zustande gekommen.

Martin Voracek hat kontinuierlich über wechselnde Dienstverhältnisse hinweg die Entstehung des letztlich vorliegenden Buchmanuskripts vom Einlangen der ersten Textentwürfe 1997 bis zur Fertigstellung des Buches Ende 1999 mitgetragen und die Arbeitsagenden EDV (Erfassung und Verwaltung der zahlreichen Textversionen und Manuskriptstände), Fachrecherche, Layout, Lektorat, Logistik und Projektsekretariat tragend verantwortet.

Paul Gumhalter war ab Herbst 1997 in den Bereichen EDV (Erfassung und Bearbeitung der einlangenden Manuskripte) und Sekretariat (Kommunikation mit Koordinatoren und Autoren bezüglich unvollständiger oder fehlerhafter Manuskriptteile) tätig und kümmerte sich bis zuletzt um das Lektorat des gesamten Konvoluts.

Unser Dank gilt auch Toni Rappersberger, der die Druckvorlage korrigiert hat.

Sehr zu danken haben wir auch allen KoordinatorInnen und AutorInnen, die mit uns kooperiert haben und in konstruktiver und dialogischer Weise ihre spezifischen Beiträge in das Gesamtgefüge eingebracht haben.

⁴ Alle Rückmeldungen (fehlerbezogene, Vorschläge für die Aufnahme weiterer Begriffe etc.) bitte an Dr. Gerhard Stumm, Kalvarienberggasse 24, 1170 Wien (E-mail: gerhard.stumm@tplus.at) oder an Dr. Alfred Pritz, c/o Sigmund Freud Privatuniversität Wien Paris, Schnirchgasse 9a, 1030 Wien (E-mail: alfred.pritz@sfu.ac.at).

Vorwort zur ersten Auflage

Raimund Petri-Wieder, Ulrike Sachata und Mag. Wolfgang Dollhäubl vom Verlagshaus Springer Wien New York haben die Entstehung des Wörterbuchs produktionstechnisch hilfreich begleitet und uns über manche Hürden hinweggetragen. Auch ihnen gebührt unser Dank.

Wien, im Dezember 1999

Gerhard Stumm, Alfred Pritz

Fachbereiche und Koordinatoren/innen

1. Analytische Körperpsychotherapie (*Peter Geißler*)
2. Analytische Psychologie (*Andreas von Heydewolff*)
3. Atemarbeit und Atemtherapie (*Wilfried Ehrmann*)
4. Autogenes Training (*Heinrich Wallnöfer*)
5. Bewegungstherapie (*Markus Hochgerner*)
6. Bioenergetische Analyse (*Peter Geißler, Susanna Schenk*)
7. Daseinsanalyse (*Hans-Dieter Foerster*)
8. Diagnosen (*Werner Brosch*)
9. Dynamische Gruppenpsychotherapie (*Maria Majce-Egger*)
10. Existenzanalyse und Logotherapie (*Alfried Längle*)
11. Familientherapie (*Andrea Brandl-Nebehay*)
12. Feministische Psychotherapie (*Traude Ebermann*)
13. Focusing (*Johannes Wiltshko*)
14. Funktionelle Entspannung (*Gisela Gerber*)
15. Gerontopsychotherapie (*Rolf Hirsch*)
16. Gestalttherapie (Integrative) bzw. Gestalttheoretische Psychotherapie (*Kathleen Höll, Dieter Zabransky*)
17. Gruppenpsychoanalyse (*Michael Ertl*)
18. Hypnose (*Hans Kanitschar*)
19. Individualpsychologie (*Wilfried Datler*)
20. Integrative Therapie (*Hilarion G. Petzold*)
21. Katathym-Imaginative Psychotherapie (*Josef Bittner*)
22. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (*Eva-Maria Wolfram*)
23. Klientenzentrierte bzw. Personenzentrierte Psychotherapie (*Gerhard Stumm*)
24. Körperpsychotherapie (*Beatrix Teichmann-Wirth*)
25. Krisenintervention (*Gernot Sonneck*)
26. Kunsttherapie (*Andy Chicken*)
27. Musiktherapie (*Elena Fitzthum*)
28. Neurolinguistisches Programmieren (*Helmut Jelem*)
29. Paartherapie (*Thomas Weber*)
30. Psychoanalyse und Selbstpsychologie (*Erwin Bartosch, Gerhard Pawlowsky*)
31. Psychodrama (*Christian Jorda*)
32. Psychoonkologie (*Oskar Frischenschlager*)
33. Psychopharmaka (*Werner Brosch*)
34. Psychosenpsychotherapie (*Renate Hutterer-Krisch*)
35. Psychosomatik (*Nora Nemeskeri*)
36. Psychotherapie und Ethik (*Renate Hutterer-Krisch*)
37. Psychotherapie und Internet (*Martin Voracek*)
38. Psychotherapie und Recht (*Jobanna Schopper, Michael Kierein*)
39. Psychotherapieforschung (*Martin Voracek*)
40. Säuglingsforschung (*Hilarion G. Petzold*)
41. Sexualtherapie (*Gerti Senger*)
42. Sucht und Suchttherapie (*Renate Brosch*)
43. Supervision (*Ingeborg Luif*)

Fachbereiche und Koordinatoren/innen

- 44. Systemische Psychotherapie (*Andrea Brandl-Nebebay*)
- 45. Tanztherapie und Bewegungsanalyse (*Ursula Lischke*)
- 46. Thanatotherapie (*Hilarion G. Petzold*)
- 47. Transaktionsanalyse (*Helga Krückl*)
- 48. Transpersonale Psychotherapie (*Hans Peter Weidinger*)
- 49. Traumatischer Stress (*Hilarion G. Petzold*)
- 50. Verhaltenstherapie (*Bibiana Schuch*)
- 51. Wissenschaftstheorie (*Thomas Slunecko, Elisabeth Wagner*)

- A -

Abaissement du niveau mental (Seeleverlust; → Seele). Bezeichnet in der → Analytischen Psychologie den temporären oder dauerhaften Verlust der Festigkeit des → Ichs und des → Bewußtseins infolge der Aktivität des → Unbewußten. C.G. Jung übernahm diesen Begriff von Pierre Janet (GW, Bd. 3, §§ 12Fn., 505f.; Bd. 7, § 344). Der Energieverlust des Bewußtseins kann durch falsches Funktionieren desselben oder durch spontane Aktivierung unbewußter Inhalte erfolgen. Abaissement bedeutet Absenken der Schwelle des Bewußtseins; damit können unbewußte Inhalte ins Bewußtsein aufsteigen. Bei schwachem Ich-Komplex besteht Gefahr einer Überschwemmung und Schwächung des Ichs bis hin zur → Psychose. Das Abaissement erleichtert die Bewußtwerdung des psychischen Bildes, ist insofern ein Bindeglied zum → Selbst und ein zentrales Element der → Individuation. Aus dem Abaissement entsteht psychische Bewegung, es ergänzt die einseitige Haltung des Bewußtseins (Micklem, 1989).

Jung CG [1940, 1950] (1976) Über Wiedergeburt. In: GW, Bd. 9/1, §§ 199–258, hier §§ 214f. Olten, Walter

Micklem N (1989) Abaissement du niveau mental: ein Paradox der Psychotherapie. *Gor-go* 17: 37–44 (siehe auch Fußnote S 27).

Barnim Nitsch

Abhängigkeit. → Sucht; → Co-Abhängigkeit.

Ablationshypnose. Fortsetzung einer Hypnosebehandlung ohne Hypnotiseur (Kleinsorge & Klumbies, 1959). Die → Hypnose wird schrittweise vom Therapeuten „abgetrennt“ (ablatio), und der

Patient lernt, sich mit Hilfe eines Bildes selbst in Hypnose zu versetzen. Sobald die Wirkung nachläßt, kann man den z. B. schmerzstillenden Effekt durch eine neuerliche Heterohypnose rasch wieder verstärken. Eine automatische Beendigung der Hypnose (ähnlich der → Kopfuhr) kann zeitlich programmiert (z. B. Erwachen nach 10 Minuten) bzw. mit Reizen von außen kombiniert werden. Die Hauptanwendung der Ablationshypnose liegt in der Schmerzbekämpfung, vor allem auch bei chronischen und unheilbaren Leiden.

Kleinsorge H, Klumbies G (1959) Psychotherapie in Klinik und Praxis. München, Urban & Schwarzenberg

Wallnöfer H (1992) Seele ohne Angst. Stuttgart, Nagelschmidt

Heinrich Wallnöfer

Absicht, gute. → Gute Absicht; → Neurolinguistisches Programmieren.

Absichtslosigkeit. Ein Aspekt der Grundhaltung im → Focusing. Zweckgebundene und ergebnisorientierte Absichten im Klienten und im Psychotherapeuten sind immer mehr oder weniger → strukturgebunden; sie verhindern den Focusing-Prozeß. Sofern sie auftreten, müssen sie als solche wahrgenommen, zur Seite gestellt (→ Freiraum) und unter Umständen auch deklariert werden, um ihre kontraproduktive Wirksamkeit zu entschärfen. Absichtslosigkeit ermöglicht es dem Klienten und dem Therapeuten, sich von den Veränderungsschritten des Erlebensprozesses (→ Experiencing) überraschen und leiten zu lassen. Zwar verfolgt auch der Focusing-Therapeut eine übergeordnete Absicht, al-

lerdings eine paradoxe: Er möchte mithilfe seiner Konzepte (z. B. → Felt Sense; Freiraum; → Körper) und Methoden (z. B. → Begleiten) dazu beitragen, daß die Schritte der Veränderung im und aus dem Klienten kommen. Deshalb beharrt er auch nicht auf seinen Vorschlägen (→ Guiding), sondern ist immer bereit, sich vom Klienten und dessen Erlebensprozeß korrigieren zu lassen (→ Listening). Die Haltung der Absichtslosigkeit gibt der → Fortsetzungsordnung Raum, für den Veränderungsprozeß wirksam zu werden (→ Achtsamkeit).

Wiltshko J (1991) Hilfslosigkeit in Stärke verwandeln. Über die Grundhaltung in der Focusing-Therapie. In: Wiltshko J, Anfänger-Geist. Hinführungen zur Focusing-Therapie I. Würzburg, DAF, S 58–68

Wiltshko J (1995) Focusing-Therapie. Studien-texte 4. Würzburg, DAF

Johannes Wiltshko

Abstinenz (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). In einem Brief an Oskar Pfister (vom 5. Juni 1910) schrieb Freud: „Im Allgemeinen meine ich wie Stekel, daß der Patient in der Abstinenz in unglücklicher Liebe gehalten werden soll, was natürlich nicht in vollem Ausmaße möglich ist“ (Freud & Pfister, 1963: 37f.). Freud gebraucht hier erstmals den Terminus Abstinenz; später führt er diese Art des Entzugs als wichtigen Aspekt der psychoanalytischen Behandlung weiter aus. Freud macht deutlich, daß der Hunger und das Verlangen eines Klienten nach Liebe unter keinen Umständen befriedigt werden dürfe, daß die Behandlung unter Abstinenz und Entzug durchgeführt werden müsse, um zu verhindern, daß sie mit einer „Flucht in die Gesundheit“ durch eine sogenannte Übertragungsheilung vorzeitig ende. Freuds Anhänger nahmen seine Empfehlung in bezug auf die libidinöse Befriedigung oft zu wörtlich, indem sie dem Patienten jegliche Befriedigung in der analytischen Situation verwehrten. In den letzten zwanzig Jahren haben zeitgenössische Psychoanalytiker Freuds Haltung, die auf der Theorie beruhte, daß die Frustration libidinöser Triebe diese bewußt mache, schrittweise aufgege-

ben. Seit Psychopathologie als Beschreibung von Störungen in der Selbstentwicklung verstanden wird, wird davon ausgegangen, daß ein analytisches Klima von spiegelnder → Responsivität der Bewältigung von Entwicklungshemmungen und der dafür nötigen Stärkung des → Selbst viel mehr nützt. Das Konzept der „optimalen Responsivität“ ist zum Standard in der psychoanalytischen Selbstpsychologie geworden, um den Anteil des Analytikers am analytischen Diskurs zu beschreiben.

Bacal H (1985) Optimal responsiveness and the therapeutic process. In: Goldberg A (Ed), Progress in self psychology, vol. 1. New York, Guilford Press, pp 202–226

Freud S, Pfister O (1963) Sigmund Freud/Oskar Pfister. Briefe 1909–1939. Hg. von Freud EL, Meng H. Frankfurt/M., Fischer

Wolf ES (1976) Ambience and abstinence. The Annual of Psychoanalysis 4: 101–115

Ernest S. Wolf [Übers.: Erwin Bartosch, Christine Pawlowsky]

Abstinenz (von Substanzen; → Sucht). Mit diesem Begriff meint man im weitesten Sinne „Enthaltsamkeit von etwas“. Im Suchtbereich versteht man unter Abstinenz die absolute Enthaltsamkeit von suchterzeugenden Substanzen, wie z. B. von Alkohol. Abstinenzvereine wurden gegründet, um diese enthaltsamen Lebensstile zu fördern. Sie tragen auch heute noch in vielen, vor allem angloamerikanischen, Ländern die Therapie von Suchtkranken (z. B. die Bewegung der „Anonymen Alkoholiker“). Das Therapieziel „absolute Abstinenz“ kann jedoch von den meisten Abhängigen nur schwer ein Leben lang eingehalten werden, weshalb heute auch die Therapie zur Verringerung des Schweregrades von Abstinenzverletzungen im Vordergrund steht. In der psychotherapeutischen Arbeit steht deshalb die Definition der Bedingungen im Mittelpunkt, die Suchtkranken ermöglichen, ein abstinentes Leben zu führen. Der → Rückfall, als das negative Pendant zur Abstinenz, ist erst sekundär zu bearbeiten.

Körkel J, Lauer G, Scheller R (Hg) (1995) Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart, Enke

Lesch OM (1985) Chronischer Alkoholismus. Typen und ihr Verlauf. Eine Langzeitstudie. Stuttgart, Thieme

Otto-Michel Lesch

Abwehr (aus Sicht der → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Im umfassendsten Sinne ist Abwehr ein mentaler Vorgang, mit dessen Hilfe ein Individuum schmerzliche Erinnerungen, Gefühle, → Fantasien und → Konflikte vom Bewußtsein fernhält. Freuds frühe Theorien betonen den → Abwehrmechanismus der → Verdrängung, der die Erinnerung des → Traumas, insbesondere des sexuellen Traumas, verhindert. Verdrängung und andere Abwehrmechanismen (z. B. → Projektion, → Verschiebung etc.) wurden später als Maßnahme gegen die Bedrohung verstanden, die von den Fantasien (sexuelle und andere), besonders im Zusammenhang mit dem → Ödipuskomplex, ausgeht. Im → Strukturmodell von → Es, → Ich und → Überich werden Abwehrmechanismen als unbewußte Komponenten des Ich gesehen. Diese Sicht wurde besonders von Anna Freud (1936) hervorgehoben. In der psychoanalytischen Selbstpsychologie und der Theorie der → Intersubjektivität werden Abwehrprozesse grundsätzlich als Vorgänge verstanden, die das Selbsterleben sichern und die unbedingt nötige Bindung an den emotional bedeutsamen Anderen schützen sollen.

Freud A [1936] (1974) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, Kindler

Freud S [1896] (1952) Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 377–403

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

George E. Atwood, Donna M. Orange [Übers.: Erwin Bartosch, Christine Paulowsky]

Abwehr (aus Sicht der → Individualpsychologie). Freud prägte bereits 1894 den Begriff der Abwehr, welcher unbewußte Aktivitäten bezeichnet, die dazu dienen, bedrohliche Erlebnisinhalte von dem Bereich des bewußt Wahrnehmbaren mög-

lichst fernzuhalten. Während Freuds Aufmerksamkeit primär auf die Abwehr von innerpsychischen Konflikten gerichtet war, befaßte sich Adler zunehmend mit dem Verlangen von Menschen, sich vor dem bewußten Gewährwerden von → Minderwertigkeitsgefühlen zu schützen: Im Dienst der Abwehr von Minderwertigkeitsgefühlen können nach Adler Tendenzen wie jene zur Idealisierung, zur Entwertung (→ Entwertungstendenz), zur Meidung von belastenden Problemsituationen oder zur Ausübung von Macht stehen. Damit hatte Adler Grundzüge einer Theorie der Abwehr entwickelt, die sich gegen die bewußte Wahrnehmung von schmerzlich empfundenen Diskrepanzen richtet, die zwischen „der seelischen Repräsentanz des aktuellen, derzeitigen Selbst und einer Idealform des Selbst“ bestehen (Joffe & Sandler, 1967: 163). Da sich Adler um die systematische Entfaltung einer Theorie des dynamischen Unbewußten weniger bemühte als Freud, fand der Begriff der Abwehr in der Individualpsychologie zunächst kaum Verbreitung. Stattdessen verwendete Adler den bedeutend weiter gefaßten Begriff der Sicherung, der für verschiedene Formen der „Überwindung von Schwierigkeiten aller Art“ zugunsten der Herstellung eines (vordergründigen) Gefühls der Sicherheit steht (Adler, 1933: 33). Die Sicherungstendenz (→ Sicherheitsstreben / Sicherungstendenz) wird mitunter sogar „mit dem Streben nach Selbsterhaltung auf eine Stufe gestellt“ (Antoch, 1995: 457). Dessenungeachtet ist das individualpsychologische Konzept der tendenziösen → Apperzeption besonders geeignet, die Komplexität und Mehrgliedrigkeit unbewußter Abwehraktivitäten zu verdeutlichen.

Adler A [1933] (1982) Vor- und Nachteile des Minderwertigkeitsgefühls. In: Adler A, Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. III: 1933–1937, hg. von Ansbacher HL, Antoch RF. Frankfurt/M., Fischer, S 33–39

Antoch RF (1995) Sicherungstendenz / Streben nach Sicherheit. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 457–459

Datler W (1996) Ist der Begriff der Fiktion ein analytischer Begriff? Einige Bemerkungen zur Mehrgliedrigkeit unbewußter Abwehr- und Sicherungsaktivitäten. In: Lehmkuhl U (Hg),

Heilen und Bilden – Behandeln und Beraten. Individualpsychologische Leitlinien heute. München, Reinhardt, S 145–156

Freud S [1894] (1952) Die Abwehr-Neuropsychose. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 57–74

Joffe WG, Sandler J (1967) Über einige begriffliche Probleme im Zusammenhang mit dem Studium narzißtischer Störungen. *Psyche* 21: 152–165

Wilfried Datler

Abwehr (aus Sicht der → Klientenzentrierten Psychotherapie). Bezeichnet in der Persönlichkeitstheorie der Klientenzentrierten Psychotherapie einen wesentlichen Teil der Dynamik gestörten Erlebens, nämlich die Verhinderung des → Gewährwerdens von Erfahrungen, die mit dem → Selbst unvereinbar sind. Bei einer schon im Individuum verankerten → Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und organismischen Bedürfnissen bedroht jede neue Erfahrung, die diesen entspricht, das Selbst in seiner konsistenten Gestalt. Aufgrund der unterschwellig wahrgenommenen aktuellen Bedrohung setzen Abwehrprozesse ein. Diese bestehen in selektiver Wahrnehmung oder in → Wahrnehmungsverzerrung oder -verleugnung bezüglich der betreffenden → organismischen Erfahrungen. Mit diesen Reaktionen wird erreicht, daß die nun entsteht wahrgenommene Erfahrung in Übereinstimmung mit dem Selbstkonzept bleibt. Die generellen Folgen von zunehmendem Abwehrverhalten sind jedoch steigende Wahrnehmungsrigidität („Intensionalität“) und ungenauer werdende Realitätswahrnehmung. Rogers (1987) versteht unter Abwehrverhalten nicht nur neurotische Verhaltensweisen wie → Rationalisierung, → Projektion, → Zwangsstörungen, → Phobien etc., sondern auch einige psychotische Erlebensformen wie paranoides oder katatonisches Erleben. Dabei differenziert er zwischen Abwehrprozessen und Prozessen der Desorganisation und des psychischen Zusammenbruchs. Letztere können bei einem sehr hohen Grad einer gewahr gewordenen Inkongruenz auftreten und bedeuten, daß die Abwehr in chaotischer Weise immer wieder durchbro-

chen und dennoch zugleich ihre Aufrechterhaltung intendiert wird. In einer anderen Einteilung hat Swildens (1993) die Formen der Abwehr störungsspezifisch als jeweils typische → Mythe (Rechtfertigung des Selbstkonzepts) und typisches → Alibi (für die eingeschränkte Daseinsweise) beschrieben.

Finke J (1989) Das Konzept „Widerstand“ und die klientenzentrierte Psychotherapie. In: Sachse R, Howe J (Hg), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. Heidelberg, Asanger, S 76–99

Panagiotopoulos P (1993) Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag Rogers zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hg), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd. 1. Köln, GwG, S 43–55

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Swildens H (1993) Ansätze zur Psychopathologie und zu einer differentiellen Psychotherapie der Neurosen aus klientenzentrierter Sicht. In: Teusch L, Finke J (Hg), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie*. Heidelberg, Asanger, S 89–100

Wolfgang Keil

Abwehr (aus Sicht der → Bioenergetischen Analyse). Ein teils biologisches, teils imitiertes, in sich folgerichtiges System von körperlichen und mentalen Handlungsmustern. Es soll das Leben, die Unversehrtheit der Person und die notwendigen Bindungen an das momentan bedeutsamste Umfeld sicherstellen. Diese Überlebensstrategien (Frank, 1977) setzen bei empfundener Gefahr ein und stellen eine Schutzschaffende Kraft zur Verfügung (Frank, 1981). Seit Reichs psychophysiologischen Versuchen ist gesichert, daß jeder Organismus ein elektrisches Spannungsfeld hat, mit Entladungsrichtung vom Zentrum zur Peripherie. Fließt Energie vom Zentrum zur Peripherie und wird abgegeben, wird das als Lust empfunden. Unlust tritt auf, wenn Energie nicht abgegeben wird (Rückstaudruck von Energie vor jeder Entladung). Sie ist nicht direkt wahrnehmbar, da Energie zur Peripherie fließt und das Spannungsfeld erhalten bleibt. Sie wird vom Organismus

toleriert, um später mehr Lust zu erfahren (→ Realitätsprinzip). Erhöhte Spannung bei nicht absehbarer Entladungsmöglichkeit führt zu Angst. Weitere Erhöhung wird als Schmerz wahrgenommen; diese Spannung steht der Abwehr als Schutz schaffende Kraft zur Verfügung (Reich, 1970), nach Alexander Lowen in der Muskelpanzerung (→ Panzerung). Die Handlungsmuster der Abwehr sind Symptome im Sinne von Freud. Lowen (1958) faßt sie als chronifizierte Minderungen (Panzerungen) von Spannungsabfuhr zu fünf → Charakterstrukturen zusammen. Die körperlichen Abwehrmuster haben ihre korrespondenten, parallelen Paradoxa in der psychischen Abwehr, z. B. Verkapselung = Verdrängung; Karzinom = Wendung gegen das Selbst; Nahrungsaufnahme, Essen = Introjektion (Frank, 1981).

Frank R (1977) Zur Rolle des Körpers in der Bioenergetischen Analyse. In: Petzold H (Hg) Die neuen Körpertherapien. Paderborn, Junfermann, S 62–89

Frank R (1981) Über das Konzept des Widerstandes in der Bioenergetischen Analyse. In: Petzold H (Hg), Widerstand – ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S 301–323

Lowen A [1958] (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München, Kösel

Reich W [1933, 1948] (1970) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Rainer Frank

verschiedenen Abwehrmechanismen ihre Abwehrtätigkeit letztlich immer gegen den → Trieb. Anna Freud (1936) sieht Abwehrmechanismen sowohl als Trieb- und Affektabwehr, als auch aus Es- oder Überich-Angst (→ Es; → Überich) und aus Bedürfnis nach Synthese tätig. Sie unterscheidet und beschreibt: → Verdrängung, → Regression, → Reaktionsbildung, → Isolierung, Ungeschehenmachen, → Projektion, → Introjektion, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil, → Verleugnung, → Sublimierung. Caruso (1957) hebt mit der Benennung der Abwehrmechanismen als „Austauschmechanismen“ ihre symbol- und kulturschaffende Funktion im Austausch zwischen Mensch und Welt hervor. Er betont damit den fließenden Übergang zwischen normalen und pathologischen Ergebnissen der Austauschmechanismen im Verlauf der psychosozialen Entwicklung hin zu immer mehr transparenten Begegnungssymbolen. Gegenwärtige Unterscheidungen der Abwehrmechanismen nach ihrer Reife ordnen sie normalen, neurotischen und psychotischen Prozessen zu und beziehen damit den Differenzierungsgrad der Ich-Organisation ein (Mentzos, 1982).

Caruso IA (1957) Bios, Psyche, Person. Freiburg, Alber

Freud A [1936] (1974) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, Kindler

Mentzos S (1982) Neurotische Konfliktverarbeitung. München, Kindler

Edith Frank-Rieser

Abwehrmechanismen (→ Psychoanalyse). Bedeuten die Abwehrtätigkeit des → Ich gegenüber unlustvollen Triebansprüchen, → Affekten, Wahrnehmungen und Vorstellungen. Sowohl die Affekte, Ansprüche und Vorstellungen selbst als auch die damit verbundenen psychischen Konflikte werden aus dem Bewußtsein ausgeschlossen bzw. wird deren Wiederkehr ins Bewußtsein verhindert. Abwehrmechanismen stehen im Dienste der Erhaltung des Ich und seiner Funktionen und sind sowohl als normale Schutzfunktion als auch als pathologische Konfliktbewältigung im Sinne einer symbolischen Befriedigung oder Reparation anzutreffen. Für Freud richten die

Abwehrmechanismen (in der → Kathym-Imaginativen Psychotherapie). Anna Freud bringt konkrete Beispiele dafür, daß sich die Abwehr nicht nur gegen Triebansprüche richtet, sondern gegen alles, was Angst, Bedrohung, Schuldgefühle, Scham etc. hervorruft. Vielfalt und Komplexität der Abwehrmechanismen finden sich in den Bildproduktionen der Kathym-Imaginativen Psychotherapie: in imaginierten Situationen, begleitenden Affekten und in symbolisch dargestellten Forderungen des → Es und → Überich. Leuner (1985: 327ff.) betont, „daß das Repertoire von Abwehrmechanismen als

Leistungen des Ich verantwortlich ist für dessen Struktur und Stärke („Ich-Stärke“), sodaß die Abwehrmechanismen als Anpassungsleistungen auch eine positive Wertschätzung erfahren müssen“. Die therapeutische Arbeit besteht darin, die Abwehrmechanismen flexibler zu gestalten: aus frühen sollen spätere, reifere entstehen. Inwieweit sich ein Abwehrmechanismus im therapeutischen Prozeß manifestiert, ist aus dem Kontext der Lebensgeschichte, der neurotischen Erkrankung und aus der aktuellen therapeutischen Situation ersichtlich. So kann z. B. → Regression vor dem Konflikt ein notwendiges Auftanken für den Patienten bedeuten oder aber ein habituelles Ausweichen vor einer Konfrontation. Die Projektion subjektiver Befindlichkeiten und Erlebnisse auf den Bildschirm der → Imagination in der Katakthym-Imaginativen Psychotherapie ist kein Abwehrmechanismus, sie ist Grundlage der therapeutischen Arbeit und ein kreativer Prozeß. Der Abwehrmechanismus → Projektion (eigene Impulse werden anderen zugeschrieben) bedarf einer behutsamen Bewußtmachung. Dies gilt auch für die häufig habituellen Abwehrmechanismen → Reaktionsbildung, → Identifizierung mit dem Angreifer, Affektisolierung (→ Isolierung), → Verleugnung oder die manchmal nur passageren Abwehren wie Verkehrung ins Gegenteil, Ungeschehenmachen, Identifizierung oder altruistische Abtretung. Ein Beispiel, wie das Kräftespiel verschiedener Abwehrmechanismen auf der Bildebene sichtbar werden kann: Zum Motiv „Drei Tiere“ imaginiert eine junge Frau (→ Anorexia nervosa) eine Bärenfamilie. „Das Junge schläft“ (Regression vor den Konflikt), „es wünscht sich nichts und niemanden“ (Verleugnung). „Die großen Bären mögen das Kleine nicht, weil es häßlich ist und stinkt“ (Identifikation mit dem Aggressor). „Es kümmert sich um einen schwer verletzten Hasen, den alle im Stich gelassen haben. Ich selbst finde so stinkende und verletzte Tiere ekelig und uninteressant, lassen Sie mich damit in Ruhe“ (Reaktionsbildung und Versuch einer Affektisolierung).

Freud A [1936] (1974) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, Kindler

Hättich E (1989) Die therapeutische Entwicklung benigner Projektion und individuell strukturierter Symbolwelt. In: Bartl G, Pesendorfer F (Hg), Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Wien, Literas, S 271–276

Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katakthym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Nagera H (1974) Psychoanalytische Grundbegriffe. Frankfurt/M., Fischer

Inge Lang

Achtsamkeit. Ein Aspekt der Grundhaltung im → Focusing. Achtsamkeit kann sich nach innen (innere Achtsamkeit) und nach außen (äußere Achtsamkeit) richten. Innere Achtsamkeit bedeutet, alles, was im eigenen Erleben auftaucht, wahrzunehmen und willkommen zu heißen, ohne es zu bewerten, zu analysieren, zu deuten oder verbalisieren zu müssen. Innere Achtsamkeit ist ein absichtsloses und zugleich aufmerksames → Verweilen, vor allem mit körperlich gespürten, aber noch unklaren Empfindungen (→ Felt Sense; → implizit). Verschiedene Methoden (z. B. → Begleiten; → Freiraum-Schaffen) unterstützen den Klienten, innerlich achtsam zu werden und mit einem Felt Sense zu verweilen. Zur Grundhaltung des Focusing-Therapeuten gehören sowohl äußere Achtsamkeit (bewertungsfreies Wahrnehmen und Willkommenheißendes des Klienten), als auch innere Achtsamkeit (absichtsloses Wahrnehmen der eigenen inneren → Resonanz auf den Klienten).

Wiltschko J (1995) Focusing-Therapie. Studentexte 4. Würzburg, DAF

Johannes Wiltschko

Affekt (→ Psychoanalyse; → Säuglingsforschung und Psychotherapie). Die psychoanalytische Affekttheorie hat eine lange Geschichte und viele Umarbeitungen erfahren (Dornes, 1993: Kap. 6). Der Kern – und zugleich ein Hauptmangel – der klassischen Theorie war und blieb trotz aller Reformulierungen, daß Affekte als Abkömmlinge von → Trieben betrachtet wurden. Die moderne Affektlehre kehrt dieses Verhältnis um. Nunmehr werden Affekte als

primäre → Motivationssysteme betrachtet und Triebe als Abkömmlinge von Affekten (Dornes, 1997: Kap. 1). Auch die Auffassung, daß Affekte zu Beginn des Lebens undifferenziert sind, der Säugling also zunächst nur zwischen Lust und Unlust unterscheiden kann, hat sich als übermäßige Vereinfachung herausgestellt. Die neuere Affektforschung (→ Affektlogik) und → Säuglingsforschung hat gezeigt, daß es für mindestens sieben sogenannte Primäraffekte (Interesse / Neugier, Überraschung, Ekel, Freude, Ärger, Traurigkeit und Furcht) spezifische Gesichtsausdrucksmuster gibt, die in allen Kulturen gleich sind. Diese Affektausdrucksmuster und die entsprechenden Gefühle existieren schon beim Säugling im ersten halben Lebensjahr. Üblicherweise werden beim Affektsystem verschiedene Komponenten unterschieden: 1. die physiologische Erregung, 2. die Handlungsdisposition, 3. der Ausdruck, 4. die subjektive Empfindung / Wahrnehmung dieser drei Komponenten und 5. die Interpretation der subjektiven Empfindung. Die verschiedenen Komponenten des Affektsystems sind flexibel koordiniert. Sie fallen unter Umständen als Ergebnis von Lernprozessen auseinander: Der Ausdruck oder die Handlungsdisposition können unterdrückt werden, die physiologische Erregung jedoch bleibt bestehen. Auch die interpersonelle Kommunikations- und Signalfunktion von Affekten kann durch erziehungsbedingte Unterdrückung oder Übertreibung bestimmter Ausdruckskomponenten beeinträchtigt werden. Ein erheblicher Teil der klassischen Neurosenlehre ist unter Einbeziehung solcher Erkenntnisse affekttheoretisch reformulierbar (Krause, 1997, 1998).

Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Frankfurt/M., Fischer

Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Frankfurt/M., Fischer

Krause R (1997, 1998) Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd. 1 und 2. Stuttgart, Kohlhammer

Martin Dornes

Affektbrücke. Eine von John Watkins (1971) entwickelte hypnoanalytische Tech-

nik (→ Hypnoanalyse), die in einer gezielten → Altersregression entlang eines bestimmten Affektes (z. B. Angst) oder eines Körpersymptoms besteht. Der Zielaffect wird zuerst in → Hypnose möglichst intensiv aktualisiert und dann von seinem kognitiven Kontext isoliert. In diesem Affect wird eine Altersregression zurück zu den Umständen des ersten Auftretens durchgeführt. Dabei können intensive Abreaktionen stattfinden. Die therapeutische Auseinandersetzung mit diesem Ereignis findet sowohl in der Hypnose (als korrektive emotionale Erfahrung) als auch in der wachen analytischen Aufarbeitung statt. Diese Methode ermöglicht es, bei frei flotierenden Ängsten und anderen Symptomen mit unklarem Ursprung relativ rasch das auslösende → Trauma wiederzufinden.

Watkins JG (1971) The affect bridge: a hypnoanalytic technique. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 19: 21–27

Watkins JG (1992) Hypnoanalytic techniques. The practice of clinical hypnosis, vol. II. New York, Irvington Publishers

J. Philip Zindel

Affekte, Resonanzdämpfung der. → Resonanzdämpfung der Affekte; → Autogenes Training.

Affektisolierung. → Isolierung; → Abwehrmechanismen; → Psychoanalyse.

Affektive Psychosen. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Affektlogik. Der Begriff „Affektlogik“ (Ciompi, 1982, 1991, 1997) geht von der Annahme aus, daß emotionale und kognitive Komponenten (oder Fühlen und Denken, Affekte und Logik) in sämtlichen psychischen Leistungen obligat zusammenwirken. Dies impliziert sowohl eine immanente „Logik der Affekte“ wie auch eine Mitbeteiligung von Affekten an kogni-

tiven Operationen aller Art, mit Einschluß von Abstraktion und Logik. Affekte sind (als Oberbegriff von Begriffen wie Emotion, Gefühl, Stimmung, Befindlichkeit etc.) definiert als kurz- oder langdauernde, bewußte oder unbewußte psychophysische Gestimmtheiten, die mit spezifischen neurobiologischen, hormonalen, vegetativen, verhaltensmäßigen und (eventuell) auch mimisch-expressiven und subjektiven Erscheinungen einhergehen. Denken ist „Probehandeln mit kleinen Energiemengen“ (Freud). Alles Denken und Verhalten ist durch aufmerksamkeitsfokussierende, gedächtnisaktivierende, hierarchisierende, kontinuiertschaffende und komplexitätsreduzierende sogenannte Operatorwirkungen von Affekten auf die kognitiven Funktionen nicht nur mobilisiert und selektioniert, sondern auch selbstorganisatorisch integriert zu übergreifenden affektiv-kognitiven Mustern im Sinne einer typischen „Angstlogik“, „Wutlogik“, „Trauerlogik“, „Freudelogik“ etc., aber auch Alltagslogik oder Wissenschaftslogik. Unter dem Einfluß übermäßiger Affektspannungen (Kontrollparameter) kann es zum nichtlinearen Umschlag von einem übergeordneten Muster in ein anderes kommen; vorher periphere (z. B. wahnhaft) Ideen wirken bei der Entstehung von psychotischen Mustern als Ordnungsparameter, die das ganze Feld „versklaven“ (Haken). Das Konzept der Affektlogik stammt ursprünglich aus der Schizophrenieforschung. Es verwertet Befunde aus Psychoanalyse, genetischer Epistemologie (Piaget), Emotionsbiologie und Evolutionsforschung unter übergeordnet systemtheoretischen Gesichtspunkten. Unter Einbezug von neuen Erkenntnissen zur nichtlinearen Dynamik komplexer Systeme (→ Chaostheorie) wurde es stufenweise zu einem Konzept einer umfassenden „fraktalen Affektlogik“ (Ciompi, 1997) weiterentwickelt, in welcher selbstähnliche affektiv-kognitive Dynamismen auch in mikro- und makrosozialen Prozessen aller Art nachgewiesen werden. Praktische Anwendungen umfassen Kommunikationsprozesse jeder Art, von der Reklame und Verkaufstechnik bis zur Pädagogik und Psychotherapie, mit Einschluß von körperzentrierten Methoden. In der → Psychosen-

psychotherapie beruht insbesondere die milieutherapeutische Gemeinschaft „Soteria Bern“ (Ciompi et al., 1991, 1993), in welcher die heilenden Operatoreffekte einer bergend-entspannenden Grundstimmung systematisch genutzt werden, auf dem Konzept der Affektlogik.

Ciompi L (1982) Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart, Klett-Cotta

Ciompi L (1991) Affects as central organising and integrating factors. A new psychosocial/biological model of the psyche. *British Journal of Psychiatry* 159: 97–105

Ciompi L (1997) Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Ciompi L, Dauwalder HP, Maier C, Aebi E, Trütsch K, Kupper Z, Rutishauser C (1991) Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. *Nervenarzt* 62: 428–435

Ciompi L, Kupper Z, Aebi E, Dauwalder HP, Hubschmid T, Trütsch K, Rutishauser C (1993) Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse der vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über zwei Jahre. *Nervenarzt* 64: 440–450

Luc Ciompi

After Post-Modernism. Aktuelle philosophische Richtung, die die Positionen der „Moderne“ (Primat der Vernunft) und der Postmoderne (über die Sprache komme man nicht hinaus, alles sei daher relativ und beliebig, folglich könne man eigentlich gar nichts sagen) überwinden möchte. Eugene T. Gendlin, als einer ihrer wichtigsten Vertreter, versteht das noch nicht (sprachlich) geformte, körperliche Erleben (→ *Experiencing*) als über die Formen (Logik, Sprache) hinausgehend; es trägt zwar → implizit die alten Formen in sich, ist aber immer mehr als diese; dieser „Überschuß“ (→ *Felt Sense*) ist nicht ungeordnet, sondern kann auf wohlgeordnete, aber nicht vorgeformte Weise mit Symbolen (z. B. Worten, Konzepten) interagieren. Daraus ergeben sich nicht-logische, aber dennoch kontinuierliche und nicht-willkürliche Schritte des Denkens, Sprechens und Handelns, die

zugleich Heilungsschritte sind. Sie tragen den Lebensprozeß weiter (carrying forward) und setzen ihn fort (→ Fortsetzungsordnung). In Gendlins phänomenologischer Methode (→ Focusing) wird das implizite, körperliche Erleben (Felt Sense) im Denken, Sprechen und Handeln „mitgenommen“ (und nicht nur von ihm ausgegangen) und an ihm jeweils geprüft, ob es durch einen Denk-/Handlungsschritt erweitert und fortgesetzt wird. Auf diese Weise bildet Gendlin Konzepte, die mehr sind als Konzepte, da sie das Erleben mit einschließen und mit dem Erleben arbeiten. Mit ihnen kann auch die Sprache in ihrer Funktion für den Lebensprozeß untersucht und über sie hinaus gedacht werden (→ Bedeutung; → Körper).

Gendlin ET (1991) Thinking beyond patterns. Body, language and situations. In: den Ouden B, Moen M (Eds), The presence of feeling in thought. New York, Peter Lange

Gendlin ET (1993) Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. Deutsche Zeitschrift für Philosophie 41(4): 693–706

Gendlin ET, Wiltchko J (1999) Focusing in der Praxis. Stuttgart, Pfeiffer

Levin DM (Ed) (1997) Language beyond post-modernism. Saying and thinking in Gendlin's philosophy. Evanston, Northwestern University Press

Johannes Wiltchko

Aggression (→ Säuglingsforschung und Psychotherapie). Angesichts der Allgegenwart destruktiver Aggression scheint es plausibel, sie als eine angeborene Eigenschaft zu betrachten. Dies war die Schlußfolgerung, zu der Freud (1930) nach jahrzehntelangem Nachdenken über diese Frage gelangt war. Auch der Ethologe Lorenz (1963) kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Diese Auffassung wurde jedoch nicht allgemein geteilt. Widerspruch entzündete sich vor allem an der Annahme, daß Destruktivität – deren Kern in der absichtlichen Zerstörung oder Beschädigung von Personen oder Gegenständen zu sehen ist – ein integraler Bestandteil der menschlichen Natur sein soll. Sowohl in der → Psychoanalyse als auch in der akademischen Psychologie wurde die Rolle von

Frustration und Versagung bei der Entstehung destruktiver Aggression hervorgehoben. Nach über 60 Jahren Forschung zu diesem Thema hat sich in beiden Disziplinen die Auffassung herausgebildet, daß die Hauptursache für Destruktivität nicht in einem angeborenen → Trieb zu sehen ist. Selbst wenn man eine psychobiologische Grundlage in dem Sinne akzeptiert, daß es eine kongenitale Bereitschaft gibt, auf Frustration/Unlust mit Ärger oder Feindseligkeit zu reagieren, so hängt doch die Häufigkeit der Aktivierung und deren Chronifizierung entscheidend von den vergangenen und gegenwärtigen Lebensumständen ab. Die entwicklungspsychologische Forschung der letzten 30 Jahre hat gezeigt, daß Kinder nicht mit Destruktionspotentialen und -impulsen zur Welt kommen, sondern allenfalls mit der Möglichkeit, solche zu entwickeln. Sie sind von Natur aus weder gut noch böse, sondern haben die Möglichkeit zu beidem. Welche dieser Möglichkeiten Wirklichkeit wird, hängt in entscheidendem Umfang von Beziehungserfahrungen ab. Sowohl psychoanalytische wie nicht-psychoanalytische Forscher sehen in ablehnenden, drohenden, zurückweisenden oder strafenden elterlichen Handlungen und Einstellungen einen Hauptgrund für die Entstehung von destruktiver Aggression (Überblick bei Dornes, 1997: Kap. 9; Coie & Dodge, 1998). Dies gilt auch, wenn man davon ausgeht, daß es konstitutionelle und/oder geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bereitschaft gibt, auf Frustration und Unlust mit Feindseligkeit zu reagieren. Destruktive Aggression ist in hohem Maße zeitstabil, d. h. Kinder, vor allem Buben, die im Vorschulalter aggressiv sind, bleiben das häufig auch im Schulalter und sogar noch später. Destruktivität ist also, wenn sie sich erst einmal verfestigt hat, eines der stabilsten und am schwersten zu beeinflussenden Persönlichkeitsmerkmale (→ narzißtische Wut). Dies rechtfertigt verstärkte Präventions- und Frühinterventionsanstrengungen. Häufig werden Grausamkeiten, die Erwachsene im Krieg begehen, als Beleg für den von der Zivilisation nur mühsam domestizierten destruktiven Kern des

Menschen betrachtet. Diese Sichtweise ist wenig überzeugend. In den meisten Fällen sind solche Greueltaten situativ determiniert (Fromm, 1977). Es ist nicht die menschliche Natur, die plötzlich zum Ausbruch kommt; häufig sind es nicht einmal charakterologisch tief verwurzelte sadistische Neigungen. Vielmehr spielen bei einem Großteil kriegsbedingter Grausamkeiten plötzliche traumatische Ereignisse wie der Verlust von Hab und Gut, der Tod naher Angehöriger oder von Kameraden, ein Erlebnis stärkster Lebensbedrohung etc. die entscheidende Rolle als Auslöser von Destruktivität. Auch klinische Erfahrungen mit schwer gestörten, häufig hoch aggressiven Patienten verweisen auf die Bedeutung der Umwelt für die Aggressionsgenese. Neuere Arbeiten zu den sogenannten → Borderline-Persönlichkeitsstörungen (z. B. Paris, 1993) heben hervor, daß die meisten dieser Patienten in Kindheit oder Adoleszenz Opfer von Mißhandlung und / oder Mißbrauch gewesen sind. Psychologie und Psychotherapie haben bei der Lösung des Aggressionsproblems jedoch nur eine begrenzte Bedeutung. Armut und Entwurzelung sind weitere nicht zu vernachlässigende Ursachen menschlicher Destruktivität. Ohne Änderungen in der Verteilung des gesellschaftlichen Reichtums wird es in Zukunft keine dauerhaften – vermutlich nicht einmal mehr vorübergehend stabile – Lösungen für soziale Konflikte geben, die immer wieder aufs neue Aggressivität produzieren.

Coie J, Dodge K (1998) Aggression and antisocial behavior. In: Damon W (Ed), Handbook of child psychology, vol. 3: Social, emotional, and personality development. Fifth edition. New York, Wiley, pp 779–862

Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Frankfurt/M., Fischer

Freud S [1930] (1982) Das Unbehagen in der Kultur. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. IX: Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion. Frankfurt/M., Fischer, S 191–270

Fromm E [1973] (1977) Anatomie der menschlichen Destruktivität. Reinbek/Hamburg, Rowohlt

Lorenz K (1974) Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression. München, dtv

Paris J (Ed) (1993) Borderline personality disorder. Washington (DC), American Psychiatric Press

Martin Dornes

Aggression (aus Sicht der → Gestalttherapie). Weder als „Trieb“ (Freud) noch als „das Böse“ schlechthin (Konrad Lorenz) interpretiert, wird sie bereits im ersten Buch von Fritz Perls (1946) als unerläßliches Element der Gefühlsausstattung beschrieben. Analog zur Bedeutung von lat. *adgredi*, d. h., „auf etwas zugehen, sich einer Sache bemächtigen“, wird Aggression als Mobilisierungsenergie verstanden, die die jeweilige Attraktion bzw. Aversion gegenüber Elementen der Umwelt in Handlung zu übersetzen ermöglicht. Sie tritt in drei verschiedenen Spielarten auf (Dreitzel, 1992): 1. sich auf etwas zubewegen, etwas ergreifen; 2. Zerstören von Strukturen, um etwas assimilieren zu können (Nahrung z. B. muß gekaut werden); 3. Beseitigen von Hindernissen. Die Unterdrückung von Aggression schon bei kleinen Kindern führt zu Apathie bzw. Destruktivität über die „Identifikation mit dem Aggressor“. Weil dadurch der Zugriff auf das → Feld insgesamt beeinträchtigt wird, ist eine Störung von Persönlichkeitsfunktionen (→ Kontakt) die Folge. Jedes innovative und schöpferische Handeln dagegen braucht das „Feuer“ der Aggression. Paul Goodman sah im „ungehemmten Verlangen“ sogar die eigentliche „soziale Kraft“, weil es alle Potentiale und Energien auf ein Ziel hin zu bündeln vermag. Dies findet heute in der Konfliktforschung weitestgehende Bestätigung: das (faire) Austragen von Konflikten führt zu kreativeren Lösungen für beide Seiten als eine vorzeitige „Beruhigung“.

Dreitzel HP (1992) Reflexive Sinnlichkeit. Mensch – Umwelt – Gestalttherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Perls FS [1946] (1969) Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart, Klett-Cotta

Perls FS, Hefferline RF, Goodman P [1951] (1979) Gestalttherapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart, Klett-Cotta

Kathleen Höll

Aggression. → Psychodynamik, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Aggressionstrieb (→ Individualpsychologie). Alfred Adler veröffentlichte 1908 in den „Fortschritten der Medizin“ seinen Aufsatz „Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose“. Das Konzept des Aggressionstriebes sollte einen Beitrag dazu leisten, die Genese von → Sadismus und → Masochismus besser zu verstehen, „die treibende Kraft stammt aber bei Gesunden, Perversen und Neurotikern offenbar aus zwei ursprünglich gesonderten Trieben, die späterhin eine Verschränkung erfahren haben, derzufolge das sadistisch-masochistische Ergebnis zwei Trieben zugleich entspricht, dem Sexualtrieb und dem Aggressionstrieb“ (Adler, 1908: 53). Diese ursprünglichen Überlegungen wurden später von Adler revidiert, wobei er den Triebbegriff aufgab. Adler ging jetzt von einer teils bewußten, teils unverstandenen Stellungnahme den Aufgaben des Lebens gegenüber aus und gelangte „auf diese Weise zum Verständnis des sozialen Einschlags in die Persönlichkeit, dessen Grad immer nach Maßgabe seiner Meinung über die Tatsachen und Schwierigkeiten des Lebens ausgestaltet ist“ (Adler, 1931: 87). Ansbacher (1982) faßt die Geschichte des Aggressionstriebes dahingehend zusammen, daß dieser bei Adler schließlich einem allgemeinen Streben nach Überwindung (→ Kompensation) untergeordnet und als Begriff durch den des → männlichen Protestes ersetzt wurde. Da Adler dem Aggressionstrieb die instrumentelle Funktion zusprach, Befriedigung und Zielerreichung herzustellen (Wiegand, 1977), kann er neben den Primärtrieben auch durch Schmerz und ein unbefriedigtes → Zärtlichkeitsbedürfnis aktiviert werden. Adler vertrat daher neben einer triebtheoretischen bereits eine reaktive Konzeptualisierung von Aggression (Rogner, 1985; Lehmkuhl & Lehmkuhl, 1994).

Adler A [1908] (1973) Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. In: Adler A, Furtmüller C (Hg) (1914), Heilen und Bilden. Frankfurt/M., Fischer, S 53–62

Adler A [1931] (1982) Zwangsneurose. In: Adler A, Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. II: 1930–1932. Frankfurt/M., Fischer, S 85–105

Ansbacher H, Ansbacher R (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München, Reinhardt

Lehmkuhl G, Lehmkuhl U (1994) Aggressionstrieb und Zärtlichkeitsbedürfnis. Zur Dialektik früher individualpsychologischer Konstrukte. In: Wiese J (Hg), Aggression am Ende des Jahrhunderts. Psychoanalytische Blätter 1. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, S 43–61

Rogner J (1995) Aggression. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 16–21

Wiegand R (1977) Der Mitmensch als Ärgernis. München, Kindler

Gerd Lehmkuhl

Agieren. Das Problem des Agierens wurde und wird in der (analytischen) Psychotherapie zumeist als ein Widerstandsphänomen betrachtet. Sigmund Freud schrieb bereits 1912 von einem „Kampf zwischen Arzt und Patienten, zwischen Intellekt und Tribleben, zwischen Erkennen und Agierenwollen“ (Freud, 1943), der sich fast ausschließlich an den Übertragungsphänomenen abspiele (→ Ausagieren). Es sei Aufgabe des Therapeuten, die Gefühlsregungen in einen Zusammenhang der Behandlung und seiner Lebensgeschichte einzureihen, sie der denkenden Betrachtung unterzuordnen und in ihrem psychischen Wert zu erkennen. Was für die klassische → Psychoanalyse gilt, besitzt auch für andere Psychotherapieformen Gültigkeit. Allerdings wird heute im Agieren, beispielsweise in der → Daseinsanalyse nicht nur einseitig ein Widerstandsphänomen gesehen, sondern unter Umständen auch eine notwendige Verhaltens- und Begegnungsweise dem Therapeuten gegenüber, die den Reifungsprozeß fördert (Boss, 1979; Thomä & Kächele, 1986).

Boss M (1979) Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse. Wien-München-Zürich, Europaverlag

Freud S [1912] (1982) Zur Dynamik der Übertragung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienaus-

gabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 157–168

Thomä H, Kächele H (1986) Lehrbuch der psychoanalytischen Technik. Berlin, Springer

Heidy Brenner

Agoraphobie (→ Phobie). Eine Agoraphobie ist nach ICD-10 eine deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei von vier Situationen: Menschenmengen, öffentliche Plätze, alleine Reisen, Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause. Mindestens einmal sind dabei mindestens zwei von 14 Angstsymptomen (→ Panikattacken) aufgetreten. Das Fehlen eines nutzbaren Fluchtweges ist ein Schlüsselsymptom. Nach DSM-IV ist eine Agoraphobie eine Angst vor Orten, von denen eine Flucht schwierig oder peinlich sein könnte oder wo im Falle einer unerwarteten oder situationsbegünstigten Panikattacke oder panikähnlichen Symptomatik keine Hilfe erreichbar sein könnte. Entsprechende Situationen werden daher vermieden oder nur mit deutlichem Unbehagen oder mit Angst vor dem Auftreten einer Panikattacke oder panikähnlichen Symptomatik durchgestanden bzw. nur in Begleitung aufgesucht. Der bedeutsamste Unterschied zwischen ICD-10 und DSM-IV besteht in der Art der hierarchischen Ordnung von Agoraphobie und Panikstörung bei gleichzeitigem Auftreten. Im DSM-IV ist die Panikstörung der Agoraphobie übergeordnet („Panikstörung mit Agoraphobie“), während dies im ICD-10 umgekehrt ist („Agoraphobie mit Panikstörung“). Im DSM-IV ist eine Agoraphobie allein keine kodierbare Störung. Es muß stets Bezug genommen werden zum Fehlen oder Vorhandensein von Panikattacken. Eine Agoraphobie wird als Reaktion auf eine Panikattacke oder panikähnliche Symptomatik angesehen. Dies ist oft, jedoch nicht immer der Fall. Als effektivste Behandlungsform hat sich eine verhaltenstherapeutisch orientierte Konfrontationstherapie erwiesen (→ Exposition; → Reizkonfrontation).

American Psychiatric Association (Hg) (1998) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. 2., überarb. Aufl.

Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. Göttingen, Hogrefe

Morschitzky H (1998) Angststörungen. Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst. Wien, Springer

Reinecker H (1993) Phobien. Agoraphobien, soziale und spezifische Phobien. Göttingen, Hogrefe

World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Hans Morschitzky

Aktionsphase (Spielphase). Das → Psychodrama hat im Zentrum das spontane Spiel, die „Begegnung“ zwischen Menschen und stellt Abbilder des Lebens und Lebensentwürfe szenisch dar. In der Spiel- oder Aktionsphase werden, statt nur mit Worten zu erzählen, die erinnerten oder fantasierten Situationen inszeniert. Nach kurzer Exploration, um vom Diffusen zum Differenzierten zu kommen, wird die Bühne praktisch und imaginativ eingerichtet. Das heißt beispielsweise, Tisch und Stühle werden zu einem Esstisch zusammengestellt und der Hauptdarsteller (→ Protagonist) sucht sich für die Rollen (→ Rolle) der Familienangehörigen entsprechende Mitspieler aus (→ Hilfs-Ich; → Antagonist). Das Mittagessen wird dann gespielt. Die Bühne ist der Spielraum, um den sich die Gruppe im Halbkreis oder einer anderen Verteilung befindet, sie wird dementsprechend nach den Bedürfnissen der Spieler gestaltet. Dazu bedarf es der Vorstellungskraft und der → Kreativität, um durch Gesten, Worte und einige Requisiten den Raum einzurichten. Der Prozeß bewegt sich vom Hier-und-Jetzt zum Dort-und-Damals in Gegenwart der Gruppe. Konflikte und Erlebnisse werden im Augenblick des Spiels gegenwärtig gesetzt. Dieser veränderte Bewußtseinszustand ermöglicht neue therapeutische Zugänge. Die Atmosphäre auf der Bühne sollte möglichst sanktionsfrei sein. Durch diese Als-ob-Realität kommen auch die Gruppenteilnehmer rasch ins Bild. Es erfolgt eine Rückkopplung zwischen Erwärmung

(→ Anwärmphase), → Spontaneität und Spiel. Oftmals wird assoziativ in Szenen der Lebensgeschichte zurückgegangen und die „Abfuhr des Verdrängten in die reale Tat“ (Freud) umgesetzt. Auch Fantasien, Tag- und Nachträume werden wiedererlebt und in einer kontrollierten Regression im Dienste der Entwicklung kathartisch genutzt. Das Psychodrama will zwischenmenschliche und intrapsychische Konflikte sichtbar, wiedererlebbar und veränderbar machen. Die intrapsychischen Vorgänge werden objektiviert, indem sie über das spontane Spiel in der Außenwelt vergegenständlicht und somit handhabbarer werden. In der Aktionsphase dominiert das Eintauchen in die präsentative Mehrebenen-Kommunikation (→ Szenisches Verstehen), die unter dem Eindruck der unerwarteten Bilder, Symbole und sinnlichen Erfahrungen steht. Es kommen teilweise überraschende Erlebnisse zustande. Das Spiel knüpft an die Unvoreingenommenheit, Leichtigkeit und Authentizität der Kinder an, es ist eine „Urform“ menschlichen Erlebens und Verhaltens.

Leutz GA [1974] (1986) Das klassische Psychodrama nach J.L. Moreno. Berlin, Springer
 Moreno JL (1988) Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. 3. Aufl. Stuttgart, Thieme
 Ottomeyer K [unter Mitarb. von Wieser M] (1992) Prinzip Neugier: Einführung in eine andere Sozialpsychologie. Heidelberg, Asanger
 Stelzig M, Ruby M (1996) Psychodrama mit chronisch hospitalisierten psychiatrischen Patienten. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Psychotherapie mit psychotischen Menschen. 2. Aufl. Wien, Springer, S 628–641

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Aktive Imagination. → Imagination, aktive; → Funktion, transzendente; → Analytische Psychologie.

Aktive Musiktherapie. Im Gegensatz zur → Rezeptiven Musiktherapie sind alle Arten musikalischen Handelns seitens des Patienten gemeint. Der Prozeß des musikalischen Gestaltens auf sowohl improvisatorischer (→ Improvisation) als auch reproduzierender Basis ist geprägt von

Sich-einlassen und Selbst- und Fremdwahrnehmung. Die Art psychotherapeutischer Aufarbeitung des evozierten Materials hängt von der Grundorientierung des Musiktherapeuten ab. Im psychotherapeutischen Kontext ist die verbale Aufarbeitung, soweit möglich, unerlässlich. Aus ihr lassen sich im Unterschied zur „Psychotherapie mit kreativen Medien“ neue Improvisationen im Sinne nonverbalen Durcharbeitens ableiten. Beim Patienten ist die technische Beherrschung eines Instruments, der Stimme bzw. des Körpers nicht Voraussetzung. Der therapeutische Wert so zugelassener Kreativität ist besonders groß bei Patienten, deren Probleme im Leistungsbereich liegen. Aktive Musiktherapie mit ihrer Akzentuierung auf nonverbaler Kommunikation und Handlung ist auch für jene Menschen geeignet, die sprachlich nicht kommunizieren können und deshalb oft als psychotherapeutisch nicht behandelbar gelten. Ein leicht zu spielendes Instrumentarium ermöglicht auch ihnen, in einen Dialog zu kommen. In der therapeutischen Improvisation, deren Struktur früher vorsprachlicher Kommunikation ähnelt, erlebt z. B. der psychisch oder psychosomatisch Erkrankte frühe Erfahrungen wieder sowie die bislang andauernde Abwehr von Affekten und Gefühlen; somit entsteht die Chance der Bearbeitung. Aktive Musiktherapie wird in den unterschiedlichsten therapeutischen Settings angewendet. Die Einteilung in aktiv und rezeptiv verliert dort an Bedeutung, wo in die musiktherapeutische Praxis prozeßhaft beides einfließt.

Priestley M (1975) Music Therapy in action. London, Constable
 Schwabe C (1972) Musiktherapie. Stuttgart, Gustav Fischer
 Strobel W, Huppmann G (1991) Musiktherapie. Göttingen, Hogrefe

Elena Fitzthum

Aktive Tonusregulation (Leidener Tonusübungen). Extrem individuell gestaltete Form der muskulären Entspannung nach Stokvis, bei der sowohl direkte (Auto-) Suggestionen als auch Berührungen (z. B. Stirndruck nach Freud) verwendet werden.

Die → Suggestionen und die Übungsanweisungen sind nicht standardisiert, sondern werden jedem Einzelfall angepaßt. Während im → Autogenen Training die „Übungen“ ein Umweg zur → Umschaltung sind, ist hier das Erlebnis einzelner Körperabschnitte und Funktionskreise das Ziel. Wie im Autogenen Training übt der Patient mehrmals täglich daheim.

Stokvis B (1950) Autosuggestive Psychotherapie. [Teil 6 der psychotherapeutischen Serie der Leidener psychiatrischen Universitätsklinik.] Lochem, Psychiatrische Univ.-Klinik Leiden

Stokvis B, Wiesenhütter E (1979) Lehrbuch der Entspannung. Stuttgart, Hippokrates S 176 ff

Heinrich Walhnöfer

Aktivität (→ Individualpsychologie). Alfred Adler hat sich bereits in seiner Auseinandersetzung mit Freud dagegen ausgesprochen, in psychologischen Zusammenhängen mechanistische oder physikalistische Begriffe zu verwenden (→ Metapsychologie). In seinem Bemühen um die konsequente Entwicklung einer Theorie des Psychischen begriff er daher den Menschen als ein aktives Wesen, das in seinen bewußten und unbewußten Akten des Wahrnehmens, Erlebens und Handelns zu bestimmten Aspekten von Selbst und Welt Stellung nimmt (Antoch, 1994). Damit brachte Adler zugleich einen holistischen Anspruch zum Ausdruck, der sich gegen die Tendenz wendet, von einzelnen psychischen Instanzen, Kräften oder Trieben so zu sprechen, als wären sie voneinander unabhängig existierende Entitäten (→ Einheit der Persönlichkeit). Psychische Aktivitäten werden von jedem Menschen zu jedem Zeitpunkt seines Lebens in vielgestaltiger, vielschichtiger und oft auch konflikthafter Weise vollzogen (Huttanus, 1987). Sie sind aber stets als Aktivitäten einer Person zu begreifen und können deshalb nur dann angemessen verstanden werden, wenn im einzelnen begriffen wird, in welcher Weise diese Aktivitäten aufeinander bezogen sind (→ Lebensstil). Dieser Rückbezug auf eine handelnde Person als „Zentrum“ des Erlebens, Wahrnehmens und Handelns bleibt in der Individualpsychologie auch dann im

Blick, wenn von unbewußten Konflikten, von triebhaft-impulsivem Verlangen oder von Akten der → Abwehr und Sicherung (→ Sicherheitsstreben / Sicherungstendenz) gesprochen wird, die zur Ausbildung von starren, leidbringenden Symptomen mit Krankheitswert führen (→ Apperzeption, tendenziöse).

Adler A [1934] (1982) Die Formen der seelischen Aktivität. In: Adler A, Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. III: 1933–1937, hg. von Ansbacher HL, Antoch RF Frankfurt/M., Fischer, S 40–46

Antoch RF (1994) Die Individualpsychologie als Tätigkeitspsychologie. In: Antoch RF, Beziehung und seelische Gesundheit. Frankfurt/M., Fischer, S 15–33

Huttanus A (1987) Zum Konflikt im Allgemeinen und zum Konflikt in der Individualpsychologie um das Konflikt-Konstrukt im Besonderen. Zeitschrift für Individualpsychologie 12: 160–173

Rogner J (1995) Aktivität. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 21–22

Wilfried Datler

Aktualisierungstendenz. Einziges Axiom des → Personzentrierten Ansatzes nach C. Rogers, das „die dem [→] Organismus (in seiner Gesamtheit) innewohnende Tendenz zur Entwicklung (all seiner Möglichkeiten)“ kennzeichnet (Rogers, 1987: 21), und zwar sowohl in Hinblick auf seine Erhaltung, als auch auf seine weitere Entfaltung und Differenzierung. Die Tendenz umfaßt somit „Defizitbedürfnisse“ wie auch „Wachstumsbedürfnisse“ im Sinne von Maslow. Die Bezeichnung geht in ihrem Ursprung auf Kurt Goldstein und seine organismische Theorie der Selbstverwirklichung zurück. Rogers beruft sich neben Goldstein u. a. auch auf Maslow, Gendlin, Angyal, Snygg und Combs (vgl. Rogers, 1981: 70f.). Hutterer (1992) faßt die Charakteristika der Aktualisierungstendenz zusammen: Sie sei selektiv (erhaltend und entwicklungsorientiert), gerichtet (auf Autonomie, Selbstregulierung, Differenzierung, komplexe Organisation, Wechselseitigkeit, Entwicklung von konstruktiven und sozialen Lösungen, Wertsteigerung und Transparenz), ständig gegenwärtig

und eine grundlegende, ganzheitliche Kraft und Funktionsfähigkeit, auch wenn sie in den verschiedensten Bedürfnissen zum Ausdruck kommen kann. Von Rogers zunächst (1951) noch als → Selbstaktualisierungstendenz bezeichnet, wird diese terminologisch von der Aktualisierungstendenz ersetzt, die der vorher genannten nun übergeordnet ist (1959). Das → Selbst wird in weiterer Folge als relativ autonomes „Subsystem“ des Organismus betrachtet, die Selbstaktualisierung als Teilaspekt der „organismischen Tendenz zur Erfüllung“. Unter förderlichen Beziehungsbedingungen sind die beiden nicht in Konflikt bzw. nicht dissoziiert, aufgrund der relativen Autonomie der Selbstaktualisierung kommt es aber unter weniger günstigen Umständen (→ Bewertungsbedingungen) zu einer → Inkongruenz der beiden Tendenzen. Dies stellt ein Grundgerüst der klientenzentrierten Ätiologiekonzeption dar. Die Auffassung einer universellen aktualisierenden Tendenz steht ursprünglich in der Tradition des Vitalismus, wonach im Menschen eine grundsätzliche Lebenskraft wirkt, die auf Reifung, Bereicherung und Vervollkommenung drängt. Die Vorstellung einer (systemexternen) Kraft oder Energie wurde aber zunehmend von einem übergeordneten, strukturierenden Lebens- bzw. Entwicklungs- bzw. „Sinnprinzip“ (Prinzip der Selbstorganisation) abgelöst (vgl. Höger, 1993: 25–32). Das Konzept ist von zentraler Bedeutung für das Menschenbild der → Humanistischen Psychologie. Bestätigung scheint das Konstrukt, das vielfach als naiv kritisiert wurde, durch Erkenntnisse der modernen Naturwissenschaft und → Systemtheorie zu erhalten. Rogers selbst (1981) verweist in diesem Zusammenhang auf den Biologen Szent-Gyorgyi. Deutlich ist die Affinität der Annahme einer Aktualisierungstendenz zu den Eigenschaften von Systemen, wie sie von der Systemtheorie beschrieben werden. In den letzten Jahren seines Schaffens weitete Rogers seine Annahme einer formgebenden Kraft auch auf Bereiche aus, die den Organismus übersteigen, und gelangt damit zur → formativen Tendenz, einem universellen Prinzip, das der Organisation und Entwicklung unseres Kosmos zugrundeliegt.

- Höger D (1993) Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hg), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Köln, GwG, S 17–41
- Hutterer R (1992) Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personenzentrierte Theorie der Motivation. In: Hutterer R, Stipsits R (Hg), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S 146–171
- Rogers CR [1977] (1978) Eine politische Basis: Die Selbstverwirklichungstendenz. In: Rogers C, Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. München, Kindler, S 265–280
- Rogers CR [1979] (1981) Die Grundlagen eines personenzentrierten Ansatzes. In: Rogers C, Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta, S 65–84
- Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Gerhard Stumm

Aktualneurose. → Angstneurose; → Neurose; → Psychoanalytischer Prozeß.

Alchemie. Von C.G. Jung in den 30er und 40er Jahren in die → Analytische Psychologie eingebracht. Bestand aus strenger Naturbeobachtung, chemischen Experimenten, Naturphilosophie und Selbstbeschreibungen von in die Materie projizierten psychischen Prozessen (→ Projektion). Die letzte Komponente macht sie zur Vorläuferin der Tiefenpsychologie. Ursprünge in Alexandria und im hellenistischen Ägypten des 3. Jh. v. Chr., wurde im 8. bis 13. Jh. vom Islam übernommen und weiterentwickelt. Durchdrang aus dem Arabischen und Griechischen übersetzt vom 13./14. Jh. an Europa (Ripley, Bacon, Paracelsus, Michael Mayer, Gerhard Dorn u. v. a.; Höfe von Elisabeth I., Rudolf II., Zar Michael Romanov; Shakespeare, Goethes Faust). Ihre oft bizarren symbolisch-archetypischen Themen und Bilder (→ Symbole; → Archetypen) findet man auch in → Märchen und psychischem Material heutiger Menschen

(→ Träume; → Imaginationen; → Pathologisieren, manche Zwangsgedanken und Perversionen), sodaß Kenntnis der Alchemie für das Verstehen und therapeutische Interventionen entscheidend sein kann. Alchemistische Arbeit als opus contra naturam („Werk gegen die Natur“, Bewußtwerdung!) diene der Differenzierung und Veredelung der materia prima oder massa confusa, des „von Lebenssamen geschwängerten“, projizierten psychischen Ausgangsmaterials, z. B. aus schweflig-feurigen Begierden, salzig-bitteren Ressentiments und quecksilbrigen Intuitionen. Das vom Alchemisten regulierte Feuer war dessen Libido (→ Energie, psychische), das bearbeitete Blei die saturnine Depression, das Kupfer die venusische Erotik etc. Auch im vas bene clausum, dem geschlossenen Gefäß der therapeutischen Beziehung, leben typische Operationen fort: separatio (scheiden, was nicht zusammengehört), mortificatio und putrefactio (Tötung und Verfaulen überlebter Einstellungen), solve et coagula (Auflösung alter und Konsolidierung neuer Werte und Einstellungen), sublimatio (Vergeistigung), calcinatio (überschüssige Emotionalität verbrennt), coniunctio (Vereinigung zuvor unvereinbarer Gegensätze; → Gegensatzthematik). Weitere charakteristische Symbole des alchemistischen Prozesses sind u. a. Mercurius, der Hermaphrodit, das Einhorn, König und Königin. Ergebnisse sind der „philosophische Stein“ (lapis), die aqua permanens oder „trinkbares“, „nicht gewöhnliches Gold“.

Edinger EF (1990) Der Weg der Seele. Der psychotherapeutische Prozeß im Spiegel der Alchemie. München, Kösel

Franz ML v. (1980) Alchemy. An introduction to the symbolism and the psychology. Toronto, Inner City

Giegerich W (1994) Animus-Psychologie. Frankfurt/M., Peter Lang [bes. S 101f., 155f., 268f.]

Jung CG (versch. J.) Gesammelte Werke, Bd. 12, 13, 14/I-III. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27)

Schwartz-Salant N (1991) Die archetypischen Grundlagen der projektiven Identifikation. In: Schwartz-Salant N, Die Borderline-Persönlichkeit. Vom Leben im Zwischenreich. Olten, Walter, S 155–200

Andreas von Heydwofff

Alexandertechnik. Ein von F.M. Alexander (1869–1955) in Australien und später in England entwickeltes körperorientiertes Verfahren auf der Basis psycho-physischer Lernprozesse, das von seinen Schülern (ab 1931) unter der Bezeichnung „Alexander-Technik“ weiterentwickelt und mittlerweile weltweit unterrichtet wird. Bereits um die Jahrhundertwende begann Alexander, von persönlichem Leidensdruck ausgehend, mit dem Mittel nicht-wertender Selbstbeobachtung sein Studium von zunächst unbewußten, den Organismus belastenden Haltungs- und Bewegungsmustern. Er entwickelte das Konzept des „Gebrauch des Selbst“ (use of the self) sowie der Alexander-Prinzipien als einen Prozeß der Neuorientierung: Durch Sensibilisierung der kinästhetischen Wahrnehmung, vermittelt in einem subtilen Prozeß taktilen und verbalen Feedbacks (der sogenannten Hands-on-Arbeit) zwischen Lehrer und Student, werden stereotype neuromuskuläre Verspannungsmuster zunächst ins Bewußtsein gehoben. Über das Prinzip des Innehaltens (inhibition) sowie bewußter Ausrichtung mittels mentaler Direktiven (direction) bei Lehrer und Student entsteht ein Angebot in Richtung flexibler Veränderung, Ausgewogenheit, Koordination und somit ganzheitlicher persönlicher Entfaltung.

Alexander FM (1932) The use of the self. New York, Dutton

Gelb M (1996) Körperdynamik: eine Einführung in die Alexander-Technik. Frankfurt/M., Ullstein

Protzel M, Brouchard E, Wright B (Eds) (1997) Kinesthetic ventures – informed by the work of F.M. Alexander, Stanislavsky, Peirce and Freud. Chicago, Mesa Press

Christine Weixler

Alexithymie. Bezeichnet den „Thymos“ (Seele, Gemüt), der keine Worte hat. Das alexithymische Verhalten bezieht sich auf folgende affektive Struktur: Patienten scheinen undifferenzierte Empfindungen auszudrücken, wenig spezifische → Ängste oder → Aggressionen. Weiters können einzelne Gefühlsqualitäten schlecht unterschieden werden. Eine bestimmte Struktur des Den-

kens, Handelns und Sprechens ist mit dieser affektiven Struktur verknüpft (pensée opératoire). Das Denken ist auf die konkret faßbare Realität bezogen. Patienten werden als fantasiarm, unkreativ und unlebendig wahrgenommen. Sie scheinen keine Beziehung zu ihrem Innenleben zu haben, sondern sind handlungsorientiert (McDougall, 1982). Die Struktur der Selbst- und Objektbeziehungen (→ Objekt; → Objektbeziehungstheorie) wird als symbiotisch, mit einem Defizit an Selbstwertgefühlen und innerer Unabhängigkeit beschrieben. Die Wahrnehmung des anderen wird als unscharf und vage als „projektive Verdoppelung“ (Marty et al., 1963) beschrieben. Andere werden also stereotyp und projektiv – als eine Art Doppelgänger – wahrgenommen. Zur Ätiologie der Alexithymie sind viele Fragen offen: Handelt es sich um ein künstliches Produkt der Untersuchungssituation, um ein Entwicklungsdefizit oder eine Abwehrformation, oder ist es als ein Symptom zu verstehen? Es ist also nicht klar, ob es ein primäres Persönlichkeitsmerkmal (vielleicht vererbt) oder im Zuge des Sozialisationsprozesses erworben ist. Alexithymie wird als spezifisch für psychosomatische Patienten im engeren Sinn angenommen (→ Psychosomatik; → psychosomatische Erkrankungen).

- Marty P, M'Uzan M de, David C (1963) L'investigation psychosomatique. Paris, Presses universitaires de France
- McDougall J (1982) Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics* 38: 81–90
- McDougall J (1991) Theater des Körpers. Weinheim, Verlag Internationale Psychoanalyse
- Rad M v (1983) Alexithymia. Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker. Berlin, Springer
- Rad M v, Zepf S (1986) Psychoanalytische Konzepte psychosomatischer Symptom- und Strukturbildung. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hg), *Psychosomatische Medizin*. 3. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg, S 55–62
- Sifneos PE, Apfel-Saritz R, Frankel FH (1977) The phenomenon of „Alexithymia“. *Psychotherapy and Psychosomatics* 28: 47–57

Marianne Springer-Kremser

Algopareunie. → Dyspareunie.

Alibi. Wird in der → Prozeßorientierten Gesprächspsychotherapie (Swildens, 1991), einer Variante der → Klientenzentrierten Psychotherapie, gebraucht, um das Abweisen von Verantwortung und damit auch von Schuld deutlich zu machen. Diese Tendenz kommt besonders angesichts versäumter Selbstaktualisierung und existentiellen Versagens zur Geltung. Manchmal wird dieses Alibi-Erleben als Begründung dafür benutzt, wesentliche Schritte in Richtung Selbstbestimmung und Selbstaktualisierung zu unterlassen. Auch von Alibi-Strukturen kann man sagen, daß sie durch → Abwehrmechanismen und unbewußte Motive mitbestimmt werden. In diesem phänomenologischen Kontext (→ Phänomenologie) sind solche unbewußten Motive jedoch nicht relevant. Das Alibi stützt sich immer auf die → Mythe und führt unter Umständen zu spezifischen Formen der Existenzverweigerung (Mechanismen der → Wahlverhinderung).

Swildens H [1988] (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG

Hans Swildens

Alkoholismus (Alkoholabhängigkeit). Magnus Huss führte 1849 den Begriff „chronischer Alkoholismus“ in die medizinische Literatur ein (Lesch et al., 1993). Wird durch folgende Symptome definiert: Alkohol wird wie ein Medikament benutzt. Die Dosis muß gesteigert werden, um die gleichen Wirkungen zu erzielen. Es kommt zu sozialen, psychischen und körperlichen Folgeerscheinungen. Nach Absetzen von Alkohol treten verschieden starke Entzugssyndrome auf. Diagnosekriterien werden im ICD-10 und DSM-IV beschrieben. Die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ nach ICD-10 soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren: 1. ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren; 2. verminderte Kontrollfähigkeit; 3. Alkoholgebrauch, um Entzugssymptome

zu mildern; 4. körperliches Entzugssyndrom; 5. Toleranzentwicklung (man benötigt höhere Dosierung für gleiche Wirkung); 6. das Verhalten wird auf Alkoholeinnahme zentriert; 7. Vernachlässigung anderer Interessen; 8. Alkoholeinnahme trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die amerikanische Literatur sieht die Entwicklung von Mißbrauch zur Alkoholabhängigkeit dimensional (DSM-IV), während das Klassifikationssystem der WHO, das ICD-10, Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit als getrennte Kategorien beschreibt. Die Ursache für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit wird in psychischen, sozialen und biologischen Veränderungen gesehen. Im frühen Stadium ist die gesamte Bandbreite von psychotherapeutischen Verfahren indiziert, in späteren Stadien sind nonkonfrontative verhaltenstherapeutisch orientierte Motivations-Methoden anzuraten, wobei hypno-systemische Ansätze auch zielführend sind. Hypnosetechniken (→ Hypnose) mit dem Setzen von Suggestionen zum richtigen Zeitpunkt unterstützen vor allem den Motivationsprozeß. Jede weiterführende psychotherapeutische Intervention ist nach der Basisstörung auszurichten (Lesch et al., 1993). Alkoholismus gehört zu den Abhängigkeitserkrankungen. Die Heterogenität der Erkrankung Alkoholabhängigkeit spiegelt sich in den Erkenntnissen zur Komorbidität (Angststörungen, depressive Zustandsbilder, schwere körperliche Erkrankungen wie z. B. Anfallsleiden, Leberzirrhose, demente Zustandsbilder) wie auch zu Typologien (z. B. Typologie nach Lesch, 1985).

Lesch OM (1985) Chronischer Alkoholismus – Typen und ihr Verlauf. Eine Langzeitstudie. Stuttgart, Thieme

Lesch OM, Ades J, Badawy A, Pelc I, Saß H (1993) Alcohol dependence – classificatory considerations. *Alcohol & Alcoholism* 2 (Suppl.): 127–131

Widinger TA, Frances AJ, Pincus HA, First MB, Ross R, Davis W (Eds) (1994) DSM-IV Sourcebook, vol. 1. Washington (DC), American Psychiatric Association

World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung

von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Otto-Michel Lesch

Allgemeine Psychotherapie (→ Psychotherapieforschung). Es gibt viele Versuche, verschiedene psychotherapeutische Richtungen zu integrieren; die bedeutungsvollsten sind die (theoretisch entwickelten) → integrativen Therapien (z. B. Petzold) und die (empirisch gewonnenen) allgemeinen (therapieschulenübergreifenden) Psychotherapiemodelle von Orlinsky (→ Generisches Modell der Psychotherapie) und Grawe (Allgemeine Psychotherapie). Grawes Ausgangspunkt sind → Meta-Analysen von Effekt- und Prozeß-Effekt-Studien, die vier allgemeine Wirkfaktoren (1. Ressourcenaktivierung, 2. Problemaktualisierung, 3. Problembewältigung, 4. Sinn- und Motivationsklärung und Analyse intrapsychischer Konflikte) hervorbrachten, woraus er drei bipolare Perspektiven (inter- vs. intrapersonale, Bewältigungs- vs. Klärungs- und Ressourcen- vs. Problemaktualisierungs-Perspektive) entwickelte. Herkömmliche psychotherapeutische Theorien („Theorien erster Generation“) können diese Effektbefunde nicht erklären, dazu sind „Theorien zweiter Generation“ nötig. Mit Fortschreiten der Erkenntnis werden aber auch diese durch bessere Theorien (dritter, vierter bis n-ter Generation) abgelöst. Nach Grawe muß sich eine wissenschaftliche Psychotherapie der Prüfung ihrer Theorien und Effekte stellen und kann sich nur im Forschungsprozeß, nicht als Konfession, weiterentwickeln. Grawes „Theorien zweiter Generation“ sind Theorien der empirischen Psychologie. Im Kern steht eine schematheoretische Konzeption der Person, ihres (personalen und sozialen) Funktionierens und ihrer („normalen“ und „gestörten“) Entwicklung, auf die die aus den Perspektiven abgeleiteten Behandlungs- und Prozeßmodelle aufbauen und praxeologisch zu individuellen → Fallkonzeptionen aufbereitet werden. Diese „Allgemeine (schulunenabhängige) Psychotherapie“ wird in Ausbildungsgängen gelehrt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert.

Grawe K (1995) Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 130–145

Grawe K (1998) Psychologische Therapie. Göttingen, Hogrefe

Grawe K, Grawe-Gerber M, Heiniger B, Ambühl H, Caspar F (1996) Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Eine Anleitung für Therapeuten. In: Caspar F (Hg), Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen, DGVT, S 189–224

Anton-Rupert Laireiter

Alloplastisch/autoplastisch (→ Psychoanalyse). Die beiden Begriffe bezeichnen Anpassungsformen mit unterschiedlichen Zielrichtungen. Die autoplastische Adaptierung meint die Anpassung durch die Veränderung des Subjekts, die alloplastische Adaptierung jene durch die Veränderung der Umwelt. In Ferenczis Verwendung ist die autoplastische Adaptation eine sehr frühe Anpassung des Subjekts (bereits in der Protopsyche; Ferenczi, 1982: 18); Freud setzt den Begriff als Bezeichnung der körperlichen „Materialisation“ bei der Konversionsneurose ein. Diese autoplastische Anpassung würde unter dem Blickwinkel der Ergebnisse der heutigen → Säuglingsforschung dem von Stern beschriebenen Phänomen „der Entwicklung der Fähigkeiten [des Säuglings] in Form realitätsbezogener Anpassungen“ (Stern, 1992: 355) entsprechen. Die alloplastische Adaptation meint bei Ferenczi „alle auf die Außenwelt gerichteten Handlungen, die dem Ich erlauben, sein Gleichgewicht aufrecht zu erhalten“ (Laplanche & Pontalis, 1972:83).

Ferenczi S [1919] (1982) Hysterische Materialisationsphänomene. Gedanken zur Auffassung der hysterischen Konversion und Symbolik. In: Ferenczi S, Schriften zur Psychoanalyse, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer, S 11–24

Freud S [1924] (1982) Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 355–361

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Gerhard Pawlowsky

Allparteilichkeit. → Neutralität; → Systemische Therapie.

Alltäglichkeit („Man“). → Eigentlichkeit; → Daseinsanalyse.

Alltagstrance. → Trance; → Trancephänomene.

Alter-Ego-Beziehung. → Empathie; → Doppeln.

Alter-Ego-Übertragung. → Selbstobjektübertragung; → Selbstpsychologie.

Altersprogression, hypnotische. Hypnotherapeutische, in → lösungsorientierten Kurztherapien (→ Lösungsorientierung) besonders wichtige Intervention mit ich-stärkender Wirkung. In → Hypnose wird der Patient nach einer möglichst vollständigen zeitlichen Desorientierung in einem zukünftigen, hypothetischen Zeitpunkt reorientiert, in dem das gegenwärtige Problem bereits gelöst ist. Dadurch lassen sich einerseits Lösungswege durch inneres Probehandeln bahnen, andererseits werden → Ressourcen erlebbar und bewußt gemacht. In ähnlicher Weise kann sich der Patient auch mit einem personifizierten Ich-Ideal identifizieren und zukünftige Szenen durchleben. Im Unterschied zur → Altersregression handelt es sich um ein projektives Verfahren ohne objektive „Echtheit“. Die Anwendung dieser Methode setzt beim Patienten gute Ressourcen voraus.

Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union, S 257ff

Meiss O (1990) Zeitprogression in der Behandlung von Ängsten vor einem Bewerbungsgespräch. Hypnose und Kognition 7(2): 26–33

J. Philip Zindel

Alterspsychotherapie. → Gerontopsychotherapie.

Altersregression (→ Gerontopsychotherapie). Der Begriff → Regression wurde erstmals 1900 von Sigmund Freud in „Die Traumdeutung“ verwendet. Altersregression wird vor dem Hintergrund eines lebenslangen Oszillierens zwischen progressiver Entwicklung und zeitweisem Rückgriff auf unreife psychische Mechanismen, wie Spaltung, Projektion und Somatisierung, mit entsprechendem Denken, Fühlen, Handeln und Beziehungserleben verstanden. Im Prozeß des Alterns kann sie eine prinzipiell reversible Reaktion auf Verluste, Kränkungen und Krankheiten, die nicht anders bewältigt werden können, sein. Altersregression ist kein normaler psychischer Prozeß des Alterns, sondern ein → Abwehrmechanismus in besonders belastenden Situationen, der allerdings in maligne dauerhafte Regressionszustände münden kann, wenn psychische Belastungen nicht bewältigt oder, wie bei hirnorganischen Erkrankungen, Ich-Funktionen irreversibel zerstört werden.

Radebold H (1992) Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin, Springer

Zetzel E (1970) Discussion. Model A: aging and psychoanalytic theories of regression. Journal of Geriatric Psychiatry 3: 152–159

Martin Teising

Altersregression, hypnotische (→ Hypnose; → Hypnosetherapie). Wiedererleben von früheren Lebensereignissen in → Trance. Die wachgerufene Erinnerung wird durch Faktoren wie → Hypermnesie, zeitliche Desorientierung, Fokussierung der Aufmerksamkeit, Ideosensorik und –motorik (→ Ideodynamik) sowie → Trancelogik besonders realistisch, intensiv und überzeugend erlebt. Das Erleben kann verschiedene Echtheitsgrade aufweisen, von der „Pseudorevivifikation“ (halbbewußte Dramatisierung aktueller Vorstellungen über die eigene Vergangenheit) bis zur Reaktualisierung von Inhalten früherer Erlebnisse mit gleichzeitiger Reaktivierung ent-

sprechender früherer Entwicklungsformen des Denkens, der Objektbeziehungen und der Strukturierung des Verhaltens, sogar verlorener Reflexe (Greif-, Saug-, Babinski-reflex, d. i. ein Fußreflex im ersten Lebensjahr). Es handelt sich immer nur um eine partielle Retrogression, und eine Kontamination mit späteren kognitiven oder affektiven Inhalten läßt sich nie vermeiden. Die Altersregression kann spontan (aufgrund der strukturellen Regression der Hypnose) oder suggeriert auftreten und führt manchmal zu Abreaktionen. Sie wird in der → Hypnoanalyse eingesetzt, mit dem Ziel, verdrängte Erinnerungen, Gefühle und Konflikte affektiv wieder zugänglich zu machen (→ Affektbrücke). Ihr Einsatz setzt eine gewisse Ich-Stärke voraus, damit die wiedererlebten Erinnerungen nicht überschwemmen, sondern einer affektiven Reevaluation unterzogen werden können. Im lösungsorientierten und ich-stärkenden Ansatz wird die Altersregression zur Reaktivierung von Ressourcen aus der vor-symptomatischen Zeit eingesetzt.

Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union, S 248ff
Peter B (1990) Hypnotische Phänomene. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. Berlin, Springer, S 24–64

J. Philip Zindel

Ambiente. → Responsivität; → Selbstobjekt; → Selbstpsychologie.

Ambivalenz (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Der Begriff wurde 1910 von Bleuler verwendet, 1912 von Freud übernommen und von ihm 1913 als gleichzeitiges Bestehen von Wunsch und Verbot konzeptualisiert. Er hielt an seinem Postulat eines „mitgeborenen Ambivalenzkonflikts“, der auch den → Ödipuskonflikt prägt, fest. Die Ambivalenz gilt bis heute als integraler Bestandteil der Freudschen → Triebtheorie und → Metapsychologie. Die Selbstpsychologie – gestützt auf die Ergebnisse der → Säuglingsforschung – sieht in der Ambivalenz keinen biologisch determinierten Konflikt, sondern einen Bezie-

hungskonflikt zwischen den Wünschen des 1–2jährigen Kindes und den Ambivalenzen der Eltern: Das Kind erlebt einen Konflikt zwischen dem Wunsch nach Exploration und Selbstbehauptung und dem Wunsch, die frühere Nähe zur Mutter wiederherzustellen. Dies kann die Kohärenz des → Selbst gefährden. Eine inadäquate Affektregulation durch die Mutter ruft reaktive Aggression hervor. Die Beziehungsanalyse fokussiert Ambivalenzspaltungen – die intrapsychische Grundlage dessen, was im äußeren Kommunikationsverhalten als „doppelte Botschaft“ zu beobachten ist.

- Bauriedl T (1997) Die innere Welt des Psychoanalytikers. In: Herberth F, Maurer J (Hg), Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Frankfurt/M., Brandes & Apsel, S 11–40
- Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Frankfurt/M., Fischer
- Freud S [1913] (1982) Totem und Tabu. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. IX: Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion. Frankfurt/M., Fischer, S 287–444
- Freud S [1930] (1982) Das Unbehagen in der Kultur. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. IX: Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion. Frankfurt/M., Fischer, S 191–270
- Lichtenberg JD [1983] (1991) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin, Springer

Michael Erb

Ambivalenz (→ Individualpsychologie). Der Begriff stammt von Bleuler und bezieht sich in der → Psychoanalyse auf die innere seelische Spannung, die entsteht, wenn ein Wunsch oder Triebimpuls mit widerstrebenden Gefühlen und Affekten verknüpft ist, die dem bewußten Erleben teilweise oder überwiegend entzogen sind. In der herkömmlichen Individualpsychologie wird das Konzept der Ambivalenz in diesem Sinne – d. h. als ätiologisch relevanter Faktor in der Neurosenentstehung – mit dem Hinweis auf die Ganzheit der Person (→ Einheit der Persönlichkeit) abgelehnt und lediglich als ein Abwehrvorgang konzeptualisiert, der der Rationalisierung eines Vermeidungsverhaltens dient (Künkel, 1925; Wexberg, 1928). Auf dem Hintergrund eines weniger restriktiven und zweck-

rationalen Verständnisses der Ganzheit der Persönlichkeit läßt sich Ambivalenz als ein bedeutsamer Aspekt einer neurotischen Psychodynamik begreifen, wenn ein Bedürfnis einerseits mit der Antizipation von positiven Erfahrungen verbunden ist, andererseits die Realisierung dieses Bedürfnisses gleichzeitig eine äußere und innere Situation heraufbeschwört, die zugleich das bestehende sichere seelische Gleichgewicht schwerwiegend labilisiert. So kann etwa die Suche nach neuen vitalisierenden Erfahrungen zu einem bedrohlichen Verlust von Sicherheit und Vertrautheit führen. Mitunter kann ein solches – immer lebensgeschichtlich vermitteltes – inneres bedrohliches Dilemma nur noch durch die Bildung von psychischen und/oder psychosomatischen Symptomen in Schach gehalten werden, weil ausreichende regulative Selbst-Strukturen, die eine weniger regressive und mit weniger Leiden verbundene Bewältigung des Dilemmas ermöglichen könnten, fehlen. Die Intensität und Bedrohlichkeit von ambivalenten Gefühlen auf der bewußten und unbewußten Ebene steht in einem umgekehrten Verhältnis zu dem Ausmaß an erworbenen regulativen Strukturen im Selbst. Entscheidend dafür, wie Ambivalenzen innerpsychisch gebildet und verarbeitet werden, ist das Ausmaß an Strukturbildung im Individuum. Je mehr regulative Strukturen entwickelt worden sind, um so geringer wird die Gefahr, daß ambivalente Gefühle, die ein unvermeidlicher Teil des Lebens sind, eine schwerwiegende Labilisierung oder Dekompensation des Selbst mit ausgeprägten Symptombildungen zur Folge haben (Tenbrink, 1996; → nervöser Charakter).

- Künkel F (1925) Zur Kritik der Ambivalenz. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie 3: 62–79
- Tenbrink D (1996) Neurose und regulative Strukturen des Selbst. Zeitschrift für Individualpsychologie 21: 117–130
- Wexberg E [1928] (1969) Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Dieter Tenbrink

Ambivalenzprinzip. → Soziodynamische Grundformel; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Amnesie, (post)hypnotische. Zeitlich begrenzte Unfähigkeit, sich im Wachzustand nach einer → Hypnose an bestimmte Inhalte zu erinnern. Diese können Teile der hypnotischen Erfahrung selber oder andere Inhalte betreffen, deren Vergessen suggeriert wurde. Sie tritt spontan oder suggeriert auf und ist durch Suggestion oder intensives Befragen reversibel. Vom normalen Vergessen unterscheidet sie sich im wesentlichen durch eine gewisse Steuerbarkeit. Offenbar sind nicht immer dieselben Mechanismen im Spiel. Da die Erinnerungsspur nie gelöscht wird, muß es sich immer um psychologisch aktive Prozesse handeln, die zu einer Einschränkung der Gedächtnissuche führen. Begünstigende, spezifische Faktoren der Hypnose sind dabei: 1. Veränderung der Willensfunktion; 2. → Dissoziation (z. B. kognitiver Subsysteme); 3. emotionale Aktivierung (führt zu Verdrängung); 4. Veränderung des Bewußtseinszustands (zustandsgebundenes Lernen). Bei der „Quellenamnesie“ werden nicht Inhalte vergessen, sondern lediglich der Kontext, in dem solche präsentiert wurden. Sie gilt als Test, um Simulanten von echt Hypnotisierten zu unterscheiden. Therapeutische Anwendung: 1. Bei der Behandlung von verdrängten Traumata, wenn deren allzu massives Auftauchen ins Bewußtsein nicht ertragen würde. 2. Als Ratifizierung der → Trance und der Dissoziation. 3. Beim lösungsorientierten Vorgehen, wenn der Patient lernen soll, seine unbewußten Ressourcen ohne sein bewußtes Wissen einzusetzen. 4. In der Schmerzbehandlung zur Vermeidung von Schmerzantizipation.

Gheorghiu VA (1973) Hypnose und Gedächtnis. Untersuchungen zur hypnotischen Hyppermnesie und Amnesie. München, Goldmann

Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union, S 261ff

Peter B (1990) Hypnotische Phänomene. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. Berlin, Springer, S 24–64

Schreiner W (1983) Theorie der posthypnotischen Amnesie. Experimentelle und klinische Hypnose 1(1): 57–63

J. Philip Zindel

Amplifikation. Methode der → Analytischen Psychologie. Freies Assoziieren führt zu → Komplexen, aber oftmals weg vom gerade konstellierten psychischen Inhalt. Amplifizieren (lat. *amplificare* = vergrößern) mit vergleichbarem Material hingegen verhilft Ideen und dem → Sinn des psychischen Bildes und dessen Impulsen zur vollen Entfaltung, stimuliert weitere psychische Bewegung. Man sammelt nach Jung „historische Parallelen, auch sehr entlegene, und zwar zu jedem Traumstück, und versucht eine psychologische Geschichte des Traumes und seiner ihm zugrundeliegenden Bedeutungen herzustellen“ (Jung, GW, Bd. 4, § 331). Dies ist wie die literaturhistorische Methode beim Verstehen eines Gedichts im Kontrast zur linguistischen Analyse. Es gibt „seelische Materialien [...], die so gut wie nichts bedeuten, wenn sie aufgelöst werden, die aber eine Fülle von Sinn entfalten, wenn man sie [...] in ihrem Sinne bestätigt und mit allen bewußten Mitteln noch erweitert (sogenannte Amplifikation)“ (GW, Bd. 4, § 329ff.; Bd. 7, § 122). Dem Amplifizieren können Bilder und Motive aus der Kultur-, Geistes- und Gesellschaftsgeschichte der Menschheit dienen, (archetypische) Motive aus → Mythen, → Märchen, Sagen, → Religionen, der → Alchemie (Jung, GW, Bd. 12, § 403f.; → Gegenübertragung, archetypische), Malerei, Literatur, auch zeitgenössische Filme, Parabeln, Sprichwörter, Witze, Alltagsmaterial (Hillman, 1983). Das Amplifizieren erfordert Hintergrundwissen und psychologisches Gespür für das Wesentliche zum richtigen Zeitpunkt (→ Symbol; → synthetische Methode).

Jung CG [1912] (1971) Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie. In: GW, Bd. 4, S 107–111 u. §§ 203–522. Olten, Walter

Jung CG [1916] (1989) Über die Psychologie des Unbewußten. In: GW, Bd. 7, §§ 1–201. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Hillman J (1983) The animal kingdom in the human dream. *Eranos Jahrbuch* 51 [1982]: 279–334

Andreas von Heydewolff

Anaklitische Depression (→ Psychoanalyse). Eine Depression, die mit dem frühen Verlust eines → Objekts in Verbindung steht. Sie ist durch die Angst vor dem Verlassenwerden, durch Hilflosigkeit, das Gefühl von Leere und den sehnächtigen Wunsch danach, geliebt, beruhigt, umsorgt und beschützt zu werden, gekennzeichnet. Ursprünglich von Spitz (1946) beschrieben, bezieht sich der Begriff auf ein Syndrom, das in der frühen Kindheit auftritt und bei anhaltender Trennung zu Schlaflosigkeit, Gewichtsverlust, einer verlangsamten Entwicklung, Apathie und sogar zum Tod führen kann. Erwachsene, die einen frühen Verlust erfahren haben, können zu anaklitischer Depression neigen. Man nimmt an, daß der Verlust, welcher der Anfälligkeit für anaklitische Depression zugrundeliegt, etwa 6–8 Monate nach der Bildung einer guten Mutter-Kind-Bindung (→ Bindung, Bindungstheorie), aber noch vor der Ausbildung der Objektkonstanz stattfindet.

Blatt S (1974) Levels of object representation in anaclitic depression and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child* 29: 107–157

Spitz RA (1946) Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child* 2: 313–342

Neil J. Skolnick [Übers.: Erwin Bartosch, Christine Pawlowsky]

Anal. → Psychoanalytische Phasenlehre.

Analgesie (→ Hypnose; → Trancephänomene). Durch hypnotische → Suggestion induzierte Unempfindlichkeit gegen Schmerzreize. Dabei werden Wahrnehmung und Bewertung von Schmerzreizen verändert. Physiologische Prozesse können ebenfalls suggestiv beeinflußt werden: z. B. Minderdurchblutung verletzten Gewebes (Kältegefühl), Muskelrelaxation. Analgesie kann erreicht werden über 1. Fokussierung

der Aufmerksamkeit auf einen anderen Erlebnisbereich; 2. Suggestion von Kältegefühl, Leichtigkeit, Taubheit, Gefühlslosigkeit; 3. Suggestion lokaler Verschiebung einer Schmerzempfindung; 4. Umdeutung von Schmerzempfindungen; 5. Suggestion von → Amnesie und/oder Zeitverdichtung (→ Zeitverzerrung) für Schmerzphasen; 6. Transformation von Schmerzempfindungen in Bilder; 7. Suggestion von → Dissoziation; 8. Erzählen von Geschichten mit eingestreuten Suggestionen (→ Metaphern). Hypnotische Analgesie wird zunehmend häufiger in Zahnarztpraxen genutzt.

Peter B (1990) Hypnose. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish HP, Seeman H (Hg), *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung*. Berlin, Springer, S 482–500

Riebensahm H (1994) Schmerzen vergessen. Schmerzlinderung und Entspannung durch indirekte Suggestionen. In: Klippstein H (Hg), *Das Vergessen vergessen*. Heidelberg, Carl Auer, S 148–157

Hans Riebensahm

Analoges Markieren (→ Neurolinguistisches Programmieren/NLP). Der Einsatz sinnlicher, direkt erfahrbarer Kommunikationsdimensionen, wie insbesondere räumlich hinweisende oder bildhaft zeigende Gestik, onomatopoetische Tonlage, Lautstärke etc., um ein bestimmtes Wort oder eine Frage zu betonen. Im NLP wird dieser analoge Sprachteil als primäre Sprache (Neurosprache), der verbale (digitale) Sprachteil als Sekundärsprache („Sprechblasensprache“) bezeichnet. Es wird angenommen, daß Analoges Markieren einen direkten Zugang zu unbewußten Prozessen bringt und innerhalb eines jeweils gemeinsamen Kulturkontextes einer besonderen Bedeutungsgebung oder Übersetzung nicht bedarf. Besondere Bedeutung erhält Analoges Markieren (bei manchen Autoren auch analoges Arbeiten genannt) bei der Induktion von Alltagstrancen (→ Trance) sowie bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Inkongruenzen.

Bandler R, Grinder J [1979] (1994) *Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme*. 11. Aufl. Paderborn, Junfermann

Grinder J, Bandler R [1981] (1987) Therapie in Trance. Hypnose: Kommunikation mit dem Unbewußten. 2. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta

Peter Schütz

Analyse (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Zwischen Analyse und Psychotherapie wird in der Analytischen Psychologie meist keine scharfe definitorische Grenzziehung vorgenommen. Nach Jung beinhaltet Psychotherapie Bekenntnis (Entfaltung der Affekte, Katharsis), Aufklärung, Verwandlung, mitunter auch Erziehung und Selbsterziehung (C.G. Jung, GW, Bd. 16, §§ 114–174). Dienlich sind dabei die Assoziationsmethode (Aufsuchen wesentlicher → Komplexe), die Symptomanalyse, die anamnestiche Analyse (Rekonstruktion der Entwicklung der → Neurose) und, nach Ausschöpfung des bewußten Materials, die Analyse des → Unbewußten (GW, Bd. 17, §§ 172–181; → Schatten; → Übertragung; → Widerstand; → Traum; Aktive → Imagination). Die sorgfältige Auseinandersetzung mit dem Unbewußten ermöglicht die Kooperation von Bewußtsein und unbewußter Psyche (→ Funktion, transzendente; → Gegensatzthematik; → Methode, synthetische). Der Patient fängt an, mit seinem Wesen zu experimentieren, und es entfaltet sich gegebenenfalls ein → Individuationspotential („beschleunigte Reifung“; GW, Bd. 16, § 99; Bd. 8, § 552). Zwischen Patient und Analytiker sind ein guter persönlicher Kontakt und höchste beidseitige Voraussetzungslosigkeit erforderlich. Der Analytiker muß in einer Lehranalyse die Prozesse und Auswirkungen des Unbewußten selbst erfahren haben. Dann kann er so weit wie möglich seine Illusionen und → Projektionen auf den Patienten selbstkritisch reflektieren und sich gegebenenfalls schädlichen Besserwissens und medizinisch-technologischen Heilenwollens enthalten zugunsten der analytischen Begleitung des Weges der → Seele (→ dialektisches Prinzip; → Setting).

Fordham M [1978] (1986) Analysis. In: Fordham M, Jungian psychotherapy. London, Karnac, pp 57–64

Jung CG [1926, 1946] (1972) Analytische Psychologie und Erziehung II. In: GW, Bd. 17, §§ 156–198. Olten, Walter

Jung CG [1929] (1991) Die Probleme der modernen Psychotherapie. In: GW, Bd. 16, §§ 114–174. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydwofff

Analytische Gruppenpsychotherapie.
→ Gruppenpsychoanalyse.

Analytische Gruppentherapie nach dem Familienmodell (nach Walter Schindler). In der → Gruppenpsychoanalyse (bzw. Gruppenanalyse) gibt es nur spärliche Überlegungen über die Bedeutung familiendynamischer Zusammenhänge für das Verstehen der Psycho- und Soziodynamik in Gruppen. Den differenziertesten Ansatz hat der Psychoanalytiker Walter Schindler Anfang der 50er Jahre entwickelt. Aufgrund seiner Erfahrungen mit analytischen Therapiegruppen kam er zu der Auffassung, daß die Teilnehmer einer Gruppe auf die Gruppe insgesamt Mutterübertragungen entwickeln, d. h. in ihrem Fühlen und Verhalten wesentlich davon bestimmt sind, wie sie die eigene (frühe) Mutter erlebt und in Erinnerung behalten haben. Dies führe oftmals zu sehr eingeschränktem Verhalten der Gruppenmitglieder, das durch die Deutung der Beziehungen zwischen einzelnen Gruppenteilnehmern nicht, wohl aber durch Berücksichtigung des Phänomens der → Übertragung auf die Gesamtgruppe zu klären und zu bearbeiten sei. Der Gruppenleiter erhalte in Gruppen (auch wenn es eine Frau ist) häufig Vaterübertragungen. Von ihm wird erhofft, daß er die Gruppe in positiver Weise leite und lenke, ihm gegenüber entstehen aber auch große Ängste, er könnte die Teilnehmer unterdrücken, abwerten, für seinen Narzißmus ausbeuten. Zur Bearbeitung dieser Übertragungen sei es wichtig, daß der Gruppenanalytiker sich nicht allzu permissiv, aber auch nicht allzu undurchschaubar verhalte, vielmehr aktiv sich zeige und seine (Klärungs-)Hilfe anbiete, besonders in für einzelne Teilnehmer

oder die Gruppe in ihrer Gesamtheit angstmachenden Situationen. Sein therapeutisches Vorbild beim Umgang mit solchen Situationen helfe den Gruppenteilnehmern, eigene flexiblere Weisen des Umgangs mit diesen Konstellationen wahrzunehmen und zu übernehmen und mißliche Erfahrungen mit dem eigenen (frühen) Vater zu korrigieren und als inneres Bild zu modifizieren. Von besonderer Bedeutung sind in Gruppen nach Walter Schindler auch die sogenannten „Geschwisterübertragungen“, die die Gruppenteilnehmer wechselseitig entwickeln. Wenn diese besonders wahrgenommen und gedeutet werden, werde die gruppenanalytische Arbeit bedeutend erleichtert, da Geschwisterbeziehungen in Familien oftmals eine besondere Bedeutung in der Genese der seelischen Schwierigkeiten, aber auch bei deren Veränderung haben. Walter Schindler betont die besondere Wichtigkeit der Durcharbeitung von schuldgefühlfhaften Verstrickungen mit Mitgliedern der eigenen (Ursprungs-)Familie und deren Verwandlung in realistische verständnisvolle Beziehungen unter Berücksichtigung der Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligten.

Sandner D (1986) Walter Schindlers Beitrag zur gruppenanalytischen Theorie und Technik. In: Sandner D, Gruppenanalyse. Berlin, Springer, S 38–41

Schindler W (1980) Die analytische Gruppentherapie nach dem Familienmodell. Hg. von Sandner D. München, Reinhardt

Dieter Sandner

Analytische Körperpsychotherapie.

Analytische Körperpsychotherapie arbeitet auf der Grundlage des Wissens- und Erfahrungsfundus der → Psychoanalyse, theoretisch vor allem auf ihren moderneren Ausdifferenzierungen der → Ich-Psychologie (Hartmann, Blanck), der → Objektbeziehungstheorien (Balint, Winnicott, Mahler, Kernberg), der → Selbstpsychologie (Kohut) und der neueren → Säuglingsforschung (Lichtenberg, Stern). Die Widerstandsanalyse sowie die Analyse der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik zur Klärung unbewußten seelischen

Konfliktmaterials sowie die Reaktivierung präverbaler und präsymbolischer Beziehungsdefizite und Traumatisierungen durch senso-affekt-motorische Körpererinnerungen zur weiteren Entwicklung und Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen bilden die Essenz der therapeutischen Arbeit, wobei Interventionen am und mit dem Körper eingeschlossen sind. Das Setting wird variabel (patienten- und prozeßbezogen) gestaltet. Bei 1–2 Stunden pro Woche kann auf der → Couch, auf einer Fußbodenmatte, im Sitzen oder Stehen und mittels Bewegungen gearbeitet werden. Körperliche Berührungen und Augenkontakt zwischen Therapeut und Patient sind bei Bedarf möglich und werden bei der Therapievereinbarung berücksichtigt. Es kommen eine Fülle körperbezogener Interventionstechniken zur Anwendung, die vor allem in den verschiedenen Schulen der → Körperpsychotherapie entwickelt wurden (z. B. Körperwahrnehmungen, Atemtechniken, Berührungen, die Kontakt herstellen, Halt und Schutz übermitteln und ermöglichen und Techniken zur Entwicklung affekt-motorischer Impulse). In Abgrenzung von den nicht-analytischen Körperpsychotherapien werden Körpertechniken nur im Zusammenhang mit der Analyse der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik eingesetzt. Durch körperbezogene Interventionen können gegenüber dem klassischen Psychoanalyse-Setting vor allem die → Regression vertieft, die → Übertragung erweitert und auch die körperlichen Abwehrformen in die therapeutische Arbeit integriert werden. Der körperliche Zugang zum → Unbewußten, die Einbeziehung der körperlichen Manifestation sowohl neurotischer Konflikte als auch ich-struktureller Defizite, die körperliche Erinnerung und Reinszenierung der präverbalen Erfahrungen, die Aktivierung, Entwicklung und der Ausdruck affekt-motorischer Impulse eröffnen eine wesentliche therapeutische Dimension, die vor allem auch für die sogenannten Frühstörungen, deren verbale Analyse naturgemäß begrenzt bleiben muß, von großer Bedeutung ist. Die theoretische Begründung geht bis auf Pioniere der Psy-

choanalyse zurück: C.G. Jung postulierte die Einheit von Körper und Seele, A. Adler fand die Einheit des Seelischen in der Bewegung, G. Groddeck wandte Massagen bei der Psychoanalyse an und beschrieb als erster Formen der Körperabwehr, S. Ferenczi hat mit seiner „aktiven Technik“ den Körper in die Psychoanalyse mit einbezogen, W. Reich gilt als wesentlicher Begründer aller späteren Körperpsychotherapien. Er machte vor allem die Widerstandsanalyse zum Gegenstand seiner Forschung und stellte dabei Charakterwiderstände und körperliche Abwehrstrukturen umfassend dar. Dabei postulierte er auch ein Energiemodell: eine Lebensenergie („Orgon“), deren Fluß oder Blockierung im Körper mit Lust oder Angst, Gesundheit oder Störung korreliere. Körperliche Therapietechniken unter dem Paradigma des Energiemodells bei gleichzeitiger Vernachlässigung des psychoanalytischen Beziehungsmodells sind in der Folge zur Grundlage verschiedener Körperpsychotherapieschulen geworden. Die neuere Säuglingsforschung (Stern) geht von einem „Kern-Selbst“ aus, das ein Körper-Selbst ist, das aus einem frühen ganzheitlichen, noch nicht symbolisierten, Erleben resultiert und über körperbezogene Therapietechniken zu erreichen ist. Die theoretische Fundierung und institutionelle Etablierung einer analytischen Körperpsychotherapie befindet sich in einem Entwicklungsstadium, für das sich im deutschsprachigen Raum vor allem Geißler, Heisterkamp, Maaz, Moser, Worm u. a. engagieren.

- Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. München, Kösel
- Geißler P (Hg) (1994) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Frankfurt/M., Peter Lang
- Geißler P (Hg) (1998) Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis. München, Pfeiffer
- Heisterkamp G (1993) Heilsame Berührungen. München, Pfeiffer
- Hoffmann AD (1991) Der Körper in der Psychotherapie. Oldenburg, Transform
- Maaz H-J, Hennig H, Fikentscher E (Hg) (1997) Analytische Psychotherapie im multimodalen Ansatz. Lengerich, Pabst Science Publishers
- Moser T (1992) Vorsicht Berührung. Frankfurt/M., Suhrkamp

Hans-Joachim Maaz

Analytische Oberstufe des Autogenen Trainings. → Oberstufe, analytische, des → Autogenes Trainings.

Analytische Psychologie. Im Lebenswerk von Carl Gustav Jung (1875–1961) gründende, zuerst 1911 so benannte Tiefenpsychologie und psychotherapeutische Behandlungsmethode. Zu ihrem Wesen gehören der Begriff der → Seele bzw. Psyche, Konzeptionen von deren Komplexstruktur (→ Assoziationsexperiment; → Komplex), von der psychischen → Energie und deren Bewegungen und Wandlungen (→ Libido; → Regression; → Progression; → Gegensatzthematik), die → Archetypenlehre mit der Vorstellung eines allen Menschen gemeinsamen psychischen Urgrundes (→ Unbewußtes, kollektives; → Symbol; → Pathologisieren), aus dem heraus die persönliche Psyche (→ Unbewußtes, persönliches; → Bewußtsein; → Ichkomplex) entsteht. Weitere Schlüsselkonzepte sind → Schatten, → Persona, → Individuation, (archetypisches) → Selbst, → Anima und Animus, → Syzygie; außerdem → Typologie, → Traumarbeit, → Amplifizieren, Aktive → Imagination und → Synchronizität. Jungs siebenjährige freundschaftliche Arbeitsbeziehung mit Freud prägte die Analytische Psychologie nur wenig; das Gegenteil anzunehmen, ist ein verbreiteter Irrtum. Jung hatte schon vor der Begegnung mit Freud die für die Analytische Psychologie konstitutive Komplextheorie entwickelt. Einflüsse Pierre Janets (→ Abaissement; kollektives Unbewußtes als parties inferieures der geistigen Funktionen) sind deutlich, und Jung verdankte vieles auch Theodore Flournoy und William James. Für den Bruch mit Freud (1913) war Jungs fundamental andere, nämlich abstrakte und nicht primär sexuelle Sichtweise der Libido („Wandlungen und Symbole der Libido“, 1911/12) entscheidend. Nach 1913 arbeitete Jung die Grundkonzeptionen der Analytischen Psychologie weiter aus. Dabei waren tiefgehende eigene Erfahrungen mit spontanen Manifestationen der Psyche maßgeblich. So kamen das Konzept der „urtümlichen Bilder“ und des „unpersönlichen Unbewuß-

ten“ (später Archetypen und kollektive Schicht des Unbewußten) zustande. „Psychologische Typen“ von 1921 (Jung, GW, Bd. 6) war dann für längere Zeit das letzte größere Werk Jungs, der das Geschaffene aber weiter ausdifferenzierte. In den 20er bis 40er Jahren kamen aus der Beschäftigung mit östlichem (Freundschaft Jungs mit Richard Wilhelm, Heinrich Zimmer), indianischem und afrikanischem Denken (Reisen) und mit der → Alchemie vor allem Erkenntnisse über kollektive Bewußtseinsmuster (→ Mythen) und die Symbolik von → Individuationsprozessen hinzu. Etliche theoretische, klinische sowie religions- und kulturpsychologische Hauptwerke entstanden erst nach einer schweren Erkrankung Jungs im Jahr 1944. Jung behandelte und lehrte in Zürich – dies auch in englischsprachigen Seminaren für Teilnehmer vor allem aus den USA und Großbritannien. Das C.G. Jung-Institut Zürich, an dem Studierende aus aller Welt lernen, wurde 1948 gegründet, die Internationale Gesellschaft für Analytische Psychologie (IAAP) 1955. „Eranos“-Tagungen in Ascona von 1933 bis in die jüngste Zeit (Jahrbücher) dienten und dienen dem interdisziplinären Austausch mit Natur- und Geisteswissenschaftlern. In den 20er Jahren brachte der Internist Gustav Richard Heyer Jungs Denken nach München. Es war in Deutschland bis ca. 1930 neben dem Freuds und Adlers kaum bekannt. Mit Samuels (1985) kann man inzwischen eine klassische, eine archetypische (→ Archetypische Psychologie) und eine entwicklungspsychologische, teils zu psychoanalytischen Konzepten hinneigende Richtung der Analytischen Psychologie unterscheiden; Elemente aus Jungs Werk werden dort teils verschieden gesehen, gewichtet und weiterentwickelt.

Bügler K (1963) Die Entwicklung der Analytischen Psychologie in Deutschland. In: Fordham M (Ed), *Contact with Jung*. London, Tavistock, pp 23–32

Coward HC (1985) *Jung and eastern thought*. Albany (NY), State University of New York Press
Jung CG (versch. J.) *Gesammelte Werke* (20 Bd., Bibliographie: Bd. 19, Index: Bd. 20) und Supplementbände. Olten, Walter*

Keller W (1997) *Research and jungian psychotherapy. Outcome studies, part II*. In: Mattoon MA (Ed), *Open questions in analytical psy-*

chology. Proceedings of the thirteenth international congress for analytical psychology, Zürich 1995. Einsiedeln, Daimon, pp 641–645

Mattoon MA (1994) *Jungian psychology after Jung*. Berwyn (PA), The Round Table Press

Samuels A [1985] (1989) *Jung und seine Nachfolger*. Stuttgart, Klett-Cotta

Vincie JF, Rathbauer-Vincie M (1977) *C.G. Jung and analytical psychology. A comprehensive bibliography*. New York, Garland

* Bei Verweisen auf Band 6 der Gesammelten Werke (GW) von C.G. Jung stimmt die Paragraphierung der Ausgabe von 1994 wegen der Angleichung an die *Collected Works* (CW) nicht mit der früherer Ausgaben überein. Bei Verweisen aus englischsprachigen Arbeiten auf die Bände 6, 8, 11 und 14 der *Collected Works* (CW) ist zu beachten, daß deren Paragraphierung teilweise von den deutschen Gesammelten Werken (GW) abweicht. Der Inhalt des einzelnen Bandes 18 der CW ist in den GW bei gleicher Paragraphierung auf die Teilbände 18/I und II verteilt.

Andreas von Heydowolff

Analytisches Prinzip (aus Sicht der → Bioenergetischen Analyse). Dient primär der Bewußtheitsbildung der Persönlichkeit und ist im therapeutischen Prozeß eng verbunden mit Übertragungs- und Widerstandsarbeit als methodische Hilfen. Durch funktionales Handeln im therapeutischen Setting, unter Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen des Erlebens, Denkens und Fühlens, bearbeitet der Therapeut die Widerstände mit dem Klienten, nutzt die → Übertragung als Vehikel zum Wiedererinnern und Bewußtmachen, um Fähigkeits- und Entwicklungspotentiale zu erweitern (Pechtl, 1980: 189ff.). Das Analytische Prinzip wird mit dem Energetischen Prinzip (→ Energiekonzept) in Wechselwirkung gesehen. Freie Kräfte/Energien (körperlich, geistig) erzeugen von sich aus spontan neue Strukturen des Erlebens und des Bewußtseins (K. Lewin) und fördern Wandel und Entwicklung.

Pechtl W (1980) *Die Therapeutische Beziehung und die Funktion des Therapeuten in der Bioenergetischen Analyse*. In: Petzold HG (Hg), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn, Junfermann, S 189–210

Stepski-Doliwa S (1989) Theorie und Technik der Analytischen Körpertherapie. Frankfurt/M., Peter Lang

Waldefried Pechtl

Analytisches Psychodrama. Vorwiegend in Gruppen angewandte Therapiemethode, die in unterschiedlicher Weise das spontane Spiel und spezifische Techniken des Moreno'schen → Psychodramas mit psychoanalytischen Behandlungsprinzipien auf den Grundlagen der psychoanalytischen Neurosenlehre verbindet. Obwohl sich Moreno ursprünglich als Antipode Freuds betrachtete, schlug er 1944 ein „Analytisches Psychodrama“ als eine Synthese von → Psychoanalyse und Psychodrama vor (Moreno, 1973). Als systematisierte und konzeptualisierte Methode entwickelte sich ein solches aber erst ab 1946 in Frankreich durch z. T. führende Vertreter der Psychoanalyse-Szene wie S. Lebovici, J. Moreau-Dreyfus, M. Monod, D. Anzieu, später R. Diatkine, E. Kestemberg, G. Testemale-Monod, D. Widlocher (Übersicht bei Basquin et al., 1981). Die 1962 gegründete „Société française de psychothérapie de groupe“ vereinigt schließlich fünf verschiedene Schulrichtungen, darunter auch die an der strukturalen Psychoanalyse von Lacan orientierte Gruppe SEPT als Schule des Freudschen Psychodramas. Eine Sonderstellung nimmt dabei das „Psychodrame analytique individuel“ als Einzeltherapie mit einem Therapeutenpaar ein, wobei die Bedingungen eines ödipal strukturierten Settings als wesentlicher Faktor des therapeutischen Prozesses mit Nachdruck eingesetzt werden. Im deutschsprachigen Raum entwickelte Ploeger (1983) in den 70er Jahren eine an der Ich-Psychologie orientierte „tiefenpsychologisch fundierte Psychodramatherapie“, Behandlungsberichte liegen auch von Rohde-Dachser (1980) und von Jeschek & Ruhs (1980) vor. In Österreich praktizieren Ruhs und Mitarbeiter (Ruhs, 1991) in Anlehnung an französische Ansätze eine als „Psychodramatische Gruppenanalyse“ bezeichnete Methode, die einerseits dem Ursprung des Psychodramas als Stegreifspiel in größerem Ausmaß ver-

pflichtet ist, andererseits gruppenpsychoanalytische Konzepte, deren Blick sich auf die Gruppe als eine Ganzheit richtet, stärker berücksichtigt. Trotz unterschiedlicher technischer Vorgangsweisen ist allen Formen Analytischen Psychodramas gemeinsam, daß sie sich von psychosozialen Thesen und behavioristischen Tendenzen distanzieren, kathartischen Erfahrungen (→ Katharsis) als therapeutischem Wirkfaktor relativ geringe Bedeutung beimessen, suggestive Elemente vermeiden und Widerstandsphänomenen analysierend begegnen und daß sie die sich entwickelnden Beziehungen, wie sie sich vor allem im spontanen Spiel zeigen, als zum Teil unbewußte → Fantasmen enthüllen und sie als Übertragungen durch deutende Interventionen auf ihre Hier-und-Jetzt-Dimension zurückbinden. Sofern, wie in bestimmten Vorgangsweisen üblich, auch die Leitung ihr zugeschriebene Rollen im Spiel übernimmt, erhält die Analyse der Basalübertragung besondere Bedeutung.

- Basquin M, Dubuisson P, Samuel-Lajeunesse B, Testemale-Monod G [1972] (1981) Das Psychodrama als Methode in der Psychoanalyse. Paderborn, Junfermann
- Jeschek P, Ruhs A (1980) Institutionelle Psychotherapie – institutionelles Psychodrama. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 15: 330–347
- Moreno J-L [1959] (1973) Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart, Thieme [bes. S 90]
- Ploeger A (1983) Tiefenpsychologisch fundierte Psychodramatherapie. Stuttgart, Kohlhammer
- Rohde-Dachser C (1980) Loslösungs- und Individuationsprozesse in der psychoanalytisch orientierten Psychodramatherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 15: 271–306
- Ruhs A (1991) Psychodramatische Gruppenanalyse. Ein anderer Zugang zum unbewußten Subjekt. In: Pieringer W, Egger J (Hg), Psychotherapie im Wandel. Wien, WUV, S 101–105

August Ruhs

Anamnese, psychosomatische (→ Psychosomatik). Ganzheitliche, auf dem biopsychosozialen, multifaktoriellen pa-

thogenetischen Modell basierende, im ärztlich-psychologischen Gespräch durchgeführte Erhebung der Krankengeschichte. Die Diagnose wird 1. klinisch-symptomatisch/traditionell deskriptiv, 2. dynamisch-strukturell (insbesondere unbewusste Konflikte, Wünsche, Abwehrmaßnahmen und Persönlichkeitsstruktur berücksichtigend), 3. sozial (alle Beziehungen des Patienten) gestellt. Der psychosomatisch-psychotherapeutisch kundige Arzt stellt 1. einen zeitlichen Nachweis zwischen → Konflikt und Symptom fest (die positive Diagnose „psychosomatisch“ darf nie als Ausschlussdiagnose bei fehlender Somatogenese gestellt werden), 2. nach Herstellung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung plant er 3. die Therapie im kooperativen Dialog mit dem Patienten. Fragen dabei: Mobilisierbare Patientenressourcen? Entspannungs-, Selbstbehauptungs-, Konfliktbewältigungskompetenz? Oder auch Hilfe von außen? Stützung, relaxierende, übende Verfahren? Und wenn → Psychotherapie: welche und durch wen? Prognose? Die tiefenpsychologische Fundierung macht den Arzt zu einem „diagnostischen Instrument“ der Beziehungspathologie des Patienten. Die psychosomatische Anamnese impliziert eine lehr- und lernbare Technik mit einer strukturierenden Sequenz von Fragegruppen (FG) im Anamneseschema: FG 1: Beschwerden, Wünsche, subjektive Krankheitshypothese (Attribution), offene Fragen. FG 2: Körperliche Untersuchung mit geschlossenen Fragen: Symptomparameter (wo? wann? wie stark? etc.). Kernpunkt der psychosomatischen Anamnese ist die FG 3: psychosoziale pathogene Faktoren. Ungelöste (oder scheinbar unlösbare) neurotische Konflikte, oft im Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen (→ Life Events), triggern mittels vegetativer Dysregulation die symptomwertige Körperreaktion.

Adler R, Hemmeler W (1992) Praxis und Theorie der Anamnese: der biologische, psychische und soziale Zugang zum Patienten. 3. Aufl. Stuttgart, Gustav Fischer

Engel GL (1968) The psychoanalytical approach to psychosomatic medicine in modern psychoanalysis. In: Marmor J (Ed), New directions and perspectives. New York, Basic Books, pp 251–273

Morgan WL, Engel GL (1969) The clinical approach to the patient. Philadelphia, Saunders

Uexküll T v, Adler R (1995) Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg

Peter Gathmann

Anarchismus. Jene politische Richtung, die den Begründern der → Gestalttherapie, Fritz und Lore Perls sowie Paul Goodman, am besten vereinbar mit ihren psychotherapeutischen Anliegen erschien. Sie begriffen psychische Störungen als Ausdruck und Folge gesellschaftlich-politischer Fehlentwicklungen (Beispiel: Weltkriege und Faschismus). Bekannt wurde der Begriff um 1840 durch den Sozialphilosophen Proudhon als Utopie einer herrschaftslosen Gesellschaft. Gustav Landauers „Gemeinschaftsanarchismus“ („Aufruf zum Sozialismus“, 1911) stellt eine politische Analogie zur freien Entfaltung des Individuums dar, welche ein Hauptanliegen der Gestalttherapie ist. Er zielt auf ein Leben in kleinen solidarischen Gemeinschaften ab und auf die Versöhnung der Menschen untereinander und mit der Natur. Nach seiner Vision soll sich die Gesellschaft nur mehr durch die Spannung zwischen geistig emanzipierten Menschen und den nicht mehr tauglichen, weil zu starr gewordenen Institutionen verändern. Seine Form von Anarchismus ist eine genossenschaftliche. Landauer empfiehlt kleine Einheiten auf der Grundlage direkter Kommunikation und der Initiative von einzelnen und Gruppen. Dieselbe politische Vorstellung vertrat später Paul Goodman, amerikanischer Sozialkritiker, Vordenker der Bürgerinitiativen-Bewegung und Impulsgeber der Gestalttherapie. Goodman sah in Solidarität und Kooperation die Grundlagen menschlichen Lebens überhaupt. Für ihn braucht jedes Individuum den Rückhalt in einer Gruppe, um seine persönliche Eigenart zu entwickeln und selbstverantwortliche Initiativen zu ergreifen. Damit ist ein Gegenentwurf beabsichtigt sowohl zu dem fatalen Konformismus, der die Diktaturen des 20. Jh. ermöglichte, als auch zur heutigen Massengesellschaft. „Autonomie“ als Ziel der Persönlichkeitsentwicklung in

der Gestalttherapie steht somit in Übereinstimmung nicht nur mit individuellem Wohlergehen, sondern auch mit zentralen Werten der modernen Demokratie.

- Buber M (1950) Pfade in Utopia. Heidelberg, Lambert-Schneider
- Goodman P (1980) Anarchistisches Manifest. In: Blankertz S, Goodman P (Hg), Staatslichkeitswahn. Wetzlar, Büchse der Pandora, S 77–140
- Goodman P, Goodman P (1994) Communitas. Lebensformen und Lebensmöglichkeiten menschlicher Gemeinschaften. Köln, Edition Humanistische Psychologie
- Höll K (1998) Die politische, ökologische und sozialpsychologische Dimension der Gestalttherapie. In: Fuhr R, Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M (Hg), Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Hogrefe, S 513–547
- Wolf S (1988) Gustav Landauer. Zur Einführung. Hamburg, Junius

Kathleen Höll

Anästhesie, hypnotische (→ Trancephänomene; → Hypnose). Durch hypnotische → Suggestion induzierte Unempfindlichkeit gegen Temperatur- und Berührungsreize allgemein. Erste erfolgreiche Anwendung von hypnotischer Anästhesie im 19. Jh. durch Elliotson und Squire in England bzw. Esdaile in Indien bei insgesamt mehreren hundert dokumentierten chirurgischen Eingriffen ohne weitere Narkosemittel. Hypnotische Anästhesie allein wird heute nur gelegentlich bei Patienten mit starker Narkoseangst und/oder Unverträglichkeit chemischer Anästhetika angewandt. Häufiger wird Hypnose als ergänzendes Verfahren eingesetzt, wenn Operationen unter Lokal- oder z. B. Periduralanästhesie durchgeführt werden sollen. Erfahrungen zeigen, daß mit hypnotischer Anästhesie als zusätzlichem Verfahren der Verbrauch chemischer Anästhetika geringer, der postoperative Heilungsprozeß komplikationsloser und der Patient zufriedener ist.

- Loth N, Kahan M (1986) Tonsillektomie unter Hypnose. Experimentelle und klinische Hypnose 2(2): 125–128
- Münch F (1993) Anästhesie. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. Berlin, Springer, S 377–384

Hans Riebensahm

Anatomie, subjektive. → Subjektive Anatomie; → Funktionelle Entspannung.

Änderungsmotivation (→ Verhaltenstherapie). Aspekt der Therapiemotivation. Eine Person ist „änderungsmotiviert“, wenn sie subjektiv „gute“ Gründe für die Veränderung ihres momentanen Zustandes sowie positive → Selbsteffizienzerwartungen hat. Folgende Komponenten spielen eine Rolle: ein negativer Ausgangszustand (unbefriedigtes Bedürfnis oder belastendes Ungleichgewicht); ein momentan nicht realisierter positiver Ziel- oder Endzustand; potentielle Mittel und Wege, mittels derer der Problemzustand verändert werden kann. Es wird zwischen Negativ-Motivierung (Leidensdruck, Druck-Motivation) und Positiv-Motivierung (Anreiz, Zug-Motivation) unterschieden. Vor allem im → Selbstmanagement-Ansatz wird der Positiv-Motivierung der Vorzug gegeben, da nach Abnahme des Leidensdrucks häufig auch die Therapiemotivation schwindet.

- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2. überarb. Aufl. Berlin, Springer
- Meichenbaum D, Turk DC [1987] (1994) Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie. Ein Handbuch. Bern, Hans Huber

Martina de Zwaan

Androzentrische Wissenschaft. Der Begriff umschreibt erkenntnistheoretische Positionen der Frauenforschung, die auch Basis für die → Feministische Psychotherapie sind. Regeln der Erkenntnisgewinnung, mit denen Wahrheit konstruiert wird, werden kritisiert. Wissenschaftliche Objektivitäts-, Vernunft-, Rationalitätskriterien werden als herrschaftsstabilisierend, benachteiligend analysiert (vgl. Kritische Theorie, Aktionsforschung, Erkenntnispositionen der Friedens- und Ökologiebewegung der Dritten Welt). Die Konsequenzen der Unsichtbarkeit von Frauen im Erkenntnisprozeß werden benannt. Dies führte zu einem Paradigmenwechsel im wissenschaftlichen Denken, das frei ist von

Herrschaftsbeziehungen und Sexismen. Die Entgrenzung der Polaritäten „Männlichkeit-Weiblichkeit“, der Verzicht auf die Identifikation von Weiblichkeit mit Natur und Sinnlichkeit, von Männlichkeit mit Geist und Vernunft, der Verzicht auf Spaltung von Emotionalität und Intellektualität, die Wissenschaft zum männlichen Reservat machte, ist zentral.

Harding S (1991) Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives. Milton Keynes, Open University Press

Krüll M (1990) Wege aus der männlichen Wissenschaft. Perspektiven einer feministischen Erkenntnistheorie. Pfaffenweiler, Centaurus

Sabine Scheffler

Angreifer, Identifizierung mit dem. → Identifizierung mit dem Angreifer; → Psychoanalyse.

Angst (aus Sicht der → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Angst ist ein unlustvoller → Affekt, der eng mit somatischen Abläufen verbunden ist und die physische und psychische Hilflosigkeit des Säuglings zur Voraussetzung hat. Angst ist die Reaktion auf eine Gefahr, ob diese nun von außen oder von innen kommt. Für Freud ist die Angst zuerst eine Reaktion in einer traumatischen Situation, die gegeben ist, wenn das Individuum die Reize, die von außen oder von innen kommen, nicht mehr bewältigen kann. Diese Angst nennt er in einer zweiten Angsttheorie (Freud, 1926) „automatische Angst“ und stellt sie dem „Angstsignal“ gegenüber, das dem → Ich zugehört und den Zweck hat, in einer drohenden Gefahr die traumatische Situation in der Vorstellung vorwegzunehmen und die Angstreaktion in abgeschwächter Form zu erleben, um entsprechende Abwehrmaßnahmen ergreifen zu können (Laplanche & Pontalis, 1972: 64, 68f.). Inhaltlich steht die Kastrationsangst, die dem → Ödipuskomplex entstammt, im Zentrum der Freudschen Theorie. Die klassische Psychoanalyse sieht die Angst vorwiegend als Signal des Ich. Unbewußte Wünsche werden in fantasierter Vorwegnahme ihrer

Befriedigung, die mit einer Gefahr verbunden ist, durch die → Zensur gehindert, bewußt zu werden. Für die → Säuglingsforschung (vgl. Dornes, 1997: 183–197) ist die Unterscheidung zwischen Angst als Reaktion auf eine traumatische Situation und Angst als Signal zum Zweck der Vorwegnahme in der → Fantasie durchaus akzeptabel, sie weist jedoch darauf hin, daß erst mit dem 7. Lebensmonat Angst beobachtbar ist (Fremdenangst) und daß Fantasieren erst möglich ist, nachdem die Symbolisierungsfähigkeit erreicht wurde (im Alter von etwa 1½ Jahren). Die Bereitschaft zur Entwicklung von Angst hängt übrigens von der „genetischen“ Disposition ab. Die Fähigkeit zur Erregungsregulierung ist von Anfang an unterschiedlich. Manche Säuglinge zeigen eine starke, andere eine geringe Irritierbarkeit. Die Einflüsse der Umwelt wirken verstärkend oder mildernd auf diese Disposition. In der psychoanalytischen Selbstpsychologie wird Angst im Gegensatz zur → Triebtheorie, die das Individuum als vereinzelter Wesen betrachtet („isolated mind psychology“), grundsätzlich als ein Affekt verstanden, dem zentrale Funktion in bezug auf die Vernetzung des Individuums in seine lebensnotwendigen, sozialen Beziehungen zukommt. Angst wird demgemäß als Reaktion auf real Erlebtes zum Zweck, sich der traumatischen Situation nicht noch einmal auszusetzen, verstanden. So können wir heute zwei Grundformen der Angst angeben: Die Angst vor dem Verlust der Bindung, die das → Selbst sichert und die Angst vor dem Verlust des Selbst oder eines Teiles des Selbst, der das Ganze repräsentiert (Penis, Besitz etc.) und durch die Bindung gesichert ist. Die zweite Angstform reicht inhaltlich vom Verlust der Autonomie über die → Fragmentierung des Selbst bis zur physischen Verletzung oder Vernichtung (Tod). Als „Teil des eigenen Selbst“ kann auch eine Person erlebt werden. Beide Angstformen stehen in enger Verbindung miteinander. Angst und → Aggression sind miteinander verbunden, weil ungewollte Trennung immer Ohnmacht und → narzißtische Wut zur Folge hat. Die Verbindung von Angst und Aggression wird von den Theoretikern in der Nachfolge von Melanie

Klein besonders betont. Die Wut über die drohende Trennung im Kontext einer dringend benötigten Beziehung (→ Selbstobjektbeziehung), besonders wenn diese durch Gewalt geprägt ist, begründet den Sadomasochismus (→ Sadismus; → Masochismus). Angst stellt (z. B. im paranoiden Erleben oder in der Panik) die benötigte Bindung in der Fantasie (unbewußt) wieder her.

Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Frankfurt/M., Fischer

Freud S [1926] (1982) Hemmung, Symptom und Angst. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M., Fischer, S 227–308

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972). Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Erwin Bartosch, Donna M. Orange

Angst (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Ängste stehen im Zusammenhang mit der Entwicklung des → Bewußtseins und des → Ichs aus dem → Unbewußten. Auftreten von Angst ist ein Zeichen einer noch vorhandenen Schwäche des Ich-Komplexes, des Unvorbereitenseins für die bevorstehende Aufgabe. Entwicklungsschritte gelingen nur um den Preis ausgestandener Angst. Durch Vermeiden nimmt die Angst zu, und die für jene Schritte notwendige → Energie verfällt dem dann entstehenden Angstkomplex. Ängste können auch auf Aktivität des Unbewußten hinweisen. Ist der → Ich-Komplex stark genug, assimiliert er die unbewußten Inhalte unter Ertragen der Ängste. Dies bedeutet dann eine wesentliche Erweiterung der bewußten Persönlichkeit. „Wo die Angst ist, dort liegt die Aufgabe“ (Jung, 1973: 32). Angst hat eine archetypische Basis, sie will unser Leben erweitern, sie will die Auseinandersetzung mit unseren Trieben, mit unseren → Komplexen (Hillman, 1981: 53, 55f.). C.G. Jung betonte die später in der → Verhaltenstherapie als Flooding (→ Reizkonfrontation) systematisierte Angstexposition. Wichtig ist auch, die Kraft der zu

unseren Ängsten imaginierten Bilder auszunützen. Ein bedeutender Beitrag der Analytischen Psychologie ist die Erkenntnis: Angst läßt uns unsere Begrenztheit erfahren, kann auf einer tieferen Ebene nur religiös angegangen werden. „Gott will uns in Angst und Schrecken versetzen, damit wir ihn nicht vergessen“ (Guggenbühl, 1990: 92). Die massive Zunahme von Ängsten in unserer Zeit hat C.G. Jung vorausgesehen. Sie ist teilweise Ausdruck der religiösen Entwurzelung der Menschen.

Guggenbühl A (1990) Angst – Chance oder göttliches Ärgernis? In: Guggenbühl A, Kunz M (Hg), Das Schreckliche. Mythologische Betrachtungen zum Abgründigen im Menschen. Zürich, Schweizer Spiegel Verlag, S 75–93

Hillman J (1981) Pan und die natürliche Angst. Über die Notwendigkeit der Alpträume für die Seele. Zürich, Schweizer Spiegel Verlag

Jung CG (1973) Briefe, Bd. III. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Barnim Nitsch

Angst (aus Sicht der → Daseinsanalyse). Dem entsprechend, daß der Zugang zum Verständnis der Angst ein phänomenologischer ist, ist diese also aus dem heraus zu verstehen, was sich von ihr selbst her an Wesenhaftem zeigt. Obwohl in ihren äußeren Erscheinungen auch zahlreichen anderen Lebewesen eigen, läßt sie sich umfassender wohl nur im Zusammenhang mit der menschlichen → Existenz, dem → Dasein erfassen. In vielen Worten der indogermanischen Sprache wird mit der Wurzel des „ng“ die innere und äußere Enge der Angstgestimmtheit beschrieben (Angst, Gedränge, Bedrängnis), aber auch anderer leiblicher und seelischer Empfindungen (Tremor, Bibbern, Zittern). Als Bezogensein des Menschen mit seiner Mit- und Umwelt ist sie letztlich immer die der Gefahr (als Bedrohung des Daseins) inhärente Konfrontation mit unserem Handlungs- bzw. Verhaltensspielraum, unserer Beziehungskompetenz im weitesten Sinne. Das gilt letztlich für alle Ängste, ganz speziell für die krankhaften, die sich damit von den normalen nicht grundsätzlich, sondern nur in ihrem quantitativen Ausmaß (der Angst und der Einschränkung der Kompetenz)

unterscheiden. Da die Beziehungskompetenz, wie andere Fähigkeiten des Menschen auch, hauptsächlich vom Menschen erworben, das heißt gelernt werden muß, und diese Prozesse sehr stark an seine menschlichen Beziehungserfahrungen gebunden sind, sind alle neurotischen Ängste im Kern Sozialängste. Dies gilt sowohl für die Umweltängste (z. B. Phobien, die phänomenologisch unmittelbarer verstehbar werden; Hicklin, 1994), die Bewährungsängste (z. B. Lampenfieber), Grundängste (Panikattacken, flottierende Angstzustände) und Ängste, welche sich psychosomatisch zeigen (vegetative Dystonie, Asthma bronchiale). Diese Einschränkung der Beziehungskompetenz konfrontiert den neurotischen Menschen mit einem Mangel (→ Schuld im existentiellen und moralischen Sinne), zu dessen Bewältigung er durch die Angst aufgerufen wird. Dies ist letztlich auch die Motivation zu einer Therapie der Angst, welche in der Daseinsanalyse hauptsächlich analytische, aber auch kognitive Aspekte einbezieht.

- Boss M, Rahner K (1981) Angst und christliches Vertrauen. In: Böckler F, Kaufmann FX, Rahner K (Hg), Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft, Bd. 9. Freiburg i. Br., Herder, S 69–100
- Condrau G [1962] (1976) Angst und Schuld als Grundprobleme der Psychotherapie. 2. Aufl. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Heidegger M [1927] (1963) Sein und Zeit. 10. Aufl. Tübingen, Niemeyer
- Hicklin A (1994) Das menschliche Gesicht der Angst. Frankfurt/M., Fischer

Alois Hicklin

Angst (aus Sicht der → Existenzanalyse). Ein Gefühl der Unsicherheit durch das Erleben einer Bedrohung oder Gefahr (partielle Schutzlosigkeit des Daseins), das mit einem generalisierten Erregungszustand einhergeht. Die Angst ist ein Grundthema der → Existenz, in welchem es um die Suche nach Raum, Halt und Schutz für das eigene Sein-Können geht (→ Grundvertrauen; → Seinsgrund; erste → Grundmotivation; → Psychopathologie). Phänomenologisch unterscheidet die Existenzanalyse zwei Grundformen der Angst: Grundangst

(Angst vor dem Haltverlust der Welt und dem Fallen ins „bodenlose Nichts“ = Vernichtung) und Erwartungsangst (Phobien; die „Angst vor der Angst“ ist Angst vor dem Nicht-umgehen-Können mit der Angst, vor dem inneren Haltverlust = Haltungsverlust und der Mutlosigkeit). Erwartungsängste können sich entsprechend der zweiten bis vierten Grundmotivation auf Verlust von Werten und Beziehungen, von Selbstwert und Ansehen und von Sinn beziehen. Die → Copingreaktionen sind Vermeidung/Flucht, Ankämpfen (bei Zwängen), (vernichtende) Aggression (Haß) und Lähmung. Die Therapie der Grundangst beruht im Vermitteln von Anwesenheiten (Realitäten, Wahrheit – das, was ist [Seiendes], vermittelt Halt). Die pathogene (Vermeidungs-)Haltung in den Erwartungsängsten wird mit Konfrontation angegangen, bei der es letztlich um die Konfrontation mit dem Tod geht. Neben allgemeinen Methoden (→ Personale Existenzanalyse, Einstellungsarbeit, Ontologische Arbeit) setzt die Existenzanalyse als spezifische Methode die → Dereflexion, die → Personale Positionsfindung und die → Paradoxe Intention ein.

- Frankl VE [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer, S 203–252
- Längle A (1997) Die Angst als existentielles Phänomen. Ein existenzanalytischer Zugang zu Verständnis und Therapie von Ängsten. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 47: 227–233

Alfried Längle

Angstneurose. In der Geschichte dieses Begriffs spiegelt sich ein Stück der frühen Geschichte der → Psychoanalyse wider. Freud ordnet sie in seiner frühen Theoriebildung der Neurasthenie zu. 1895 schreibt er die Arbeit „Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als ‚Angstneurose‘ abzutrennen“. So bilden die Neurasthenie, die nach George Beard als „Müdigkeit ‚nervösen‘ Ursprungs“ verstanden wird (Laplanche & Pontalis, 1967: 67) und die Angstneurose nun die Aktualneurosen im Unter-

schied zu den Psychoneurosen, vor allem der → Hysterie, dann auch der Zwangsneurose. Aktualneurosen haben einen aktuellen Zustand sexuellen Unbefriedigtseins, also vor allem gegenwärtige somatische Gründe zur Ursache, Psychoneurosen dagegen psychische Wurzeln, die in die Kindheit zurückreichen. In der weiteren Entwicklung des Verständnisses der Angstneurose spielen die nachfolgenden Theorien Freuds zur Entstehung der → Angst eine Rolle. Heute versteht man darunter symptomatisch eine unspezifische → Neurose, die von massiver, aber ungerichteter Angst, auch von Panikattacken, begleitet ist. Wegen der relativen Undifferenziertheit ist der Begriff außer Gebrauch gekommen oder wird durch differenzierte phänomenologische und/oder ätiologische Diagnosen ersetzt (→ Angststörungen).

Freud S [1895] (1982) Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M., Fischer, S 25–49

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Angststörungen. Das ICD-10 teilt die Angststörungen in zwei Gruppen ein. Die phobischen Störungen (→ Phobie) bestehen aus der → Agoraphobie ohne bzw. mit Panikstörung, den sozialen Phobien und den spezifischen (isolierten) Phobien. Die sonstigen Angststörungen umfassen folgende Arten: Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt, sonstige gemischte Angststörung. Der Begriff der → Angstneurose, wie er von S. Freud bereits 1895 beschrieben wurde und im ICD-9 zu finden ist, wurde im ICD-10 aufgegeben. Es entstanden daraus die Diagnosen Panikstörung und generalisierte Angststörung. Eine Panikstörung besteht aus dem wiederholten Auftreten von spontanen, unerwarteten Panikattacken. Eine generalisierte Angststörung ist charakteri-

siert durch mindestens sechs Monate andauernde Sorgen und Befürchtungen in bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme, was mit mindestens 4 von 22 möglichen Symptomen einhergeht. Eine Agoraphobie ist eine deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei von vier Symptomen: Menschenmengen, öffentliche Plätze, allein Reisen, Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause. Dabei treten mindestens zwei von 14 Angstsymptomen auf. Das Fehlen eines nutzbaren Fluchtweges ist ein Schlüssel-symptom. Eine soziale Phobie besteht aus der deutlichen Furcht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten und/oder der deutlichen Vermeidung derartiger Situationen. Dabei treten mindestens zwei von 14 Angstsymptomen sowie mindestens eines von drei weiteren Symptomen auf (Erröten oder Zittern, Angst zu erbrechen, Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor). Eine spezifische Phobie besteht aus einer deutlichen Furcht vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation (außer Agoraphobie oder soziale Phobie) und/oder einer deutlichen Vermeidung solcher Objekte und Situationen. Mindestens einmal sind dabei auch körperliche Angstsymptome aufgetreten. Es besteht die Einsicht, daß die Angst übertrieben und unvernünftig ist. Das DSM-IV beschreibt 11 Angststörungen: Panikstörung ohne Agoraphobie, Panikstörung mit Agoraphobie, Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte, Spezifische Phobie, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung, → Zwangsstörung, → Posttraumatische Streßstörung, Akute Belastungsstörung, Angststörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors, Substanzinduzierte Angststörung.

American Psychiatric Association (Hg) (1998) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. 2., überarb. Aufl. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. Göttingen, Hogrefe

Kasper S, Möller H-J (Hg) (1995) Angst und Panikerkrankungen. Jena, Gustav Fischer

Margraf J (Hg) (1996) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2: Störungen – Glossar. Berlin, Springer

- Morschitzky H (1998) Angststörungen. Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst. Wien, Springer
- World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Hans Morschitzky

Anima und Animus. Die seit der Antike für die → Seele verwendeten Begriffe Anima und Animus wurden von C.G. Jung in die → Analytische Psychologie aufgenommen. Jung verstand unter Anima und Animus verschiedene Sachverhalte: Einerseits das Bild der Frau in der Seele des Mannes (Anima) und das Bild des Mannes in der Seele der Frau (Animus; Jung, GW, Bd. 9/II, §§ 29–38), andererseits das die Seele (Seele jetzt im Sinn der → Syzygie) konstituierende Gegensatzpaar (GW, Bd. 9/I, § 134; Bd. 9/II, §§ 41, 427; Bd. 16, § 441). Zum einen werden somit Anima und Animus mit biologischen Merkmalen in Verbindung gebracht und auf Mann und Frau verteilt, zum andern sind sie (als seelisches Gegensatzpaar oder Syzygie) archetypische Grundkomponenten der Seele. Diese Widersprüchlichkeit hat in der Analytischen Psychologie Kontroversen ausgelöst. In der empirischen Richtung ist die biologisch-geschlechtliche Festschreibung weiterentwickelt worden und werden Anima und Animus als gegengeschlechtliche Seelenteile im Unbewußten jedes Menschen gesehen (Kast, 1979), was vor allem in Therapien zur Verdeutlichung von → Projektionen hilfreich ist. Die symbolisch-archetypische Richtung (→ Archetypische Psychologie) betont die → psychologische Differenz und siedelt Anima und Animus im Seelischen an. Sie sind, so gesehen, konstituierende Momente des Seelischen, damit des menschlichen Erlebens, vergleichbar mit dem, was in der chinesischen Kulturwelt als yin und yang erscheint, in der Freudschen Psychoanalyse als Eros und Thanatos, philosophisch als Eros und Logos, oder als Anschauung und Denken (Hillman, 1985;

Giegerich, 1994). In Giegerichs Weiterentwicklung der Archetypischen Psychologie stehen sich mit Anima und Animus „das Reich der Inhalte, Bilder, Gestalten einerseits und das des Reflektiertseins und der Erfassung des Bildes im Begriff andererseits gegenüber“ (Giegerich, 1994: 41). Anima und Animus sind hier keine buchstäblich geschlechtlichen Größen, sie werden nur in der Projektion, metaphorisch, als weiblich bzw. männlich erlebt. Im Rahmen der syzygischen Grundgegebenheit alles Seelischen können die menschlichen Erfahrungsweisen in ihrer Dialektik zwischen Anima und Animus verstanden und beschrieben werden.

- Giegerich W (1994) Animus-Psychologie. Frankfurt/M., Peter Lang
- Hillman J (1985) Anima. An anatomy of a personified notion. Dallas, Spring Publications
- Jung CG (versch. J.) Gesammelte Werke, Bd. 1–18 [Anima/Animus: insbes. Bd. 9/II, §§ 20–42; Bd. 16, §§ 534–536]. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).
- Jung E [1934, 1955] (1983) Animus und Anima. Fellbach, Bonz
- Kast V (1979) Weibliche Werte im Umbruch. Konsequenzen für die Partnerschaft. Analytische Psychologie 10: 133–151

Doris Lier

Animus. → Anima und Animus; → Analytische Psychologie.

Ankern (→ Neurolinguistisches Programmieren/NLP). Leitet sich aus dem klassischen Konditionieren nach Pawlow ab. Ein sinnesspezifischer Reiz (visuell, akustisch, gustatorisch, olfaktorisch, kinästhetisch) wird durch das Nervensystem mit einem Ausschnitt der inneren Landkarte, also mit einer anderen neurologisch kodierten Informationsmenge, verbunden. Ein Anker kann aus einem Wort oder einem kurzen Satz, aus einem Vorstellungsbild, einer Körperbewegung oder -haltung u. a. bestehen und hilft dem Klienten, in problematischen Situationen den Kontakt mit den eigenen → Ressourcen herzustellen. Ein sinnesspezifischer Stimulus wie eine Geste, eine Farbe, ein einzelnes Wort, die Beto-

nung eines Wortes, eine Melodie, eine besondere Berührung oder Geruch und Geschmack können eine komplexe Erinnerung wie einen inneren Film auslösen. Oft wird auch nur ein isoliertes inneres Bild, ein Gefühl oder ein innerer Seins-Zustand (State) aktualisiert. Im günstigen Fall kann so ein Ressourcen-Zustand hergestellt werden, im ungünstigen Fall ein sogenannter „Stuck State“. Flash-Back-Erlebnisse als Folge traumatisierender Erlebnisse wie bei → Posttraumatischen Streßstörungen können so erklärt werden. Oft werden Anker durch den inneren sinnesspezifischen Prozeß (Worte, Bilder etc.) ausgelöst. Man unterscheidet im NLP das Auslösen von Ankern und das Setzen von Ankern. Einen Anker setzen, heißt aktiv einen inneren Zustand oder eine Erinnerung mit einem sinnesspezifischen Stimulus zu verbinden. Im therapeutischen Kontext kann ein Anker gesetzt werden, um den Zugang zu einem Ressourcen-Zustand herzustellen oder um einen Problem-Zustand zu aktualisieren und dadurch therapeutisch bearbeitbar zu machen. Beim Auslösen von Ankern können komplexe, in der Persönlichkeit verwurzelte Verhaltensweisen oder Gefühle ausgelöst werden. Dieser zumeist nicht bewußte Vorgang kann in der Therapie der bewußten Wahrnehmung zugeführt werden. Das Auslösen und Setzen von Ankern kann auch durch den Klienten selbst erfolgen (Selbstanker). Ankern findet in vielen Techniken des NLP und komplexen Interventionsformen Anwendung. Beispiele dafür sind: Anker-Zusammenlegen, Change History-Techniken, visuell-kinästhetische Assoziation und Dissoziation, Phobietechniken, Zeitlinienarbeit und Re-Imprint-Techniken. Ankern spielt im State-Management eine wichtige Rolle und findet über den therapeutischen Bereich hinaus im Sport, in der Pädagogik und im Management Anwendung. Ankertechniken in verschiedenen Formen werden auch in der → Hypnosetherapie angewandt und entsprechen dem Grundprinzip der → Assoziation. Bei Ankertechniken spielen auch implizite und explizite → posthypnotische Suggestionen eine Rolle.

Bandler R, Grinder J [1979] (1994) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische

Programme. 11. Aufl. Paderborn, Junfermann
Cameron-Bandler L [1978] (1992) Wieder zusammenfinden. NLP – neue Wege der Paartherapie. 6. Aufl. Paderborn, Junfermann
Dilts R, Epstein T (1992) Overview of basic NLP skills and tools. Ben Lomond (CA), Dynamic Learning Publications
Revenstorf D (Hg) (1993) Klinische Hypnose. 2., korr. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer

Helmut Jelem, Hans Kanitschar

Anlehnungstypus (→ Psychoanalyse; Selbstpsychologie). Freud sah die Befriedigung vitaler Bedürfnisse des Kindes gebunden an die Stimulierung der entsprechenden erogenen Zonen (Nahrungsaufnahme – Oralbereich) und in der Pflegeperson des Kindes (dessen erstes Sexualobjekt). Die Erfahrung mit der Pflegeperson (Mutter) wird zum Vorbild, dem „Anlehnungstypus“, der späteren Wahl des Liebesobjekts. Demzufolge beeinflussen → Sexualtriebe und Ichtriebe (→ Ich) während ihrer Entwicklung einander. Bei Störungen der → Libidoentwicklung kann die Objektwahl hingegen in Anlehnung an die eigene Person erfolgen („narzißtischer Typus der Objektwahl“). Die Selbstpsychologie sieht die Objektwahl nach dem Anlehnungstypus wie die → Säuglingsforschung: sich wiederholende Mutter-Kind-Interaktionen konstituieren die Basis für die Herausbildung einer Erwartungshaltung (Interaktionsmatrix), welche für spätere Beziehungsmuster von grundlegender Bedeutung wird.

Freud S [1914] (1982) Zur Einführung des Narzißmus. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 37–68

Eleonore Schneiderbauer

Anorexia nervosa (Magersucht; → Eßstörungen). Das zentrale Symptom ist ein gezügeltes (restriktives) Eßverhalten bis hin zu Monodiäten und einer Nahrungseinschränkung auf 100–200 Kilo-Kalorien pro Tag. Das Ersterkrankungsalter anorektischer Mädchen liegt zwischen 14 und 18 Jahren. In dieser Risikogruppe beträgt die

Häufigkeit 0,5–0,75%. Meistens unterliegen die Patientinnen einer falschen Wahrnehmung hinsichtlich ihres Körpers, dessen Umfang sie in der Regel überschätzen (Störung des Körperschemas). Die Körperform gewinnt einen übermäßigen Einfluß auf das Selbstwertgefühl. Es kann zu einem dramatischen Gewichtsverlust kommen (bis zu 25–35 kg). Bei einer Untergruppe kommen bulimische Symptome hinzu (→ Bulimia nervosa). Betroffene zeichnen sich häufig durch zwanghafte und perfektionistische Persönlichkeitszüge aus, sie sind erfolgsorientiert und äußerst kritisch sich selbst gegenüber. Häufig kommt es zu Kontaktstörungen mit sozialer Isoliertheit und Verlust der emotionalen Ausdrucksfähigkeit. Die Kontrolle der Nahrungsaufnahme und der Wunsch, schlank zu sein, sind ego-synton und verursachen keinen Leidensdruck. Die Patientinnen sehen häufig keine Notwendigkeit zur Therapie. Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und der graduelle Aufbau der Motivation durch konkrete Information über die Behandlung und durch Rückspiegelung der Ambivalenz an die Patientin (Wunsch, gesund zu werden vs. kurzfristig stabilisierende Funktion der Eßstörung) sind daher wichtige erste Therapieschritte. Ein erklärtes Ziel muß es sein, zu einer Gewichtsrestitution zu kommen. Die Unterernährung führt nicht nur zu einer Reihe von organischen und psychischen Komplikationen (z. B. Verringerung der Knochendichte, depressive Symptome), sondern beeinträchtigt auch die kognitiven Funktionen und damit die Psychotherapiefähigkeit. Heute wird eine Gewichtszunahmerate von 500–1500 g pro Woche in einem stationären Behandlungssetting und von 250–1000 g pro Woche in einem ambulanten Setting empfohlen. Diese Gewichtszunahme sollte einerseits durch psychotherapeutische Verfahren, in akut bedrohlichen Zuständen mittels künstlicher Nahrungszufuhr erreicht werden. Alleinige „Wiederauffütterung“ gilt keinesfalls als ausreichende Therapie. Aufgrund der Schwere und Komplexität des Krankheitsbildes mit einer noch immer hohen Letalität (10-Jahres-Letalität von 5,6%) wird ein schnelles und multimodales the-

rapeutisches Vorgehen notwendig. Für die Therapie werden in der Regel stationäre oder ambulante „Behandlungspakete“ angeboten, die sich in der Praxis empirisch bewährt haben: Ernährungsberatung, Verhaltensmodifikation, Einzel- und Gruppenpsychotherapie verschiedener Provenienz, Entspannungstherapie, Körper- und Kunsttherapien. Bei adolescenten Mädchen mit kurzer Krankheitsdauer ist Familientherapie zu empfehlen. Es gibt kaum kontrollierte Untersuchungen zur Effizienz psychotherapeutischer Verfahren.

- Crisp AH (1995) Anorexia nervosa. Let me be. Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum
 Crisp AH, McClelland L (1996) Anorexia nervosa. Guidelines for assessment and treatment in primary and secondary care. Hove, Psychology Press
 Gerlinghoff M, Backmund H (1995) Eßstörungen. Anstöße zur Selbsthilfe. Stuttgart, Thieme
 Klessmann E, Klessmann HA (1990) Heiliges Fasten – heilloses Fressen. Die Angst der Magersüchtigen vor dem Mittelmaß. Bern, Hans Huber
 Steinhausen HC (1995) Eating disorders in adolescence. Anorexia and Bulimia nervosa. Berlin, de Gruyter

Martina de Zuvaan

Anpassung (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Bei C.G. Jung spielt „Anpassung“ eine wesentliche Rolle. Psychische „Krankheit ist [...] verminderte Anpassung. Der Mensch muß [...] an das äußere Leben – Beruf, Familie, Sozietät – und [...] an die vitalen Erfordernisse seiner eigenen Natur“ angepaßt sein (innere Bedingungen, Anpassung an das → Unbewußte). „Vernachlässigung der einen oder der anderen Notwendigkeit kann zur [psychischen] Krankheit führen“ (Jung, GW, Bd. 17, § 172). → Neurosen sind pathologische Anpassungsstörungen. Jemand kann neurotisch sein, weil er zu sehr oder zu wenig angepaßt ist. Bei falscher Anpassung wird die → Libido nicht richtig verwendet, sie staut sich, mündet in Fantasietätigkeit (→ Fantasie) und führt zur → Regression. Ohne geglückte Anpassungsleistung ist → Progression unmöglich. → Individuation erfordert auch Anpassung an Kollektivnormen.

Jung CG [1916] (1981) Anpassung, Individuation und Kollektivität. In: GW, Bd. 18/II, §§ 1084–1106. Olten, Walter

Jung CG [1926, 1946] (1972) Analytische Psychologie und Erziehung. In: GW, Bd. 17, §§ 127–229. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Barnim Nitsch

Anpassung, schöpferische. → Schöpferische Anpassung; → Gestalttherapie.

Anreichern. → Nähren und Anreichern; → Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Ansatz, narrativer. → Narrativer Ansatz; → Systemische Familientherapie.

Anspruchsniveau. Steht im Konstrukt des → Lebensraumes in der → Gestalttheoretischen Psychotherapie in Verbindung mit menschlichem Zielsetzungsverhalten und dem Entstehen von Minderwertigkeits- oder Überlegenheitsgefühlen. Der Begriff wurde von Dembo (Marrow, 1977: 54f.) geprägt; bekannt geworden sind die Untersuchungen von Hoppe und Jucknat (vgl. Lewin, 1982: 198f., 433ff.). Das Anspruchsniveau gilt als Schwierigkeitsgrad einer Aufgabe, für die sich eine Person entscheidet. Erfolgserlebnisse entstehen bei Überschreiten, Mißerfolgserlebnisse bei Unterschreiten des Anspruchsniveaus. Beide beeinflussen seine zukünftige Höhe, sind aber nicht mit einer bestimmten Leistung verbunden, sondern über das vorhergehende Anspruchsniveau bestimmt. Dieses kann also über/unter den wirklichen Fähigkeiten des Individuums liegen. Großen Einfluß auf das Anspruchsniveau haben soziale Faktoren wie Gruppennormen, Ehrgeiz, Lob etc. Hierin liegt auch ein Ansatzpunkt psychotherapeutischen Handelns.

Hoppe F (1930) Erfolg und Mißerfolg. Psychologische Forschung 14: 1–62

Lewin K (1982) Psychologie der Entwicklung und Erziehung. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 6. Bern/Stuttgart,

Hans Huber/Klett-Cotta [bes. S 198f., 433ff.] Marrow AJ (1977) Kurt Lewin – Leben und Werk. Stuttgart, Klett-Cotta

Walter H-J (1985) Gestalttheorie und Psychotherapie. Opladen, Westdeutscher Verlag S 56f

Brigitte Lustig

Antagonismus, psychonoetischer. → Selbstdistanzierung; → Existenzanalyse.

Antagonist (→ Psychodrama; griech.: Gegner in einem Kampf oder Wettstreit). „[...] diejenige Person, die in der vom Protagonisten dargestellten Konflikt-Situation der wichtigste Konfliktpartner ist (wobei der tatsächliche Konfliktpartner meist nicht anwesend ist und durch ein Hilfs-Ich verkörpert wird). Es ist jedoch nicht jedes Hilfs-Ich gleichzeitig Antagonist“ (Zeintlinger-Hochreiter, 1996: 194). Beispielsweise wählt sich der → Protagonist in der → Aktionsphase stellvertretend für seine Mutter ein → Hilfs-Ich aus. Da er mit der Mutter noch Ablöseprobleme hat und es zu heftigen Konflikten kommt, ist sie die Antagonistin im Spiel. Andere Bezugspersonen wie der Vater, die Geschwister, die Freundin etc. werden durch Mitspieler dargestellt. Sie sind aber in dem Konflikt keine Gegenspieler, sondern bloße Hilfs-Iche, die dem Protagonisten helfen, das Problem einsichtig zu machen und zu lösen. Im psychodramatischen Spiel wird oft der → Rollentausch zwischen Protagonist und Antagonist angeregt, sodaß der Protagonist die Möglichkeit bekommt, die Sicht des Gegners nachzuempfinden und sich auch sein Zutun zum Konflikt aus der Gegenrolle heraus anzuschauen. In der → Integrationsphase werden die Wahrnehmung und die Gefühle in den einzelnen Rollen rückgemeldet, sodaß es durch diese neue und erweiterte Erfahrung zu einem gelösteren und eigenständigeren Umgang z. B. mit der Mutter im wirklichen Leben kommen kann.

Schneider-Düker M (1992) Über die Bedeutung der Gegenrollen im Gefüge von Hilfs-Ich-Rollen, Rollen in Gruppenspielen und der Protagonistenrolle im Psychodrama. In: Buer F (Hg), Jahrbuch für Psychodrama, psycho-

soziale Praxis & Gesellschaftspolitik 1992. Opladen, Leske + Budrich, S 57–72
 Zeintl-Hochreiter K (1996) Kompendium der Psychodrama-Therapie. Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J.L. Moreno. Köln, inScenario

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Anthropologie, existenzanalytische.

Von V. Frankl entwickeltes Menschenbild der → Existenzanalyse und → Logotherapie. Beschreibt das Menschsein im Hinblick auf die Bedingungen und Voraussetzungen für sinnvolle → Existenz, wofür die spezifischen Kompetenzen der → Person als entscheidend angesehen werden. Grundet vor allem in der → Existenzphilosophie und der philosophischen Anthropologie Max Schelers (weitere Anlehnungen auch an K. Jaspers, N. Hartmann, S. Kierkegaard, M. Heidegger, M. Buber, F. Ebner, G. Marcel, J.-P. Sartre). Die existenzanalytische Anthropologie gliedert sich in vier Bereiche: 1. Aufbau des Menschen: Menschsein wird als anthropologische Einheit von drei unterschiedlichen Seinsweisen verstanden („unitas multiplex“). Frankl (1990: 198f.) entwarf zur Veranschaulichung dieser „Einheit trotz Vielfalt“ ein dimensionales Modell der Beschreibung des Menschen, das die divergierenden (somatische, psychische und personale) Dimensionen in einem Schnittpunkt vereinigt und den „Existenzraum“ zum dialogischen Austausch mit der Welt eröffnet (→ Dimensionalontologie). Grafisch lässt sich dies mit drei aufeinander senkrecht stehenden Dimensionen (Vektoren) darstellen, die den Raum freigeben für den dialogischen Austausch mit dem „anderen“ (mit „der Welt“). Im Unterschied zu den meisten psychotherapeutischen Anthropologien werden die psychischen Kompetenzen (Triebe, Gestimmtheit, Körpergefühl) von den „geistig-personalen“ (Wille, Verantwortung, Gewissen, Sinn) abgesetzt. 2. Personverständnis: Definiert als „das Freie im Menschen“ ist das Franklsche Personverständnis (Frankl, 1959: 664–696) durch die Fähigkeiten zur → Selbstdistanzierung (Auseinandersetzung der Person mit dem

Psychophysikum) und → Selbsttranszendenz [Bezogenheit auf andere(s)] charakterisiert. Die personale Mitte stellt das im noetisch Unbewußten fußende → Gewissen dar. Eine Erweiterung erfährt das existenzanalytische Personverständnis in der → Personalen Existenzanalyse (Person als die vernehmende, stellungnehmende und im Ausdruck sich selbst gestaltende Einheit). 3. Als anthropologische Voraussetzungen der Existenz nennt Frankl (1959: 672) Geistigkeit, Freiheit und Verantwortlichkeit, deren Realisierung die Sinnstrebigkeit des Menschen begründet. Längle beschreibt vier Voraussetzungen erfüllter Existenz: ontologische, axiologische, ethische und handlungstheoretische (→ Grundmotivationen). 4. Die Motivationslehre der existenzanalytischen Anthropologie hat mit der Entwicklung der personal-existentiellen Grundmotivationen (zusammen mit → Emotionstheorie und Personalen Existenzanalyse) die Vernachlässigung der psychischen und somatischen Dimension als Bedingung menschlicher Existenz weitgehend ausgeglichen.

Frankl VE (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl VE, v Gebssattel VE, Schultz JH (Hg), Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. III. München, Urban & Schwarzenberg, S 663–736
 Frankl VE [1975] (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Neuauflage. München, Piper
 Kurz W (1987) Ethische Erziehung als religionspädagogische Aufgabe. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, S 75–176
 Längle A (Hg) (1988) Entscheidung zum Sein. München, Piper
 Wicki B (1991) Die Existenzanalyse von Viktor E. Frankl als Beitrag zu einer anthropologisch fundierten Pädagogik. Stuttgart, Haupt

Alfried Längle

Antidepressiva. → Selective Serotonine Reuptake Inhibitors; → Psychopharmaka.

Antreiber. → Skript; → Transaktionsanalyse.

Anwärmphase (Initial-, Erwärmungs-, warming-up-Phase; → Psychodrama). Der Erwärmungsprozeß zu Beginn jeder Gruppensitzung dient der Vorbereitung der Gruppenmitglieder und des Leiters auf die nachfolgende Spielphase und dazu, die Gruppe im Hier-und-Jetzt zusammenzuführen. Die Anwärmphase soll eine Atmosphäre des Vertrauens schaffen, welche Ängste mildert und dadurch entlastend wirkt. Anwärmübungen, die auch in anderen Verfahren bekannt sind, werden möglichst schon passend zum latenten Gruppenthema vom Leiter vorgeschlagen. Zur emotionalen und kognitiven Einstimmung animiert der Psychodramaleiter auch, Probleme verbal oder bildnerisch einzubringen. Er ist auf der Suche nach konkreten Bildern, nach einem situationspezifischen Satz, einer Körperhaltung oder einem Gedanken, von denen er vermutet, daß sich in ihnen eine bedeutsame und konflikthafte Szene „verdichtet“. Für jeden gibt es auch persönliche, psychische oder körperliche „Starter“. Die Gruppenteilnehmer und der Leiter wählen dann unter den genannten Problemen dasjenige aus, das unmittelbare Betroffenheit erzeugt und für möglichst viele nutzbringend erscheint. Es ist ein sozioemotionaler Wahlprozeß der Gesamtgruppe, der den Hauptdarsteller (→ Protagonist) hervorbringt. Die Anwärmtechniken sorgen für Gruppenkohäsion. Darüber hinaus läßt beispielsweise das Stegreifspiel die Dynamik der Gruppe und auch die Eigenart einzelner sichtbar werden (diagnostischer Aspekt). Aus einer Fülle von Möglichkeiten seien hier nur einige Anwärmtechniken genannt: Körperübungen und Paarübungen, Darstellung kleiner „Denkmäler“ und Einfälle (Vignetten), verbale Interviews und Märchenspiele. Gerade die Techniken, die bei den Erwärmungsübungen angewendet werden, sind ein ideales Mittel zum Aufbau vertrauensvoller, warmer, positiver früher Bezugspersonenbilder und Bilder von der eigenen Person.

Petzold H (1982) Integrative Dramatherapie. Überlegungen und Konzepte zum „Tetradischen Psychodrama“. In: Petzold H, Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, Therapie-

sches Theater. Stuttgart, Hippokrates, S 166–187

Zeintlinger-Hochreiter K (1996) Kompendium der Psychodrama-Therapie. Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J.L. Moreno. Köln, inScenario

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Apperzeption, tendenziöse (→ Individualpsychologie). Adler (1912) spricht von der tendenziösen Apperzeption als einem Versuch, sich und die Welt so zu erleben, einzuschätzen und wahrzunehmen, wie es den lebensstiltypischen Sicherungswünschen einer Person entspricht (→ Apperzeptionsschema; → Fiktion; → Lebensstil; → Sicherheitsstreben). Er verweist dabei etwa auf die tendenziöse Abwertung des anderen Geschlechts, auf die Auslassung oder Hinzudichtung von Erinnerungen oder auf die unzutreffende Annahme, bestimmten Lebenssituationen nicht gewachsen zu sein. Daran anknüpfend wird in der jüngeren individualpsychologischen Literatur betont, daß unbewußten Prozessen der → Abwehr und Sicherung (und folglich auch Prozessen der → Übertragung, des → Widerstandes und der Symptombildung) mehrere Akte der Apperzeption inhärent sind: 1. das unbewußte Gewahrwerden von Erlebniszuständen, die in äußerst unangenehmer Weise von erwünschten Erlebniszuständen abweichen; 2. die unbewußte Befürchtung, daß es äußerst bedrohlich wäre, sich dieser Erlebniszustände bewußt zu werden; 3. die unbewußte Einschätzung, daß es am günstigsten wäre, diese Erlebniszustände vom Bereich des bewußt Wahrnehmbaren fernzuhalten; 4. die unbewußte Einschätzung, daß es am günstigsten wäre, dieses „Fernhalten vom Bereich des bewußt Wahrnehmbaren“ durch den Vollzug von bestimmten weiteren unbewußten Aktivitäten der Abwehr und der Sicherung zu stützen (man denke an Entwertung, → Projektion oder andere Abwehrformen); sowie 5. die Ausbildung von manifesten „Symptomen“ (also: manifesten Handlungen, Gedanken oder Gefühlen), die sowohl das „Ergebnis“ als auch den Ausdruck unbewußter Abwehr und Sicherung darstellen

(Datler, 1996). In psychotherapeutischen Prozessen gilt es, die Therapeut-Patient-Beziehung so zu gestalten, daß diese Weisen des Erlebens, Einschätzens und Handelns ausgemacht und verstanden werden können (Datler & Reinelt, 1989). Dazu bedarf es einer therapeutischen Situation, in welcher sich der Lebensstil eines Patienten entfalten kann und der Therapeut ein Mitagieren vermeidet, das letztlich der Stabilisierung der problematischen Persönlichkeitsanteile eines Patienten dient. In diesem Sinn hat der Therapeut eine förderliche Balance zwischen „Akzeptierung und Verweigerung“ zu finden (Heisterkamp, 1983; → Beziehungsanalyse; → individualpsychologische Psychotherapie).

Adler A [1912, 1919] (1997) Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Kommentierte, textkritische Ausgabe, hg. von Witte KH, Bruder-Bezzel A, Kühn R. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Datler W (1995) Apperzeption, tendenziöse. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 37–39

Datler W (1996) Ist der Begriff der Fiktion ein analytischer Begriff? Einige Bemerkungen zur Mehrgliedrigkeit unbewußter Abwehr- und Sicherungsaktivitäten. In: Lehmkuhl U (Hg), Heilen und Bilden – Behandeln und Beraten. Individualpsychologische Leitlinien heute. München, Reinhardt, S 145–156

Datler W, Reinelt T (1989) Das Konzept der tendenziösen Apperzeption und seine Relevanz für das Verständnis von Beziehung und Deutung im therapeutischen Prozeß. In: Reinelt T, Datler W (Hg), Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen. Berlin, Springer, S 73–88

Heisterkamp G (1983) Psychotherapie als Beziehungsanalyse. Zeitschrift für Individualpsychologie 8: 86–105

Wilfried Datler

Apperzeptionsschema (→ Individualpsychologie). Nach Adler bilden Menschen insbesondere in den frühen Jahren ihres Lebens basale Schemata des Erlebens, Wahrnehmens und Einschätzens – kurz: Apperzipiens – aus (→ Apperzeption, tendenziöse). Die Ausbildung dieser Schemata

steht im Dienst des → Sicherheitsstrebens, da Menschen diese Schemata benötigen, um in ihrem Leben Orientierung finden zu können und in die Lage zu geraten, sich vor dem Zustandekommen von bedrohlichen Erlebniszuständen zu schützen (→ Fiktion; → Logik, private). Adlers Verwendung von Begriffen wie Apperzeption, private Logik, Fiktion oder Apperzeptionsschema verweist auf eine neukantianische und konstruktivistische Tradition, die neben einer phänomenologischen Tradition in der Individualpsychologie ausgemacht werden kann.

Bruder K-J (1996) Die Erfindung der Biographie im therapeutischen Gespräch. Konstruktivistische Grundlagen der Individualpsychologischen Theorie. Zeitschrift für Individualpsychologie 21: 313–324

Titze M (1995) Apperzeptionsschema. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 39–42

Wilfried Datler

Äquivalenzparadoxon (→ Psychotherapieforschung). Der Begriff bezeichnet ein paradoxes Phänomen: Obwohl verschiedene Psychotherapieformen sich in vielen Prozeßmerkmalen nachweislich unterscheiden, scheinen sie in vergleichenden Studien doch immer annähernd gleiche (äquivalente) Ergebnisse hervorzubringen. Luborsky et al. (1975) beschrieben die Situation, auf die Konkurrenz zwischen Psychotherapieschulen bezugnehmend, mit einem Zitat des Dodo-Vogels aus „Alice im Wunderland“: „Everybody has won and all must have prices.“ Nach wie vor ist in der Psychotherapieforschung umstritten, ob das Äquivalenzparadoxon ein reales Phänomen oder ein methodisches Artefakt ist. Methodische Argumente sind, daß das Äquivalenzparadoxon auf einer ungeeigneten Zusammenfassung von Daten über verschiedene Patienten und Kriterien beruht, sodaß wahre Unterschiede sich herausmitteln, daß ein scheinbarer Gleichstand oder aber Unterschied auf einseitiger Selektion von Studien beruht u. a. m. Grawe et al. (1994) etwa sehen die überlegene Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer An-

sätze für viele Störungen als erwiesen an. Diejenigen, die Äquivalenz nicht als Artefakt sehen, führen sie auf gemeinsame und/oder unspezifische → Wirkfaktoren zurück, die für alle Psychotherapieformen vergleichbar sein sollen.

Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe

Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapy: is it true that "everybody has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry 32: 995–1008

Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R (1986) Are all psychotherapies equivalent? American Psychologist 41: 165–180

Franz Caspar

Arbeit mit Teilen. → Teile-Arbeit; → Parts (work); → Hypnosetherapie; → Neuro-linguistisches Programmieren.

Arbeitsbündnis Arbeitsbündnis nennt man die von Analytiker und Analysand bewußt getroffene Vereinbarung, zum Zweck der Durchführung einer → Psychoanalyse zusammenzuarbeiten. Das Konzept wurde vor allem von R. Greenson (1967) entwickelt. Es grenzt die → Übertragungsneurose in der Psychoanalyse streng von der Mitarbeit des Patienten an der Aufdeckung des → Unbewußten ab. Die Zweiteilung der Analyse in einen neurotischen und einen normalen Anteil führt die Kategorie der Norm ein, die zwangsläufig mit der moralischen Forderung, dieser Norm zu entsprechen, verbunden ist. Damit ist jeder Form von → Widerstand die Möglichkeit der → Rationalisierung unter Berufung auf das Arbeitsbündnis eröffnet. H. Gekle formuliert: „Das Arbeitsbündnis ist der Stephansdom.“ Sie bezieht sich dabei auf das Bild, das Freud (1913) verwendet: Würde man eine Stelle (z. B. den Stephansdom) zum Asylplatz erklären, so würde bald das ganze Gesindel der Stadt dort versammelt sein. Deshalb dürfe es keinen Bereich geben, der aus der Analyse ausgenommen ist. Das Arbeitsbündnis wäre ein solcher analysefreier Raum. Unter dem Deckmantel des

„Bündnisses zum Zweck gemeinsamer Arbeit“ würden wesentliche Bereiche nicht zur Diskussion stehen, sondern von Patient und Analytiker mit der Rationalisierung „Arbeitsbündnis“ agiert werden. Dieselbe Kritik gilt allerdings auch für die → Grundregel.

Freud S [1913] (1982) Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 181–203

Freud S [1916/17] (1982) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. I: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Frankfurt/M., Fischer, S 33–445

Gekle H (1992) Das Arbeitsbündnis ist der Stephansdom. Erkenntnistheoretische Überlegungen bei der Lektüre von Heinrich Deserno „Die Analyse und das Arbeitsbündnis“ (1990). Psyche 46(6): 499–533

Greenson RR [1967] (1972) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta

Erwin Bartosch

Arbeitsgruppe (work group; → Gruppenpsychoanalyse; → Dynamische Gruppenpsychotherapie). Begriff, der die realitätszugewandte Funktionsebene innerhalb eines Gruppenprozesses kennzeichnet. In der psychoanalytischen Gruppentherapie der Bion-Schule wird unter Arbeitsgruppe der bewußte Aspekt des Gruppengeschehens verstanden, in welchem die Mitglieder einer Gruppe die Organisation der Gruppe funktional bestimmen und die Beziehungsebene reflektieren. Das Komplement zur Arbeitsgruppe bildet die → Grundannahmen-Gruppe, die die wunschgeleitete Dimension umfaßt. Bion (1961) führte den Begriff Arbeitsgruppe als jenen Modus ein, der ein Erfahrungslernen durch die reflexive Funktion ermöglicht. Die „differenzierte Gruppe“, wie Bion sie ursprünglich nannte, besteht in der Tendenz der Gruppe, sich durch Organisationsformen, Verfahrensregeln oder Geschäftsordnungen Strukturen zu geben, um sich vor den mit der Grundannahmen-Ebene ver-

bundenen Affektspannungen zu schützen (Lemche, 1994). Gleichzeitig beinhaltet die Arbeitsgruppe als Verwaltungsaspekt des Gruppenprozesses die Auseinandersetzung mit der Realität, was ein auf Rationalität fußendes Handeln und Vitalität einschließt. Dieses Zusammenwirken der Mitglieder in der Arbeitsgruppe als zielgerichtetes Handeln bei der Arbeit belegt Bion mit dem Begriff Kooperation. Kooperation erfordert ein Mindestmaß an sozialer Kompetenz, ein Aufgabenbewußtsein sowie verbalen, rationalen und pragmatischen Austausch. Zusammengefaßt gewährleistet die Arbeitsgruppe folgende Funktionen im Gruppenprozeß: Realitätsbezogenheit, Zeitbezogenheit (und damit Entwicklungspotential aus dem Verständnis des Sogewordenen), kooperatives Handeln und rationalen Diskurs, Regulation der emotionalen Gruppenspannungen.

Bion WR [1961] (1971) Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Stuttgart, Klett-Cotta

Lemche E (1994) Theoriebildung. In: Haubl R, Lamott F (Hg), Handbuch Gruppenanalyse. München, Quintessenz, S 17–27

Erwin Lemche

Arbeitsmodell, inneres → Inneres Arbeitsmodell; → Bindungsforschung.

Arbeitssucht. Arbeitsverhalten kann entsprechend den Kriterien der Abhängigkeit suchtartig entgleisen (→ Sucht). Besonders gefährdet sind Menschen, die sehr leistungsorientiert erzogen wurden und ohne Leistung und Anpassung wenig Wertschätzung erfahren. Wie alle Suchtformen entwickelt sich Arbeitssucht allmählich, wobei am Beginn der Entwicklung oft besondere Anforderungen am Arbeitsplatz, aber auch die Kompensation von Lebenskrisen, Verlusten, Enttäuschungen u. a. m. durch Arbeit stehen. Diese Strategie wird als erfolgreich, zielführend und sozial verstärkt erlebt. Arbeit wird zunehmend zum Lebensinhalt, andere Interessen werden untergeordnet. Dies gilt vor allem für alle Formen der Entspannung, Freizeitvergnügen, die

nicht leistungsorientiert sind, und soziale Kontakte, die nicht der Arbeit dienen. Arbeitssucht ist in vier Phasen unterteilt. In der Beginnphase werden andere Interessen und die sozialen Bezugspersonen zunehmend vernachlässigt, die Arbeit tritt in das Zentrum des Lebensinteresses. Begleitet wird dieser Abschnitt häufig von Erschöpfung, milden depressiven Verstimmungen, Angstzuständen, Konzentrationsstörungen, Beschwerden im Herzkreislaufsystem und Magen. In der Übergangsphase zur chronischen Arbeitssucht wird Arbeiten zunehmend zur Zwangshandlung, die innere Freiheit, anderes zu tun, nimmt ab. Im chronischen Stadium wird ständig gearbeitet, auch nachts und am Wochenende, es werden noch zusätzliche Arbeiten übernommen. An Beschwerden treten Herzkreislauferkrankungen, Ängste, Depressionen, Schlafstörungen und sekundär → Alkoholismus oder Medikamentenabhängigkeit auf. Im Endstadium kommt es zum irreversiblen Bruch in der Leistungsfähigkeit, zum → Burnout mit schweren Herzkreislaufproblemen, Krankheiten des Magen-Darmtraktes sowie zu massiven Konzentrationsstörungen, Denkschwächen, Störungen der Merkfähigkeit und schweren Depressionen mit erhöhter Suizidgefahr.

Gross W (1990) Sucht ohne Drogen. Frankfurt/M., Fischer

Poppelreuter S (1997) Arbeitssucht. Weinheim, Beltz/Psychologie Verlags Union

Renate Brosch

Archeopsychie. → Ich-System; → Transaktionsanalyse.

Archetypische Psychologie. Die Archetypische Psychologie geht aus dem Denken C.G. Jungs hervor. Sie wurde von James Hillman als Weiterführung der → Analytischen Psychologie entworfen, von Alfred J. Ziegler ins Medizinische übersetzt und von Wolfgang Giegerich neu durchdacht, philosophisch untermauert und weiterentwickelt. Hillmans Weiterführung war notwendig, weil Jungs Erkenntnisse

verschiedenen Denkhorizonten angehören und der archetypische Ansatz einer besonderen Betrachtung bedarf. Die Archetypische Psychologie geht davon aus, daß menschliches Erkennen bestimmt wird durch das, was Jung → Seele, Seelenhintergrund nennt, und daß Psychologie letztlich die Frage nach diesem Seelenhintergrund ist. Hillman faßte Seele vornehmlich als das erstmals von Henri Corbin so genannte Imaginale (mundus imaginalis), als Welt der Bilder, Inhalte, → Fantasien, Gestalten, als Vorstellungswelt. Ziegler übernahm diesen Ansatz und baute ihn in seine psychosomatischen Betrachtungen ein. Giegerich übt Kritik an dieser Sichtweise und betont, daß ihr das eigene Andere der Seele, die Logik (der Animus) fehlt, weshalb sie in einem unverbindlichen, die Wirklichkeit des modernen Menschen nicht erreichenden Spiel von Fantasiegebilden stehenbleibe, ohne die Entwicklungsgeschichte des menschlichen Bewußtseins mitzubersichtigen. Giegerich (1994a, 1994b, 1998) unternimmt erstmals den Versuch, die Seele konsequent als Metapher der Psychologie darzustellen und Seele in ihrer dialektischen Fortbewegung zu beschreiben. Die menschlichen Vorstellungen werden in dieser Sichtweise zu Narrativen (Erzählweisen) eines letztlich nicht dinglichen Seelenhintergrundes, der sich als Dialektik zwischen → Anima und Animus beschreiben läßt und nach und nach aus der Animastufe (dem Bewußtseinsstand des → Mythos) zur Animus-Stufe (dem Bewußtseinsstand des Logos) in einer Folge von Negationen („Tötungen“) zu immer neuen Stellungen fortbewegt. So gesehen, kann die Archetypische Psychologie nicht einfach ein Bilderdenken bleiben. Sie muß die logische Form miteinbeziehen, in der die moderne Lebenswirklichkeit steht (→ psychologische Differenz; → Syzygie).

Hillman J [1976] (1992) *Re-visioning psychology*. New York, HarperPerennial

Giegerich W (1994a) *Animus-Psychologie*. Frankfurt/M., Peter Lang

Giegerich W (1994b) *Tötungen. Gewalt aus der Seele. Versuch über Ursprung und Geschichte des Bewußtseins*. Frankfurt/M., Peter Lang

Giegerich W (1998) *The soul's logical life*. Frankfurt/M., Peter Lang

Ziegler AJ (1989) *Krankheitsbilder. Elemente einer archetypischen Medizin*. Frankfurt/M., Fischer

Doris Lier

Archetypus (→ Analytische Psychologie; → Heldenarchetyp; → Kindarchetyp; → Mana-Persönlichkeit; → Trickster). Mit dem Archetypenkonzept ist C.G. Jung ins Gebiet der Mythologie, der Kultur- und Religionsgeschichte vorgestoßen (→ Religion). Jung ging davon aus, daß sich gewisse Motive ubiquitär in verwandten Formen wiederholen (Jung, GW, Bd. 7, § 101ff.). Anlehnend an den Begriff „urtümliche Bilder“ (Jacob Burckhardt) nannte Jung diese Motive seit 1919 „Archetypen“ (GW, Bd. 8, § 270, Fn. 7). Archetypen sind als Ausformungen des Seelenhintergrundes vorstellbar, die unser Erkennen präfigurieren (→ Seele). Meist verwendet Jung die Begriffe Archetypus und archetypisches Bild als Synonyma. Wo Jung differenziert, ist Archetypus die „a priori gegebene Möglichkeit der Vorstellungsform“ (GW, Bd. 9/1, § 155), die hinter der inhaltlich beschreibbaren und sich wandelnden Gestalt des archetypischen Bildes steht. Aufgabe einer → Archetypischen Psychologie ist es, den archetypischen Seelenhintergrund in seinen Bildern und seiner logischen Bewegung zu verstehen. Die via regia für dieses Verständnis ist durch → Träume, → Mythen und → Märchen gegeben. Therapeutische Bedeutung: Archetypische Motive sind im Lebensvollzug des Individuums (wie des Kollektivs) stets wirksam. Sie können spontan oder aufgrund schwerwiegender Erfahrungen ins Bewußtsein treten und Hinweise geben auf die seelische Verfaßtheit (oft Konfliktsituation), in der der einzelne (auch bezüglich des Kollektivs) steht. Meist treten sie in gefühlsbetonten Bildern auf (→ Komplex) und korrigieren die bewußte Einstellung (GW, Bd. 11, § 534; → Bewußtsein; → Gegensatzthematik). Archetypische Motive können das → Ich auch komplexhaft ergreifen (blinde Identifikation; → Inflation), wodurch ein den Gegebenheiten adäquater Lebensvollzug verunmög-

licht wird (Auflösung durch → Sinn-
deutung). Die Bewußtwerdung des archety-
pischen Seelenhintergrundes in seiner →
Dialektik und je persönlichen Färbung ist
wesentlicher Teil des → Individuations-
prozesses, der das Kollektiv immer einbe-
zieht. Die entwicklungspsychologische
Richtung der Analytischen Psychologie
sieht in den archetypischen Bildern gegen-
ständiglich erfaßbare Motive, die der Beob-
achtung unterstehen sollen. Die symbo-
lisch-archetypische Richtung fragt nach
dem Sinngehalt der Bilder, der nur ein-
leuchten und nicht empirisch erfaßt wer-
den kann. Es geht hier darum, die archety-
pische → Konstellation zu erfahren und
den Sinngehalt zu verstehen (→ Reflexion,
immanente).

Jung CG (versch. J.) Gesammelte Werke [zu Ar-
chetypus: insbes. Bd. 7, 101ff., Bd. 9/I, 148ff.].
Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Giegerich W (o.J., ca.1985) Die Herkunft der psy-
chologischen Erkenntnisse C.G. Jungs. Gorgo
7: 1–31

Giegerich W (1994) Animus-Psychologie. Frank-
furt/M., Peter Lang

Hillman J (1983) Archetypal psychology: a brief
account. Dallas, Spring Publications

Schwartz-Salant N, Stein M (1987) Archetypal
processes in psychotherapy. Wilmette (IL),
Chiron

Doris Lier

Armlevitation. → Levitation; → Hypno-
se.

Arrangement, neurotisches. → Neu-
rotisches Arrangement; → Individualpsy-
chologie.

Asiatische Meditation. → Meditation,
asiatische; → Autogenes Training.

Assoziation (→ Hypnosetherapie). 1. Be-
zeichnet in der Assoziationslehre jeden
Zusammenhang zwischen zwei oder mehr-
eren psychischen Elementen, die eine
Assoziationskette oder ein Assoziations-

netz bilden. 2. Neben der → Dissoziation,
der → Progression und → Regression eine
der vier therapeutischen Grundmethoden
der → Hypnosetherapie. Im Gegensatz zur
Dissoziation wird darunter die Verbin-
dung von psychischen Inhalten, psy-
chophysiologischen Zuständen und Wahr-
nehmungen verstanden. Im therapeu-
tischen Prozeß werden gesunde Anteile oder
→ Ressourcen aktualisiert, mit deren Hilfe
sich in Problemsituationen Lösungs- und
Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen kön-
nen. Dies geschieht unter Nutzung von →
Trancephänomenen wie → Imagination, →
Ideodynamik, → Amnesie u. a. Die Assozia-
tion entspricht bis zu einem gewissen Grad
dem Vorgang der Konditionierung, geht
aber oft darüber hinaus, da mit hypno-
therapeutischen Mitteln Um- und Neu-
strukturierungen von Verhaltens- und
Erlebensmustern ermöglicht werden. →
Posthypnotische Suggestionen und die
Verwendung von → Ankern unterstützen
die therapeutischen Prozesse der Assoziati-
on.

Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie.
München, Pfeiffer

Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In:
Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. 2.,
korr. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–
168

Hans Kanitschar

Assoziation, freie. → Freie Assoziation;
→ Psychoanalyse.

Assoziationsexperiment (→ Analyti-
sche Psychologie). Bei Assoziationsver-
suchen, die um 1900 beliebt waren, um
Typologien zu erstellen, interessierten sich
C.G. Jung und Franz Riklin für die soge-
nannten Störungen des Experimentes. Be-
griffe, auf die nicht glatt assoziiert werden
konnte, waren – so fanden die Forscher
heraus – mit Vorstellungen von persön-
lichen affektbetonten Erfahrungen und
Schwierigkeiten verknüpft, die sie → Kom-
plexe nannten. In der Folge wurde dann
postuliert, daß der Hintergrund des →
Bewußtseins aus solchen Komplexen beste-

he, und daß alle psychogenen → Neurosen einen Komplex enthalten, der mit außerordentlich starken Gefühlstönen ausgestattet sei. Die Forscher untersuchten Assoziationen Gesunder, Kranker, Assoziationen von Familien etc. Insbesondere interessierten Jung die psychophysischen Begleiterscheinungen. Er hat damit erste empirische Untersuchungen zur Emotionsforschung vorgelegt. Beim Assoziationsexperiment geht es darum, zu einem Reizwort (Stimulus) eine Assoziation zu finden. Ist das nur unter erschwerten Bedingungen möglich, ersichtlich an den sog. „Störungsmerkmalen“, die zum großen Teil den heutigen → Abwehrmechanismen entsprechen, schließt man daraus, daß das betreffende Reizwort einen Komplex angesprochen, d. h. konstellierte hat (→ Konstellation/konstellieren). Jung hat einen Assoziationstest mit 100 Wörtern vorgelegt und vor allem intuitiv aus den „gestörten Reaktionen“ auf Komplexgruppen geschlossen. Es liegen unterdessen verschiedene Wörterlisten mit 50 Wörtern vor (Kast, 1980; Schlegel & Zeier, 1982). Es wurde bei der Konstruktion von neuen Listen beachtet, daß nicht alle Wörter linguistisch gesehen ein gleich großes Assoziationsfeld um sich haben. Wörter mit einem kleinen Assoziationsfeld wurden aussortiert. Die Auswertung hat sich dahingehend verändert, daß zu Stimuli, die eine Komplexreaktion ausgelöst haben, der Kontext sorgfältig erhoben wird (Kast, 1980). Auf diese Weise ist es möglich, die aktuelle Komplexlandschaft von Probanden im Zusammenhang mit dem Ichkomplex zu erfassen. Schlegel & Zeier (1982) haben eine Untersuchung zur Validität der Störungsmerkmale vorgelegt. Das Assoziationsexperiment wird heute auch für empirische Gruppenvergleiche eingesetzt.

Jung CG [1904] Experimentelle Untersuchungen über Assoziationen Gesunder. In: GW, Bd. 2, §§ 1–498. Olten, Walter

Jung CG [1907] (1971) Über die Psychologie der Dementia Praecox. In: GW, Bd. 3, §§ 1–316. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Kast V (1980) Das Assoziationsexperiment in der therapeutischen Praxis. Fellbach, Bonz

Schlegel M, Zeier H (1982) Psychophysiologische Aspekte des Assoziationsexperiments

und Normdaten zu einer Reizwörterliste. *Analytische Psychologie* 13(2): 75–92

Verena Kast

Assoziatives Vorgehen. Mit dem Begriff werden zwei verschiedene, wenngleich benachbarte Techniken in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie bezeichnet: 1. Es wird nach einigen Behandlungsstunden der Bereich der → Grundstufe – die Möglichkeit, mit Hilfe der Standardmotive Konflikte bzw. Entbehrungen zu erleben – verlassen. Vorbedingung ist, daß der Widerstand des Patienten gering ist und anzunehmen ist, daß dieser sich von selber konflikthafter Bildern und Gefühlen nähert – ganz so wie in der Psychoanalyse die Kette der freien Assoziationen schließlich zum zentralen Konflikt führt. Der Therapeut wird also seine Interventionen, die in der Grundstufe die Bilder strukturiert haben, stark reduzieren und sich sogar der Null-Strukturierung annähern. Es kann damit die Autonomie des Patienten gestärkt und einer breiten Front andrängender Triebimpulse zum Durchbruch verholfen werden. Man muß allerdings das Prinzip der Nicht-Einmischung in den Prozeß der absolut freien Symbolbildung zugunsten einer protektiven Haltung aufgeben, wenn starke autoaggressive Impulse auftreten. Bei hysterisch strukturierten Patienten können im Bild eigene Todeserlebnisse im Sinn eines Wandlungserlebens auftreten; bei schizoiden und besonders bei depressiven Patienten wäre eine dauerhafte psychische Verletzung, wenn sie vom Therapeuten allein gelassen würden, wahrscheinlich. Es ist nicht sinnvoll, die Geborgenheit der anaklitisch-diatrophischen Dyade ausgerechnet in Gefahrensituationen aufzugeben. 2. Die Technik nähert sich der analytischen Technik an: Freies Assoziieren wird in das katathyme „Bildern“ eingebaut. Hat der Patient beim Bildern eine Situation mit einem deutlichen begleitenden Gefühl (das durch Fokussieren noch prägnanter werden kann) erreicht, dann unterbricht ihn der Therapeut: „Ist Ihnen dieses Gefühl aus einer früheren Situation Ihres Lebens be-

kannt?“ Die Aufforderung zur Erinnerung hält sich an die „Leitschiene des Gefühls“, bis Erinnerungen aus der Gegenwart und aus Kindheitsphasen auftauchen. Jede einzelne Erinnerung wird bearbeitet. Damit ist nicht nur kumulative Katharsis möglich, sondern auch eine analytische Einsicht des Patienten in den → Wiederholungszwang.

Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Leuner HC, Lang O (1982) Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse. Bern, Hans Huber

Zwettler-Otte S (1994) Der Therapeut, das Motiv und die Frage „Wer ist der Täter?“. In: Gerber G, Sedlak F (Hg), Katathymes Bilderleben innovativ. Motive und Methoden. München, Reinhardt, S 166–183

Otto Lang

Atemarbeit, Atemtherapie. Unter Atemarbeit oder Atemtherapie versteht man eine angeleitete Selbsterfahrung mit besonderer Aufmerksamkeit auf den Atem. Die zugrundeliegende Theorie besagt, daß der Mensch dazu neigt, in belastenden oder überfordernden Situationen eingeschränkte und verspannte Atemmuster anzunehmen, um sich nicht der Intensität der mit der Situation verbundenen Gefühle aussetzen zu müssen. Die Verstärkung der Atmung im therapeutischen Setting kann dann diese blockierten Gefühle wieder zu Bewußtsein bringen und im erneuten Durchleben integrieren. Dabei können Erfahrungen, die einer nur verbal arbeitenden Therapie nicht zugänglich sind, weil sie vor jeder Verbalisierung gemacht wurden, wachgerufen werden (z. B. Erfahrungen, die mit dem ersten Atemzug verbunden sind; → Geburtstrauma). Die Integration der erlebten Gefühle erfolgt im tiefen Entspannen, das häufig gegen Ende einer Sitzung auftritt. Die Atmung kann sich kathartisch entwickeln (v. a. durch Betonung der Mundatmung und der Einatmung) und wird zumeist reflektorisch durch Tiefenentspannung ergänzt (Atmung durch die Nase, Betonung der Ausatmung). Obwohl manche Formen der Atemarbeit auch verbalen Austausch während des Atmens einsetzen,

erfolgt die Atemarbeit weitgehend im non-verbalen Bereich. Weil die Atmung die mentalen Kontrollmechanismen hintergehen kann, ergeben sich oft überraschende Problemlösungen und spontane Einsichten. Atemarbeit dient oft auch zur Erweiterung des persönlichen Potentials, indem sie für → Meditation und transpersonale Erfahrungen öffnet (→ Transpersonale Psychologie). Da Atemarbeit zum Teil mit erweiterten → Bewußtseinszuständen arbeitet, denen in fast allen alten Kulturen der Menschheit außerordentliche heilende Kräfte zugesprochen wurden, ist sie besonders effektiv in Verbindung mit modernen psychotherapeutischen Techniken, die die Aufarbeitung des durch den Atemprozeß hervorgebrachten Materials unterstützen. Die Achtsamkeit auf den Atem wird auch in anderen therapeutischen Methoden angewendet, wobei die Fokussierung auf den Atem vor allem zur Öffnung eines Zugangs zu tieferen Gefühlen genutzt wird. Zu den wichtigsten Formen der Atemtherapie zählen → Holotropes Atmen, → Integratives Atmen, Intuitives Atmen, → Rebirthing, → Vivation, Atemarbeit nach Ilse Middendorf und Pranayama Yoga.

Iyengar BKS (1994) Light on Pranayama. The yogic art of breathing. New York, The Crossroad Publishing Company

Minett G (1997) Rebirthing – Heilung für Körper und Seele. München, Droemersch Verlaganstalt Th. Knaur Nachf.

Morningstar J (1994) Breathing in light and love. Your call to breath and body mastery. Milwaukee, Transformations Incorporated

Scherer K (1992) Atem als Tor. Grundlegende Texte zum Intuitiven Atmen. Arbor, Freiamt

Wilfried Ehrmann

Atemtherapie. → Atemarbeit.

Ätiologie. Lehre von den Krankheitsursachen. Diese Ursachen werden je nach Krankheits- und Gesundheitsmodell unterschiedlich gesehen (Bullinger, 1990). Im naturwissenschaftlich-biologischen Modell liegt jeder Krankheit ein pathologisches Substrat zugrunde. Körperliche Dys-

funktionen sind Ursache, Symptome Ausdruck der Krankheit. Daneben gibt es das konstitutionell-persönlichkeitsbezogene Modell (bestimmte anlagebedingte Eigenschaften liegen der Genese von Erkrankungen zugrunde), das psychoanalytische Modell (intrapyschische Konflikte führen zu bestimmten Erkrankungen), das behavioristisch-lerntheoretische Modell (bestimmte Lernprozesse stehen in Beziehung zur Krankheitsgenese und zum Verlauf), das psychobiologische Streßmodell (belastende Erlebnisse und Ereignisse [→ Life Events] und ungünstige Bewältigungsstrategien führen zur Erkrankung), das soziologische Krankheitsmodell (soziale Strukturen und Prozesse sind an der Krankheitsentstehung beteiligt) und noch einige mehr, wie z. B. Modelle der Komplementär- und Alternativmedizin und letztlich das systemisch-ökologische Modell (Umwelt und Lebenswelt des Menschen haben Einfluß auf die Entstehung von Erkrankung). Dieses letztere Modell ist auch als biopsychosoziales Paradigma bekannt. Heim (1986) legt das Augenmerk auf die dynamischen und fließenden Übergänge von Gesundheit und Krankheit und sieht die Ätiologie im Zusammenwirken biologischer, psychologischer und soziologischer Faktoren. Damit ist auch nicht mehr von einem Punkt, von dem aus Gesundheit zur Krankheit wird, zu sprechen, sondern von einem Prozeß, der z. B. von Uexküll (1997) besser mit Ätiopathogenese beschrieben ist. Damit ist auch das alte klassische Vorgehen der Beschreibung (Deskription), der Klassifikation, der Ätiologie, der Therapie und der Prognose insoweit verlassen worden, als Pathogenese und Salutogenese und der „diagnostisch-therapeutische Zirkel“ (ebd.) zur Beurteilung von gesund und krank zum Tragen kommen. Dementsprechend ist Gesundheit ein dynamischer biopsychosozialer Gleichgewichtszustand und Krankheit eine Störung des Gleichgewichts in den verschiedenen Systemen. Unter → Laien-ätiologie versteht man die vom Laien vorgenommene Kausalattribution von Krankheiten. Das Wissen um diese ätiologischen Überlegungen trägt dazu bei, die Patienten besser zu verstehen und wirkt sich somit günstig für die therapeutische Beziehung aus.

- Bullinger M (1990) Medizinpsychologische Aspekte von Gesundheit und Krankheit. In: Pöppel E, Bullinger M (Hg), Medizinische Psychologie. Weinheim, VCH, S 228–229
- Heim E (1986) Krankheitsauslösung – Krankheitsverarbeitung. In: Heim E, Willi J (Hg), Psychosoziale Medizin – Gesundheit und Krankheit in bio-psychosozialer Sicht. Berlin, Springer, S 343–387
- Uexküll T v (Hg) (1997) Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. 5. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg

Gernot Sonneck

Atmen, holotropes. → Holotropes Atmen.

Atmosphäre. Als empirisch-psychologischer Begriff in der → Gestaltpsychologie (H. Cornelius, F. Krüger, W. Metzger) vorbereitet, wertvoll in Psychiatrie (z. B. Wahnstimmung bei beginnender Schizophrenie), Psychotherapie und leibtherapeutischer Arbeit (z. B. grundlegend für die → Integrative Therapie und → Integrative Bewegungs- und Leibtherapie). Zuerst monografisch bearbeitet von H. Tellenbach, gleich darauf phänomenologisch breit ausgearbeitet und präzisiert von H. Schmitz mit der These: Gefühle sind räumlich ortlos ergossene, leiblich ergreifende Atmosphären wie das gespürte Wetter und die einprägsame Stille – Atmosphären mit Autorität, die Ansprüche stellen, denen sich der Ergriffene nicht unbefangen entziehen kann (Beweis u. a.: der von Schmitz beschriebene soziale Gefühlskontrast). Atmosphären sind auch die ganzheitlichen leiblichen Regungen (Scheler: vitale Gefühle), aber örtlich abgehoben – Beispiel: das leibliche Behagen in der Badewanne versus das leiblich gespürte Behagen als Gefühl der Geborgenheit in der Liebe eines Menschen oder eines harmonischen Familienkreises. Von der Atmosphäre ist zu unterscheiden die Situation, charakterisiert durch Ganzheit (Abgehobenheit nach außen und Zusammenhalt in sich), Bedeutsamkeit (bestehend aus Sachverhalten, Programmen und Problemen) und Binnendiffusion (Fehlen vollständiger Vereinzelung) des

Bedeutsamen. Liebe (z. B. geschlechtliche Paarliebe, Mutterliebe) ist kein Gefühl, sondern eine zuständige Situation mit darin aufgehängter Atmosphäre eines spezifischen Gefühls, wobei die Aufhängung nicht zu fest und nicht zu locker sein darf, wenn die Liebe gedeihen soll.

Schmitz H (1969) System der Philosophie. Bd. III, Der Raum – 2. Teil: Der Gefühlsraum. 2. Aufl. Bonn, Bouvier

Schmitz H (1995) Gefühle in philosophischer (neophänomenologischer) Sicht. In: Petzold HG (Hg), Die Wiederentdeckung des Gefühls. Paderborn, Junfermann, S 47–81

Tellenbach H (1968) Geschmack und Atmosphäre. Salzburg, Otto Müller

Hermann Schmitz

Atmungspulsation. → Pulsation; → Radix.

Atom, soziales. → Soziales Atom; → Psychodrama.

Attributionstheorie (→ Verhaltenstherapie). Attributionen sind subjektive Annahmen über die Ursachen von Ereignissen und Handlungen. Der Begriff der Attribution wurde durch Heider (1958) begründet, Erweiterungen der Attributionstheorie erfolgten unter anderem durch Weiner (1972). Die Grundannahme der Attributionstheorie ist die Sichtweise des Menschen als rationales Wesen mit dem Bedürfnis, Beobachtbares auf Ursachen zurückzuführen. Diese Ursachen-Attribution ermöglicht es dem Individuum, Ereignisse und deren Folgen vorherzusagen bzw. zu kontrollieren. Die Attributionstheorie unterscheidet verschiedene Dimensionen, anhand derer diese Erwartungen angeordnet werden können: Interne Kontrolle bezeichnet die Überzeugung, daß man selbst durch eigene Fähigkeit oder Anstrengung bestimmen kann, welche Verstärker (angenehme Verhaltenskonsequenzen) man erhält. Externe Kontrolle hingegen bezeichnet die Erwartung, daß die Konsequenzen eines Ereignisses von Situationsfaktoren

wie Schwierigkeitsgrad oder Zufall (Glück oder Pech) abhängen. Eine weitere Dimension unterscheidet zwischen stabilen (Fähigkeit oder Schwierigkeitsgrad) und variablen (Anstrengung oder Zufall) Faktoren. Eine dritte Dimension bildet der Faktor global versus spezifisch. Hier wird nach der Erwartung unterschieden, über wieviele verschiedene Situationen diese Attributionen ihre Gültigkeit behalten. Untersuchungen zeigten, daß die psychische Gesundheit mit den individuellen Attributionstendenzen zusammenhängt. Es ist allgemein günstig, positive Ereignisse auf interne und stabile Ursachen – z. B. die eigenen Fähigkeiten – zurückzuführen und negative Ereignisse extern und variabel – dem Zufall oder Situationsvariablen – zuzuschreiben. Diese Attributionstendenz wird im Rahmen der Verhaltenstherapie als ein wichtiger Moderator für → Selbstregulation angesehen.

Heider F (1958) The psychology of interpersonal relations. New York, Wiley

Herkner W (1991) Lehrbuch Sozialpsychologie. 5., korrig. u. stark erw. Aufl. Bern, Hans Huber

Weiner B (1972) Theories of motivation. From mechanism to cognition. Chicago, Markham

Rosemarie Sigmund

Aufdecken durch Gestalten (→ Autogenes Training). Methode, mit der versucht wird, durch kreatives Gestalten (Malen, Zeichnen, Plastilarbeiten etc.) unmittelbar vor und nach einer Übung des Autogenen Trainings unbewußte Inhalte aufzudecken. Die Darstellungen vor und nach dem Training unterscheiden sich oft sehr stark (auch in der Farbwahl) und geben dann meist deutliche Hinweise auf unbewußtes Material. Darüber hinaus kann man durch bestimmte Merkmale (rund – eckig, ruhig – unruhig, vielfach – einfach etc.) auch Rückschlüsse auf den Verlauf des einzelnen Trainings ziehen.

Wallnöfer H (1972) Aufdecken durch Gestalten vor und nach dem Autogenen Training. In: Langen D (Hg), Hypnose und psychosomatische Medizin. Stuttgart, Hippokrates, S 119–124

Marianne Martin

Aufklärung. → Aufklärungspflicht.

Aufklärungspflicht. Berufspflicht für Psychotherapeuten, dem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter alle Auskünfte über die Behandlung, insbesondere über Art, Umfang und Entgelt, zu erteilen. Darunter fällt nicht nur eine Abklärung, ob überhaupt eine → Psychotherapie indiziert ist und, wenn dies bejaht wird, welche der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten in Frage kommt, sondern auch eine umfassende Aufklärung über das → Setting, die Frequenz, die abschätzbare Gesamtdauer, die Modalitäten der Honorierung, die Ferienregelung sowie die Information über allfällige Risiken und die Einbeziehung Dritter, etwa der Eltern, in das psychotherapeutische Gesamtbehandlungskonzept. Auch das Patientenrecht, Aufklärung und Information in möglichst schonungsvoller und angemessener Art zu geben, ist zu beachten. Dem ausdrücklichen Wunsch der Patienten auf umfassende Informationen, die auch psychisch schwer belastende Daten enthalten können, ist ebenso zu entsprechen, wie dem ausdrücklichen Wunsch, auf die nähere Aufklärung – nach erfolgtem Informationsangebot – über bestimmte Daten zu verzichten. Grenzen der Aufklärung können sich vor allem daraus ergeben, daß es therapeutische Gründe, wie etwa die momentane seelische Verfassung, geben kann, die den Umfang der Aufklärung jeweils entsprechend mitbestimmen. Informationen und Auskünfte, gegen deren Weitergabe an den Patienten so schwerwiegende therapeutische Bedenken bestehen, daß mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit eine Selbstgefährdung zu befürchten oder der an sich zu erwartende Therapieerfolg durch eine ungünstige Aufnahme der Information massiv in Frage zu stellen ist, können jedoch zum Wohl des Patienten im Ausnahmefall von der Aufklärungspflicht ausgenommen sein. Dieses Prinzip ist in der Judikatur als „therapeutisches Privileg“ bekannt. Weiters besteht für Psychotherapeuten die Verpflichtung, Patienten rechtzeitig über ihre Absicht zu informieren, von der jeweiligen

Behandlung oder von der Ausübung des Berufs zurückzutreten. Dabei ist mit den Patientinnen und Patienten abzuklären, ob sie weiter psychotherapiebedürftig sind. Diese Information hat so zeitgerecht zu erfolgen, daß eine Fortführung der Psychotherapie möglichst ohne beeinträchtigende Unterbrechung gewährleistet ist.

Homm M, Kierein M, Wimmer A (1996) Rechtliche Rahmenbedingungen für die selbständige Ausübung der Psychotherapie. In: Homm M, Kierein M, Popp R, Wimmer A (Hg), Rahmenbedingungen der Psychotherapie. Bibliothek Psychotherapie, hg. von Sonneck G, Bd. 6. Wien, Facultas, S 21–228

Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz – Kurzkomentar. Wien, Orac

Michael Kierein

Aufladung. → Ladung; → Körperpsychotherapie.

Auftrag. → Zielklärung; → Systemische Therapie.

Ausagieren (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). In der klassischen Psychoanalyse bezeichnet der Begriff ein Verhalten des Patienten (oft impulsiver Natur), bei dem die durch die analytische Arbeit aktivierten Triebstreben in Aktionen außerhalb der Analyse umgesetzt und damit dem Bewußtwerden und Erinnern entzogen werden. Dies wird im Zusammenhang mit dem → Wiederholungszwang gesehen und soll über die → Grundregel verhindert werden. Dem Begriff liegt das energetische Denken der → Triebtheorie Freuds zugrunde. Eine Kritik aus der Sicht der Selbstpsychologie ist angebracht: 1. Der Begriff wird üblicherweise moralisierend gebraucht oder verstanden und behindert damit Analyse. 2. Seine Verwendung führt auf der Basis energetisch-mechanistischer Vorstellungen zur Sicht der Psychoanalyse als einer Art „Labor“, innerhalb dessen Grenzen der Prozeß stattzufinden hat und damit zu einer Überschätzung

der Möglichkeiten der Analyse, als wäre Entwicklung nur im Rahmen der Übertragung auf den Analytiker möglich. 3. Die „Wiederholung“ wird heute als neuerlicher Versuch zur Bewältigung eines Problems gesehen. Gerade schwer behinderte Bereiche der Persönlichkeit werden in vielen Fällen nur über die Realität des gelebten Lebens in ihrer Entwicklung vorangebracht. Bisher blockierte Gefühle und Erinnerungen können so wieder erlebt und integriert werden. Der Analytiker hat die Aufgabe, die Aktionen des Patienten, ob innerhalb oder außerhalb der Analyse, zu verstehen, zu begleiten, wenn möglich, zu interpretieren und sie nicht als „Ausagieren“ zu desavouieren.

Freud S [1914] (1982) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 205–215

Freud S [1938] (1968) Abriß der Psychoanalyse. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 17. Frankfurt/M., Fischer, S 63–108 [bes. S 103]

Erwin Bartosch

Ausbeutungstransaktionen. In der → Transaktionsanalyse wird damit ein Element einer Beziehungsgestaltung (→ Beziehung) beschrieben, das ein unbewußtes oder vorbewußtes manipulatives Verhaltensmuster (→ Masche) aufweist. Die dabei geäußerten Gefühle, erzählten Probleme oder unaufgefordert mitgeteilten Ratschläge dienen dabei dazu, vom Gegenüber Zuwendung (→ Stroke-Konzept) zu erzwingen. English (1991) unterscheidet zwei Typen von Ausbeutern mit den jeweils entsprechenden → Ersatzgefühlen. Der eine Typ nimmt eine kindliche, unterverantwortliche Haltung ein und agiert aus der Opferposition heraus, der andere zeigt eine elternhafte, überverantwortliche Haltung und befindet sich in der Position des Retters oder Verfolgers (→ Drama-Dreieck). Entzieht sich der Ausgebeutete dem Ausbeuter, so wechselt dieser die Rolle (→ Ich-Rolle), was einen → Ich-Zustandswechsel

mit sich bringt. Die dabei gezeigten → Ersatzgefühle, wie z. B. chronisches Unbefriedigtsein, Nervosität, Klagen, Nörgeln oder psychosomatische Beschwerden, stehen als Stellvertreter für ursprünglich echte Gefühle. Ausbeutungstransaktionen stützen das lebensgeschichtlich entstandene Ersatzgefühl und können Auslöser für psychologische → Spiele sein. English (1991) unterscheidet Ausbeutungstransaktionen ersten, zweiten und dritten Grades, entsprechend des dabei vorkommenden Ausmaßes an Erpressung als Äquivalent für die verzweifelten Bemühungen des Ausbeuters, seinen echten verdrängten Gefühlen zu entkommen und das wachsende Bedürfnis nach Streicheleinheiten zu befriedigen.

Berne E (1966) Principles of group treatment. New York, Grove Press

English F (1991) Transaktionsanalyse. Gefühle und Ersatzgefühle in Beziehungen. Hamburg, Iskopress

Schlegel L (1993) Handwörterbuch der Transaktionsanalyse. Freiburg, Herder

Helga Krüchel

Ausbildung, psychotherapeutische.

Die Ausbildungserfordernisse sind in den einzelnen Ländern unterschiedlich geregelt, doch haben einige Standards generelle Gültigkeit: In der Regel ist die Ausbildung in Psychotherapie eine zweite Berufsausbildung nach einer anderen Ausbildung im psychosozialen Feld (z. B. für Ärzte, Psychologen und Lehrer). An die Erfüllung von entsprechenden Eingangsbedingungen (wie Berufsausbildungen, Studien und Vorqualifikationen, z. B. Propädeutikum) schließt die methodenspezifische Ausbildung als Psychotherapieausbildung im engeren Sinn an. Diese wird überwiegend in privat organisierten, zum Teil staatlich anerkannten Ausbildungseinrichtungen absolviert, die die jeweilige – wissenschaftlich fundierte und evaluierte – Schulentradition pflegen (z. B. → Psychoanalyse; → Verhaltenstherapie; → Klientenzentrierte Psychotherapie), und dauert im Schnitt ca. 4–8 Jahre. Hier werden jene Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, die die Voraussetzung für die Ausübung einer psychotherapeutischen Tätigkeit bilden. Die wesentli-

chen Säulen der psychotherapeutischen Ausbildung sind: 1. → Selbsterfahrung / Eigentherapie (→ Lehrtherapie; → Lehranalyse); 2. der Erwerb methodenspezifischer theoretischer Kenntnisse inklusive Methodik und Technik (zumeist in seminaristischer Form); 3. die begleitende Supervision (→ Ausbildungssupervision; → Kontrollanalyse) durch einen erfahrenen Psychotherapeuten (Lehrsupervisor), wobei die bereits während des Ausbildungsstadiums durchzuführende psychotherapeutische Praxis der Ausbildungskandidaten reflektiert wird; 4. klinische Erfahrungen. In den meisten Ausbildungsgängen wird – im Verbund mit der Vermittlung eines therapietechnischen Repertoires – die persönliche Entwicklung der angehenden Psychotherapeuten als wesentliches Element der Ausbildung therapiepraktischer Kompetenz angesehen (→ Ausbildungsforschung).

Cremerius J (1979) Die Verwirrungen des Zöglings T. Psychoanalytische Lehrjahre neben der Couch. *Psyche* 33: 551–564

Frühmann R, Petzold H (Hg) (1994) *Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen*. Paderborn, Junfermann

Gumhalter P, Teichmann-Wirth B, Voracek M, Stumm G (1996) Kurzbeschreibung psychotherapeutischer Methoden. In: Stumm G, Brandl-Nebehay A, Fehlinger F (Hg), *Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen*. Wien, Falter Verlag, S 82–96

Kierein M (1992) Begriffsbestimmungen von Aus-, Weiter- und Fortbildung. *Psychotherapie Forum* 0: 42

Stumm G, Deimann P, Jandl-Jäger E, Weber G (Hg) (1994) *Psychotherapie, Beratung, Supervision, Klinische Psychologie – Ausbildungsmöglichkeiten in Österreich*. Wien, Falter Verlag, S 364–373

Voracek M, Stumm G (1996) Kurzbeschreibung psychotherapeutischer Ausbildungseinrichtungen. In: Stumm G, Brandl-Nebehay A, Fehlinger F (Hg), *Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen*. Wien, Falter Verlag, S 97–116

Michael Kierein, Gerhard Stumm

Ausbildungsanalyse. → Lehranalyse; → Lehrtherapie; → Analyse; → Ausbildung, psychotherapeutische.

Ausbildungsforschung (→ Psychotherapieforschung). Untersucht, ob und wie psychotherapeutische Ausbildungen zur Erreichung von Behandlungskompetenz beitragen. Nach Anfängen in den 50er Jahren hat sie sich zu einer Disziplin mit vielfältigen Aufgaben (→ Evaluation, Curriculumsentwicklung, → Qualitätssicherung), unterschiedlichen Methoden (Selbst-/ Fremdbeurteilung, Verhaltensbeobachtung etc.) und Designs (Querschnitts-, Längsschnitts-, retrospektive, prospektive, Gruppen- und Einzelfallstudien; → Einzelfallforschung) entwickelt. Es werden Gesamtausbildungen, Teilelemente (z. B. → Selbsterfahrung/ → Lehranalyse, → Supervision, Workshops) und Einzelkompetenzen (Empathiefähigkeit, Konfrontationsmethoden etc.) sowie spezifische Vermittlungsmethoden (Verhaltenstraining, Beobachtung von erfahrenen Therapeuten, Micro-Teaching etc.) evaluiert. Trotz intensiver Bemühungen steckt die Forschung noch in den Kinderschuhen; es überwiegen Einzelerkenntnisse, die oft widersprüchlich sind. Kaum evaluiert sind Gesamtausbildungen, häufig verwendete Ausbildungsmethoden oder die Entwicklung therapeutischer Kompetenz bei ungünstigen Voraussetzungen (z. B. persönlichen Problemen). Wiederholt wurde beobachtet: 1. Persönliche Merkmale (z. B. soziale Kompetenzen, interpersonale Sensitivität) angehender Therapeuten haben prädiktiven Wert für ihre spätere therapeutische Effektivität; 2. Selbsterfahrung und Eigentherapie besitzen nur wenig direkten Einfluß auf die therapeutische Effektivität, fördern jedoch die Entwicklung wichtiger personaler und interpersonaler Kompetenzen (z. B. Empathie- und Selbstöffnungsfähigkeit) und die Psychohygiene; 3. modell- und videogestütztes Training und selbsterfahrungsorientierte Vermittlung therapeutischer Methoden beeinflussen ihren Erwerb positiv; 4. systematische methodenspezifische Praxisanleitung und Supervision (→ Ausbildungssupervision) sind empirisch gut beforscht und tragen wesentlich zur Entwicklung der Behandlungskompetenz bei.

Binder JL (1993) Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical Psychology Review* 13: 301–318

Kuhr A (1997) Überlegungen zu empirischen Grundlagen für Qualitätsstandards in der Psychotherapieausbildung. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hg), Qualitätssicherung von Psychotherapie – ein Werkstattbuch. Tübingen, DGVT, S 595–619

Matarazzo RG, Garner AM (1992) Research on training for psychotherapy. In: Freedman DK (Ed), History of psychotherapy: a century of change. Washington (DC), American Psychological Association, pp 850–877

Anton-Rupert Laireiter

Ausbildungssupervision (Lehrsupervision; → Kontrollanalyse). → Supervision ist integraler Bestandteil der Psychotherapieausbildung, aber auch zunehmend im Rahmen anderer Ausbildungsgänge vor allem im medizinischen und sozialen Bereich für Ergotherapeuten oder für Krankenpflegepersonen, selbstverständlich auch in der Ausbildung von Supervisoren. Die spezielle Herausforderung der Supervision im Ausbildungskontext von Psychotherapie wird im folgenden deutlich: „Die psychotherapeutische Supervision als Ausbildungserfordernis hat daher einerseits die Funktion, die Ausbildungskandidatinnen auf die spätere selbständige Praxis-tätigkeit vorzubereiten (Ausbildungsfunktion) und andererseits die Qualität der Tätigkeit zu überwachen (Kontrollfunktion)“ (Supervisionsrichtlinie, 1995: 12). Unter Ausbildungsfunktion fällt: der Theorie-Praxis-Transfer, die Anregung zur Reflexion, Hilfestellungen bei der Bewältigung von Problemen in der Fallführung, Anleitung zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit und der ethischen Grundhaltungen. Im Rahmen der Kontrollfunktion hat der Supervisor die Aufgabe, die Lernfortschritte des angehenden Psychotherapeuten zu kontrollieren, zu dokumentieren und in letzter Konsequenz zu beurteilen. Die zweifache Aufgabe des Supervisors, einerseits Begleitung und Stützung und andererseits Kontrolle und Beurteilung zu gewährleisten, wird von vielen namhaften Autoren als Kunst der Balance oder Kunst der Ausbildungssupervision schlechthin bezeichnet. Eine Möglichkeit, mit diesem Dilemma umzugehen, stellt die Metakommunikation darüber dar. Grundlage

dafür, daß Kritik überhaupt angenommen werden kann und damit Voraussetzung für Ausbildungssupervision ist eine gute, tragfähige Beziehung zwischen Supervisor und Supervisand. Der Supervisor übernimmt nicht nur Verantwortung für die kognitiven, theoretischen und methodischen, sondern auch für die emotionalen Aspekte, die beim Reflektieren der Arbeit auftreten. Überall dort, wo die Supervisanden im gleichen Beruf ausgebildet werden, den auch der Supervisor ausübt, also vor allem im Rahmen von Psychotherapie- und Supervisionsausbildungen, kommt der methodischen Vermittlung im Rahmen der Supervision besondere Bedeutung zu.

Auckenthaler A, Kleiber D (Hg) (1992) Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung. Tübingen, DGVT

Fehlinger M (1997) Die Kunst der Balance: Überlegungen zur systemischen Ausbildungssupervision. In: Luif I (Hg), Supervision: Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich. Wien, Orac, S 329–343

Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (Hg) (1996) Supervisionsrichtlinie: Kriterien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Psychotherapie Forum 4(2): 65–69

Inge Bolen, Ingeborg Luif

Ausdruck (→ Kunsttherapie). Im Ausdruck werden innerpsychische Zustände oder Vorgänge in körperlichen Erscheinungen, Verhaltensweisen und Ergebnissen menschlicher Tätigkeiten wahrnehmbar. Menschliche Ausdrucksformen können verbal oder → nonverbal sein; dazu gehören einerseits z. B. Physiognomie, Mimik, Pantomime, Gestik und Motorik, Stimme und Sprechweise, Handschrift und andererseits die Ergebnisse von Gestaltungen wie Zeichnungen, Musik, Kunstwerke, etc. Bedeutsam für die Kunsttherapie sind der „direkte Gefühlsausdruck“ (Knill, 1979) eines Menschen durch verbale und nonverbale Äußerungen, wie auch der „künstlerische Ausdruck“ in Form von verbalen und nonverbalen Gestaltungen (→ Gestaltungsprozeß) – oft unter Einbeziehen → kreativer Medien. Die Wechselwirkung zwi-

schen beiden spielt ebenfalls eine wichtige Rolle, so können „Gefühlsausdruck“ und „künstlerischer Ausdruck“ sich gegenseitig unterstützen. Ausdruck und Wahrnehmung sind notwendige Bestandteile jeder Kommunikation. In der Kunsttherapie dient der künstlerische Ausdruck auch als Mittel, um Beziehung und Kommunikation zu fördern, die durch die Interaktion der Menschen, die zusammen arbeiten, entsteht. Kunst kann als eines der ursprünglichsten Ausdrucksmittel des Menschen angesehen werden, sie ermöglicht daher besonders wirkungsvoll, für den eigenen Ausdruck empfänglich zu werden, seine Bedeutung wahrzunehmen und die Ausdruckskompetenz zu steigern. Die verschiedenen Richtungen der Kunsttherapie konzentrieren sich entweder überwiegend auf die Arbeit mit einem Ausdrucksmedium, oder sie kombinieren mehrere Medien wie z. B. die Ausdruckstherapie (Knill, 1979), die intermediale Kunsttherapie (Petzold & Orth, 1990) oder die → multimediale Kunsttherapie.

Knill PJ (1979) Ausdruckstherapie. Halle, Ohlsen
Petzold HG, Orth I (Hg) (1990) Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. 2. Paderborn, Junfermann [bes. S 585, 639, 721]

Siegrid Schneider-Sommer

Ausdruck (aus Sicht der → Bioenergetischen Analyse). Bioenergetische Analyse ist Körper-, Ausdrucks- und Charakteranalyse. Das Lösen von Muskelverspannung durch → Körperübungen, → Berührung, Bewegung etc. spiegelt sich im Anwachsen des Lebendigseins, der Ausdrucksmöglichkeit und Ausdruckskraft wider. Bewegungen und Bewegtheiten, die in Richtung Ausdruck gehen, helfen, Gelöstheit und Kraft des Energieflusses zu optimieren (Dietrich, 1990: 467). Ausdrucksaspekte sind: Mimik, Gestik, Stimme, Bewegung, Bewegtheit, emotionale Kraft und Rollenflexibilität, d. h. die freie Wahl verschiedenster Verhaltensweisen, die nicht durch Charakterbildungen gehemmt und mit Angst besetzt sind. Ausdruckslosigkeit (Hemmung und Verdrängung von gerich-

teten und spontanen Impulsen) bewirkt Muskelverspannung und Leidensgefühle (vgl. Lowen, 1978). Sie entsteht durch die spezifischen Grundängste in der charakterstrukturellen Entwicklung. Wahrnehmungseinschränkungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung sind die Folge.

Dietrich R (1990) Analytische Bioenergetik. Bilder, Strukturen und Geschichten. Salzburg, Dietrich

Lowen A [1972] (1978) Depression. Unsere Zeitkrankheit – Ursachen und Wege der Heilung. München, Kösel

Reinhold Dietrich

Ausdruckstherapie. → Kunsttherapie; → Ausdruck.

Ausnahme vom Problem. In der systemischen → Familientherapie ist die Arbeit mit Ausnahmen ein Konzept, das sich von den Kurzzeittherapie-Konzepten Steve de Shazers (→ Lösungsorientierte Kurztherapie) herleitet. Unter Ausnahmen versteht man jene Verhaltensweisen (Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle), die im Gegensatz zum Problem oder der Beschwerde stehen, sie lenken die Aufmerksamkeit weg vom Problem hin auf Lösungsideen. Viele Klienten beschreiben Ausnahmen von ihrem Problem, diese erscheinen allerdings regellos und unvorhersehbar, d. h. zufällig. In der → Systemischen Therapie geht man von der Annahme aus, daß Ausnahmen nicht mehr dem Zufall unterliegen als irgendein anderes Verhalten, daß sie lediglich in ihren Kontexten und Mustern noch nicht beschrieben wurden. Die Konzentration auf Ausnahmen geschieht zum einen durch → Fragen – wie z. B.: Unter welchen Bedingungen war diese Ausnahme zu schaffen? In welchen Situationen leichter und in welchen schwieriger? – und zum anderen über Aufträge an den Klienten, die Ausnahmen zu beobachten oder vorherzusagen. Durch diese Vorhersage, ob und wie oft am nächsten Tag die Ausnahme auftreten wird, wird eine sich selbsterfüllende Prophezeiung eingeleitet, die das Auftreten der Ausnahmen steigert. Durch die weitere

Exploration und Beschreibung dieser Ausnahmestrukturen können Ereignisfolgen anders miteinander verknüpft werden, es entstehen neue Muster und Bedeutungen und damit Veränderung (→ narrativer Ansatz).

de Shazer S (1992) Das Spiel mit den Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. Heidelberg, Carl Auer

Walter JL, Peller J (1994) Lösungsorientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch. Dortmund, Modernes Leben [bes. S 115–130]

*Brigitte Roschger-Stadlmayr,
Juliane Kleibel-Arbeitsbühner*

Authentizität (aus Sicht der → Existenzanalyse). Häufig verwendeter Begriff zur Bezeichnung personaler Ursprünglichkeit (griech. *authentēs*=„selbstvollbringend“, „selbstvollendend“). Darin kommt die (zeitliche) Einmaligkeit und (wesensmäßige) Einzigartigkeit (Unverwechselbarkeit, Unterscheidbarkeit) der → Person zum Ausdruck, die sie in allen existenziellen Belangen (Entscheidungen, Handlungen, Verantwortung, Sinn) unververtretbar und unersetzlich macht. Authentisches Handeln ist ein selbstvollzogener (gewählter, entschiedener) Akt, der subjektiv als ichhaft empfunden wird. Authentizität als „ursprünglich sich selbst sein“ stammt aus der Intimität vor sich selbst (→ Gewissen) und wird als „innere Stimmigkeit“ (Selbst-Treue) erlebt, die durch selbstdistanzte Betrachtung, sich ernst nehmen, Selbstbeurteilung und zu sich selber stehen entsteht (→ Selbstwert). Authentizität ist der existenzanalytische Gegenbegriff zu Identifikation und Identität (Selbstbild-Thematik). Die Voraussetzungen der Authentizität als „Identität mit sich selbst“ sind: 1. der Körperbezug, der sich als tragende Konstante der „Selbigkeit“ des Subjekts erweist; 2. die Emotionalität, in der sich das Subjekt durch das Betroffen- und Berührtsein als ichhaft erlebt; 3. die Andersartigkeit (Personalität), die durch die Ursprünglichkeit des Gewissens („Stimmigkeit“) Unterschiede zu anderen Personen entstehen lässt; 4. das Handeln, wodurch sich das Subjekt als Urheber von Wirkungen erfährt. In der

therapeutischen Praxis wird die Authentizität mit der Methode der → Personalen Existenzanalyse erarbeitet.

Bugental JFT (1965) The search for authenticity: an existential-analytic approach to psychotherapy. New York, Holt, Rinehart & Winston

Längle A (1999) Authentisch leben – Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein. Existenzanalyse 16(1): 18–26

Alfried Längle, Silvia Längle

Authentizität. → Kongruenz; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Authentizität (aus Sicht der → Bewegungsanalyse). Seinskonzept, nach dem die Authentizität der eigenen Person sowie der eigenen Wahrnehmungen durch Bewegungserfahrungen im Bereich des kinästhetischen → Körperkonzepts registriert wird. Über das sensomotorische → Bewegungssyndrom macht sich das Selbst mit sich und der Umwelt vertraut. Somit gilt das authentische Selbstempfinden als primäre Quelle der Subjektivität. Es fördert „die immanente Gewißheit [...], daß der eigene Körper der Urheber leiblicher Empfindungen ist, und daß diese darüberhinaus der Befindlichkeit der eigenen Person entsprechen. Die Authentizität der eigenen Beständigkeit erstreckt sich zugleich im Sinn der Vertrautheit auf die subjektive Rezeption des anderen und der Umgebung“ (Rick, 1996: 81). Charakteristisch z. B. für Autismus ist die Unfähigkeit, die kinästhetischen Bewegungserfahrungen als authentische Wahrnehmung der eigenen Person zu erleben.

Rick C (1996) Bewegungsanalytische Therapie. Gontenschwil, Institut für Bewegungsanalyse

Ursula Lischke

Authentizität, selektive. Nach dem Prinzip der selektiven Authentizität sollen Gestalttherapeuten nicht alles sagen, was sie denken, aber alles, was sie sagen, soll authentisch sein. Therapeutische Aussagen

sollen weder neutrale „Spiegel“, noch unprofessionell, sondern genuine Reaktionen im reflektierten Ausmaß sein. Die Echtheit oder Transparenz im Sinne Jourards (1964) widerspiegelt den Trend in der → Humanistischen Psychologie, weg von der Förderung der → Übertragungsneurose und hin zu einer Auffassung des Psychotherapeuten als eines existentiellen Partners des Patienten zu kommen. Die → Themenzentrierte Interaktion (TZI) von Ruth Cohn hat als gruppenpädagogische Methode Elemente aus der → Gestalttherapie übernommen und den Begriff der „selektiven Authentizität“ geprägt (1969–70, zit. nach Ronall, 1983). Er bezieht sich auf eine der Aufgaben des TZI-Gruppenleiters bzw. auf das Postulat der Chair-Person, das der Gruppenleiter vertritt.

Cohn RC (1979) Themenzentrierte Interaktion.

Ein Ansatz zum Sich-Selbst- und Gruppenleiten. In: Heigl-Evers A (Hg), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VIII: Lewin und die Folgen. Sozialpsychologie, Gruppendynamik, Gruppentherapie. Zürich, Kindler, S 873–882

Jourard S (1964) The transparent self. New York, Van Nostrand

Ronall R [1980] (1983) Intensive Gestalt-Workshops: Erfahrungen in Gemeinschaft. In: Ronall R, Feder B (Hg), Gestaltgruppen. Stuttgart, Klett-Cotta, S 241–283

Nancy Amendt-Lyon

Autoerotismus (→ Psychoanalyse). Bezeichnet bei Freud die erste libidinöse Triebregung des Säuglings, die noch „nicht auf eine andere Person gerichtet“ ist (Freud, 1905: 88), später auch jede auf das eigene → Selbst gerichtete Handlung, etwa die Masturbation (Laplanche & Pontalis, 1972: 79). An die Stelle der ersten Bedeutung tritt bei Freud später der primäre → Narzißmus, der die Zeit vor der ersten Bildung des → Ich bezeichnet (ebd.: 81). Dieser könnte am ehesten der „undifferenzierten Matrix“ Hartmanns entsprechen, jener angeborenen Ausstattung des Kindes, aus der sich Es und Ich erst herausdifferenzieren. Die allgemeine Bedeutung des Begriffs – die libidinöse Besetzung des Selbst – bleibt in der psychoanalytischen Auffassung einer Entwicklung „vom Autoerotismus zur Objekt-

liebe“ erhalten, die genaue Definition ist allerdings bereits in der klassischen Diskussion theoretisch kontrovers. Die → Selbstpsychologie würde den Autoerotismus wohl am ehesten in der Reaktion auf das Bedürfnis nach sinnlicher Befriedigung (saugen, betasten, schaukeln), also in den → Motivationssystemen wiederfinden.

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M. Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Autogene Abreaktion. Psychophysiologisch orientierte Methode des → Autogenen Trainings, die die Gehirnfunktionen (ähnlich wie → Autogenes Biofeedback) ausgleichend beeinflusst (Luthe, 1970, 1973). Voraussetzungen sind regelmäßiges Üben der Grundstufe, Compliance und die Akzeptanz der technischen Anforderungen der Methode. Die wesentlichen technischen Elemente sind: 1. die Induktion des autogenen Zustands, der in der neutralen, also ohne aktive Übung ablaufenden Phase fort dauern soll; 2. die Entwicklung einer zuschauerartigen, passiven Einstellung („carte blanche“), mit der totalen Akzeptanz jeglicher Entladung (→ Entladungen, autogene) oder der Folgen von Entladungen, die während des autogenen Zustands auftreten können; 3. die unmittelbare verbale Beschreibung der autogenen Entladungen, ohne einzugreifen oder ihren Inhalt zu verändern. Diese Vorgangsweise besteht eher in einer verbalen simultanen Übersetzung der subjektiven Erfahrung während des autogenen Zustandes, als in ihrer Erklärung, Intellektualisierung etc. In der Regel sind mehrere Sitzungen notwendig, bis der Patient die Technik beherrscht und die Therapie wirksam wird. Die autogene Abreaktion ist überwiegend sensorisch, visuell und/oder emotional, kann aber auch somatisch oder motorisch sein. Während der Sitzungen kommt Material zutage, das für eine psychoanalytische In-

terpretation geeignet ist. Der Patient entwickelt im Verlauf der Behandlung Einsichten in seine unbewußte Dynamik. Der Therapeut interpretiert während der Sitzung keinesfalls. Solange der Patient übt, beschränkt er seine Intervention darauf, den Prozeß in Bewegung zu halten. Nach dem Tod W. Luthes wurde die autogene Abreaktion durch seinen Schüler de Rivera weiterentwickelt, der außerdem die verwandte Methode der → Autogenen Rekonstruktion ausgearbeitet hat.

De Rivera JLG (1997) Autogenic psychotherapy and psychoanalysis. In: Guimon J (Ed), *The body in psychotherapy*. Basel, Karger, pp 176–181

Luthe W (1970) *Autogenic therapy*, vol. V: Dynamics of autogenic neutralisation. New York, Grune & Stratton

Luthe W (1973) *Autogenic therapy*, vol. VI: The treatment with autogenic neutralisation. New York, Grune & Stratton

José Luis Gonzales de Rivera y Revuelta

Autogene Entladungen. → Entladungen, autogene.

Autogene Imagination. Analytisch orientierte Form der → Oberstufe des → Autogenen Trainings nach I.H. Schultz. In der ersten Stunde erfolgt die Einstellung auf die imaginative Arbeit durch die Anfertigung eines „Stimmungsbildes“ (Kraft, 1996), auf dessen Rückseite ein „Stimmungstext“ geschrieben wird. Es handelt sich dabei um ein Wort oder auch einen Satz, der etwas dem Teilnehmer derzeit Wichtiges zum Ausdruck bringt. In Abgrenzung zur Oberstufe bei Schultz, Thomas, Wallnöfer u. a. werden keinerlei inhaltliche Vorgaben gemacht, die Wachträume stellen sich spontan ein: „Was kommt, ist richtig!“ (Rosa, 1975). Anschließend werden die Wachtraumbilder gemalt und in der gemeinsamen Besprechung die Teilnehmer gebeten, Stimmungsbild, Wachtraum und dessen Gestaltung nacheinander vorzustellen. Die anderen Teilnehmer schildern ihre Beobachtungen und Assoziationen. Der Vorstellende, der in dieser Zeit schweigt, soll auf

diese Weise durch die Einfälle der Gruppe angeregt werden, ihm zunächst verborgen gebliebene Inhalte zu erkennen. Auf Unterschiede zwischen Erzähltem und Gemaltem ist besonders zu achten: Was wurde erzählt, aber nicht gemalt und umgekehrt? Was stand im Bericht, was im Bild im Zentrum? Der Therapeut hat eine moderierende Funktion, es findet keine „Einzeltherapie in der Gruppe“ statt. Die Gruppenteilnehmer sollen vielmehr angeregt werden und lernen, zunehmend „autogen“ (autonom) mit ihrem Wachtraum und ihren bildnerischen Gestaltungen umzugehen. Zum Abschluß der Vorstellung des „Initial-Wachtraums“ erweist sich der Stimmungstext oft als eine Art Überschrift oder präzise Zusammenfassung des gemeinsam Erarbeiteten. Beziehungen der Autogenen Imagination bestehen sowohl zur → Katakthym-Imaginativen Psychotherapie nach H. Leuner, zur analytischen → Oberstufe nach H. Wallnöfer und zur Aktiven → Imagination nach C.G. Jung.

Kraft H (1996) *Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik*. 3., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart, Hippokrates

Rosa KR (1975) *Das ist die Oberstufe des autogenen Trainings*. München, Kindler

Schultz IH [1932] (1970) *Das autogene Training*. 13. Aufl. Stuttgart, Thieme

Thomas K (1989) *Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trainings* (nach I.H. Schultz). Formelhafte Vorsatzbildungen und Oberstufe. Stuttgart, Thieme

Hartmut Kraft

Autogene Modifikation. → Autogenes Training; → Formelhafte Vorsatzbildung.

Autogene Neutralisation (→ Autogenes Training). Der Terminus (Luthe, 1966) hat zwei Bedeutungen: 1. Sammelname für die Methoden der → autogenen Abreaktion und der → autogenen Verbalisation. 2. Differenzierter und komplexer psychophysiologischer Prozeß während der Therapie mit den beiden oben genannten (und anderen) autogenen Verfahren. Es laufen zerebrale Mechanismen ab, die zur Autoregulation, Autonormalisierung und Ho-

möostase in Bezug stehen. Dabei wird die neuronal-pathogene Erregung, die den Engrammen traumatischer Vorfälle entspricht, vermindert und allmählich beseitigt. Ausgangspunkt dieser Therapieform sind die im Autogenen Training auftretenden → Entladungen. Wie im Autogenen Training insgesamt ist das Prinzip des Nicht-Interferierens von beiden Seiten (Therapeut und Trainierender) entscheidend (absoluter Respekt vor dem Erleben des anderen). Luthe hat dabei entdeckt, daß es Widerstands-Phänomene gibt, die die Neutralisation erleichtern und solche, die ihr – wenigstens anfänglich – entgegenwirken.

Krampen G (1992) Einführungskurse zum Autogenen Training. Ein Lehr- und Übungsbuch für die psychosoziale Praxis. Göttingen, Verlag für Angewandte Psychologie

Luthe W (1966) Autogenic neutralization. Methods, theory and clinical application. In: Lopez Ibor JJ (Ed), IV World Congress of Psychiatry, Madrid, 5.–11.IX.1966. International Congress Series, No. 117, 42. Amsterdam, Excerpta Medica Foundation

Luthe W (1973) Treatment with autogenic neutralization. New York, Grune & Stratton

José Luis Gonzales de Rivera y Revuelta

Autogene Psychotherapie. Psychotherapie, bei der die Mittel aus dem Bereich des → Autogenen Trainings eingesetzt werden. Grundsätzlich handelt es sich schon bei den „autogenen Organübungen“ (1926) um Psychotherapie. Der Versuch von I.H. Schultz, sein Gesamtkonzept unter dem Namen „Bionome Psychotherapie“ zusammenzufassen, ist – wenigstens bis heute – gescheitert. Dem angelsächsischen Beispiel folgend, bürgert sich auch im deutschen und italienischen Sprachraum für die gesamte therapeutische Arbeit mit dem Autogenen Training allmählich die Sammelbezeichnung „Autogene Psychotherapie“ ein. Der Begriff Autogenes Training bleibt erhalten, da das Verfahren, wie etwa die Psychoanalyse, auch von Gesunden, Sportlern, Managern, in der Pädagogik etc. genutzt werden kann. In diesen Fällen kann man kaum von „Therapie“ sprechen. Geeignet für die Behandlung sind Kinder etwa ab dem 8. Lebensjahr bis zu Senioren, mit

denen G.S. Barolin sehr gute Erfolge beschrieben hat. Ursachen für Störungen bei der autogenen Psychotherapie sind z. B. ungeeignete Trainingsbedingungen (wenigstens anfänglich), Beklemmungsgefühl wegen zu enger Kleidung, Konzentrations-schwierigkeiten durch Hast und Eile, Angst wegen vollständiger Dunkelheit, Angst, beobachtet zu werden, Angstreaktionen, wenn das Telefon klingelt, Selbstbeobachtung, Versuche, sich aktiv zu konzentrieren, Leistungsdruck. Auch autogene Entladungen (→ Entladungen, autogene) können anfangs störend wirken. Weitere Schwierigkeiten: Widerstände gegen die Behandlung (Üben vergessen, „keine Zeit“ haben), paradoxe Reaktionen (Lachanfälle, Einschlafen, Kollapsgefühl); in der Oberstufe: keine oder „inhaltlose“ Bilder erleben oder von Bildern überschwemmt werden, Angstüberflutung.

Kraft H (1996) Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. 3., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart, Hippokrates

Krampen G (1992) Einführungskurse zum Autogenen Training. Ein Lehr- und Übungsbuch für die psychosoziale Praxis. Göttingen, Verlag für Angewandte Psychologie

Luthe W, Schultz IH (1973) Autogenic therapy, vol. I-VI. New York, Grune & Stratton

Wallnöfer H (1992) Autogenes Training als Psychotherapie. *Imagination* 14(1–2): 15–34

Heinrich Wallnöfer, Claudio Widmann

Autogene Psychotherapie in vier Stufen.

Vier-Stufen-Gliederung eines psychotherapeutischen Prozesses, der sich auf die → Grundstufe des → Autogenen Trainings und verschiedene Modalitäten der Oberstufe stützt. Er gibt dem Patienten die Möglichkeit, Halt zu machen, wenn er die gewünschten Resultate erreicht hat. Jede Stufe ist in sich abgeschlossen, gleichzeitig aber auch Basis für die nächsthöhere. Die Grundstufe wird normalerweise in der Gruppe vermittelt. Die zweite Stufe erfolgt in individuellen Sitzungen mit dem Therapeuten: Der Patient übt und erzählt, was in seiner inneren Vorstellungswelt abläuft, wobei das ganze auf Audiokassette aufgenommen wird. Die Sitzungen sind atmatisch; der psychische Apparat arbeitet

während der Sitzungen autogen, und es laufen spontan intrapsychische „Rückstellungsmechanismen“ (Gestörtes wird wieder in Ordnung gebracht) ab, die den gesunden Zustand wiederherstellen. Die dritte Stufe erfolgt in der Gruppe und besteht, abgesehen von einigen Varianten, aus der → Oberstufe (vorwiegend der analytischen). In der vierten Stufe arbeiten die Patienten zu Hause, wobei sie auf alle drei Stufen des Autogenen Trainings zurückgreifen. Bei Bedarf werden einige analytische Sitzungen mit dem Therapeuten eingeschaltet.

Gastaldo G, Ottobre M (1990) Autogene Therapie in 4 Stufen. In: Diehl BJM, Miller T (Hg), *Moderne Suggestionenverfahren*. Berlin-Heidelberg, Springer, S 274–285

Gastaldo G, Ottobre M, Prior M (1995) Autogene Psychotherapie in vier Stufen. Statistische Analyse von 2000 Fällen. *Imagination* 17(2): 92–110

Giovanni Gastaldo, Mira Ottobre

Autogene Rekonstruktion. Letzte der fünfphasigen Behandlung mit autogener Psychotherapie nach de Rivera: 1. Stützung und Aufbau der Motivation, das Leben zu verbessern. Stärkung des Glaubens an den positiven Effekt der Behandlung und des Willens zur Mitarbeit, Förderung der → Compliance; 2. Autogenes Standardtraining; 3. Decathexis, d. h. Aufhebung falscher Besetzungen (und Durchbrechung psychischer und psychosomatischer circuli vitiosi); 4. → Autogene Neutralisation und 5. autogene Rekonstruktion. Die Rekonstruktion ist das Ergebnis der Normalisierung funktionaler, somatischer und mentaler Abweichungen nach der Behandlung mit der autogenen Neutralisation. Die „Auslöschung“ der neuronalen Erregung traumatischen Ursprungs deaktiviert circuli vitiosi, setzt unterbrochene mentale Aktionssequenzen frei und gestattet die Wiederbelebung blockierter psychodynamischer Vorgänge und evolutiver Prozesse. Wie die autogene Neutralisation, ist die autogene Rekonstruktion die unspezifische Konsequenz der neurofunktionalen Reorganisation während des autogenen Standardtrainings. Die Effizienz des Prozes-

ses kann durch spezifische Methoden erhöht werden, die die Lösung der gehemmten psychodynamischen Vorgänge verstärken, die innere Kohärenz begünstigen und das Persönlichkeitsgefüge stärken. Besondere Vorsicht ist notwendig, um nicht mit dem → Autogenen Prinzip zu interferieren.

De Rivera JLG (1992) The stages of psychotherapy. *European Journal of Psychiatry* 6(1): 51–58

José Luis Gonzales de Rivera y Revuelta

Autogene Verbalisation (→ Autogenes Training). Ein von W. Luthe entwickeltes technisches Verfahren zur Erleichterung des Prozesses der → autogenen Neutralisation. Es besteht in der verbalen Beschreibung der speziellen Phänomene der Entladung (→ Entladung, autogene), emotionaler oder affektiver Natur, die sich in intensiver und beharrlicher Form während des autogenen Zustands zeigen können. Klinische Anwendung vorwiegend in Situationen, in denen 1. die Intensität und Art der Entladungen vom Patienten schwer zu ertragen sind, und 2. der Widerstand gegen die Neutralisation das normale Auftreten der Entladungen blockiert. Die weitere Entwicklung führte zur Methode der → autogenen Abreaktion.

Luthe W (1970) *Autogenic therapy*, vol. V: Dynamics of autogenic neutralisation. New York, Grune & Stratton

Luthe W (1973) *Autogenic therapy*, vol. VI: The treatment with autogenic neutralisation. New York, Grune & Stratton

José Luis Gonzales de Rivera y Revuelta

Autogenes Biofeedback. Kombination von → Autogenem Training und → Biofeedback (Green & Green, 1978), in dem während bestimmter Übungen dem Übenden computergesteuert die Effekte seines Trainings bewußt gemacht werden oder – eher „autogen“ – die Übungseffekte (Puls, Hauttemperatur, Hautwiderstand, EEG) aufgezeichnet und nach dem Training (fraktioniertes Biofeedback) besprochen werden. Green & Green hatten festgestellt, daß Versuchspersonen, die das

Autogene Training erlernen, mittels einer zweiwöchigen Übung im Autogenen Training die Temperatur ihrer Hände deutlich erhöhen konnten. Die Kombination der beiden Verfahren wurde von W. Luthe, P.S. Cowings, H. Wallnöfer und anderen weiterentwickelt. Um die Vorteile beider Methoden nutzen zu können, muß ein Kompromiß zwischen dem Autogenen Training und der Beziehung zur „Maschine“ gefunden werden. Schon I.H. Schultz hatte eine Feedback-Übung beschrieben, als er in bestimmten Fällen bei der Herzübung die rechte Hand auf die Herzgegend legen und den Effekt der Herzübung beobachten ließ.

Cowings PS (1977) Combined use of autogenic therapy and biofeedback in training effective control of heart rate by humans. In: Luthe W, Antonelli F (Eds), Autogenic methods: application and perspectives. Roma, Edizioni Luigi Pozzi, pp 167–173

Diamond S, Franklin M (1977) Autogenic and biofeedback techniques in the treatment of chronic headache problems. In: Luthe W, Antonelli F (Eds), Autogenic methods: application and perspectives. Roma, Edizioni Luigi Pozzi, pp 174–179

Green E, Green A (1978) Biofeedback. Eine neue Möglichkeit zu heilen. Freiburg, Hermann Bauer

Heinrich Wallnöfer

Autogenes Prinzip (→ Autogenes Training). Von I.H. Schultz bei Hypnose-Beobachtungen anfangs der 20er Jahre gefundenes Prinzip. Grundannahme: Das Autonome steuert den Organismus am besten. Die Übungsfertigkeit wird, wie die Erkenntnis der eigenen Psychodynamik, „autogen“, selbständig, vom Therapeuten weitgehend unbeeinflusst, erworben. Alles aktive Wollen wird in den Hintergrund gestellt, um die „passivierende Einwilligung“ (→ Umschaltung) zu erreichen. Das führt etwa zu der Vorstellung „Es atmet mich“. Das Trainieren soll von außen völlig unbeeinflusst bleiben und der Übende soll seinen → Autorhythmus finden. Dabei darf er nicht gestört werden. Alle Informationskanäle, über die das Ich autogen verfügen kann, werden genutzt. Das Gehirn übernimmt

eine selbstheilende, „autogen“ gesteuerte Entlastungsfunktion (→ Bionomie).

Schultz IH (1964) Das autogene Grundprinzip. Praxis der Psychotherapie 9: 38–39

Wallnöfer H (1997) Bionomie und das autogene Prinzip. In: Gerber GG, Sedlak FS (Hg), Dimensionen integrativer Psychotherapie. Wien, Facultas, S 201–226

Heinrich Wallnöfer

Autogenes Training (→ Autogene Psychotherapie). Von I.H. Schultz aus Versuchen mit → Hypnose entwickeltes übendes Verfahren (Selbsthypnose), verwendbar als Einzel- und Gruppentherapie. Von Schultz 1926 zunächst als „autogene Organübungen“ vorgestellt, tauchen 1928 erstmals der Terminus „Autogenes Training“ und die Beziehung und Unterschiede zur Psychoanalyse auf, 1932 der Untertitel „Konzentrierte Selbstentspannung“. Im Vordergrund aller Überlegungen steht der Mensch als untrennbar psychosomatisches Ganzes, eingebettet in das bionome Geschehen (→ Bionomie). Das Phänomen der → Ideoplasie und die Physiologie der Muskelentspannung werden als psychotherapeutisches Agens eingesetzt. Durch einfache Übungen wird eine → Umschaltung des gesamten Organismus erreicht. „Das prinzipiell Neue an dem Verfahren ist die systematische, physio-psychologisch-rationelle, übende Darstellung der selbsttätigen Umstellung sonst automatischer Funktionen und – meines Erachtens hiermit wesensgleich – die gefahrlose Darstellung autosuggestiv-echt-produktiver Versenkung“ (Schultz, [1926] 1976: 57). Physiologisch kann man den Schaltvorgang des Trainings auch als „umgekehrte → Weckreaktion“ bezeichnen. Die → Grundstufe besteht aus sechs Übungen und wendet sich vorwiegend an das Vegetativum. Es wird ein „Vollzugszwang“ (Schultz) und eine Konditionierung erreicht. Die → formelhafte Vorsatzbildung (Mittelstufe) und das → Gestalten vor und nach dem Autogenen Training leiten zur → Oberstufe über, von denen es heute mehrere Formen gibt (→ Oberstufe, analytische des Autogenen Trainings; → autogene Imagination). Hier wird,

ebenfalls durch Übungen, der Zugang zum → Unbewußten gesucht. Abgeschlossen werden die Übungen immer (außer vor dem Schlafengehen) mit einer kräftigen → Zurücknahme. Wirksame Faktoren im Autogenen Training sind unter anderem das → autogene Prinzip (der absolute Respekt vor dem Erleben des anderen), das Üben (Lernen und Konditionieren), die entsprechende Körperhaltung, die Generalisierung der Muskelentspannung auf den ganzen Körper, die Interaktion mit der Gruppe und dem Trainer, das intrapersonale Umgehen mit den Übungseffekten und die Außen- und Innen-Reizverarmung (Reizdeprivation).

- Haring C (1993) Lehrbuch des autogenen Trainings. Stuttgart, Enke
 Hoffmann B (1981) Handbuch des Autogenen Trainings. München, dtv
 Kraft H (1996) Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. 3. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart, Hippokrates
 Schultz IH (1926) Über Narkolyse und autogene Organübungen. Zwei neue psychotherapeutische Methoden. Medizinische Klinik 25: 946–948 [auch in: Langen D (1976) Weg des Autogenen Trainings. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S 52–57]
 Schultz IH [1932] (1970) Das autogene Training. 13. Aufl. Stuttgart, Thieme
 Thomas K (1989) Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trainings (nach I.H. Schultz). Formelhafte Vorsatzbildung und Oberstufe. Stuttgart, Thieme
 Wallnöfer H (1992) Seele ohne Angst. Stuttgart, Nagelschmidt

*Heinrich Wallnöfer, Wolfgang Ladenbauer,
 Claudio Widmann*

Autogenes Training, analytische Oberstufe. → Oberstufe, analytische, des → Autogenen Trainings.

Autogenes Training, Grundstufe. → Grundstufe des → Autogenen Trainings.

Autogenes Training, Mittelstufe. → Formelhafte Vorsatzbildung.

Autogenes Training, Oberstufe. → Oberstufe des → Autogenen Trainings.

Autogenes Training, progressives. → Progressives Autogenes Training.

Autogenes Training, Unterstufe. → Grundstufe des → Autogenen Trainings.

Automatische Reaktion (→ Hypnose; → Trancephänomene). Nicht bewußtes, automatisches Verhalten (z. B. Kritzeln während des Telefonierens, Zigarette einer Packung entnehmen und anzünden) tritt als spontanes Phänomen sowohl im Alltag wie in suggerierter Trance auf (→ Somnambulismus; → Ideodynamik). Automatische Reaktionen können suggestiv provoziert und psychotherapeutisch genutzt werden. Grundlage aller automatischen Reaktionen ist ein ideodynamischer Prozeß in dissoziiertem Zustand: Beispielsweise schreibt die Hand automatisch ein Wort oder Satzfragment, während die bewußte Aufmerksamkeit intensiv mit etwas anderem beschäftigt ist. Unbewußte Vorstellungen (Wünsche) steuern ideodynamisch den Schreibvorgang. Therapeutisch genutzt werden im allgemeinen automatisches Schreiben, Zeichnen und Sprechen wie auch komplexeres Verhalten, das posthypnotisch induziert wird (→ posthypnotische Suggestion). Artefakte als Folge von nicht kontrollierbaren Suggestionen- und Erwartungseffekten sind jedoch nicht ganz auszuschließen.

- Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union
 Jovanovic U (1988) Methodik und Theorie der Hypnose. Stuttgart, Gustav Fischer

Hans Riebensabm

Autonomie (griech. autonomia, autos: selbst; griech. nomos: Gesetz). Bedeutet: Unabhängigkeit, Selbstgesetzgebung, Eigengesetzlichkeit; Gegensatz zu Hetero-

nomie (griech. heteros: der Andere) – Fremdge-setzlichkeit, Abhängigkeit von den Gesetzen anderer. Kant führte in die Ethik das Begriffspaar Autonomie/Heteronomie als Fachtermini ein. Autonomie bedeutet die Verpflichtung des Individuums, sich nach Vernunftgrundsätzen die sittlichen Gesetze seines Handelns selbst zu geben. Heteronomie bedeutet im Gegensatz dazu den Verzicht oder das Versagen, sittlich selbständig und eigenverantwortlich zu handeln. In der Psychotherapie wird das Prinzip der Autonomie neben den Prinzipien der Nichtschädigung, der Fürsorge und der Gleichheit verantwortungsvollem psychotherapeutischem Handeln zugrundegelegt (Vier-Prinzipien-Modell; Beauchamp & Childress, 1989). Das Prinzip der Autonomie fordert, den Klienten oder Patienten mit seinen Wünschen, Zielen und Lebensplänen zu respektieren, auch dann, wenn diese dem Psychotherapeuten etwa (vorerst) wenig nachvollziehbar, abwegig oder moralisch bedenklich erscheinen. Daß der Wille des Klienten oder Patienten (ob selbst- oder fremdbestimmt, ob rational oder affektgeleitet) geachtet wird und nicht einer „gut gemeinten“ Fremdbestimmung durch den Psychotherapeuten unterworfen wird, ist eine Bedingung dafür, daß der Klient oder Patient „Herr seines Lebens“ bleibt. Das Prinzip der Autonomie gilt in der Psychotherapie wie in der Medizin nicht absolut, sondern kann durch andere Prinzipien (z. B. dem der Nichtschädigung) eingeschränkt werden. Birnbacher & Kottje-Birnbacher (1996) betonen, daß das Prinzip der Autonomie, des Selbstbestimmungsrechts des Klienten/Patienten – außer in besonders gelagerten Fällen – durchwegs Vorrang vor dem Prinzip der Fürsorge haben dürfte. Zur Autonomie des Klienten/Patienten gehört z. B. die Freiheit, ein Psychotherapieangebot auch ausschlagen oder eine aufgenommene Psychotherapie auch wieder abbrechen zu können. Für die Aufnahme und Weiterführung einer Psychotherapie gelten ethisch und rechtlich die Anforderungen an den „Informed consent“ wie in der Medizin. Der Klient/Patient muß sich darauf verlassen können, daß der Psychotherapeut keine anderen Ziele verfolgt als jene, in die er

eingewilligt hat – auch wenn der Psychotherapeut andere Überzeugungen oder Präferenzen hat. Der Klient/Patient hat das Recht, aus der Sicht des Psychotherapeuten „falsche“, infantile oder unreife Bedürfnisse zu befriedigen. Auch die „Autonomie“ als vielzitiertes vorherrschendes Psychotherapieziel (→ Werte) kann nicht als selbstverständlich gelten. Versucht ein Psychotherapeut einem Klienten/Patienten (dem z. B. viel an Bindung, Symbiose oder Religiosität liegt) gegen seine eigenen Wertvorstellungen Autonomie im Sinne der Befähigung zu Unabhängigkeit, Eigenverantwortung und innerer Souveränität als Ziel der Psychotherapie aufzudrängen, so ist dies eine Verletzung seines Selbstbestimmungsrechts.

Beauchamp T, Childress JF (1989) Principles of biomedical ethics. Third edition. New York, Oxford University Press

Birnbacher D, Kottje-Birnbacher I (1996) Ethik in der Psychotherapie und Psychotherapieausbildung. In: Senf W, Broda M (Hg), Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, Thieme, S 499–506

Hutterer-Krisch R (1996) Zum Verhältnis von Ethik und Psychotherapie. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer, S 17–60

Reiter-Theil S (1988) Autonomie und Gerechtigkeit. Berlin, Springer

Renate Hutterer-Krisch

Autonomie von Systemen. Die → Systemische Therapie stützt sich in ihren Grundlagen auf → Systemtheorien, denen gemeinsam ist, daß sie Systeme als autonom definieren. Elemente eines Systems sind definitionsgemäß all jene Komponenten, die die Funktionsweise des Systems mitbestimmen. Damit ergibt sich eine Systemgrenze, innerhalb derer sich jedes Verhalten aus der Systemstruktur erklärt. Systeme sind daher a priori autonom. Als notwendige Randbedingungen autonomer Systeme sind in der Systemumwelt materielle, energetische und informative Kontexte gegeben. Lebende, bewußtseinsfähige Systeme sind materiell, energetisch (Nahrungsaufnahme) und informativ (Kommunikation) offen. Keine dieser Randbedingungen determinieren das Systemverhalten, wenn sie sich nicht in einem lebensbedrohlichen

Bereich bewegen. Ein Input in ein System wird nach systemeigenen Operationsregeln verarbeitet und gedeutet. Bewußtseinsfähige Systeme sind damit autonome „Erfinder“ ihrer Umwelt. Systemtheoretische Ansätze beschränken sich jedoch nicht nur auf Menschen. Nach dem Soziologen N. Luhmann (1984) können auch kommunikative Systeme als autonom aufgefaßt werden. Kommunikative Systeme bestehen aus verbaler und nonverbaler Kommunikation, deren semantischer und grammatikalischer Gehalt ihren Fortlauf determiniert. Da kommunikative Systeme mindestens eine Dyade voraussetzen, bezieht sich die Autonomie eines kommunikativen Systems primär auf die Autonomie der Kommunikation und erst in zweiter Linie auf die Autonomie der die Kommunikation generierenden Individuen.

Luhmann N (1984) Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/M., Suhrkamp

Maturana HR, Varela F (1987) Der Baum der Erkenntnis. München, Scherz

Guido Strunk

Autoplastisch. → Alloplastisch/autoplastisch; → Psychoanalyse.

Autopoiese (Autopoiesis). Das von Humberto Maturana und Francisco Varela im Bereich der Neurobiologie entwickelte Konzept der Autopoiese (= Selbsterzeugung) ist seit Beginn der 80er Jahre eine der wesentlichen metatheoretischen Grundlagen der → Systemischen Therapie. Es beschreibt zunächst die biologischen Vorgänge der Selbsterzeugungsprozesse von Zellen (Varela, 1979; Maturana, 1982) und wurde auf psychische und soziale Systeme übertragen. Diese Übertragung wird auch kritisch diskutiert (z. B. Maturana & Varela, 1987). Zellen, als autopoietische Systeme, dienen als Beispiel für alle lebenden Systeme. In autopoietischen Systemen produzieren die Systemelemente sich selbst und die Organisation der Relationen zwischen den Elementen in rekursiver Weise, d. h. sie beziehen sich dabei nur auf sich selbst

(Selbstreferenz). Die Systemstruktur determiniert, auf welche Art die Selbstreproduktion stattfindet. Von außen sind die Reproduktionsprozesse nicht beeinflussbar, ohne das System zu zerstören. Der primäre Zweck eines autopoietischen Systems ist die Selbstreproduktion, andere Bedeutungen werden von außen (→ Beobachter) zugeschrieben (vgl. von Schlippe & Schweitzer, 1996). In diesem Sinne können diese Systeme als „operational geschlossen“ bezeichnet werden. Dies soll ausdrücken, daß sich die Geschlossenheit autopoietischer Systeme nur auf die Selbststeuerung der eigenen Reproduktion bezieht, bezüglich der Aufnahme von Energie und Information sind sie hingegen offen (vgl. Willke, 1994). Die weitreichenden Folgen der oft eher metaphorischen als exakten Übernahme dieses biologischen Prinzips in die Systemische Therapie manifestierten sich vorrangig in der Erkenntnis, daß lebende Systeme von außen nicht determinierbar sind und immer ihren internen Gesetzen gemäß wahrnehmen und handeln (→ Autonomie von Systemen). (Therapeutische) Intervention kann daher nicht instruieren, sondern lediglich anstoßen oder „verstören“. Durch das ebenfalls von Maturana und Varela beschriebene Prinzip der „strukturellen Koppelung“ wird „Verstören“ bzw. Kommunikation möglich, indem durch Interaktion wechselseitig Strukturmerkmale selektiert und verändert werden. Menschen – als lebende, autopoietische Systeme – schaffen über strukturelle Koppelung, ermöglicht durch die biologische Ähnlichkeit ihres Nerven- und Wahrnehmungssystems, „konsensuelle Bereiche“, in denen sie sich kommunikativ bewegen.

Maturana HR (1982) Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie. Braunschweig, Vieweg

Maturana HR, Varela F J (1987) Der Baum der Erkenntnis. München, Scherz

Varela F J (1979) Principles of biological autonomy. New York, North Holland

von Schlippe A, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Willke H (1994) Systemtheorie II: Interventionstheorie. Grundzüge einer Theorie der In-

tervention in komplexe Systeme. Stuttgart, Gustav Fischer

Eva Reznicek

Autorhythmus. Jeder Mensch – jedes Lebewesen – hat einen persönlichen Rhythmus, der sich dem Gesamtrhythmus einfügen muß. Das → Autogene Training soll unter anderem ein Mittel sein, den eigenen Rhythmus soweit wie möglich zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Die Annäherung an den Autorhythmus ist ein Teil des Weges zur Selbstverwirklichung. Störungen des „Rhythmus als Lebensprinzip“ (Klages) führen zu „abionomen“ Abläufen und damit zu Krankheit. Für manche ist es erleichternd, die → Formeln in einen versartigen Takt zu bringen, für andere ist dies ebenso störend wie das Bemühen, die Formeln an biologische Rhythmen (Puls, Atmung) anzubinden.

Schultz IH [1932] (1970) Das autogene Training. 13. Aufl. Stuttgart, Thieme

Schultz IH (1938) Lebensrhythmus und Psychotherapie. Deutsche Medizinische Wochenschrift 64(28): 996–998

Heinrich Wallnöfer

Autosuggestion. Im Unterschied zur Heterosuggestion, bei der eine Person einer anderen etwas suggeriert, gibt man sich bei der Autosuggestion die → Suggestionen selbst. Es wird angenommen, daß jede Heterosuggestion nur über eine Autosuggestion zustandekommt, d. h. ohne innere Zustimmung des Empfängers haben Heterosuggestionen kaum Aussicht auf Verwirklichung, sondern rufen → Widerstand hervor. In der → Hypnose wird im Prozeß der → Tranceinduktion auf den Aufbau einer → Ja-Haltung geachtet, die eine Annahme von Suggestionen in diesem Sinn gewährleistet. Das → Autogene Training (→ Autogene Psychotherapie) basiert als eine Form der → Selbsthypnose auch auf dem Prinzip der Autosuggestion.

Langen D (1972) Kompendium der medizinischen Hypnose. Basel, Karger

Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie. München, Pfeiffer

Hans Kanitschar

Auto-Tele. → Tele; → Psychodrama.

Aversionstechnik. Aus der Frühzeit der therapeutischen → Hypnose (19. und beginnendes 20. Jh.) stammende, ursprünglich rein symptomorientierte Intervention, bei der ein unerwünschtes Verhalten durch → posthypnotische Suggestion mit einem darauffolgenden unangenehmen subjektiven Erleben gekoppelt wird, wodurch die Häufigkeit des unerwünschten Verhaltens sinken soll. Wurde als Technik der Gegenkonditionierung bei Rauch- und Gewichtsproblemen auch in verhaltenstherapeutischen Settings angewandt. Als hypnotisch herbeigeführte negative Verstärkung erscheint diese Technik heute fragwürdig und ist neueren Ansätzen der Selbstkontrolle und der → Ressourcenorientierung gewichen.

Kossak HC (1993) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union

Hans Kanitschar

Aversionstherapie (→ Verhaltenstherapie). Im üblichen Sprachgebrauch eine auf klassischen und/oder operanten Lernvorgängen beruhende Methode der → Verhaltensmodifikation, mit der versucht wurde, extrem unangepaßtes oder selbstschädigendes Verhalten (z. B. sexuelle Perversionen, Alkoholismus, Selbstverletzungen) durch dessen Koppelung mit schmerzhaften Stimuli abzubauen. Aufgrund moralischer Bedenken war der Einsatz dieser Verfahren rasch fragwürdig geworden, zudem zeigte sich auch ein beträchtliches Ausmaß unerwünschter Nebeneffekte innerhalb der Therapie. Obwohl diese Methoden sehr bald ihre Bedeutung verloren und in der → kognitiven Verhaltenstherapie keine Anwendung finden, trugen sie dazu bei, ein negatives Bild der Verhaltenstherapie in der Öffentlichkeit zu prägen.

Margraf J (1996) Grundprinzipien und historische Entwicklung. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 1–30

Rojahn J (1982) Operante Interventionsverfahren. In: Bastine R, Fiedler P, Grawe K, Schmidtchen S, Sommer G (Hg), Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim, edition psychologie, S 335–380

Bibiana Schuch

- B -

Babyforschung. → Säuglingsforschung;
→ Säuglingsforschung und Psychotherapie.

Bahnung. Bahnen ist jene Technik der → Hypnose, die eine beabsichtigte Reaktion durch Einflechten von Hinweisreizen vorbereitet und ihr Auftreten wahrscheinlicher macht, indem man bereits vor ihrem Auftreten auf sie anspielt, sie in irgendeiner Form, zum Beispiel durch → Einstreutechnik gedanklich aktiviert. Das der gewünschten zukünftigen Reaktion (Direktive, Interpretation, Zustand, Idee, Schlußfolgerung, Assoziation, Vorstellung etc.) vorausgehende Einflechten der Hinweisreize führt zum Eintritt oder zu einer zusätzlichen Verstärkung der gewünschten, so gebahnten Zielreaktion, die dann überhaupt oder jedenfalls einfacher und wirkungsvoller hervorgerufen werden kann. Durch die Basis dieser indirekten Vorbereitung werden Assoziationen gelenkt und Reaktionspotentiale aufgebaut, sodaß auf die Intervention sogleich die gewünschte Reaktion erfolgt. Diese Bahnung wird therapeutisch gezielt eingesetzt, „passiert“ aber ständig im Alltag und oft unreflektiert und unbemerkt auch in Therapien. Bahnen und Säen (Seeding) sind Einstreuungen, die im Sinne von Vorbereiten und Spurenlegen mehrfach – meist beiläufig – gesagt werden, um Suchprozesse oder Assoziationen zu bahnen oder um Späteres vorzubereiten. Der Vorteil dabei ist durch die Beiläufigkeit gegeben, nämlich das Verhindern von Kontrolle durch das Bewußtsein oder gelernte Schemata, aber auch das Verhindern von → Reaktanz, dem motivationalen Zustand eines Menschen, den er empfindet, wenn seine Freiheit objektiv oder subjektiv bedroht wird, z. B. durch die Verwendung des Wortes „müssen“. Beim Bahnen werden

also Spuren gelegt, um innere Suchprozesse auszulösen oder in bestimmte Richtungen zu lenken. Beim Seeding wird gesät, was später therapeutisch aufgenommen, geerntet werden soll. Dieses Vorgehen besteht darin, durch „Einflechten von Hinweisreizen eine beabsichtigte, geplante Reaktion zu aktivieren, sie vorzubereiten, indem man bereits vor ihrem Auftreten auf sie anspielt“ (Zeig, 1992). Basis ist die aus der Lernpsychologie bekannte Vorprägung (priming), ein Gedächtnisphänomen, wonach man vorher Angesprochenes leichter lernt. Ein Begriff wird unbewußt gebahnt, wenn semantisch oder phonetisch ähnliche Worte vorher gehört werden, wodurch ein Assoziationsnetz gebildet wird und zu dieser Vorprägung führt.

Revenstorf D, Prudlo W (1994) Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der Klinischen Hypnose. Hypnose und Kognition 11(1-2): 195-224

Zeig J (1992) Seeding. In: Peter B, Schmidt G (Hg), Erickson in Europa. Heidelberg, Carl Auer, S 253-280

Wolfgang Ladenbauer

Balintarbeit (→ Supervision). Patientenorientiertes, beziehungsorientiertes Supervisionsgruppen-Setting für beruflich homogene Teilnehmer. Sie steht somit zwischen problem- bzw. technikorientierter Fallarbeit und personorientierter Selbsterfahrung in der Gruppe: Ihr Ziel ist die Förderung der Beziehungswahrnehmung und Beziehungsgestaltung im beruflichen Bereich aufgrund einer psychodynamisch, psychosomatisch orientierten Verständniserweiterung. Die Balintgruppe wird zum Medium, auf das sich die problematische Beziehung zwischen Arzt und Patient (Therapeut und Patient, Lehrer und Schüler,

Sozialarbeiter und Klient etc.) abbildet. Denn an den durch die Fallschilderung entstehenden Beziehungsmustern zwischen dem Problemberichter und den anderen Gruppenteilnehmern lassen sich problematische (→ Übertragungs- und → Gegenübertragungs-) Muster der Beziehungswahrnehmung und Kommunikationsgestaltung des Fallberichters erkennen und bearbeiten. Die Balintarbeit wurde von Michael Balint (1896–1970) gemeinsam mit seiner dritten Frau Enid Balint entwickelt. Ursprünglich waren die Adressaten ausschließlich Ärzte, denen Balint, psychoanalytisch hauptsächlich von Hanns Sachs und Sandor Ferenczi geprägt, ein neues Bewusstsein für die Beziehung und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient vermitteln wollte (erste Gruppe 1950). Später wurde dieses Setting auch in anderen Berufsfeldern eingesetzt, und zwar vor allem dann, wenn keine methodenzentrierte Fallbearbeitung, sondern eine Beziehungsklärung gewünscht ist, eine direkte Selbsterfahrungsgruppe aber z. B. aufgrund der beruflichen Vernetzung der Teilnehmer nicht günstig erscheint. Zwei der vielen Erweiterungen bzw. Abwandlungen mögen beispielhaft angeführt werden: Die Monte-Verita-Gruppen, bei denen therapeutisches Personal, Patienten und Angehörige gemeinsame Gespräche führen; weiters das Ascona-Modell, das als Lehr- und Ausbildungsweg für die emotionale Schulung von angehenden Ärzten und Pflegepersonal dient (Sedlak, 1997).

Balint M (1980) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart, Klett-Cotta

Sedlak F (1997) Vom Beziehungstraum zum Begegnungsraum: Die gemeinsame Forschung in der Balintgruppe. In: Luif I (Hg), Supervision. Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich. Wien, Orac, S 201–206

Sedlak F, Gerber G (1992) Beziehung als Therapie-Therapie als Beziehung. Michael Balints Beitrag zur heilenden Begegnung. München, Reinhardt

Franz Sedlak

Barrieren. → Feldtheorie; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

BASIC-ID. → Multimodale Therapie; → Verhaltenstherapie.

Basispsychotherapeutikum (→ Autogenes Training). Bezeichnet die in fast jedem psychotherapeutisch-psychosomatischen Ansatz integrierbaren basalen therapeutischen Möglichkeiten des Autogenen Trainings. Der Begriff erfuhr durch Binder & Binder (1989) weite Verbreitung. Die Aufmerksamkeitsfokussierung auf Entspannungskorrelate in der Grundstufe des Autogenen Trainings bedingt eine Abwendung von Außenreizen und eine Vigilanzminderung (→ Weckreaktion, umgekehrte). Peripher verstärkt sich die physiologische Entspannungsreaktion. Zentral kommt es zu einer Dämpfung (Ruherlebnis). Diese basale Erfahrung führt beim Üben zu einer Ressourcenaktivierung, einem Bestandteil wirksamer Psychotherapie (Grawe et al., 1994). Das trägt zur Wirksamkeit des Autogenen Trainings bei Angst, Depressivität und psychosomatischen Störungen bei (Stetter, 1996). Basispsychotherapeutikum bezeichnet zuletzt auch die konzeptgeleiteten Integrationsmöglichkeiten der → Grundstufe des Autogenen Trainings in tiefenpsychologisches oder verhaltenstherapeutisches Vorgehen der verschiedensten Schulen. Hierbei ergänzt es die dort im Vordergrund stehenden Wirkungskomponenten.

Binder H, Binder K [1989] (1993) Autogenes Training. Basispsychotherapeutikum. 2. Aufl. Köln, Deutscher Ärzte Verlag

Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe

Stetter F (1996) Autogenes Training. Somatopsychische Aspekte und klinische Wirksamkeit. Münchner Medizinische Wochenschrift 138: 42–45

Friedhelm Stetter

Basistechniken, transaktionsanalytische. Das Beziehungsgeschehen wird in der → Transaktionsanalyse als zentraler Heilfaktor gesehen. Die Basistechniken von Berne (1966) sind psychoanalytisch orien-

tierte Interventionsformen mit dem Ziel, Trübungen des Erwachsenen-Ich-Zustandes aufzulösen, seine Grenzen zu klären, die energetische Besetzung des Erwachsenen-Ich-Zustandes zu stabilisieren und Erfahrungen neu zu ordnen: 1. Befragung (interrogation) dient zur Klärung klinisch bedeutsamer Punkte sowie zur Diagnose der aktuellen Ich-Zustandsbesetzung beim Patienten. 2. Hervorhebung (specification), als Vorbereitung für eine spätere Deutung, soll eine bestimmte Information beim Patienten und beim Therapeuten verankern. Im Sinn einer Probedeutung dient die Specification auch der Einschätzung der Abwehr des Patienten (Schlegel, 1988). 3. Bei der Konfrontation (confrontation) benutzt der Therapeut frühere Informationen des Patienten, um einen Widerspruch aufzuzeigen. Ziel der Konfrontation ist eine Neuverteilung der psychischen Energie, den Patienten auf etwas aufmerksam zu machen, was er aus seinem getrübbten Erwachsenen-Ich-Zustand heraus nicht beachten konnte, weil es nicht in sein Selbst- und Weltbild paßte. 4. Erklärung (explanation), nach Schlegel transaktionsanalytische Deutung, ist die Einordnung in einen Bedeutungszusammenhang auf dem theoretischen Hintergrund der → Ich-Zustände und führt zu Betroffenheit und verwandelnder Einsicht. 5. Veranschaulichung (illustration) ist ein Gleichnis oder ein Vergleich, der einer erfolgreichen Konfrontation folgt, mit dem Ziel, die Konfrontation zu bekräftigen und die möglichen Nebenwirkungen abzumildern (Berne, 1985). 6. Bestätigung (confirmation): Weiteres Material des Patienten bestätigt die Konfrontation und hilft, die Ich-Grenzen weiter zu festigen. 7. Interpretation, erlebnisgeschichtlich-abwehrorientierte Deutung nach Schlegel. Berne spricht von psychodynamischer Deutung, ein Vorgehen, das er der Psychoanalyse entsprechend versteht. Fokus dieser Interventionen sind der verwirrte oder fehlgeprägte Kindheits-Ich-Zustand und das → Skript. Schlegel meint, daß es sich dabei nicht um einzelne Interventionen handelt, sondern um eine ganze Behandlungsperiode. 8. Kristallisierung (nach Schlegel: vor die Entscheidung stellen) ist

eine Aussage über den Entwicklungsstand des Patienten vom Erwachsenen-Ich des Therapeuten zum Erwachsenen-Ich des Patienten.

- Berne E (1966) Principles of group treatment. New York, Grove Press
- Berne E (1985) Grundlegende therapeutische Techniken. Zeitschrift für Transaktions-Analyse in Theorie und Praxis 2(2): 67–87
- Schlegel L (1988) Kommentar zu den acht „Grundlegenden Techniken“ nach Berne. Zeitschrift für Transaktions-Analyse in Theorie und Praxis 5(3): 89–105
- Springer G (1994) Transaktionsanalyse. In: Stumm G, Wirth B (Hg), Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. 2. Aufl. Wien, Falter Verlag, S 90–100

Gerhard Springer

Basisvariablen. → Grundhaltungen, therapeutische; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Beachtung, positive. → Wertschätzung, unbedingte; → Bedürfnis nach positiver Beachtung; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Bearbeitungsangebot, -ebene, -weise. Mit „Bearbeitung persönlicher Probleme“ ist in der → Zielorientierten Gesprächspsychotherapie (Sachse, 1992), einer Variante der → Klientenzentrierten Psychotherapie, das Ausmaß gemeint, in dem Klienten im Therapieprozeß an der Klärung und Veränderung eigener problemrelevanter Motive, Ziele und affektiver Schemata arbeiten. Die Bearbeitungsweise oder Bearbeitungsebene gibt dabei auf einer Skala an, welche Fragestellung ein Klient aktuell verfolgt: So verfolgt ein Klient auf „Berichtsebene“ die Frage „Was hat sich ereignet?“, auf der Ebene „Explizierung“ verfolgt er Fragen wie „Was will ich eigentlich?“ oder „Was stört mich?“. Ein Therapeut kann diese Klientenprozesse der Bearbeitung durch vertiefende Bearbeitungsangebote fördern, indem er den Klienten zur Verfolgung der entsprechenden Fragestellungen anregt.

Bedeutung

Sachse R (1992) Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine grundlegende Neukonzeption. Göttingen, Hogrefe

Sachse R (1996) Praxis der zielorientierten Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Rainer Sachse

Bedeutung (aus der Sicht des → Focusing). Nach Gendlin wird das, was etwas für eine Person bedeutet, von dieser Person körperlich gefühlt (felt meaning; → Experiencing). Ein „Etwas“ kann jeder beliebige innere Gegenstand (Erlebnisinhalt) oder äußere Gegenstand (Ding, Person, Situation) sein. Jedes Etwas (z. B. ein Wort, ein Bild, ein Traum – kurz: alles, was ist) ist mit unzähligen → impliziten Erlebensaspekten verbunden, die sich miteinander „kreuzen“ (crossing) und implizit wirksam sind (implicit functioning). Die impliziten Erlebensaspekte zu/von einem Etwas können als ein Ganzes, als → Felt Sense körperlich gespürt werden, wenn sich die Person auf ein Etwas unmittelbar bezieht (direct reference, Experiencing, → Freiraum) und dazu einen Felt Sense als körperliche → Resonanz kommen lässt. Das achtsame und absichtslose → Verweilen mit dem Felt Sense ermöglicht das Entfalten (explizieren) der implizit bedeutungsvollen Erlebensaspekte des Felt Sense in den verschiedenen → Erlebensmodalitäten und damit das Erkennen der Bedeutung, die das jeweilige „Etwas“ für die Person hat. In der → Focusing-Therapie werden daher die Erlebnisinhalte des Klienten nicht vom Therapeuten gedeutet; der Therapeut unterstützt vielmehr diesen inneren, körperlich erlebten Prozeß der Bedeutungsfindung im Klienten (→ Traum; Traumarbeit).

Gendlin ET [1964] (1992) Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Würzburg, DAF

Gendlin ET (1966) The discovery of felt meaning. In: McDonald JB, Leeper RR (Eds), Language and meaning. Papers from the ASCD-Conference, The Curriculum Research Institute (Nov 21–24, 1964 and March 20–23, 1965). Washington (DC), Association for Supervision and Curriculum Development, pp 45–62

Hans Neidhardt

Bedingungsanalyse. → Verhaltensanalyse; → Verhaltenstherapie.

Bedingungsmodell (→ Verhaltenstherapie). Faßt die in der → Verhaltensanalyse gesammelten Informationen möglichst anschaulich zusammen, um ein oft auch grafisch präsentiertes Gesamtbild der individuellen Lebenssituation des Klienten als Orientierungs- und Entscheidungsgrundlage für die weitere Therapiegestaltung verfügbar zu machen (Kanfer et al., 1996). Die dargestellten funktionalen Beziehungen zwischen einzelnen Variablen (deshalb auch: „funktionales Bedingungsmodell“) können jedoch nie den Anspruch erheben, ein endgültig korrektes oder gar vollständiges Bild der Umstände zu geben. Vielmehr werden die postulierten Zusammenhänge im fortlaufenden Therapieprozeß immer wieder überprüft und allenfalls korrigiert oder ergänzt, weswegen sich der Begriff „hypothetisches Bedingungsmodell“ durchgesetzt hat. Besonders anlässlich verhaltenstherapeutischer Übungen kann die Überprüfung des hypothetischen Bedingungsmodells einen quasi-experimentellen Charakter bekommen – diese an Vorstellungen von wissenschaftlicher Theoriebildung orientierte Vorgangsweise soll zur sukzessiven Präzisierung einzelfallspezifischer Aussagen führen (vgl. Schulte, 1986). Bedingungsmodelle sind auch für den Klienten von unmittelbarer Bedeutung. Gerade zu Beginn einer Therapie werden Erklärungen darüber, wie denn die persönlichen Schwierigkeiten zustande gekommen sein könnten, als hilfreich erlebt. Die Vermittlung eines „plausiblen Ätiologiemodells“ (→ Ätiologie) trägt oft zur Korrektur von irrationalen und einer therapeutischen Veränderung entgegenwirkenden Überzeugungen bei, die sich in einem inadäquaten „Health-Belief-Model“ des Patienten (subjektive Erklärungen für Entstehung und Aufrechterhaltung einer Störung von seiten des Betroffenen; → Laienätiologie) aufzeigen lassen.

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2. überarb. Aufl. Berlin, Springer [bes. S 233–270]

Reinecker H (1986) Grundlagen verhaltenstherapeutischer Methoden. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 56–59

Schulte D (1986) Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 16–42

Erwin Parfj

Bedürfnis nach positiver Beachtung

(→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Dieser Begriff aus der Klientenzentrierten Theorie der Person (von Stendal) bezeichnet ein universales und dauerhaftes menschliches Bedürfnis nach Anerkennung im persönlichen Erleben durch andere, das zeitgleich mit den ersten → Selbsterfahrungen im Bewusstsein auftaucht. Rogers hält es für ein problematisches Bedürfnis. Es werde zusammen mit sehr vielen Erfahrungen erlebt, sei ein sehr starkes Bedürfnis, und mit ihm sei die Person nicht nur auf die Interpretation des Erlebens anderer Personen angewiesen, sondern der Wunsch nach der Anerkennung durch andere (→ Bewertungsbedingungen) könne stärker sein als das Bestreben, sich der eigenen organismischen Bewertung des eigenen Erlebens (→ Bewertungsinstanz, innere) bewußt zu werden.

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Bedürfnisse. → Feldtheorie; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Beelterung. → Cathexis-Konzepte; → Transaktionsanalyse, verhaltensorientierte.

Befindlichkeit (→ Daseinsanalyse). Spielt eine gewichtige Rolle im daseinsanalytischen Neurosenverständnis. Für den Renaissance-Humanismus war das Herz der

Raum des schöpferischen Handelns, welches Aristoteles als in der Schwermut stehend erachtete. Dem Ingenium sind die Gelassenheit zu den Dingen, ihre Zusammengehörigkeit und Stimmigkeit zu eigen. Im Althochdeutschen kennzeichnete neben „herza“ und „sela“ das „muot“ jenes Zumutesein. Es meint das Gemüt als den Quell der Beherztheit, der Entschlossenheit des → Daseins zu sich selbst. Die Befindlichkeit zählt nach Heidegger zu den → „Existenzialien“, ist also ontologischer Natur; in ihr gründen alle (ontischen) Stimmungen und Verstimmungen. Dies bedeutet auch eine Abkehr von der naturwissenschaftlichen Ursachenlehre, wonach Stimmungen, Stimmungkeit und Verstimmung bestimmten Gehirnregionen zuerkannt werden. Vielmehr ist das Dasein immer schon von Grund aus gestimmt, durch die Stimmung hinausgetragen in die Ausgesetztheit seiner → Ek-sistenz und durchstimmt von dem Offenständigsein in seinen → Weltbezügen. Dies ist für die Daseinsanalyse von Bedeutung, gibt es doch keinen Weltbezug, der nicht so oder anders gestimmt wäre. Sogar die fahle „Ungestimmtheit“ etwa in der Langeweile, ist immer eine „Gestimmtheit“. Die Befindlichkeit charakterisiert gleichursprünglich mit der → Sprache und dem Verstehen die Erschlossenheit des In-der-Welt-seins. Sie ist die genuine Art und Weise im Sinne einer Melodie, die für das Dasein den Ton angibt. Darin liegt das Wesen sowohl der Ergriffenheit und Betroffenheit als auch der Verstimmung und der Umstimmung, in der der Sinn des therapeutischen Handelns liegt. So kommen der Grundstimmung der Angst und der Langeweile im psychotherapeutischen Geschehen der Rang der ausgezeichneten Erschlossenheit zu. In der → Angst offenbart sich die Sorge (→ Fürsorge) um das Dasein; sie ermöglicht das Freisein für das eigenste Seinkönnen. Die tiefe Langeweile offenbart die Hingehaltenheit und Leergelassenheit, das Hingezogensein und Gebanntsein in den Augenblick.

Bollnow OF (1956) Das Wesen der Stimmungen. Frankfurt/M., Klostermann

Condrau G (1992) Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Freiburg/Bern, Universitätsverlag/Hans Huber

- Heidegger M [1927] (1931) Sein und Zeit. 3. Aufl. Halle, Niemeyer
Heidegger M (1943) Vom Wesen der Wahrheit. Frankfurt/M., Klostermann
Heidegger M (1983) Die Grundbegriffe der Metaphysik. Gesamtausgabe Bd. 29/30. Frankfurt/M., Klostermann

Walter Fritzsche

Befindlichkeit. → Felt Sense; → Focusing.

Befriedigung archaischer Bedürfnisse.

Ein Vorgehen in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie, das als → Regression im Dienst des → Ich verstanden werden kann und zur Stärkung der Ich-Funktion dient. Auf der Imaginationsebene wird es dem Patienten ermöglicht, vor einem Konflikt, der sich für die psychische Entwicklung als ungünstig erwiesen hat, zu regredieren. Im Sinne einer „kontrollierten Regression“ ist dies therapeutisch steuerbar und führt auf frühe Stufen der Entwicklung (→ Abwehrmechanismen). Die → Imaginationen drücken sich in wohlthuenden Szenen aus und wirken psychisch stabilisierend und stärkend. Die psychotherapeutische Haltung ist in Anlehnung an Balint (1970) bedingungslos, aber nicht grenzenlos mütterliche Akzeptanz.

- Balint M [1968] (1970) Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Stuttgart, Klett-Cotta
Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Martina Hexel

Begegnung (aus Sicht der → Gestalttherapie). Ist für Fritz und Lore Perls im Sinne Martin Bubers das Gewahrwerden des Anderen im vollen → Kontakt im Hier-und-Jetzt. Begegnung wurde als heilender Faktor schon sehr früh erkannt (Moreno; Perls; Rogers) und in den Mittelpunkt psychotherapeutischer Modelle gestellt. Lore Perls setzt Bubers im → Dialogischen Prinzip ausgeführten Begriff der „Begegnung“ gleich dem gestalttherapeutischen Begriff „Kon-

takt“ (L. Perls, 1989). Neuere Autoren (Petzold, 1986; Fuhr, 1992) bemühen sich um eine Ausdifferenzierung der oft synonym verwendeten Begriffe Kontakt, Begegnung und → Beziehung. Sie verstehen unter Begegnung nicht nur das Zusammenwirken von unmittelbarem Erleben im Kontaktgeschehen, sondern vielmehr das wechselseitige Erfahren und Begreifen des Anderen in seiner geschichtlichen Gewordenheit und existentiellen Situation.

- Fuhr R (1992) Jenseits von Kontaktprozessen. Über ethische und existentielle Dimensionen in der Gestalttherapie. Gestalttherapie 6(1): 25–38
Perls L (1989) Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie
Petzold H (1986) Konfluenz, Kontakt, Begegnung und Beziehung als Dimensionen therapeutischer Korrespondenz in der Integrativen Therapie. Integrative Therapie 12(4): 320–341

Inge Bolen

Begegnung (aus Sicht der → Existenzanalyse). Verstanden als Charakteristik und Fähigkeit der → Person (→ Existenz), im Zusammentreffen mit Anderem (Mitwelt, Umwelt) im eigenen Wesenskern angesprochen zu werden und dadurch auf Wesentliches vom anderen zu stoßen. Die Begegnungsfähigkeit der Person beruht auf der Individuation (Abgegrenztheit des Eigenen vom anderen; → Selbstwert), deren implizite Gefahr der Vereinsamung durch die Begegnungsfähigkeit (→ Selbst-Transzendenz) überwindbar ist. Das Mittel der Begegnung ist der Dialog (Buber), nach Frankl der → Sinn. Begegnung ist für die Entwicklung von Person und Persönlichkeit fundamental und stellt in der Sonderform der einseitigen, allein auf den Patienten abgestimmten Thematik das Hauptmittel existenzanalytischer Therapie (→ Personale Existenzanalyse) dar.

- Frankl V [1972] (1991) Der Wille zum Sinn. 4. Aufl. München, Piper [bes. S 217–234]
Längle A (1986) Existenzanalyse der therapeutischen Beziehung und Logotherapie in der Begegnung. In: Längle A (Hg), Die therapeutische Beziehung im Zusammenhang mit der Logotherapie. Wien, GLE-Verlag, S 55–75

Alfried Längle, Lilo Tutsch

Begleiten. Nennt man im → Focusing das Gegenwärtigsein, Beziehungsaufnehmen und Handeln im Hinblick auf den Erlebensprozeß (→ Experiencing). Man kann 1. seinen eigenen Erlebensprozeß selbst innerlich begleiten (Focusing mit sich selbst), 2. eine andere Person in ihrem Erlebensprozeß begleiten (→ Partnerschaftliches Focusing), 3. als Focusing-Therapeut einen Klienten begleiten (→ Focusing-Therapie). Methodisch lassen sich drei Varianten des Begleitens unterscheiden: → Listening; → Guiding; → Response. Das Wort Begleiten drückt auch eine Haltung aus: Hilfreiches bzw. therapeutisches Verhalten ist weniger ein expertenhaftes, bestimmte Absichten verfolgendes Anleiten des Klienten, sondern ein Da-Sein, ein „Gefährte sein“, ein der Person und ihrem Erlebensprozeß „Gesellschaft leisten“. Darin kommen auch die Focusing-Grundhaltungen der → Achtsamkeit und der → Absichtslosigkeit zum Ausdruck.

- Gendlin ET (1968) The experiential response. In: Hammer E (Ed), Use of interpretation in treatment. New York, Grune & Stratton, pp 207–228
Gendlin ET, Wiltschko J (1989) Focusing in der Praxis. Stuttgart. Pfeiffer

Johannes Wiltschko

Behandlungsfehler. Fehlverhalten von Psychotherapeuten in verschiedenen Phasen der selbständigen Berufsausübung, etwa in der vorvertraglichen Phase bei Aufklärung (→ Aufklärungspflicht) und → Indikation sowie im Rahmen des → Behandlungsvertrages bei → Diagnose und Therapie. Mögliches Fehlverhalten im Zuge der vorvertraglichen Aufklärung können eine unzureichende Information über Rahmenbedingungen am Beginn der Psychotherapie, unklare Honorar- und Stornovereinbarungen oder falsche Angaben über die fachliche Kompetenz sein. Indikationsfehler können zum einen darin bestehen, daß nicht erkannt wird, ob Psychotherapie (zum gegebenen Zeitpunkt) überhaupt indiziert ist oder die gewählte psychotherapeutische Methode aufgrund des Krankheitsbildes angebracht ist. Diagnosefehler

können dazu führen, falsche Therapiekonzepte zu erarbeiten oder notwendige Konsultationen von Ärzten, klinischen Psychologen etc. zu übersehen, z. B. bei Nichterkennen einer somatischen Mitursache des Leidenszustandes. Letztlich kann sich psychotherapeutisches Fehlverhalten bei einwandfreier Aufklärung, gegebener Indikation und richtiger Diagnose in verschiedener Form im Rahmen der Therapie zeigen. Als Beispiele seien hier etwa die Verletzung der → Verschwiegenheitspflicht genannt, sowie weiters der vorzeitige → Therapieabbruch durch Psychotherapeuten, Nötigung, Aufnahme einer freundschaftlichen oder sexuellen Beziehung, politische Indoktrination, religiöse Missionierung, emotionale oder wirtschaftliche Ausbeutung oder herabmindernde Äußerungen über Patienten in und außerhalb der Therapie (→ Mißbrauch). Sofern aus dem psychotherapeutischen Fehlverhalten dem Patienten ein Schaden entsteht, ist zu prüfen, ob der Psychotherapeut im Rahmen des Schadenersatzrechtes einen Ausgleich für den erlittenen Nachteil zu tragen hat (→ Haftung für Behandlungsfehler).

- Homm M, Kierein M, Wimmer A (1996) Rechtliche Rahmenbedingungen für die selbständige Ausübung der Psychotherapie. In: Homm M, Kierein M, Popp R, Wimmer A (Hg), Rahmenbedingungen der Psychotherapie. Bibliothek Psychotherapie, hg. von Sonneck G, Bd. 6. Wien, Facultas, S 21–228
Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz – Kurzkomentar. Wien, Orac

Michael Kierein

Behandlungsfehler, Haftung für. → Haftung für Behandlungsfehler.

Behandlungsmanuale (→ Verhaltenstherapie). Wurden vor allem in der → kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung spezieller Störungsbilder entwickelt. Sie geben konkrete Handlungsanweisungen vor, die der Therapeut dann in der konkreten therapeutischen Situation reali-

sieren kann. Die Bedeutung von Manualen wird insgesamt sehr unterschiedlich bewertet; generell ist zu sagen, daß Manuale die Varianz des therapeutischen Ergebnisses reduzieren und daß es in Studien klare positive Zusammenhänge zwischen der Manualtreue des Therapeuten und Ergebnissen von Psychotherapie gibt. Gerade dem lernenden Therapeuten vermitteln Manuale eine klare Struktur im therapeutischen Vorgehen (Reinecker & Schindler, 1996), bergen aber auch die Gefahr in sich, daß die individuelle Bedingungsanalyse beim einzelnen Patienten zu wenig beachtet wird. Für viele Störungsbilder gibt es spezifische Interventionsprogramme, die in Form von Therapeutenmanualen vorliegen: für → Angststörungen (Panik, Agoraphobie, soziale Unsicherheit), für → Depression, für → Schizophrenie, für → Borderline-Persönlichkeitsstörung, für → Alkoholismus, für Drogensucht (→ Drogentherapie), für psychophysiologische Störungen, für Bettnässen, für Störungen des Sozialverhaltens, Hyperaktivität etc. Von Behandlungsmaterialien für den Therapeuten sind Selbsthilfemanuale bzw. Behandlungsmanualen für den Patienten zu unterscheiden, die entweder vom Patienten allein oder mit unterschiedlich intensiver Unterstützung von Seiten des Therapeuten anzuwenden sind. So finden sich z. B. Selbsthilfeprogramme für → Bulimie, für → Zwänge und für → Agoraphobie. Behandlungsmanualen für Patienten können sinnvoll therapiebegleitend – zur redundanten Beschreibung und Anleitung spezifischer Verfahren – und zur Intensivierung des in der gemeinsamen Sitzung erarbeiteten Verständnisses eingesetzt werden. Sie unterstützen die Durchführung therapeutischer Hausaufgaben und Übungen zwischen den Therapiesitzungen und schulen aktives Bewältigungsverhalten. Auch können sie geeignetes Mittel sein, den Therapeutenaufwand zu verringern (Angenendt, 1996).

Angenendt J (1996) Patientenratgeber und Selbsthilfematerialien. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 435–448

Reinecker H, Schindler L (1996) Aus- und Weiterbildung. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 491–498

Schulte D, Künzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T (1991) Maßgeschneiderte Psychotherapie vs. Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In: Schulte D (Hg), Therapeutische Entscheidungen. Göttingen, Hogrefe, S 15–42

Gerhard Lenz

Behandlungsmodalitäten (in der → Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie). Je nach Klientel und Ziel (Prävention, Rehabilitation, Persönlichkeitsentwicklung, Psychotherapie) werden in der Integrativen Bewegungstherapie (IBT) Modalitäten unterschieden und indikationsspezifisch eingesetzt. Drei wesentliche Modalitäten (=Arbeitsweisen) bauen aufeinander auf und durchfließen einander. 1. Die übungszentriert-funktionale Modalität: Sie steht dem physiotherapeutischen und sportpädagogischen oder -therapeutischen Ansatz am nächsten. Es geht um Entspannung, Tonusregulierung, Steigerung von Kondition, Kraft und Beweglichkeit, Koordination von Atem und Bewegung, um Training von Orientierung in Raum und Zeit, Sensibilisierung aller Sinne zur Stärkung der Selbst-Bewußtheit und Selbstregulation. Konkrete Bewegungsaktivität und mentale Aktivität (Vorstellungen) werden dabei oft metaphorisch verbunden: „sich im Wind treiben lassen“. 2. Die erlebniszentriert-stimulierende Modalität: Sie steht im Zusammenhang mit „sensory awareness“ (E. Gindler, Ch. Selver), Improvisationstheater (Iljine) und Ausdruckstanz. In einem Wechsel von verbaler und nonverbaler Praxis wird der Leib als „totales Sinnesorgan“ (Petzold, 1988, Bd. 1: 196) wahrgenommen und stimuliert. In Einzel- und Gruppenarbeit richtet sich das Leibsubjekt auf die → Ko-respondenz mit dem eigenen Körper, den Dingen und den anderen und erlebt seine Kompetenz, Performanz und Defizite in Bewegung, Ausdruck, Kommunikation und Interaktion. Spiel, Experiment und Einsatz von Inter-

mediärobjecten (Bälle, Seile, Decken etc.) erweitern den Erfahrungsspielraum. 3. In der konfliktzentriert-aufdeckenden Modalität werden die „leiblichen Symbolisierungen“, die Deformation, Entfremdung und Dekarnation (→ Leibsozialisation) aufgespürt und in der Bewegung „am Leibe“ – mit verbaler Begleitung – durchgearbeitet. Projektive und evokative Techniken (bodychart) fördern diesen Prozeß, der regressions- und progressionsorientiert sein kann und auf Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen sowie die Entwicklung der Persönlichkeit zielt.

Hausmann B, Neddermeyer R (1996) *Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung*. Paderborn, Junfermann

Heinl H (1993) „Therapie vom Leib her“ – körperbezogene Behandlung in der Praxis. In: Petzold HG, Sieper J (Hg), *Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien*, 2 Bde. Paderborn, Junfermann, Bd. 1, S 341–350

Petzold HG [1988] (1996) *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. 2 Bde. 3., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann

Bettina Hausmann

Behandlungsvertrag. Der psychotherapeutischen Behandlung zugrundeliegender Vertrag zwischen Patient (Klient) einerseits und freiberuflichem Psychotherapeuten oder einer Institution (z. B. Krankenhaus) andererseits, der beiden Seiten Rechte und Pflichten auferlegt. Der psychotherapeutische Behandlungsvertrag kommt mit der Einigung der Vertragsparteien über die wesentlichen Umstände der psychotherapeutischen Behandlung ohne besondere Formerfordernisse, also in der Regel mündlich, im allgemeinen im Rahmen des psychotherapeutischen Erstgespräches, zustande. Analog dem ärztlichen Behandlungsvertrag schuldet der freiberufliche Psychotherapeut die fachgerechte, korrekte und lege artis durchgeführte Behandlung nach dem Stand der psychotherapeutischen Wissenschaft, nicht jedoch einen bestimmten Behandlungserfolg (Besserung, Heilung), und hat Anspruch auf das

vereinbarte Honorar. Neben der Behandlungspflicht als Hauptpflicht treffen den Psychotherapeuten sog. vertragliche Nebenpflichten, die überdies großteils als Berufspflichten (z. B. im österreichischen Psychotherapiegesetz) verankert sind: Die → Aufklärungspflicht als wesentliche Voraussetzung für die Zustimmung des Patienten zur Behandlung; die → Verschwiegenheitspflicht; die Dokumentationspflicht; die Pflicht zur persönlichen und unmittelbaren Behandlung des Patienten (erforderlichenfalls unter Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Berufsgruppen; die Beschränkung auf nachweislich ausreichend beherrschte Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden; die rechtzeitige Information des Patienten von einem beabsichtigten Rücktritt von der Behandlung sowie Einsichtgewährung in die Dokumentation, soweit therapeutische Gründe dem nicht entgegenstehen. Bei Spitalsbehandlung besteht der Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits; die in freier Praxis dem Psychotherapeuten obliegenden Vertragspflichten treffen hier den Krankenanstaltenträger, der sich zur Erfüllung seiner Vertragspflichten der bei ihm tätigen Psychotherapeuten bedient, für deren schädigendes Verhalten bei Vertragserfüllung er gegebenenfalls haftet.

Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) *Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz – Kurzkommmentar*. Wien, Orac

Rummel P (1992) *Kommentar zum Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch*, Bd. 2. 2., neubearb. u. erw. Aufl. Wien, Manz [Rz 28 zu § 1002 und Rz 15 zu § 1165]

Johanna Schopper

Behaviorale Familientherapie. → Familientherapie, behaviorale; → Verhaltenstherapie.

Behaviordrama. → Psychodrama.

Behaviorismus (→ Verhaltenstherapie). Richtung der Psychologie, die zu Beginn

des 20. Jh. von Watson begründet wurde. Als Vertreter des metaphysischen Behaviorismus lehnt Watson (1913) die Existenz psychischer Prozesse wie Gedanken oder Gefühle zugunsten rein körperlicher Vorgänge ab und schließt sie somit aus der Forschung aus, die dem beobachtbaren Verhalten vorbehalten bleibt. Die Arbeiten Pawlows bilden die Grundlage seiner Theorie, die er durch ein spektakuläres, ethisch bedenkliches Laborexperiment (der Fall des „kleinen Albert“), das nie repliziert werden konnte, untermauerte. Auch Wolpe, eine der Gründerpersönlichkeiten der Verhaltenstherapie, verweist auf den Behaviorismus und die klassische Konditionierung (→ Lerntheorien) als Basis der systematischen → Desensibilisierung. Der radikale Behaviorismus von Skinner lehnt ebenfalls Bewußtseinsphänomene als Forschungsgegenstand ab. Operante Lernvorgänge in Sinne belohnender und bestrafender Ereignisse stehen im Dienst der Verhaltenskontrolle (vgl. Skinner, 1953). Daraus wurden direkte Interventionsmöglichkeiten für Verhaltensauffälligkeiten abgeleitet, die im Bereich der Pädagogik (→ Verhaltensmodifikation), aber auch in institutionellen Behandlungssettings, z. B. bei chronisch schizophrenen Patienten, zur Anwendung kamen. Die Verhaltenstherapie distanzierte sich bald vom metaphysischen bzw. radikalen Behaviorismus. Eine Reihe von Forschern (z. B. Breger & McGaugh, 1965) setzte sich kritisch mit den Lerntheorien und ihrer Relevanz für die Verhaltenstherapie auseinander und relativierte deren Bedeutung. In der weiteren Folge wurden biopsychosoziale Erklärungsmodelle für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von Verhalten und dessen Störungen entwickelt, die die moderne Verhaltenstherapie kennzeichnen (→ Ätiologie). Der methodologische Behaviorismus als eine Methodologie wissenschaftlichen Vorgehens hat in vielen Bereichen der Psychologie seine Gültigkeit.

Breger L, McGaugh JL (1965) Critique and reformulation of „learning theory“ approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin* 63: 338–358

Skinner BF [1953] (1973) *Wissenschaft und menschliches Verhalten*. München, Kindler

Watson JB (1913) Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review* 20: 158–177

Rosemarie Sigmund

Beiseite-Reden. → Monolog, innerer; → Psychodrama; → Monodrama.

Belief(-System). → Neuro-Logische Ebenen; → Neurolinguistisches Programmieren.

Belohnung. → Verstärkung; → Verhaltenstherapie.

Belohnungsaufschub (→ Verhaltenstherapie; „delay of gratification“). Nach Mischel (1958) eine Selbstkontrollfunktion; besteht in der Möglichkeit, auf ein sofort verfügbares (geringerwertiges) bekräftigendes Ereignis zugunsten eines später verfügbaren, wertvolleren zu verzichten; operationalisiert durch das Entscheidungsverhalten des Individuums bei entsprechenden Wahlaufgaben. Diese Fähigkeit ist abhängig vom Wert des zu erwartenden Ereignisses, der Erwartung des Individuums, daß dieses später tatsächlich eintritt, sowie der Zeitspanne des zu leistenden Aufschubes. Weitere Einflußfaktoren sind unter anderem Alter, Intelligenz und erworbene Planungskompetenz. Zusammenhänge mit anderen Selbstregulationsfunktionen sind gegeben. Mischel betont die Situationsspezifität des → Verhaltens. Aus der → Lerngeschichte sind bisherige Erfahrungen des Betroffenen bezüglich der Verlässlichkeit wichtiger Bezugspersonen sowie das Vorhandensein entsprechender Modelle von Relevanz.

Mischel W (1958) Preference of delayed reinforcement: an experimental study of a cultural observation. *Journal of Abnormal Social Psychology* 56: 57–61

Mischel W [1971] (1993) *Introduction to personality*. Fifth edition. New York, Harcourt Brace

Bibiana Schuch

Bemächtigungstrieb. Die Freudsche → Psychoanalyse bezeichnet mit diesem Begriff eine Verhaltensweise, die eine Art Aneignung der Funktionsgewalt oder Funktionsmacht über ein materielles Objekt bedeutet. Er wird in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (Freud, 1905) zum ersten Mal erwähnt und zählt in der in dieser Zeit vorhandenen metapsychologischen Konzeption (→ Metapsychologie) Freuds (wie Hunger und Durst) zu den Selbsterhaltungstrieben. Der Begriff steht in der ersten Erwähnung und auch in den seltenen späteren Verwendungen im Zusammenhang mit der Beobachtung des kindlichen Verhaltens. So könnte dieses Verhalten als Partialphänomen zur Funktionslust gezählt werden, die ebenso die Freude an der Beherrschung der eigenen Gliedmaßen bedeutet wie die Freude an der Beherrschung des materiellen Objekts. Eine spätere Einordnung in das Triebkonzept (→ Triebtheorie), in die topische oder strukturelle Konzeption (→ top[ograf]isches Modell; → Strukturmodell) Freuds ist nicht mehr vorgenommen worden. Im besonderen bezeichnet der Begriff wohl einen Hinweis auf jene Verhaltensbereiche, die nicht von sexuellem, sondern eher – gemäß Freuds dualistischem Denken – von aggressivem Antrieb gesteuert sind. Sich einer Sache bemächtigen hat in diesem Kontext eher die Bedeutung von Beherrschen, sich das Ding untertan machen. Aus der Sicht der Theorie der → Motivationssysteme in der → Selbstpsychologie ist Funktionslust und Bemächtigungstreben dem System Exploration / Assertion zugeordnet. Das Phänomen der Bemächtigung gehört im gegenwärtigen Verständnis zum Bereich des Lernens, des Austausches mit der (dinglichen) Umwelt, in dem das Subjekt in ausgeglichenem Zustand lernt.

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Benzodiazepine (→ Psychopharmaka). L.H. Sternbach, der Entdecker der Benzodiazepine, hatte diese Stoffklasse bereits in den frühen 30er Jahren an der Universität in Krakau beschrieben, doch der entscheidende Durchbruch gelang ihm erst zwischen 1955 und 1960 in den amerikanischen Laboratorien der Firma Hoffmann La Roche. Nach dem lateinischen Wort tranquillitas (Wind-, Meeresstille) wurde die Gruppenbezeichnung → Tranquilizer oder auch Minor Tranquilizer (in Abgrenzung zu den auch als Major Tranquilizer bezeichneten → Neuroleptika) für Benzodiazepine und ähnlich wirkende Stoffe eingeführt und gebräuchlich. Benzodiazepine wirken anxiolytisch, hypnotisch, muskelrelaxierend und antiepileptisch. Je nachdem, welche Wirkung am stärksten ausgeprägt ist, befinden sich Benzodiazepine als Anxiolytika, → Hypnotika oder Antiepileptika im Handel. Sie sind gut verträglich, können aber bei längerer Anwendung zur Gewöhnung, Abhängigkeit und selten auch zur → Sucht mit Dosissteigerung und schweren → Entzugserscheinungen führen (Absetzsyndrom). Sie sollten daher nur kurzzeitig zur Anwendung gebracht werden.

Riederer P, Laux G, Pöldinger W (Hg) (1995) Neuro-Psychopharmaka, Bd. 2: Tranquilizer und Hypnotika. Wien, Springer

Sternbach LH (1980) The benzodiazepine story. Basel, Editiones Roche

Walter Pöldinger

Beobachter. In der → Systemischen Therapie werden Menschen als autopoietische Systeme betrachtet (→ Autopoiese). Menschen sind demnach zwar zu Kommunikation und konsensueller Abstimmung fähig, jedoch ist nicht steuerbar, wie Kommunikationsinhalte beim Adressaten aufgenommen werden. Auch sind Aussagen über andere die „privaten“ Meinungen des Ausagenden und lassen mehr über ihn erkennen als über die Beschriebenen. Der Ausagende wird „Beobachter“ genannt, wobei dieser Begriff insofern über den Alltagsbegriff hinausgeht, als eben nicht ausschließlich Beobachtung zu dessen Handlungen zählt. War im Rahmen der → Kyber-

netik erster Ordnung der Beobachter noch der „Außenstehende“, der objektive Aussagen treffen konnte, wurde er nach der Entwicklung zur Kybernetik zweiter Ordnung zum „Beteiligten“, dessen Beschreibungen persönlicher, subjektiver Erkenntnis unterworfen sind. Die Einführung der Beobachterabhängigkeit von Aussagen und Beschreibungen hat für die Systemische Therapie zur Folge, daß vom patriarchalen Ansatz mit dem Therapeuten in der Rolle des Experten für Problemstellung und -lösung zum partnerschaftlichen Ansatz (→ Respekt) mit dem Therapeuten als Experten für den konstruktiven therapeutischen Prozeß übergegangen werden konnte.

Breuer F (1989) Wissenschaftstheorie für Psychologen. Eine Einführung. Münster, Aschendorff [bes. S 29, 87, 90]

Tomm K (1994) Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie. Heidelberg, Carl Auer

Eva Reznicek

Beobachtungslernen. → Modelllernen;
→ Verhaltenstherapie.

Berufsausübung, selbständige. →
Selbständige Berufsausübung.

Berufskodex (für Psychotherapeuten). Sammlung von Pflichten (verbindlichen ethischen Richtlinien), an die sich die Angehörigen eines Berufs halten sollen. Es geht dabei um professionell erwünschtes Verhalten der Angehörigen dieses Berufs unter dem Gesichtspunkt der Nützlichkeit im Hinblick auf die Berufsausübung (utilitaristische Begründung; Hutterer-Krisch & Kierein, 1996). In der Psychotherapie kommen in internationalen verbindlichen berufsethischen Richtlinien – analog zur Medizinethik – insbesondere das Prinzip des Respekts vor der Autonomie der Patienten / Klienten, das Prinzip des Nicht-Schadens, das Prinzip der Benefizienz, das Prinzip der Gerechtigkeit und das Prinzip

der Verhältnismäßigkeit oder Proportionalität zum Tragen. Der Berufskodex schreibt damit → Werte, die der psychotherapeutischen Berufsausübung zugrundeliegen, in Form von konkreten Berufspflichten und Verhaltensmaßregeln fest. Inhalte eines Berufskodex (Berufsethik) im Bereich der Psychotherapie legen insbesondere Verpflichtungen hinsichtlich der fachlichen Kompetenz und Fortbildung fest, beziehen sich auf das Vertrauensverhältnis, die Aufklärungs- und besonderen Sorgfaltspflichten in der psychotherapeutischen Beziehung, das Anbieten psychotherapeutischer Leistungen in der Öffentlichkeit, Grundsätze der kollegialen Zusammenarbeit und Kooperation mit angrenzenden Berufsgruppen, Grundsätze im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung und der Psychotherapieforschung sowie auf Regelungen von Streitfällen und Umgang mit Verstößen gegen den Berufskodex (→ Beschwerde- und Schlichtungsstellen; Wienand, 1982; Keith-Spiegel & Koocher, 1985; Wolfslast, 1985; Vetter, 1996). Die Festschreibung derartiger verbindlicher Regeln und Gesichtspunkte ist sinnvoll und notwendig, macht jedoch in keiner Weise die ethische Reflexion und Eigenverantwortlichkeit des Psychotherapeuten obsolet. In schwerwiegenden Konfliktsituationen kann sich der Psychotherapeut verpflichtet fühlen, sich über einzelne Regelungen hinwegzusetzen – in eigener Verantwortung und mit der Bereitschaft, sich den Konsequenzen zu stellen (→ Verantwortung); im Einzelfall wird er sich de facto in der Praxis allerdings strengere Regeln auferlegen, als dies ein Berufskodex tut (→ Autonomie). An Landesregeln sind in einzelnen Ländern beispielhaft bzw. länderübergreifend folgende zu erwähnen. Österreich: Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates im Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz in Österreich. Schweiz: Landesregeln der Chartaverbände des Schweizer Psychotherapeuten-Verbandes (SPV); Informationen zur Psychotherapie des Schweizer Psychotherapeuten-Verbandes SPV/ASP. Großbritannien: Ethical Guidelines – United Kingdom Council for

Psychotherapy (UKCP). Europa: Ethische Richtlinien des Europäischen Verbands für Psychotherapie (EAP).

Hutterer-Krisch R, Kierein M (1996) Professionalisierung der Psychotherapie und Umgang mit Beschwerdefällen. Zwei Seiten der gleichen Medaille. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer, S 517–534

Hutterer-Krisch R, Stemberger G (1996) Entstehung und Charakter des österreichischen Berufskodex. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer, S 613–616

Keith-Spiegel P, Koocher GP (1985) Ethics in psychology. Professional standards and cases. New York, McGraw-Hill

Vetter J (1996) Erste Erfahrungen im Umgang mit berufsethischen Regeln am Beispiel des Schweizer Psychotherapeuten-Verbandes. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer, S 535–543

Wienand WM (1982) Psychotherapie, Recht und Ethik. Konfliktfelder psychologisch-psychotherapeutischen Handelns. Basel, Beltz

Wolfsast G (1985) Psychotherapie in den Grenzen des Rechts. Stuttgart, Enke

Renate Hutterer-Krisch

Berührung (aus Sicht der → Konzentrativen Bewegungstherapie). „Die wesentlichste Sinnesempfindung unseres Körpers ist die Berührung. Sie ist wahrscheinlich die wichtigste Wahrnehmung im Prozeß des Schlafens und Wachseins, sie vermittelt uns das Wissen von Tiefe, Struktur und Form; wir fühlen, wir lieben und hassen, sind empfindlich und empfinden durch die Tastkörperchen unserer Haut“ (Tayler, 1921: 157; zit. nach Montagu, 1974: 7). Durch stimulierende taktile Kontaktaufnahme in den Körperschichten auf unterschiedliche Weise, z. B. streichen, klopfen, reiben, umfassen, halten, drücken in verschiedener Qualität (kräftig oder sanft), entsteht ein tonischer Dialog zwischen Patient und Therapeut (→ Handlungsdialog). Spitz (1976) spricht vom „archaischen Dialog“ zwischen Mutter und Kind als Grundlage für die soziale Entwicklung. Wesentlich ist, daß der Therapeut dazu in der Lage ist, den Patienten zu erfassen, wenn er ihn anfaßt. Angemessene Abstinenz ist dabei Voraus-

setzung. Diese Phänomene können auch, indem der Patient sich selbst berührt, hervorgerufen werden. Der Therapeut begleitet ihn dabei mit hinweisenden Worten; seine teilnehmende, einführende Präsenz ist wesentlich. Berühren ermöglicht durch libidinöse Besetzung: Funktionslust, differenziertes Selbsterleben, Regression im Dienste des Ich, Bildung des Körper-Selbst. Durch das interaktionelle Geschehen kommt es auch zu kathartischen Reaktionen. Leiberinnerungen treten ins Bewußtsein und werden im Körperdialog unmittelbar sensorisch-motorisch-affektiv erlebt und auf kognitiver Ebene bearbeitet. Es entsteht ein differenzierteres, bezogeneres Selbst- und Fremderlebnis.

Montagu A [1971] (1974) Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Stuttgart, Klett-Cotta

Schwarze R (1991) Liebevoller Begegnung in Abstand und Nähe. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 36: 316–323

Spitz R (1976) Vom Dialog. Stuttgart, Klett-Cotta

Tayler JL (1921) The stages of human life. London, Tavistock

Renate Schwarze

Berührung. Ist in der → Bioenergetischen Analyse enttabuisiert und wird, begrenzt und verantwortungsvoll, als Hilfe der funktionalen, therapeutischen Arbeit eingesetzt. Ohne Berührung sind wir entmenslicht, entfremdet, beziehungslos und entschwinden in irreale Welten (Montagu, 1974: 145ff.). Im therapeutischen Prozeß des Wiedererinnerns, Durcharbeitens und Erkundens neuer Möglichkeiten sind Berührungen, wie Gehalten-Werden und/oder Anlehnen, eine Form, Sicherheiten zu finden, um in die Sinnhaftigkeit der Gegenwart einzutreten. Berührung bedarf des kontaktvollen, respektvollen Umganges und gibt dem Psychotherapeuten und Klienten ein zusätzliches Hilfsmittel (→ Körperbezogene Interventionen), persönliche Entwicklung zu fördern.

Montagu A [1971] (1974) Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Stuttgart, Klett-Cotta

McNeely DA (1992) *Berührung. Die Geschichte des Körpers in der Psychotherapie*. München, Kösel

Waldefried Pechtl

Beschwerde- und Schlichtungsstellen.

Es bestehen vier Verfahrensebenen, um eine Beschwerde wegen unprofessioneller Behandlung vorzubringen: 1. bei den Berufsverbänden, 2. bei der staatlichen Behörde, 3. über das Zivilrecht und 4. über das Strafrecht. Beschwerde- und Schlichtungsstellen sind schon von vielen psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbänden eingerichtet worden. Das Ziel ist der Schutz der Patienten und des Standes. Die Beschwerdestelle nimmt Meldungen von Verstößen der Verbandsmitglieder gegen die verbandsinternen Ethikrichtlinien entgegen. Klagen können in erster Linie direkt Betroffene, bei schweren Verstößen auch Kollegen. Standesschädigendes Verhalten in der Öffentlichkeit kann von der Beschwerdestelle selbst als Offizialdelikt aufgegriffen werden. Bei Anfragen berät die Beschwerdestelle und verweist auf die zuständigen Stellen. Bei Beschwerden versucht sie zu schlichten. Die Schlichtung kann auch Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität umfassen. Kommt keine gütliche Einigung zustande oder sind die beklagten Verstöße schwerwiegend, führt die Beschwerdestelle im Auftrag des Verbandes ein Verfahren mit dem Verbandsmitglied durch. Darin hat sie festzustellen, ob und inwiefern eine Verletzung der ethischen Richtlinien vorliegt und dementsprechend zu sanktionieren. Dazu muß die schriftliche Beschwerde und die Entbindung des Therapeuten von der Schweigepflicht bei den Beschwerdeführenden eingeholt werden. Eine zivil- oder strafrechtliche Klage kann unabhängig von der Beschwerde beim Berufsverband geführt werden. Einen Entzug der Berufsbewilligung kann nur die staatliche Behörde verfügen. Schwerpunkte der Diskussion in der Fachliteratur sind: 1. die vorbeugende Wirkung von Richtlinien der Berufsverbände und des öffentlichen Rechts; 2. die Einführung eines speziellen Strafartikels für

sexuellen → Mißbrauch in Therapien; 3. die sinnvolle Festlegung der Verjährungsfristen; 4. die Probleme der Beurteilung von Verstößen im Rahmen der Kollegialität; 5. die Möglichkeiten der Rehabilitation von verletzenden Therapeuten (→ Berufskodex).

Becker-Fischer M, Fischer G (1996) Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie – was tun? Heidelberg, Asanger

Hutterer-Krisch R, Kierein M (1996) Professionalisierung der Psychotherapie und Umgang mit Beschwerdefällen. In: Hutterer-Krisch R (Hg), *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Wien, Springer, S 517–534

Pope KS (1994) Therapists who become sexually intimate with a patient: classification, dynamics, recidivism and rehabilitation. *Independent Practitioner* 9: 28–34

Schoener GR, Gonsiorek JC (1989) Assessment and development of rehabilitation plans for the therapist. In: Schoener GR, Milgrom JH, Gonsiorek JC, Luepker ET, Conroe RM (Eds), *Psychotherapist's sexual involvement with clients: intervention and prevention*. Minneapolis, Walk-In Counseling Center, pp 401–420

Karl Bruder

Besetzung (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Der Begriff basiert auf der Vorstellung einer energetischen Grundlage der psychischen Vorgänge und ist deshalb nur im Rahmen des physikalistischen Denkmodells der Freudschen → Triebtheorie sinnvoll. Der Wechsel des Paradigmas in der Psychoanalyse vom → Trieb als Motivation menschlicher Handlungen und Erlebnisweisen zum → Affekt bedingt automatisch den Wechsel von einer Sicht des Individuums als vereinzelter Wesen („isolated mind psychology“) zu einer intersubjektiven Sicht (→ Intersubjektivität): Affekt ist von Anfang an in Beziehung eingebettet. Besetzung kann heute in der Psychoanalyse nur den spezifisch menschlichen Akt des „Bedeutung Gebens“ meinen: Lebenserhaltende Bedürfnisse (Affekte; → Motivationssysteme; → Bindung; → Selbstobjekt; → Organizing principles) sind mit Gefühlen verbunden, die bewußt oder unbewußt deren Befriedigung sichern. „Bedeutung“ geben wir jenen Vorstellungen,

die aufgrund unserer inneren Struktur, so wie sie in unserer Geschichte entstanden ist, unser Leben tragen. Dieses „Bedeutung Geben“ sichert immer den gegenwärtigen Lebensvollzug, auch wenn Entwicklungsmöglichkeiten dabei verfehlt werden (→ Widerstand). Die Psychoanalyse ist die Wissenschaft, die den Akt des „Bedeutung Gebens“ zu verstehen und zu verändern versucht.

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Lichtenberg JD (1989) Modellszenen, Affekte und das Unbewusste. In: Wolf ES [et al.] (Hg), Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. München, Verlag Internationale Psychoanalyse, S 73–106

Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) Working intersubjectively. Contextualism in psychoanalytic practice. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Erwin Bartosch

Bewältigungsorientierte Therapie. → Selbstmanagement-Therapie.

Bewegungsanalyse. Die Methode wurde von Cary Rick begründet. In einer kritischen Auswertung der seit 1942 in den USA praktizierten Techniken zur therapeutischen Anwendung von Tanz stellt er die psychomotorischen Grundlagen der Bewegung im alltäglichen Sinn in den Mittelpunkt seines Vorgehens. Damit wendet er sich von der tradierten Vorstellung ab, daß Tanz an sich heilsam sei und stellt zudem in Frage, ob Bewegung unmittelbar als Ausdruck seelischer Befindlichkeit interpretiert werden kann und inwieweit die dafür eingesetzten Verhaltenskriterien einen Anspruch auf Gültigkeit haben, da sie Bewegung durch ein ihr fremdes Medium, die Sprache, erfassen. Die theoretische und diagnostische Matrix der Bewegungsanalyse ist die Motorik. Dadurch wird Bewegung nicht als Symbol, sondern als Medium der Symbolisierung beobachtbar. Bewegung wird als Handlung des Körpers aufgefaßt, die sich auf das → Körperkonzept, d. h. die vorwiegend unbewußte Vorstellung

vom eigenen Körper gründet. Demnach lassen sich die individuellen Bewegungsgewohnheiten nicht als Verhalten verallgemeinern, sondern deren Analyse ermöglicht den Zugang zum unbewußten Körperkonzept des Sich-Bewegenden. Im bewegungsanalytischen Prozeß werden die Handlungsweisen des Bewegungsapparates anhand motorischer Kriterien wie mobilisieren, beziehen, stützen, koordinieren, regulieren erfaßt und in einem standardisierten Zeichensystem (Rick, 1996) notiert. Dieser motorische Befund läßt die Prävalenz von → Bewegungssyndromen erkennen, in denen sich das je aktuelle Körperkonzept und damit der aktuelle Bezug zum Selbstempfinden abbildet. Nach der bewegungsanalytischen Theorie ist der von Geburt an wirksame Bindungsimpuls Kern der Motivation. Erkrankung wird als Hemmung von jeweils spezifischen Bindungsfähigkeiten bzw. als Abwehr einzelner sie konstituierender Faktoren diagnostiziert. Aus dieser intersubjektiven Sicht steht der Impuls zur Bindung und damit die motorische Aktivität des Beziehens im Zentrum der Therapie.

Lischke U (1999) Bewegung und Bedeutung. Gontenschwil, Institut für Bewegungsanalyse
Rick C (1996) Bewegungsanalytische Therapie. Gontenschwil, Institut für Bewegungsanalyse

Ursula Lischke

Bewegungsdiagnostik, phänomenologische (→ Integrative Bewegungstherapie). Bewegung ist die phylogenetisch organisierte Muskelaktivität im Bewegungsapparat bzw. die Organtätigkeit, die ontogenetisch begründet liegt im komplexen System der autonomen Impulse, Bedürfnisse, Motivationen, Wünsche, Gefühle, Gedanken, Fantasien und Erinnerungen, im Willen und in Antizipationen. Bewußte wie unbewußte Intentionen, individuelle, sozialsituative, kulturepochale und kollektive Motivationshintergründe kommen zum Tragen. Bewegung entwickelt sich von Beginn an aus der intersubjektiven Bezogenheit als persönlich erworbene Eigenheit, ist erinnerungsfähig und hat Anschluß an alle Identitätsprozesse. Bewegung ist ein

interaktives Wechselspiel von sozialem Aufforderungscharakter und persönlicher Handlungsantwort; sie produziert Information und impliziert Intentionen; über kognitive und emotionale Resonanzen wird sie zum Aufforderungscharakter sowohl für die sich bewegende Person selbst als auch für die Umgebung. Bewegungsmotivation, Ausdruck und Wirkung werden im individuellen wie intersubjektiven Entstehungsgefüge als „nonlinear-kausale Emergenz“ verstanden. Gebärden bekommen vor verändertem Hintergrund veränderte Bedeutung; Bewegung offenbart erst ihren vollen Bedeutungsgehalt, wenn sie zu ihrem szenischen Hintergrund in Beziehung gesetzt wird. Weil die Motivierung der Bewegung aus allen drei Zeitebenen emergiert, kommt es in der Aktualgenese zu Überschneidungen von biografisch-, prospektiv- und aktual-motivierten Handlungen. Ein Überhang von biografisch- oder prospektiv-motivierten Bewegungen in der Aktualbewegung führt zu einer atmosphärischen Spannung / Dissonanz zwischen diesen Motivationen und der aktuellen Situation. Diese Spannung kann vom Therapeuten als Qualität gespürt werden, der seine Fantasie in dazu mögliche (passende) biografische Szenen oder andere Bedeutungszusammenhänge gleiten lässt (Inferenz). Die so gewonnenen Bilder (Gegenübertragungen) werden, zusammen mit dem Patienten, über eine intersubjektive Exploration kommunikativ validiert, bis eine „hinreichend stimmige“ Deutung Evidenzerleben ermöglicht. Im intersubjektiven Deutungsprozeß können beim Patienten durch weitere Spontanbewegungen oder angeleitete Gebärdenexperimente innere Bilder und Erinnerungen wach gerufen werden (Evokation). Diese verweisen meist auf biografisch bedeutsames Material. Dieses vom Phänomen der Bewegung zu den Schemata der Person hin gewonnene Material steht zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung.

Gibson J (1982) Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung. München, Urban & Schwarzenberg

Orth I (1996) Heilung durch Bewegung. Überlegungen zu Diagnostik, Indikation und Therapie in der Integrativen Leib- und Bewe-

gungstherapie. Integrative Bewegungstherapie 6(2): 44–54

Osten P (1995) Die Anamnese in der Psychotherapie. Ein integratives Konzept. München, Reinhardt

Petzold HG, Beek Y van, Hoek A-M van der (1994) Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – Intuitive Parenting und Sensitive Caregiving von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold HG (Hg), Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn, Junfermann, S 491–648

Peter Osten

Bewegungskonzept. In der → Integrativen Therapie und der → Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie wird der Mensch als Leib-Subjekt verstanden, das sich als Mann und Frau in einer unlösbaren Verflechtung von Körper, Seele und Geist in seinem sozialen und ökologischen Umfeld bewegt und von diesem auf allen Ebenen berührt und bewegt wird (M. Merleau-Ponty, G. Marcel, H. Petzold). Sensusmotorische Bewegung, Gefühlsbewegung (E-motion), geistige Beweglichkeit (be-greifen, ver-stehen) sowie sozialer Handlungsvollzug fließen zur „Lebensbewegung“ zusammen. Diese bezeichnet sowohl das leibliche Gewordensein in der individuellen und kollektiven Geschichte (→ Leibsozialisation) und die prozesshafte Weiterentwicklung in die Zukunft hinein, wie auch den aktuellen Einsatz der Potentiale von Wahrnehmung, Mobilität, Expressivität, Einbildungskraft, Emotionalität, Wille, Intentionalität im gegenwärtigen Raum-Zeit-Kontext, um die Welt und sich in der Welt zu gestalten. Damit werden biomechanische, physiologische, funktionale Sichtweisen von Bewegung, in denen es um funktionsanatomische und sensusmotorische Abläufe geht, aber auch ästhetisierende Bewegungskonzepte, die eine Ausrichtung auf ein idealtypisches Bewegungsverhalten haben (Laban, Alexander, Feldenkrais), überschritten bzw. können ohne Reduktionismen integriert werden. F. Buytendijk eröffnet über die phänomenologische Analyse den Weg, den Petzold in seiner Leibhermeneutik zu einer subjektiven Sinnstruktur von Bewegung als indivi-

dueller kognitiver, emotionaler und sozialer Qualität von nonverbaler und verbaler Kommunikation und Interaktion erweiterte. Bewegung ist immer Verlauf, Prozeß, und sie ist immer relational bezogen auf einen Raum, ist selbstbestimmt, ideorhythmisch oder kommotibel, Bewegung mit anderen.

Buytendijk FJJ (1956) Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung. Berlin, Springer

Petzold HG [1993] (1999) Bewegung ist Leben – Überlegungen zu einem komplexen Bewegungsbegriff und zum Konzept der Kommutibilität. In: Petzold HG, Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden, Bd. 3. 2., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann, S 1337–1348

Petzold HG, Orth I [1993] (1996) Integrative Leibtherapie – Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl. In: Petzold HG, Sieper J (Hg), Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien, 2 Bde. 2. Aufl. Paderborn, Junfermann, S 519–536

Bettina Hausmann

Bewegungsrepertoire (→ Tanztherapie). Weist in einem holistischen Sinn auf den individuellen Bewegungsfundus als Synthese von Motilität und Persönlichkeit hin. Somit unterstützt die Erfassung des Bewegungsrepertoires die diagnostische Sichtweise, die Selektion relevanter Behandlungsimpulse und, durch die Spezifizierung von schematisierten und/oder brachliegenden Bewegungselementen, die Formulierung von Behandlungszielen. Bleibt der allgemeine Begriff des Bewegungsrepertoires auch mehr oder weniger unbestimmt, so hat die Auseinandersetzung damit doch unterschiedliche Ansätze hervorgebracht. Durch diese sind sowohl verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische Sichtweisen vertreten: Die durch Irmgard Bartenieff in den 50er Jahren eingeführte Philosophie des → Effort-Shape-Konzepts der Bewegungsbeobachtung und -notation von Rudolf von Laban und Warren Lamb, wie auch das Vorgehen von Trudi Schoop greifen Bewegung unter dem Aspekt des Verhaltens auf. Techniken,

die sich aus der Auseinandersetzung von Mary Whitehouse mit der Tiefenpsychologie C.G. Jungs herleiten (authentische Bewegung oder → Polaritätsprinzip), befassen sich mit der Bewegungssymbolik. Vor allem die Psychoanalytikerin Elaine Siegel interpretiert das Bewegungsrepertoire auf der Basis der Freudianischen Lehre und entwickelte ein entsprechendes Behandlungskonzept.

Bartenieff I, Lewis D (1980) Body movement. Coping with the environment. New York, Gordon and Breach Science Publishers

Bernstein P (Ed) (1979) Eight theoretical approaches in dance and movement therapy. Dubuque, Kendall/Hunt

Schoop T (1981) Komm und tanz mit mir! Zürich, Pan

Siegel EV (1986) Tanztherapie. Seelische und körperliche Entwicklung im Spiegel der Bewegung. Ein psychoanalytisches Konzept. Stuttgart, Klett-Kotta

Cary Rick

Bewegungssyndrom. Spezifische Konstellation motorischer Phänomene in der → Bewegungsanalyse, durch das ein spezifisches → Körperkonzept in Bewegung umgesetzt wird. Durch das sensomotorische Bewegungssyndrom wird das kinästhetische Körperkonzept umgesetzt. Die rezeptive Interaktion, bei der die Bewegungen des einen durch die des anderen initiiert werden (vgl. Rick, 1996: 52), ermöglicht durch den Tastsinn und/oder die Tiefensensibilität, die jeweiligen Berührungsflächen und Positionen des Körpers kinästhetisch zu registrieren. Der motorische Widerstand, d. h., Berührungsflächen nachzugeben oder entgegenzuwirken, fördert die spürbare Wahrnehmung der Körpergrenzen und ermöglicht zwischen Selbst und Nicht-Selbst, Körper und Nicht-Körper zu unterscheiden. Durch das körpermotorische Bewegungssyndrom wird das formale Körperkonzept umgesetzt: die reproduktiven Interaktionen, bei denen die Bewegungen des einen gleichzeitig bzw. zeitversetzt vom anderen wiederholt werden (vgl. ebd.), unterstützen die formale Erfassung der körperlichen Erscheinung, die sich durch Bewegen bzw. Innehalten

verschiedener Körperpartien und/oder Stelungswechsel wandelt. Durch das handlungsmotorische Bewegungssyndrom wird das funktionale Körperkonzept umgesetzt, unterstützt durch die komplementären und initiativen Interaktionen: In der komplementären Bewegungsbeziehung ergänzt der eine Partner die Bewegungen des anderen durch Polarisieren oder Kooperieren, im initiativen Beziehen werden Führen und Folgen bestimmend (vgl. ebd.: 53). Durch Lokomotion, Koordination und das Regulieren des Kraftaufwands wird der Körper als Agens der Handlung erlebt. Das psychomotorische Bewegungssyndrom bietet die Bewegungsressourcen für das geschlechtliche Körperkonzept, das über alle sensomotorischen, körpermotorischen und handlungsmotorischen Bewegungsalternativen verfügt und Bewegungsgeordnetheit gewährleistet.

Rick C (1996) Bewegungsanalytische Therapie. Gontenschwil, Institut für Bewegungsanalyse

Ursula Lischke

Bewegungstherapeutische Methodik

(in der → Konzentrativen Bewegungstherapie). Aus der Fülle der verschiedenen Modelle in der Entwicklungspsychologie, die über phasenspezifische, spiralenartige, stufenmäßige etc. Konstrukte verfügen, hat sich für den methodischen Ansatz der Konzentrativen Bewegungstherapie das Modell von Piaget (1947), das sich speziell mit der Entwicklung der Intelligenz und der kognitiven, emotionalen und motorischen Zusammenhänge befaßt, als geeignet herauskristallisiert. Piaget weist darin nach, daß über die Vorgänge von Assimilation und Akkomodation Entwicklung sich in einem ständigen Fließgleichgewicht vollzieht. Besonders ausführlich widmet er sich der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz. Logischerweise folgt die Konzentrativen Bewegungstherapie auch der motorischen Entwicklung des Kindes, d. h., sie verfolgt den Weg (Methodos) vom Liegen über das Sitzen, Krabbeln, Stehen bis zum Gehen. Aus diesen beiden Ansätzen (motorische Entwicklung und Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz)

ergibt sich die Möglichkeit, durch Aktualisierung der verschiedenen Bewegungsmuster des Menschen auch in der psychischen und geistigen Entwicklung Veränderungen herbeizuführen. Nach Freud (1923) ist das „Ich“ vor allem ein Körperliches. Daraus folgt eine Ableitung, aus der man zur Begründung der Konzentrativen Bewegungstherapie als einer entwicklungspsychologischen Methode von einem bewegungsentwicklungstheoretischen Ansatz ausgehen kann. Die direkte Handlungsstrategie in der Konzentrativen Bewegungstherapie (→ Handlungsdialog) verfolgt also den Weg nach Piaget, modifiziert durch Cserny (1989: Kap. 21.2): motorische, emotionale und kognitive Entwicklung beeinflussen einander in ständiger Wechselwirkung, d. h., mit Hilfe der Wahrnehmung (= Sinnesempfindung und Erfahrung) ist es möglich, durch Dissoziierung der Sinnesempfindungen zu einer veränderten Wahrnehmung zu kommen (von Perzeption zu Apperzeption) und damit zu einer neuen Erfahrung. Die Wiederholung von verschiedenen Bewegungsabläufen und Positionen vom Liegen zum Gehen ermöglicht es auch, die Wahrnehmung in allen phasentypischen Situationen wieder zu beleben oder neu zu positionieren (→ Frühstörungen). Diese korrigierenden Erfahrungen werden somit ins Bewußtsein gebracht und geben gleichzeitig durch das Erleben häufig biografisches Material frei, das im Sinne der psychoanalytischen Grundmodelle deutbar und bearbeitbar gemacht wird. Die Verbindung zwischen Piagets empirisch begründeter Entwicklungstheorie der Denkentwicklung und psychoanalytischer Phasenlehren – seien sie von der Ich- oder von der Selbstentwicklung ausgehend – und auch Grundmodelle, wie z. B. Eriksons epigenetisches Entwicklungsmodell und empirische Ergebnisse aus der → Säuglingsforschung, sind selbstverständlich immer in eine Gesamtschau der je eigenen Persönlichkeit des Patienten mit einzubeziehen.

Cserny S (1989) Das Leib-Seele-Problem. Entwicklungspsychologische Grundlagen für eine körperorientierte Psychotherapie am Beispiel der KBT. Diss. Univ. Salzburg, Selbstverlag

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Piaget J [1947] (1976) Psychologie der Intelligenz. München, Kindler

Sylvia Cserny

Bewegungstherapie, Konzentrativ. → Konzentrativ Bewegungstherapie (KBT).

Bewegungstherapie und Leibtherapie, Integrativ. → Integrative Bewegungstherapie und Leibtherapie (IBT).

Bewertung, organismische. → Bewertungsinstanz, innere; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Bewertungsbedingungen (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). „Conditions of worth“ ist ein Begriff aus (der zunächst von Standaal entwickelten) Klientenzentrierten Theorie der Person, die den früheren Begriff „introjected values“ ersetzt. Bewertungsbedingungen entwickeln sich auf der Grundlage der → Bedürfnisse nach positiver Beachtung und → Selbstbeachtung dann, wenn das Kind nicht unbedingte → Wertschätzung in seinem Erleben durch die „wichtigen anderen“ erfährt, sondern selektiv, je nachdem, was es gerade erlebt, mehr oder weniger als der positiven Beachtung wert angesehen wird. Sein Selbstwerterleben, das ist seine positive Selbstbeachtung, ist dann ebenfalls selektiv, und es werden → Selbsterfahrungen allein deshalb gesucht oder gemieden, weil sie als mehr oder weniger wertvoll angesehen werden. Die Bewertungsbedingungen stellen nach Rogers das Haupthindernis für die Entwicklung der psychologisch angepaßten Person dar. Die Bewertung von Erfahrung als für den gesamten Organismus förderlich oder nicht (→ Bewertungsinstanz, innere; → Organismische Erfahrung; → Aktualisierungstendenz) wird näm-

lich durch die Bewertung von Erfahrung auf der Grundlage der Bewertungsbedingungen relativiert bzw. ausgeblendet; es entsteht → Inkongruenz. Bezüglich der Unterscheidung der klientenzentrierten Theorie der Person von psychodynamischen Konzepten ist der Begriff der Bewertungsbedingungen zentral, da er veranschaulicht, daß es im klientenzentrierten Konzept um die → Abwehr der Bewertung von Erfahrung geht, und zwar der Bewertung der Erfahrung im Hinblick auf die Aktualisierung und die Befriedigung des Bedürfnisses nach positiver Selbstbeachtung.

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Bewertungsinstanz, innere (organismische). Im → Personzentrierten Ansatz ein Aspekt des Aktualisierungsprozesses (→ Aktualisierungstendenz), in dem der → Organismus Erfahrungen sowohl in der Gegenwart als auch auf lange Sicht dahingehend bewertet, ob sie für den Organismus und das → Selbst förderlich und erhaltend sind oder nicht. Befindet sich dieser Bewertungsort nicht im Inneren des Individuums selbst, sondern in wesentlichen Aspekten in den anderen Personen, dann können Erfahrungen allein deshalb negativ bewertet (und gemieden) bzw. positiv bewertet (und angestrebt) werden, weil dies von anderen übernommen wurde (→ Bewertungsbedingungen), und nicht, weil sie förderlich oder hinderlich für den Organismus sind. Dies ist eine wichtige Ursache für → Inkongruenz.

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Jürgen Kriz

Bewußt. → Unbewußt/bewußt/vorbewußt.

Bewußtheit. Bewußtheit (Awareness) ist in der → Gestalttherapie die wesentliche psychische Dimension, die für Heilung und persönliches → Wachstum verantwortlich gemacht wird. Das Konzept entstammt der Achtsamkeits-/Gewahrseins-Tradition östlicher Psychologien und bezieht sich auf Körperempfindungen, Sinneswahrnehmungen, Gefühle, Fantasien, Gedanken und Impulse (Polster & Polster, 1975: 194ff.). Bewußtheit ist also das unmittelbare Wahrnehmen all dessen, was einen Menschen bewegt. Ursprüngliche Absicht des Mitbegründers der Gestalttherapie, Fritz Perls, war es, das Sinnliche und Vitale auf diese Weise wieder in die Psychotherapie einzuführen. Die psychoanalytische Trennung in Bewußtes und → Unbewußtes wird ersetzt durch ein Bewußtseinskontinuum, innerhalb dessen die Grenzen zwischen Bewußtem und Nicht-Bewußtem fließend und veränderlich sind. Traditionell konzentrierte sich Bewußtheit in der Gestalttherapie auf das, was zur Figur wird (→ Figur/Hintergrund). Diese „Figurzentriertheit“ begünstigte häufig eine naive Überbetonung von Gefühlen und spontanen Regungen. Demgegenüber gilt heute vielfach die Ansicht, daß auch der Hintergrund Beachtung verdient, da das zur Figur werdende dadurch erst Bedeutung erhält und verantwortliches Handeln ermöglicht (Fuhr, 1992). Man unterscheidet daher oft zwischen → Achtsamkeit und Gewahrsein. Auch der „mittlere Modus“ (→ Schöpferische Indifferenz) kann zur psychischen Bewußtseinsdimension gezählt werden. Der mittlere Modus ist das Ruhen im eigenen Seins-Grund, von dem aus sich alle Phänomene des Lebendigen in polarer Weise differenzieren (Portele, 1992: 105ff.). Damit entspricht der mittlere Modus dem „inneren Zeugen“ transpersonaler Traditionen (→ Transpersonale Psychologie), der wohlwollende Selbstakzeptanz und Akzeptanz der Andersartigkeit des Anderen ermöglicht. Alle drei Modi des Bewußtseins können als Gestaltbewußtsein zusammengefaßt werden (→ Gestaltbegriff). Praxisprinzipien (→ Hier-und-Jetzt-Prinzip) und Methoden der Gestalttherapie dienen der Erweiterung des Gestaltbewußtseins. Durch das Bewußtwerden des aktuellen inner-

persönlichen und zwischenmenschlichen Geschehens werden die Wahlmöglichkeiten und die → Verantwortlichkeit des Klienten erhöht und damit auch die Chancen, habituelle dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen (→ unerledigte Situation; → paradoxe Theorie der Veränderung) zu verändern. Insbesondere dient die Erweiterung des Gestaltbewußtseins der Verwirklichung situationsangemessener und kreativer Kontaktprozesse (→ Kontakt; → Schöpferische Anpassung).

Fuhr R (1992) Jenseits von Kontaktprozessen. Über ethische und existentielle Dimensionen in der Gestalttherapie. *Gestalttherapie* 6(1): 25–38

Polster E, Polster M (1975) *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*. München, Kindler

Portele H (1992) *Der Mensch ist kein Wägelchen. Gestaltpsychologie, Gestalttherapie, Selbstorganisation, Konstruktivismus*. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Reinhard Fuhr

Bewußtsein (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Stammesgeschichtlich späte Erwerbung, die aus dem biologischen den psychischen Menschen macht. Schöpfungsmythen (→ Mythen) drücken seine Selbsterzeugung aus. Historischer Wandel von der initiatischen (Schamanismus, rituelle Kulturen) zur monotheistischen und technologischen Bewußtseinsstufe. Komplementäres, gewöhnlich selbstregulierendes Verhältnis mit der unbewußten Psyche (C.G. Jung, GW, Bd. 8, §§ 132, 135, 676, 724; Bd. 11, § 935; → Gegensatzthematik). Wird → archetypisch mitgeformt (Bewußtseinsstile; z. B. → Heldenarchetyp; → puer aeternus), hemmt durch Bestimmtheit und gerichtete Funktionen nicht passendes Material (→ Wille, → Typologie), bewirkt so unvermeidlich eine nicht-pathologische → Dissoziation (→ Ganzheit). Wegen bewußtseinsähnlicher Phänomene im Unbewußten (z. B. Traumpersonen) Vorstellung vom Unbewußten als multiplem Bewußtsein (GW, Bd. 8, § 385–396). Jung sah Bewußtsein einerseits bildhaft als: 1. Raum, in dem das Ich Beziehungen zu angeschlossenen Inhalten unterhält; 2. das Bewußt-

seinsfeld erleuchtende Laterne; 3. aus Archipelen zusammenwachsende, schwimmende Insel im Meer des Unbewußten; 4. Inhalt, der energetisch vermag, die Bewußtseinschwelle zu überschreiten; 5. das beobachtbare Gegensatzphänomen „Bewußtheit-Unbewußtheit“ im Sinne von Wachen und Schlafen – andererseits als Akt (der Negation; GW, Bd. 8, § 750, → Archetypische Psychologie; Dialektik von → Anima und Animus). Bewußtsein von etwas macht immer unbewußt für etwas anderes. Daher gibt es kein „totales“ Bewußtsein, sogar der → Ichkomplex ist nie vollständig bewußt. Da wir nicht nur Bewußtsein haben, sondern auch sind, verwickelt uns der Begriff lebendig in ihn hinein (→ Unbewußtes, persönliches/kollektives).

Giegerich W (1988) Das Bewußtsein, der zweite Schöpfer der Welt. Eranos-Jahrbuch 55: 183–239

Giegerich W (1994) Tötungen. Gewalt aus der Seele. Versuch über Ursprung und Geschichte des Bewußtseins. Frankfurt/M., Peter Lang
Jung CG [1946, 1954] (1976) Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen. In: GW, Bd. 8, §§ 343–442. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydewolff

Bewußtsein, multiples. → Unbewußtes, persönliches; → Analytische Psychologie.

Bewußtseinszustände, veränderte.

Die → Transpersonale Psychotherapie macht sich die heilende und wachstumsfördernde Wirkung veränderter Bewußtseinszustände zunutze und bezieht die Erkenntnisse der modernen Bewußtseinsforschung mit ein (Stanislav Grof, Ken Wilber). Über das „aufgeklärte“ (Descartes, Newton) Alltagsbewußtsein hinaus wird hier eine große Zahl von Zuständen veränderten oder außergewöhnlichen Bewußtseins („altered states of consciousness“) beschrieben und erforscht. Diese lassen Rückschlüsse auf die Funktionen und das Wesen der menschlichen Psyche, den Aufbau des Universums und die Natur des Bewußtseins selbst zu. Grof nennt die für die Transpersonale Psychotherapie rele-

vante Gruppe von veränderten Bewußtseinszuständen „holotrope“ (griech.: auf die Ganzheit hinweisend) Zustände, die dazugehörigen Erfahrungen holotrope Erfahrungen (Grof, 1997). Veränderte Bewußtseinszustände sind gekennzeichnet durch einen teilweisen Verlust der Kontrolle über die Alltagsrealität, Veränderungen der Denkprozesse, veränderte Raum- und Zeitwahrnehmung, Veränderungen in der Körperwahrnehmung und im emotionalen Ausdruck, sowie durch eine Intensivierung der Wahrnehmung. Klassifikation veränderter Bewußtseinszustände ausgehend von der Natur des Bewußtseinszustandes: Wilber (1990) unterscheidet in seiner „Stufentheorie des Bewußtseins“ Bewußtseinsstufen, die einen immer umfassenderen Bewußtseinszustand charakterisieren bis hin zum Zustand der → Erleuchtung. Einteilung nach Erfahrungsinhalten: Biografische Erfahrungen (unabgeschlossene Lebenserfahrungen), perinatale Erfahrungen (Grof, 1987), pränatale Erfahrungen, Voraussetzungen und Vorauswissen, transbiografische und transpersonale Erfahrungen, spirituelle Erfahrungen. Auslöser veränderter Bewußtseinszustände können sein: spezifische Arten der → Meditation, psychotherapeutisch begleitete Techniken der Atembeschleunigung und Atemretention (z. B. → Holotropes Atmen), psychoaktive Substanzen (LSD, Psilocybin etc.; → Designer-Drogen; → Ecstasy) und spirituell-existentielle Krisensituationen. Erfahrungen in Zuständen veränderten Bewußtseins lassen den Menschen sich als Teil der kosmischen Einheit erkennen, indem sie zeigen, auf welche Weise transpersonale und spirituelle Dimensionen in den Alltag reichen und das menschliche Leben beeinflussen. Die Ergebnisse der Bewußtseinsforschung bestätigen oft nahtlos die Aussagen großer spiritueller Traditionen.

Grof S (1987) Das Abenteuer der Selbstentdeckung. Heilung durch veränderte Bewußtseinszustände. München, Kösel

Grof S (1997) Kosmos und Psyche. An den Grenzen menschlichen Bewußtseins. Frankfurt/M., Krüger

Wilber K (1990) Das Atman Projekt. Paderborn, Junfermann

Ingo Jabrsetz

Beziehung, Beziehungstheorie (in der → Psychoanalyse). Relativ unspezifischer Sammelbegriff zur Beschreibung von Konzepten, welche die Einengungen einer Ein-Personen-Psychologie (Struktur- und → Triebtheorie von Freud) theoretisch zu überwinden trachten, indem sie die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem → Selbst und signifikanten Anderen (sogenannte Objektbeziehungen) betonen. Freud konzipiert den seelischen Apparat naturwissenschaftlich zu Lasten von Beziehungsaspekten als Newtonsche Maschine, deren Funktionsziel darin besteht, die Homöostase zwischen den Substrukturen (→ Ich; → Es; → Überich) zu regulieren. Obgleich der Begegnungsaspekt der menschlichen Existenz im intrapsychischen Strukturmodell in den Hintergrund tritt, außerdem das → Objekt in seiner Bedeutung für das Individuum auf die Funktion der Triebspannungsregulierung (Triebtheorie) reduziert erscheint, enthält die Strukturtheorie eine (objekt-) beziehungstheoretische Essenz: Anhand der Trauerarbeit (→ Trauer) beschreibt Freud modellhaft, wie die Bindung an frühere Objekte durch → Verinnerlichung überlebt. Etwa zeitgleich zu Freuds Entwicklung des Strukturmodells (1923) gab es Autoren, die der Entwicklung internalisierter Objektbeziehungen vor dem Triebgeschehen die Bedeutung einer grundlegenden Motivationsschicht beimaßen (z. B. Jan Suttie, später Fairbairn, Balint, Winnicott, Bowlby, Khan – allesamt britische Psychoanalytiker). Die → Objektbeziehungstheorien sehen innere Strukturbildung als Resultat internalisierter fantasierter wie realer Objektbeziehungen zu bedeutsamen Anderen. Triebtheoretisch orientierte Autoren (z. B. Melanie Klein) geben bei der → Internalisierung den unbewußten (Beziehungs-)Fantasien die entscheidende Bedeutung, welche ihrerseits Ausdruck von Triebaktivität sind. Winnicott, Suttie und Fairbairn hingegen verleihen dem Realitätsaspekt der frühen Mutter-Kind-Interaktionen Nachdruck, während Vertreter der Interpersonellen Psychoanalyse (z. B. Sullivan, Fromm-Reichmann, Guntrip) die internalisierten Objektbeziehungen für die ursprünglich traumatisierenden halten. Aus

der Objektbeziehungstheorie hat sich als relativ eigenständiger Zweig die Beziehungsanalyse (Thea Bauriedl) weiterentwickelt. Objektbeziehungstheorie wie auch → Selbstpsychologie (Heinz Kohut und Nachfolger) sehen beide nicht nur die Beziehungsaspekte der dyadischen Beziehungssituation in der Einzeltherapie, sondern auch die dialektische Wechselwirkung zwischen intrapsychischer und interpsychischer Ebene in Mehrpersonensystemen (z. B. Paare, Familien). Ein zeitgenössisch zunehmend beachteter Zweig ist die Theorie der → Intersubjektivität (z. B. Stolorow, Renik, Ogden), die sich auf objektbeziehungspsychologische und selbstpsychologische Eckpfeiler stützt.

- Bacal H, Newman K (1994) Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart, Frommann-Holzboog
- Bauriedl T (1994) Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse
- Maurer J (1997) Beziehungstheoretische Ansätze in der Psychoanalyse. In: Herberth F, Maurer J (Hg), Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Frankfurt/M., Brandes & Apsel, S 223–255
- Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer

Jürgen Maurer

Beziehung, Beziehungstheorie (in der → Gestalttherapie). Beruht auf den Grundlagen des → Dialogischen Prinzips Martin Bubers und „meint die Entwicklung interpersonaler Prozesse über die Zeit. Kontakt ereignet sich, Beziehung will erarbeitet sein“ (Fuhr, 1992: 26). Beziehung ist demnach der umfassendere Kontext, der „Grund“, innerhalb dessen sich → Kontakt ereignen kann und somit zur → „Figur“ wird. War in den Anfangszeiten der Gestalttherapie die therapeutische Arbeit häufig bestimmt durch Konzentration auf offensichtliche Kontakthänomene im Hier-und-Jetzt, so finden nun zunehmend gestalttheoretische wie auch praktische Beiträge zur therapeutischen Arbeit am Hintergrund als bedeutungsgebende Basis für aktuelles Verhalten in einer Beziehungs-

situation Eingang in die Literatur. Bestimmend für die Gestaltung von Beziehungen sind nicht nur die jeweils aktuellen Kontakterfahrungen, sondern auch die aus der jeweiligen Lebensgeschichte stammenden und in das Gedächtnisfeld eingegangenen Erfahrungen, mitbestimmt von Wertorientierungen, Wertentscheidungen und Normen des sozialen Kontextes über Generationen hinweg. Clarkson (1995) unterscheidet fünf Varianten der Ich-Du-Beziehung: die Arbeitsallianz, die unerledigte (Übertragungs-)Beziehung, die kompensierende/entwicklungsmäßig notwendige Beziehung, die „wirkliche“ Beziehung oder die Beziehung von Person zu Person und die transpersonale Beziehung. Die therapeutische Beziehung – als Sonderfall menschlicher Beziehungen – war in der Gestalttherapie von Anfang an eine dialogische: Der Therapeut verhält sich seinem Patienten gegenüber nicht als neutrale, spiegelähnliche Figur, sondern begegnet seinem Patienten als ein auf gleicher Ebene stehendes menschliches Wesen, wobei der Patient – zumindest zu Beginn der gemeinsamen Arbeit – nicht zur vollen Gegenseitigkeit in der Beziehung in der Lage sein muß oder verpflichtet ist. Es obliegt der Verantwortung des Psychotherapeuten, diffuse Beziehungen sowie die Vermischung unterschiedlicher Beziehungsebenen in ein und derselben Situation zu vermeiden und stattdessen ein Klima des Respekts für den Anderen sowie die Bereitschaft, Beziehungen immer wieder zu klären, zur Verfügung zu stellen.

Clarkson P (1995) Frederick S. Perls und die Gestalttherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Fuhr R (1992) Jenseits von Kontaktprozessen. Über ethische und existentielle Dimensionen in der Gestalttherapie. Gestalttherapie 6(1): 25–38

Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1995) Gestaltansatz. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Yontef G (1993) Awareness, dialogue and process: essays on Gestalt Therapy. New York, Highland

Inge Bolen

Beziehung, Beziehungstheorie (aus Sicht der → Existenzanalyse). Im Gegensatz zur kurzdauernden, präsentischen → Begegnung bezeichnet Beziehung eine Verbundenheit des Subjekts mit wahrgenommenen Objekten der Welt, die auf sein Erleben, Reagieren und Handeln Einfluß nehmen, weil unausweichlich Bezug (Rücksicht) auf sie genommen werden muß (psychodynamischer Charakter der Beziehung). In der Beziehung erlebt der Mensch sein unaufhebbares Bezogensein und Angenommensein auf andere(s) auf emotionaler Ebene. Anthropologisch gesehen ist Beziehung (zu Dingen, Tieren, Menschen) psychischer Natur (→ Anthropologie). Ihr Reifegrad hängt vom Ausmaß ihrer Personierung (→ Einstellungen; Haltung; → Freiheit; → Verantwortung) und prozessualen Gestaltung durch Begegnungen ab. Grundlage der Beziehung ist das emotionale Berührtsein durch die Erfahrung einer wahrgenommenen Nähe (→ Emotionstheorie), wodurch sich Beziehung zwingend einstellt. Durch Verinnerlichung kann Beziehung zeitlich und räumlich die unmittelbare Präsenz des Beziehungsobjekts überdauern (statischer Charakter der Beziehung). Ein wesentlicher Aspekt des Trauerns ist die darin begründete Erhaltung der Beziehung. Die therapeutische Beziehung wird in der Existenzanalyse so gestaltet, daß sie die therapeutische Begegnung ermöglicht. Sie wird im Falle ihrer Behinderung Inhalt der Therapie.

Frankl VE (1982) Kritik der reinen Begegnung. In: Frankl VE, Der Wille zum Sein. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber, S 217–234

Längle A (Hg) (1986) Die therapeutische Beziehung im Zusammenhang mit der Logotherapie. Wien, GLE-Verlag

Alfried Längle

Beziehung, Beziehungstheorie (aus Sicht der → Hypno[se]therapie). Es lassen sich nach Diamond (1987) vier operationalisierbare Dimensionen unterscheiden: die → Übertragung, die (rationale und irrationale Komponenten enthaltende) Arbeitsbeziehung, die symbiotische oder fusionäre Beziehung sowie die reale Bezie-

hung. Da der Zustand der → Hypnose nach neueren Forschungen als Resultat der prozeßhaften Interaktion zwischen Therapeut und Patient begriffen wird (z. B. Bányai, 1991), kommt der Gestaltung der hypnotischen Beziehungsdimensionen in der klinischen Arbeit eine zentrale Bedeutung zu. Durch Utilisierung (→ Utilisation) dieser Dimensionen wird ein therapeutischer Kontext mit starkem → Rapport und erhöhter wechselseitiger Responsivität geschaffen. Das Besondere an der hypnotherapeutischen Beziehung ist die Tiefe des archaischen Involviertseins (Shor, 1979) bzw. die Tiefe der → Regression im Dienste des Ichs (Kris, 1936), die in der Hypnose aufgrund der starken Übertragung möglich ist. Von besonderer therapeutischer Relevanz ist der symbiotisch-fusionäre Aspekt der hypnotherapeutischen Beziehung. Gemeint ist die temporäre, partielle Verschmelzung zwischen Patient und Therapeut (Chertok, 1983), in deren Rahmen der Therapeut als gutes Objekt temporär inkorporiert wird und damit sogar Ich-Funktionen des Patienten übernehmen kann. Diese hypnosespezifischen Besonderheiten der therapeutischen Beziehung werden sowohl in der → Hypnoanalyse als auch in lösungsorientierten hypnotherapeutischen Ansätzen (→ Lösungsorientierung) genutzt.

Bányai ÉI (1991) Toward a social-psychobiological model of hypnosis. In: Lynn SJ, Rhue JW (Eds), *Theories of hypnosis*. New York, Guilford, pp 564–598

Chertok L (1983) Psychoanalysis and hypnosis theory: comments on five case histories. *American Journal of Clinical Hypnosis* 25: 209–224

Diamond MJ [1987] (1993) Die interaktionelle Basis der hypnotischen Erfahrung: Über die Beziehungsdimensionen der Hypnose. *Imagination* 15(2): 5–32

Kris E (1936) *Psychoanalytic explorations in art*. New York, International Universities Press

Shor RE (1979) A phenomenological method for the measurement of variables important to an understanding of the nature of hypnosis. In: Fromm E, Shor RE (Eds), *Hypnosis: developments in research and new perspectives*. Second edition. New York, Aldine, pp 105–135

Matthias Mende

Beziehung, Beziehungstheorie. → Mitsein; → Daseinsanalyse.

Beziehung, Beziehungstheorie. → Grundhaltungen, therapeutische; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Beziehung, Beziehungstheorie (Beziehungsformen in der → Transaktionsanalyse). Die Transaktionsanalyse legt einen zentralen Fokus auf die Untersuchung der Beziehungsgestaltung. Berne (1964) fragte sich, warum Menschen miteinander reden (→ Stroke-Konzept), und er verwies in seinen Formen der → Zeitgestaltung auf verschiedene Beziehungsformen, wobei zwischen gesunden und pathologischen Formen zu differenzieren ist. Die tiefenpsychologische Transaktionsanalyse unterscheidet im transaktionalen Austauschgeschehen (→ Transaktion) manifeste und latente Anteile. Letztere werden sichtbar in → Übertragung und → Gegenübertragung. Im Übertragungsgeschehen externalisiert der Klient seine Beziehung zu inneren Objekten und aktualisiert sie in der Gegenwart. Erahnbare Welt dabei eine innere Welt, die auf allen Entwicklungsstufen im Dienste der Abwehr und Anpassung modifiziert wurde. Der Begriff Symbiose als Form der Beziehungsgestaltung wurde durch Schiff (1975) in die Transaktionsanalyse eingeführt. Zwei oder mehr Individuen verhalten sich so, als ob sie zusammen eine ganze Person wären. Als symbiotisch wird jede Äußerung einer mangelhaften Abgrenzung bezeichnet. Menschen in symbiotischer Haltung vermeiden es, eindeutige Abmachungen zu treffen oder konstruktive Auseinandersetzungen zu führen. Eine symbiotische Beziehung besteht, wenn einer der beiden eine überverantwortliche Haltung einnimmt, der andere eine unterverantwortliche. English (1976) spricht von Ausbeutungstransaktionen (racketeering; → Ersatzgefühl), wenn jemand gegenüber einem anderen Gefühle äußert oder von seinen Problemen erzählt, einzig, um Zuwendung zu erzwingen. Stößt der Ausbeuter auf Ablehnung, wech-

selt er den → Ich-Zustand, was English als → Spiel bezeichnet.

- Berne E [1964] (1990) Spiele der Erwachsenen. Reinbek, Rowohlt
 English F (1976) Transaktionale Analyse und Skriptanalyse. Hamburg, Wissenschaftlicher Verlag Altmann
 Schiff JL (1975) Cathexis Reader. New York, Harper & Row

Helga Krüickl

Beziehung, Beziehungstheorie (in der → Verhaltenstherapie). Nachdem in der Anfangsphase der Verhaltenstherapie Beziehungsvariablen in der Forschung und den einschlägigen Publikationen nur vereinzelt reflektiert wurden, finden sich seit Beginn der 80er Jahre differenzierte Bearbeitungen der Thematik. Dabei werden sowohl schulenübergreifende als auch verhaltenstherapeutisch-spezifische Aspekte berücksichtigt. Die Beziehungsvariable wird dabei unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten behandelt. 1. Eine vertrauensvolle Patient-Therapeut-Beziehung gilt als Grundlage jedes erfolgreichen Therapieprozesses: sie erleichtert Selbstreflexion und Offenheit (das therapeutische Setting als sanktionsfreier Raum, das dem Patienten die Auseinandersetzung mit belastenden Kognitionen ermöglicht) und ist somit eine essentielle Voraussetzung für die → Verhaltensanalyse. Des Weiteren ist eine stabile Beziehung als Motivationsfaktor unerlässlich für die Arbeit mit den verschiedenen verhaltenstherapeutischen Methoden: die Bereitschaft, sich im Rahmen der → kognitiven Therapie mit automatischen Gedanken zu konfrontieren, dysfunktionale Kognitionen und Schemata bewußt werden zu lassen und diese zu verändern; vor allem aber für die Entscheidung, sich belastenden Therapiemethoden auszusetzen, wie z. B. der Reizkonfrontation. So finden sich in der Literatur ausreichend Abhandlungen zur Beziehungsgestaltung unter störungsspezifischem Aspekt (vgl. Margraf & Brengelmann, 1992). Es geht dabei vor allem um Flexibilität und besondere Sorgfalt im verhaltenstherapeutischen Vorgehen, das einerseits den unmittelbaren Beziehungsmöglichkeiten des Patienten,

die nicht unabhängig von der Störung und der gesamten Lerngeschichte zu sehen sind, entgegenkommen soll (Grawe, 1992, spricht von „komplementärer Beziehungsgestaltung“), andererseits Aspekte berücksichtigt, die aufgrund einer spezifischen Therapiemethode das Verhalten des Therapeuten (und damit die gegenseitige Beziehung) prägen. 2. Die Patient-Therapeut-Beziehung wird aber auch als Möglichkeit zum sozialen Lernen gesehen, d. h., die Beziehung selbst wird zum Gegenstand des Therapieprozesses. Durch das therapeutische Setting werden interpersonelle Schemata des Patienten provoziert; dies eröffnet die Möglichkeit, den Einfluß früherer Beziehungen auf die Beziehungserwartungen sowie das aktuelle Beziehungsverhalten zu analysieren und einer Veränderung zuzuführen.

- Grawe K (1992) Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hg), Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München, Röttger, S 215–244
 Kanfer F, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2. überarb. Aufl. Berlin, Springer
 Margraf J, Brengelmann JC (Hg) (1992) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München, Röttger

Bibiana Schuch

Beziehung, Beziehungstheorie, komplementäre. → Kommunikationsregeln; → Paarbeziehung, komplementäre.

Beziehung, Beziehungstheorie, symmetrische. → Kommunikationsregeln; → Familientherapie.

Beziehungsanalyse (→ Individualpsychologie). Der von Bauriedl (1980) geprägte Begriff der Beziehungsanalyse bringt die Auffassung zum Ausdruck, daß psychoanalytisches Verstehen an der Analyse der therapeutischen Beziehung anzusetzen hat, wie sie sich vornehmlich im unbewußten

Zusammenspiel zwischen Therapeut und Patient entfaltet. Er steht somit dem Konzept des szenischen Verstehens von Alfred Lorenzer nahe (Bauriedl, 1980: 13). In der Individualpsychologie wurde dieser Begriff im Zusammenhang mit der Kritik rezipiert, Adler habe zwar Wesentliches zur Analyse aggressiv-abwertender Beziehungsprozesse geleistet, insgesamt aber das Verstehen und die → Deutung der unbewußten Beziehungsdynamik zwischen Therapeut und Patient zu früh abgebrochen, um stattdessen – aus heutiger Sicht: vorschnell – zu erklären, zu suggerieren oder zu moralisieren (Heisterkamp, 1983; Datler, 1995: 199ff.; → Erklärung; → Finalität; → Entwertungstendenz; → individualpsychologische Psychotherapie). Im Gegenzug wird in der jüngeren Individualpsychologie die Analyse der therapeutischen Beziehung ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Dabei werden auch die Inhalte von Assoziationen, erzählten Träumen etc. als Hinweise auf das unbewußte Erleben der therapeutischen Situation im Hier-und-Jetzt begriffen (Titscher, 1989: 191ff.; Antoch, 1994: 108; → Apperzeption, tendenziöse). Die Analyse des therapeutischen Beziehungsgeschehens hat immer wieder von der Analyse der → Gegenübertragung auszugehen und auf die Verknüpfung von drei Momenten abzustellen: dem analytischen Verstehen des aktuellen Beziehungsgeschehens, das sich in der therapeutischen Situation entfaltet, dem analytischen Verstehen der aktuellen Beziehungsgeschichte, die sich in aktuellen Situationen außerhalb des analytischen Settings entfalten, und dem analytischen Verstehen des biografischen Hintergrundes des Analysanden in seiner Bedeutung für das Verstehen von Aktuellem (Datler, 1995: 198). Kritisch ist allerdings der Vorstellung zu begegnen, daß szenisches Verstehen bzw. die Analyse der therapeutischen Beziehung unmittelbare Zugänge zum Erkennen von Unbewußtem oder zum Wiedererleben von verdrängten, vergangenen Beziehungserfahrungen eröffnen könnte. Deshalb wird vorgeschlagen, nicht von szenischem Verstehen, sondern von szenischer Konstruktion zu sprechen (Datler, 1995: 155ff., 184ff.).

- Antoch RF (1994) Beziehung und seelische Gesundheit. Frankfurt/M., Fischer
- Bauriedl T (1980) Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Datler W (1995) Bilden und Heilen: Auf dem Weg zu einer pädagogischen Theorie heilpädagogischer Praxis. Zugleich ein Beitrag zur Diskussion um das Verhältnis zwischen Psychotherapie und Pädagogik. Mainz, Grünewald
- Heisterkamp G (1983) Psychotherapie als Beziehungsanalyse. Zeitschrift für Individualpsychologie 8: 86–105
- Titscher E (1989) Übertragung – ein altes neues Thema. Zeitschrift für Individualpsychologie 14: 103–109

Wilfried Datler

Beziehungsklären. Interventionsform der → Klientenzentrierten Psychotherapie (→ Gesprächspsychotherapie), bei der die therapeutische Beziehung selber thematisiert wird. Dieses Behandlungsmerkmal wurde besonders von Carkhuff, einem Mitarbeiter von Rogers, systematisch beschrieben (Carkhuff, 1969). Wenn der Patient auf die Beziehung anspielt oder aber durch sein Verhalten das therapeutische Bündnis in Frage zu stellen scheint, versucht der Therapeut, die Einstellung des Patienten ihm gegenüber einführend zu verstehen und zu verbalisieren (Finke, 1996). Da die therapeutische Beziehung ein entscheidender Wirkfaktor ist, kommt dem Beziehungsklären eine hohe Bedeutsamkeit zu. Auch kann so die Störung des Patienten im → Hier-und-Jetzt der therapeutischen Interaktion in besonders unmittelbarer und erlebnisintensiver Weise beeinflusst werden (→ Interaktionelle Orientierung).

- Carkhuff RR (1969) Helping and human relations, a primer for lay and professional helpers, vol. 1. New York, Holt, Rinehart & Winston
- Finke J (1996) Beziehungsklären. In: Linden M, Hautzinger M (Hg), Verhaltenstherapie. Berlin, Springer, S 15–23

Jobst Finke

Bezugsrahmen, innerer. → Innerer Bezugsrahmen; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Bezugssystem. Die → Gestaltpsychologie/Gestalttheorie betont die Bedeutung des Bezugssystems, in dem ein psychisches Phänomen auftritt. Das Figur-Grund-Verhältnis wird auch als Verhältnis zwischen Bezogenem und Bezugssystem aufgefaßt. Einzelne Phänomene stehen im Kontext eines Ganzen (z. B. Werthaltungen, Wünsche, Leitbilder) in vielfältigen Konstellationen zueinander, wie in verschiedenen Gewichtungen, Über- und Unterordnungsverhältnissen (Metzger, 1975). So sind z. B. Erfolgs- oder Mißerfolgsenerlebnisse nicht unmittelbar mit bestimmten, objektiv meßbaren Erfolgen oder Mißerfolgen verknüpft, sondern bekommen erst im konkreten Bezugssystem, dem → Anspruchsniveau, ihre spezifische Bedeutung und Bewertung. Allgemein läßt sich über ein Bezugssystem aussagen: Je besser neue Erfahrungen und Informationen dem schon bestehenden Bezugssystem entsprechen, desto besser werden sie behalten und desto mehr beeinflussen sie das bestehende Bezugssystem (vgl. Walter, 1994).

Metzger W (1975) Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments. Darmstadt, Steinkopff
Walter H-J (1994) Gestalttheorie und Psychotherapie. 3. erw. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag

Dieter Zabransky

Bifokale Familientherapie. Eine von Raoul Schindler bereits Ende der 40er Jahre speziell zur Psychotherapie von schizophrenen Psychosen (→ Psychosenpsychotherapie) entwickelte Methode der Gruppenanalyse, die sich inzwischen auch in erweiterten Indikationen (Abhängigkeiten; → Frühstörungen) gut bewährt hat. Technik: Zur Ausgangsgruppe von 4–7 Patienten, die zweimal wöchentlich als geschlossene Gruppe etwa 10 Monate zusammenarbeitet, wird parallel eine Bezugsgruppe von nahen Familienangehörigen (Eltern, Lebenspartner, Geschwister) aktiviert, die

mit dem gleichen Therapeuten einmal wöchentlich verpflichtet ihre eigene Problembezogenheit analysiert. Die Angehörigen werden dabei nicht als „Betreuer“ der Kranken verstanden, sondern selbst als „Betroffene“, deren Erwartungen und Machtstrukturen in der Familie mit der Verwandlung der Deutung des jeweiligen Patienten vom Hoffnungsträger zum Kranken über Phasen der Enttäuschung und Verleugnung zum gegenwärtigen Stand einer fixierten Resignation geführt hat. So wird in zwei Brennpunkten (eben „bi-fokal“) die Rückverwandlung der ohnmächtigen Erstarung der affektiven Beziehungen in uneingelöste „Schuld“ angestrebt, die Entlastung von täuschenden Annahmen über Motive und Möglichkeiten übereinander erst zugänglich macht. Darüber hinaus lassen sich durch bewußte Veränderung der Rangpositionen (→ Soziodynamische Rangstruktur; → Omega-Rochade) Ich-Entwicklungen ohne inhaltliche Deutungsarbeit einleiten und einerseits durch die Kohäsion in der Gruppe fördern, andererseits durch Ableitung aggressiver Energien in die Übertragung zum Therapeuten schützen und dadurch Emanzipationsschritte fördern. Langfrist-Katamnesen bei bifokal behandelten Patienten ergeben nicht nur erhebliche Vorteile in der sozialen Entwicklung (Rückgang der Isolationstendenz, Bildung eigener Familien), sondern auch interessante Erkenntnisse zur (unspezifischen) Belastung und zum Problemwandel in der Familiendynamik (Gastager, 1973).

Arnold O, Schindler R (1952) Bifokale Gruppentherapie mit Schizophrenen. Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und Grenzgebiete 5: 155–172
Gastager HS (1973) Die Fassadenfamilie. München, Kindler
Schindler R (1959) Der soziodynamische Aspekt in der bifokalen Gruppentherapie. Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica 7(2–3): 207–220
Schindler R (1978) Bifokale Familientherapie. In: Richter H-E, Strotzka H, Willi J (Hg), Familie und seelische Krankheit. Hamburg, Rowohlt, S 215–235
Schindler R (1980) Die Veränderung psychotischer Langzeitverläufe nach Psychotherapie. Psychiatria clinica 13: 205–216

Raoul Schindler

Bild, katathymes. → Imagination; → Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Bilder, fixierte. → Fixierte Bilder; → Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Bilderleben, katathymes. → Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Bildhafte Vorstellungen. In der → Funktionellen Entspannung werden zur Veranschaulichung und Verdeutlichung immer wieder metaphorische Bilder und Vergleiche herangezogen, die die leiblichen Vorgänge unterstützen sollen. „Bilder und Symbole sind ontogenetisch dem Affekt näher als Worte. Sie stellen somit auf dem Weg der Integration von Erkenntnisprozessen ein wichtiges Bindeglied dar. Vom Begreifen über Anschauung zum Begriff“ (Gerber, 1991: 238). Sie müssen in die subjektive Vorstellungswelt des Klienten passen und gemeinsam mit ihm „funktionsgerecht-sachlich“ gesucht werden. „Der LEIB wird zum Symbol. In ihm stecken (mit ihm „zusammengeballt“) Lebens- und Leidengeschichte und als deren Aus-druck und Aus-trag „Symptome““ (Wiesenhütter, 1997: 19f.). So werden beispielsweise für die Wirbelsäule nicht selten Bilder gebraucht wie „Schlange“, „Eidechse“, „gegliederte Kette“, „Perlenschnur“ (Fuchs, 1996: 36). Es wird deutlich, daß ein qualitativer Unterschied im subjektiven Erleben der Wirbelsäule besteht, wenn sie als biegsame Gerte oder als steifer, alter Stock bezeichnet wird. Generelles Ziel hierbei ist es, daß der Klient über affektnahe Bilder seine leibhaften Gestaltungsmuster und Fehlhaltungen erforscht, ihnen körperlich nachspürt, sie ändert und dadurch auch psychische Korrelate entdeckt. Vorstellungsbilder können sowohl durch Malen, Zeichnen oder Gestalten materialisiert werden und dadurch sowohl für den Gestalter als auch für andere betracht- und begreifbar gemacht werden. Im jeweils stimmigen Darstellen, Materialisieren und bildhaften Ausdrücken der unterschiedlichen leiblichen Spürqualitäten

wird „Leib als Prozeß“ begreifbar und somit die von Uexküll und Fuchs formulierte → „Subjektive Anatomie“ als stets änderbare, individuelle Wirklichkeit des Leibes und damit des Menschen nachvollziehbar.

Fuchs M (1996) Einführung in die Funktionelle Entspannung (FE). In: Fuchs M, Elschenbroich G (Hg), Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie. München-Basel, Reinhardt, S 13–42

Gerber G (1991) Gesundheit – Krankheit. Ein Beitrag zur Rehabilitationspädagogik. In: Wintersberger B (Hg), Ist Gesundheit erlernbar? Wien, WUV, S 221–242

Wiesenhütter E (1997) Einführung. In: Fuchs M (Hg), Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens. 6. Aufl. Stuttgart, Hippokrates, S 14–22

Gisela Gerber

Bindung, Bindungstheorie. Bowlby stellte 1957 erstmals dar, daß schon Säuglinge in der Lage sind, soziale Beziehungen einzugehen und daß die Liebe des Kindes zur Mutter nicht nur mit dem Füttern zu tun habe. Seine Überlegungen basieren auf ethologischen Begriffen, so z. B. Konrad Lorenz' „Prägung“, und seinen eigenen praktischen Erfahrungen als Leiter einer wöchentlichen Mutter-Kind-Gruppe. Die Bedeutung der Bindung (engl.: attachment) konnte er auch an den Auswirkungen, die Trennungen auf Kleinkinder hatten, studieren. Bowlby postuliert, daß Trennungsangst entsteht, wenn „Bindungsverhalten“ in der Person aktiviert wird, dieses aber zu keinem „Erfolg“ führt. Auch Kleinkinder zeigen in der Folge Trauerreaktionen, wie sie bei Erwachsenen vorkommen: 1. Betäubung, 2. Sehnsucht und Protest, 3. Desorganisation und Verzweiflung und 4. Reorganisation. Mary Ainsworth, Mitarbeiterin Bowlbys, nahm 1953 an einer Studie über die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr in Uganda teil. Sie klassifizierte kindliches Verhalten in drei Gruppen: 1. sicher gebundene Kinder, die wenig schrien; 2. unsicher gebundene Kinder, die viel schrien; 3. noch nicht gebundene Kinder, die noch kein spezifisches Bindungsverhalten der Mutter gegenüber zeigten. Auch spätere Untersuchungen (z. B. Mains,

1985; in Spangler & Zimmermann, 1995) bestätigten die vier (zuerst drei) gefundenen Bindungsmuster: 1. sichere Bindung; 2. unsicher ambivalente Bindung; 3. unsicher vermeidende Bindung; 4. desorganisierte Bindung. Die Bindungstheorie kann als eine Theorie zwischenmenschlicher Beziehungen verstanden werden, die mit anderen psychoanalytischen → Objektbeziehungstheorien Gemeinsames hat.

- Bowlby J [1969] (1975) Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Frankfurt/M., Fischer
 Bowlby J [1973] (1976) Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Frankfurt/M., Fischer
 Bowlby J [1980] (1983) Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt/M., Fischer
 Spangler G, Zimmermann P (Hg) (1995) Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart, Klett-Cotta

Eleonore Schneiderbauer

Bindungsforschung. Die empirische Überprüfung und Fortentwicklung der Bindungstheorie von John Bowlby (→ Bindung/Bindungstheorie). Die Konzepte stammen aus der → Psychoanalyse sowie aus der evolutionsbiologischen Verhaltensforschung. Grundlage sind die ethologischen Beobachtungen von Ainsworth et al. (1978) zum Einfluß mütterlicher Feinfühligkeit gegenüber den Signalen des Säuglings. Der methodische Durchbruch geschah durch die standardisierte Beobachtung der kleinkindlichen Balance zwischen der Nähe zur Bindungsperson und spielerischer Exploration in der „Fremden Situation“. Dabei wurden drei Bindungsqualitäten erkannt: sicher („B“), unsicher-vermeidend („A“) und unsicher-ambivalent oder ängstlich („C“). Zusätzlich kann Desorganisation/Desorientiertheit („D“) vorkommen. Bowlbys Annahme über langandauernde Wirkungen unterschiedlicher Bindungsqualitäten konnte teilweise bestätigt werden (van Ijzendoorn, 1995), ebenso wie ihre klinische Relevanz (Goldberg et al., 1995). Die Qualität möglicher Zusammenhänge über den Lebenslauf, der unterschiedliche Einfluß von Müttern und Vätern sowie die Bedingungen von Veränderungen wäh-

rend des Lebenslaufs sind Themen der aktuellen Bindungsforschung (Grossmann et al., 1997). Bindungsrepräsentation von Müttern sagt Bindungsqualität ihrer Kinder im Alter von einem Jahr voraus und umgekehrt (Fonagy et al., 1991). Längsschnittliche Zusammenhänge vom Kleinkind zum Jugendalter scheinen sich eher auf der Verhaltens-ebene als auf der Repräsentationsebene (Grossmann et al., 1997) zu finden. Die Bedeutung der Bindungsforschung im klinischen Bereich liegt im Erkennen von Risiken perpetuierter, unsicherer und desorganisierter/desorientierter Bindungsmuster (Cicchetti et al., 1995).

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum
 Cicchetti D, Toth C, Lynch M (1995) Bowlby's dream comes full circle: the application of attachment theory to risk and psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology* 17: 1–75
 Fonagy P, Stelle H, Stelle M (1991) Intergenerational patterns of attachment: maternal representation during pregnancy and subsequent infant-mother attachment. *Child Development* 62(4): 891–905
 Goldberg S, Muir R, Kerr J (Eds) (1995) Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives. Hillsdale (NJ), The Analytic Press
 Grossmann KE, Becker-Stoll F, Grossmann K, Kindler H, Schieche M, Spangler G, Wensauer M, Zimmermann P (1997) Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In: Keller H (Hg), *Handbuch der Kleinkindforschung*. Göttingen, Hogrefe, S 51–95
 van Ijzendoorn MH (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin* 117: 387–403

Klaus E. Grossmann

„Binge eating“-Störung. → Störung mit Essanfällen.

Biodynamik (auch: biodynamische Psychologie bzw. Psychotherapie). Von Gerda Boyesen begründeter körperpsychothera-

peutischer Ansatz. In der Biodynamik werden Körper, Seele und Geist als ineinandergreifende Ebenen des Menschen, die ein Ganzes bilden, aufgefaßt. Sie steht sowohl in einer klinischen als auch in einer humanistischen Tradition. Ursprünglich aus der „dynamischen Physiotherapie“ heraus entwickelt, schließt sie am körperorientierten Ansatz von W. Reich an und bezieht sich in den theoretischen Grundlagen auf Freud (→ Unbewußtes; → Libidotheorie; → Strukturmodell). Boyesen geht es dabei um eine körperliche Verankerung der Psychoanalyse. Die zentrale Entdeckung Boyesens ist die psycho-physische Regulationsfunktion der Darm-Peristaltik, die sie → Psychoperistaltik nennt. Damit im Zusammenhang steht die Hypothese, daß psychische Störungen mit Veränderungen der Flüssigkeitsverteilung im Gewebe verbunden sind. Das führte auch zu den Konzepten eines Gewebe- und eines Eingeweidepanzers. Mit der Psychoperistaltik wird überhöhter Flüssigkeitsdruck entladen und damit auf einer körperlichen Ebene psychischer Streß „verdaut“. Mit der Beschreibung der psychoperistaltischen Selbstregulation ergibt sich ein Bezug zur → organismischen Selbstregulation, wie sie in der → Humanistischen Psychologie konzipiert ist. So steht die Praxis der Biodynamik in ihrer non-direktiven Haltung dem Ansatz von C. Rogers nahe. Das biodynamische Menschenbild verwendet ein zweischichtiges Persönlichkeitsmodell: die primäre Persönlichkeit, die im Einklang mit der inneren Natur des Menschen steht, und die sekundäre, die mit Selbstentfremdung und Einschränkungen der Kreativität und Lebensfreude verbunden ist. Dabei wird ein Drang der primären Persönlichkeit, sich auszudrücken, angenommen, der sich in spontanen psychodynamischen Prozessen zeigt und in enger Verbindung mit dem von Goldstein verwendeten Begriff der Selbstverwirklichung steht (Boyesen & Boyesen, 1987: 25–42). Ziel der Therapie ist es, durch das Aufgreifen unabgeschlossener, emotionaler, vasomotorischer Zyklen (→ Zyklus) und mit der Unterstützung der Psychoperistaltik der primären Persönlichkeit wieder Raum zu geben. Die Methodik gliedert sich in drei Bereiche: → Biodyna-

misches Massage, → Vegetotherapie und → organische Psychotherapie.

- Boyesen G (1987) Über den Körper die Seele heilen. München, Kösel
Boyesen G, Boyesen ML (1987) Biodynamik des Lebens. Essen, Synthesis
Eberwein W (1990) Impulse von Innen. Oldenburg, Transform
Southwell C (1990) Biodynamische Psychologie. In: Rowan J, Dryden W (Hg), Neue Entwicklungen der Psychotherapie. Oldenburg, Transform, S 198–221

Gerhard Lang

Biodynamische Massage. Spektrum von methodischen Körperberührungen, die in der → Biodynamik Teil des therapeutischen Prozesses sind und von Gerda Boyesen entwickelt wurden. Ausgehend vom Ansatz der „Dynamischen Physiotherapie“ spielten die Massagemethoden bei der Entwicklung des biodynamischen Ansatzes eine große Rolle. Den theoretischen Hintergrund dafür bilden das Konzept der → Psychoperistaltik, das Konzept des emotionalen, vasomotorischen → Zyklus und die Modelle von Muskel-, Bindegewebe- und Eingeweide-Panzerung. Um die Reaktionen der Psychoperistaltik als Bio-Feedback zu nutzen, werden während der Massage die Darmgeräusche mit einem Stethoskop abgehört. Für eine Indikationsstellung, wann welche Massagemethode angewendet werden soll, wird von drei charakteristischen Situationen ausgegangen: Wenn das psychisch-vegetative Gleichgewicht im Sinn von zuviel Erregung, Verwirrtheit oder großem inneren Druck gestört ist, werden Techniken angewendet, die harmonisieren, vegetative Entladung ermöglichen und Ich-Stärkung bewirken. Dazu gehören Halte-Massagen (Holding), die Grenzen bestätigenden (Packing) oder Bindegewebsflüssigkeit entleerende Techniken (Emptying) sowie Massagen, die eine Neuorientierung im energetischen Fluß ermöglichen (Energy-Distribution). Im entgegengesetzten Fall einer zu starren Stabilität oder Rigidität kommen mobilisierende und Kontrollmuster lösende Massagen zum Einsatz. Hier wird vor allem an der Muskelebene (Basic Touch) oder physiolo-

gisch noch tiefer an der Knochenhaut (Periost-Massage) angesetzt. Die effektivsten dieser Methoden sind unter dem Begriff → Psycho-Posturale Synthese (Deep Draining) zusammengefaßt. Im Zwischenbereich dieser Polaritäten geht es um die Vertiefung und Erweiterung eines schon vorhandenen lebendig-dynamischen Gleichgewichts. Dabei steht eine Verbesserung der Libidozirkulation, der Vitalität und der Fähigkeit zur Tiefenentspannung und Hingabe im Vordergrund. Hier werden Orgonomie-Massagen und Varianten der Energy-Distribution und des Emptyings angewendet. Die Massagen können auch nach den Kategorien „vital, emotional und harmonisierend“ beschrieben werden (Bartuska, 1997: 8ff.). Neben der therapeutischen Anwendung im engeren Sinn (innerhalb des Prozesses oder als Parallelbehandlung von Psycho- und Massage-Therapie), gibt es eine Reihe von einfacheren (Biorelease-)Methoden, die im Rahmen von Selbsthilfegruppen zur Entlastung von körperlichen und psychischen Streßerscheinungen eingesetzt werden können.

Bartuska C (1997) Die Praxis der Biodynamischen Massage. Zeitschrift für Körperpsychotherapie 11(3): 3–20

Southwell C (1982) Biodynamic massage as a therapeutic tool – with special reference to the biodynamic concept of equilibrium. Journal of Biodynamic Psychology 3(1): 40–54

Gerhard Lang

Biodynamische Psychologie. → Biodynamik.

Bioenergetische Analyse, Bioenergetik. Bezeichnung für eine von Alexander Lowen gegründete Körperpsychotherapieschule, die eine weltweite Verbreitung erfahren und zum Teil erheblichen Einfluß auf viele andere körperorientierte Psychotherapieschulen genommen hat. Die Bezeichnung Bioenergetische Analyse, verkürzt Bioenergetik genannt, leitet sich einerseits vom Begriff „Bioenergie“ her, einer nicht näher definierten grundlegenden Lebensenergie, deren Existenz in etwas ver-

änderter Bedeutung bereits Lowens Lehrer Wilhelm Reich postuliert hat (→ Energiekonzept). Der Begriff „Analyse“ bezeichnet andererseits (a) die Analyse des „blockierten Energieflusses“ und (b) die Analyse der Lebensgeschichte des Klienten. Wichtige theoretische Grundannahmen: 1. W. Reichs These der funktionellen Identität zwischen der Summe der neurotischen Verhaltensweisen (→ Charakterpanzer) und dem individuellen muskulären Verspannungsmuster (Muskelpanzer; „Du bist Dein Körper“). 2. Annahme der Existenz einer „Bioenergie“, deren ungehinderter Fluß auf hohem Niveau zum Maßstab für Lebendigkeit und Gesundheit wird, erkennbar an Phänomenen wie selbstbewußte Haltung, lebhaftes Gestik, anmutige Bewegungen, kräftige Stimme, leuchtende Augen, Fähigkeit zu Lust und Lebensfreude; dies wird daher auch zum vorrangigen Therapieziel gegenüber der Entwicklung der Fähigkeit zu → orgasmischer Potenz. Da Lowen Atmung und Energiestoffwechsel des Organismus als eng gekoppelt betrachtet, wird konsequenterweise zudem ein tiefer und voller Atem ganz konkret eingeübt. 3. Verbindung der These der funktionellen Identität mit dem Freud'schen psychoanalytischen Entwicklungskonzept zu einem Modell der fünf → Charakterstrukturen (schizoid, oral, psychopathisch, masochistisch, rigid). 4. Das Konzept des → Grounding. Praxis der Bioenergetischen Analyse: Die Therapie erfolgt im wesentlichen in drei Schritten, die wiederholt zu durchlaufen sind: 1. Bewußtmachen der muskulären Verspannungen und der dadurch blockierten Impulse und Gefühle, gefördert durch Körperübungen und körperbezogene Interventionen (→ Körperarbeit); den über das Körperlesen gewonnenen Informationen wird zum Teil größerer Wahrheitsgehalt beigemessen als verbalen Informationen („Der Körper lügt nicht“). 2. Herstellung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen muskulärer bzw. „energetischer“ Blockade und der Lebensgeschichte des Klienten, stark theoriegeleitet über die durch das Körperlesen diagnostizierte Charakterstruktur. 3. Lösen der Blockaden über entsprechende Körperübungen und → Körperarbeit, meist im Sinne forcierter regressiver und kathartischer Prozesse, sowie über Grounding-Übungen und Übun-

gen zur „Befreiung und Vertiefung“ der Atmung. Wesentliche Kritikpunkte: 1. zur Theorie: vitalistisch, mechanistisch und simplifizierend anmutender Charakter. 2. zur Praxis: zum Teil direkter und manipulierender Zugang; Expertenverständnis des Therapeuten (Lowen vermittelt den Eindruck, er „diagnostiziere und behandle Patienten“, das Beziehungs- und Übertragungsgeschehen wird wenig thematisiert). Weiterentwicklungen in den USA durch Stanley Keleman und Ron Kurtz (→ Hakomi-Methode). Die europäischen Vertreter sind mehrheitlich dadurch charakterisiert, daß sie (a) behutsamer vorgehen (Reduktion von → Streßbioenergetik, Druck- und Schmerzarbeit); (b) eine große Vielfalt von ganzheitlichen Wahrnehmungs-, Ausdrucks- und Bewegungsübungen entwickelt haben und (c) auch explizit gruppendynamisch, prozeß- und dialogorientiert arbeiten. Trotzdem wird meist das energetische Prinzip höherrangig eingestuft als – psychoanalytisch gesprochen – die durch die Körperarbeit modifiziert auftretenden Phänomene auf der Beziehungs- und Übertragungsebene (im Gegensatz dazu: → Analytische Körperpsychotherapie).

Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. München, Kösel

Geißler P (1994) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Frankfurt/M., Peter Lang

Kufner W (1984) Bioenergetische Analyse. In: Petzold H (Hg), Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie, Bd. 2. Paderborn, Junfermann, S 245–307

Heisterkamp G (1993) Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. München, Pfeiffer

Keleman S [1986] (1990) Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung. München, Kösel

Lowen A [1975] (1979) Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. Hamburg, Rowohlt

Lowen A [1958] (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München, Kösel

Otto Hofer-Moser

Biofeedback (→ Verhaltenstherapie). Das Grundprinzip des Biofeedback basiert auf der kontingenten Rückmeldung physiologischer Prozesse, die nicht oder nur ungenau von den Sinnesorganen wahrnehmbar sind. Mittels technischer Apparaturen werden diese physiologischen Prozesse gemessen und in visueller, akustischer oder taktiler Form rückgemeldet. Die Wahrnehmung der physiologischen Prozesse ermöglicht oder erleichtert die willentliche Selbstkontrolle dieser Körperfunktionen. Durch die erreichte Selbstkontrolle lassen sich viele Störungen, die mit Fehlfunktionen des biologischen Systems einhergehen, gezielt beeinflussen. Biofeedback läßt sich weiterhin sehr effizient zur Entspannungsinduktion einsetzen. Von entscheidender Bedeutung für den Therapieerfolg ist neben der kognitiven Vorbereitung der Patienten (z. B. positive Therapieerwartung) der Transfer von im Labor erreichter Selbstkontrolle auf Situationen im Alltag. Erleichtert wird der Transfer, wenn ein tragbares Biofeedbackgerät zur Verfügung steht, welches ein Training in der natürlichen Lebensumwelt des Patienten ermöglicht. Die meisten Biofeedbackverfahren sind besonders effektiv, wenn sie in Verbindung mit anderen psychotherapeutischen Verfahren eingesetzt werden, da der betreffenden Störung äußerst selten eine rein physiologische Fehlregulation zugrunde liegt. Grundsätzlich lassen sich muskuläre, zentralnervöse und autonome Prozesse durch Biofeedback beeinflussen (elektrische Vorgänge der Muskelaktivität – EMG, Herzfrequenz – EKG, Blutdruck, elektrische Aktivität des Gehirns – EEG, Hautwiderstand, Hauttemperatur, Atmung, innere Organe wie Spannungszustand der Blasenmuskulatur oder Säuregehalt des Magens). Positive Erfahrungen liegen bisher für die folgenden Störungsformen vor: Spannungskopfschmerz, Kreuzschmerzen, Herzrhythmusstörungen, Gefäßerkrankungen, neuromuskuläre Störungen, Migräne, Epilepsie, Inkontinenz, Skoliose und Kyphose (Wirbelsäuleverkrümmungen). Umstritten bzw. noch nicht hinreichend in kontrollierten Studien belegt ist der Erfolg bei folgenden Störungsformen: erhöhter Blutdruck, Ängste, Asthma bronchiale, Schlafstörungen,

spastischer Schiefhals, Schreibkrämpfe, Fantomschmerz nach Amputationen, Menstruationsbeschwerden, Bruxismus (Zähneknirschen).

Fliegel S, Groeger WM, Künzel R, Schulte D, Sorgatz H (1981) Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Weinheim, Psychologie Verlags Union, S 128–130

Sorgatz H (1986) Psychophysiologie und Verhaltensmedizin. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 207–231

Waschulewski-Floruß H, Miltner W, Haag G (1993) Biofeedback. In: Linden M, Hautzinger M (Hg), Verhaltenstherapie. Berlin, Springer, S 99–105

Martina de Zwaan

Biofeedback, Autogenes. → Autogenes Biofeedback.

Biografische Methode. In der → Existenzanalyse wird unter Biografie die Lebensgeschichte verstanden, anhand der das Wesen des Menschen (seine → Person) „wie ein Muster auf einem sich abrollenden Teppich“ (für ihn und für andere) erkennbar wird (Frankl). Die Biografie besteht aus der im heutigen Verstehenshorizont interpretierten Erlebensgeschichte (Eindrucksebene), Lebensgeschichte (Aktivität, Bewältigung) und dem im selben Verstehenshorizont erwachsenen Lebensentwurf für die Zukunft („wofür ich leben will“) und umspannt somit den gesamten Lebensbogen inklusive Sterben und Tod (Blankenburg, 1989). Die in der Biografik erfaßte Geschichte des (kranken) Menschen (Psychohistorie) stellt den Hintergrund dar für die Geschichte der Krankheit (Psychogenese). Als biografische Methode wird eine spezielle Anwendungsform der → Personalen Existenzanalyse bezeichnet, mit deren Hilfe biografische Inhalte therapeutisch bearbeitet werden können. Im ersten Abschnitt werden die derzeit aktuellen Lebensthemen zusammengetragen, phänomenologisch verdichtet und auf biografische Inhalte bezogen (fokussiert). Im zweiten Teil wird der Inhalt mit Hilfe der

Personalen Existenzanalyse durchgearbeitet und schließlich in seiner Transparenz bezüglich Selbstverständnis, Fremdverständnis und Aktualitätsbezug durchleuchtet.

Blankenburg W (Hg) (1989) Biographie und Krankheit. Stuttgart, Thieme

Kolbe C (Hg) (1994) Biographie. Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Wien, GLE-Verlag

Längle A (1994) Die biographische Vorgangsweise in der Personalen Existenzanalyse. In: Kolbe C (Hg), Biographie. Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Wien, GLE-Verlag, S 9–33

Alfried Längle

Biologischer Kern (→ Vegetotherapie, charakteranalytische). Der biologische Kern ist nach Wilhelm Reich der Entstehungsort sowohl seelischer wie auch biologischer Impulse und die biologische Basis für seelisches, als auch physiologisches Geschehen (Reich, 1987). Er liefert die für die Lebensfunktionen wichtige Triebspannung bzw. entstehen aus ihm unwillkürliche Reize, um die Funktionen des Organismus aufrecht zu erhalten (Baker, 1980: 32). Die Grundqualität dieser Impulse ist primär und lebensbejahend konstruktiv. Beim genitalen Charakter (→ Genitalität) gibt es eine direkte Verbindung zwischen biologischem Kern über das Ich zur Außenwelt (Kontakt), beim neurotischen → Charakter ist diese Verbindung durch sekundäre, dazwischenliegende Panzer-Schichten (→ Panzerung) unterbrochen.

Baker EF [1967] (1980) Der Mensch in der Falle. München, Kösel

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Günter Hebenstreit

Bionomie (→ Autogenes Training). Der Begriff stammt von dem Soziologen Lester Frank Ward (1841–1913), einem Vertreter der psychologisch orientierten Soziologie in Amerika. Der Physiologe Karl Eduard Rothschuh hat den Begriff 1936 als Lebensgesetzlichkeit in die Medi-

zin, I.H. Schultz in die Psychotherapie eingeführt. Beide haben sich intensiv mit dem Vitalismus auseinandergesetzt. Das Anorganische ist kausal funktionsbestimmt und daher von einer festen Kausalkette geprägt. Das Organische ist ursprungsbestimmt und das Psychische – mit der Freiheit unendlicher Variationsmöglichkeiten – zielbestimmt. Im Lebendigen durchdringen einander zwei Formen der Ordnung: die kausal-gesetzliche und die bionome. Das Gewicht liegt auf der Zielbestimmtheit und der Freiheit. Nach Roths Schuh hat die Bionomie folgende Kennzeichen: 1. Sie ist ursprungsbestimmt; 2. der Keim enthält bereits den ganzen Lebensplan; 3. der Charakter der Planmäßigkeit ist etwas Primäres, er ist als autogen zu bezeichnen; 4. Bionomie ist Bestimmung, Determination, also notwendig unfrei (dieser Teil des Lebens ist nicht oder nur indirekt beeinflussbar); 5. sie trägt einen mehrphasigen Plan in sich (Entfaltung, Erhaltung, Fortpflanzung, Vergehen). Sie umfaßt daher Erscheinungs- und Ausdrucksform des lebensspezifischen Sinnbezuges. Sinn einer bionomen (autogenen) Psychotherapie ist also: Selbstgestaltung der Persönlichkeit, Reifung (Wachstum und Vermehrung), Anpassung (u. a. Heranführen an das → Realitätsprinzip) und Selbststeuerung. Nicht der Konflikt, sondern seine abionome Fehlverarbeitung kennzeichnet die Neurose, und hier setzt die → Autogene Psychotherapie an. Schultz gliedert die Existenzialwerte in einer Hierarchie. Am Beginn steht die klaglose Körperfunktion (Gesundheit) und die störungsfreie Betätigung in Leistung und Genuß. Es folgen die „praktische Vernunft“ als Voraussetzung für das „Glück“, die „kollektive praktische Vernunft“ zur Sicherung, das Umgehen mit dem Tod und der Unendlichkeit als „kosmische Vernunft“ (Weltanschauung), die „Selbsterkenntnis“ als Weg zu Selbständigkeit und Freiheit und schließlich das Produktiv-kreativ-Sein zur „Selbstverwirklichung“ als letztes Ziel.

Rothschuh KE (1936) Theoretische Biologie und Medizin. Berlin, Junker und Dünhaupt
Schultz IH (1951) Bionome Psychotherapie. Ein grundsätzlicher Versuch. Stuttgart, Thieme

Wallnöfer H (1997) Bionomie und das autogene Prinzip. In: Gerber G, Sedlak F (Hg), Dimensionen integrativer Psychotherapie. Wien, Facultas, S 201–226

Heinrich Wallnöfer

Biopathie (→ Vegetotherapie, charakteranalytische). Unter Biopathie faßt W. Reich alle Krankheitsprozesse zusammen, die am autonomen Lebensapparat beginnen und erscheinen. Darunter fallen die Krebs-Biopathie, Angina Pectoris, Hypertonie, Epilepsie, Multiple Sklerose, Chorea, Asthma etc. Ihnen allen gemeinsam ist demnach die Störung der natürlichen Pulsationsfunktion (→ Pulsation) des lebenden Gesamtorganismus (Reich, 1994: 167f.; Lassek, 1997), die wiederum in einer chronischen Sexualstauung (prägenitaler wie genitaler Libido) gründet. Die gesamtorganismische Pulsationsstörung pflanzt sich weiter fort in der Pulsationsstörung einzelner Organe und Zellverbände (Müschénich, 1995). Durch chronische Sexualstauung wird schließlich die Unwillkürlichkeit vegetativer Impulse gebremst, was ein chronisches Überwiegen der → Kontraktion und Hemmung der → Expansion des autonomen Lebensnervensystems bewirkt (Raknes, 1983: 116f.).

Lassek H (1997) Orgontherapie. Heilen mit der reinen Lebensenergie. Berlin, Simon und Leutner

Müschénich S (1995) Der Gesundheitsbegriff im Werk des Arztes Wilhelm Reich. Marburg, Görlich und Weiershäuser

Raknes O [1970] (1983) Wilhelm Reich und die Orgonomie: eine Einführung in die Wissenschaft von der Lebensenergie. Frankfurt/M., Nexus

Reich W [1948] (1994) Die Entdeckung des Orgons: Der Krebs. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Günter Hebenstreit

Biosynthese. Körperpsychotherapeutischer Ansatz, begründet von David Boadella. Die Bezeichnung „Biosynthese“ steht für die Verbindung von drei wesentlichen Bereichen des menschlichen Daseins: die somatische Existenz, die psychische Erfahrung und die grundlegende, innere Essenz. Diesen Ansatz entwickelte

Boadella aus der charakteranalytischen Vegetotherapie, den Konzepten der englischen Objekt-Beziehungsschule und unter Einbeziehung von embryologischen Studien. Die Biosynthese versteht sich als offener, prozeßorientierter Ansatz somatischer Psychotherapie. Zur Entwicklung seiner Theorien benutzte Boadella oft das Prinzip von Polaritäten und das daraus entstehende Spektrum. Eine grundsätzliche Polarität in der therapeutischen Intention ergibt sich durch die existentielle, mit den Problemen verbundene Wirklichkeit des Klienten und einer essentiellen Ebene, die die Verbindung zu inneren Ressourcen ermöglicht, auch wenn diese unter traumatischen Schichtungen verborgen sind. Die Wechselwirkung erkennend, geht die Biosynthese davon aus, diese inneren Ressourcen zu mobilisieren, um einen neuen, kreativeren Umgang mit den Problemen zu finden. Bei der Arbeit mit dem Körper geht Boadellas Verständnis über die von Reich entwickelten Konzepte hinaus und bezieht sich auch auf Prinzipien der funktionalen Embryologie. Von den drei Keimzellenschichten des Fötus leitet er drei Erregungs- oder Affektströme ab: Ein Nabelschnur- oder umbilikalischer Affekt im Zentrum unseres Körpers, der für unser grundlegendes Gefühl von Wohlbefinden verantwortlich ist; ein kinästhetischer Affektstrom durch die Muskeln; und ein fötaler Hautaffekt, der die Stimulation der Sinnesempfindung der Haut, der Ohren und später der Augen bewirkt. In der therapeutischen Arbeit wird der Klient darin unterstützt, diese drei Ströme zu integrieren. Dabei wird die Aufmerksamkeit auf eine Neuorientierung der Atemmuster, des Muskeltonus und des emotionalen Ausdrucks gerichtet. Mit seinem Konzept der → Verkörperung beschreibt Boadella verschiedene therapeutische Zugänge. Die Biosynthese unterscheidet in Verbindung mit dem embryologischen Modell drei therapeutische Hauptprozesse: Zentrieren (centering), Erden (grounding), Anschauen und Stimmqualität (facing and sounding). Grundlegend für jeden Prozeß ist der therapeutische Kontakt, der von einem Verständnis von somatischer Resonanz und Übertragung gekennzeichnet ist. Die spirituelle Grundlage der Biosynthese

betont den zentralen Aspekt des Mitgefühls – für sich selbst wie für den anderen. Er basiert auf der Einsicht, dass die Qualitäten der Essenz in der Realität des Alltags gegründet werden müssen. Aus den Themenfeldern der prä- und perinatalen Psychologie, der somatischen Psychotherapie und der → transpersonalen Psychologie wurde in der Biosynthese eine Brücke zwischen naturwissenschaftlichen und geisteswissenschaftlichen Grundkonzepten entwickelt.

Boadella D [1987] (1991) Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese. München, Kösel

Boadella D (1989) Biosynthese-Therapie. Oldenburg, Transform

Boadella D (1990) Biosynthese. In: Rowan J, Dryden W (Hg), Neue Entwicklungen der Psychotherapie. Oldenburg, Transform

Boadella D (1992) Wissenschaft, Natur und Biosynthese. Allgemeine wissenschaftliche Grundprinzipien der Biosynthese. Energie & Charakter 23(5): 2–60

Energie & Charakter, hrsg. v. Silvia und David Boadella (seit 1970), Zeitschrift für Biosynthese – Prä- und Perinatale Psychologie, Somatische Psychotherapie und Transpersonale Psychologie. Heiden, Internationales Institut für Biosynthese (IIBS)

Mott FJ (1948) Biosynthesis, first statement of a configurational psychology. Philadelphia, McKay

*David Boadella, Silvia Boadella,
Gerhard Lang*

Block, diaphragmatischer. → Zwerchfellblock.

Blumentest. → Motive, in der → Katakthym-Imaginativen Psychotherapie.

Bonding. → Bindung, Bindungstheorie; → Eltern-Kind-Interaktion.

Borderline-Persönlichkeitsstörung. Menschen mit einer Borderline-Persön-

lichkeitsstörung sind gekennzeichnet durch ein durchgängiges Muster von Instabilität hinsichtlich des Selbstbildes, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Stimmung. Die Störung ist fast immer kombiniert mit andauernder, unterschiedlich ausgeprägter Identitätsstörung, die sich in Unsicherheit hinsichtlich Selbstbild, sexueller Orientierung, langfristigen Zielen oder Berufswünschen, persönlichen Wertvorstellungen etc. äußert. Die Betroffenen neigen zu impulsiven Handlungen, insbesondere im Rahmen von Aktivitäten, die potentiell selbstschädigend sind: Mißbrauch psychotroper Substanzen, Ladendiebstähle und andere Delinquenz, Freßanfälle, Promiskuität, verschwenderische Einkäufe, oder auch direkte Selbstschädigung, Selbstverstümmelung, Suizidversuche. Häufig besteht gleichzeitig eine pessimistische oder antisoziale Einstellung. Die Fähigkeiten zur Realitätsprüfung, also zur Unterscheidung zwischen Fantasien, Befürchtungen, Gedanken, Hoffnungen und tatsächlichen Vorgängen können in emotional belastenden Situationen nur mühevoll, manchmal gar nicht aufrechterhalten werden (Identitätsdiffusion). Spannungen und Konflikte vor allem im zwischenmenschlichen Bereich bzw. bei aggressiv getönter Emotion können besonders schlecht ertragen bzw. psychisch verarbeitet werden. In solchen Situationen kann es bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auch zu kurzfristigen psychotischen Einbrüchen kommen.

Aronson TA (1989) A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality. Historical trends and future directions. *Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 511–528

Eckert J (1996) Gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hg), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Berlin, Springer, S 415–432

Kernberg OF [1975] (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (1999) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer

Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH (1993) *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern, Hans Huber

Paris J (Ed) *Borderline personality disorder*. Washington (DC), American Psychiatric Press

Rohde-Dachser C [1979] (1995) *Das Borderline-Syndrom*. 5., überarb. u. erg. Aufl. Bern, Hans Huber

World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber, S 105

Werner Brosch

Breath Release (→ Atemarbeit). Zentrales Konzept in vielen Therapien, die auf transformationaler Ebene arbeiten. Breath release bedeutet, körperliche und psychologische Spannungen loszulassen, indem durch die völlige Entspannung der Ausatmung eine vertiefte körperliche Entspannung erreicht wird. Das Atemmuster wird dadurch sehr erleichtert und verbindet sich mit einem Rhythmus, der für jeden Menschen natürlich und einzigartig ist und dem ursprünglichen Atemmuster nach der Geburt gleicht. Die verstärkte körperliche und seelische Entspannung erleichtert auch das Aufsteigen von Erinnerungen aus dem Unbewußten, die oft zur Geburt (oder sogar noch weiter) zurückreichen können. Breath release bezieht sich auf das Prinzip, daß der Körper eine natürliche Tendenz hat, die Psyche in streßbelasteten Situationen durch das Zurückhalten des Atems zu kontrollieren, während das Entspannen und Loslassen des Atems zu introspektiven und meditativen Erfahrungen (→ Meditation) führt. Breath release geschieht spontan meist nach einer Serie von angeleiteten Sitzungen, die der Auflösung von Atemblockaden dienen, und führt zu einer signifikanten Verbesserung der Alltagsatmung. Breath release nimmt einen zentralen Stellenwert in modernen therapeutischen Techniken wie → Rebirthing, → Free Breathing oder dem → Holotropen Atmen ein, wie es auch in traditionellen östlichen Techniken wie Yoga, Pranayama, Chi Kung, Tai Chi und schamanistischen Übungen Anwendung findet.

- Fried R (1990) The breath connection. New York, Plenum Publishing Corporation
 Grof S, Bennett HZ (1993) Die Welt der Psyche. München, Kösel
 Minett G (1997) Rebirthing – Heilung für Körper und Seele. München, Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knaur Nachf.

Gunnel Minett

Breite, therapeutische. → Therapeutische Breite; → Psychopharmaka.

Bulimia nervosa (→ Eßstörungen). Das zentrale Symptom stellt eine alles beherrschende Angst vor dem Dickwerden („Gewichtssphobie“) dar. Die Körperform gewinnt einen übermäßigen Einfluß auf das Selbstwertgefühl. Das Ersterkrankungsalter bulimischer Frauen liegt im Durchschnitt zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr. Die Erkrankungshäufigkeit wird mit 2–4% in der Risikogruppe der Frauen dieses Alters angegeben. Die Betroffenen entwickeln strenge Essensregeln und -rituale, was, wieviel und wann sie essen dürfen. Die Kontrolle kann jedoch nicht aufrechterhalten werden, und es kommt zu wiederkehrenden Eßanfällen. Drohender Gewichtszunahme wird mit unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen entgegengewirkt. Dazu gehören vor allem selbst herbeigeführtes Erbrechen, der Mißbrauch von Abführmitteln und Entwässerungstabletten, strenges Fasten und übermäßiger Sport sowie das „Kauen-Ausspucken-Syndrom“, Einläufe, Ruminatio („Wiederkäuen“) und häufige Saunabesuche. Etwa zwei Drittel haben depressive Episoden, häufig findet man auch Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch sowie Promiskuität, Stehlen, impulsives Einkaufen und Selbstverletzung. Bei einer Untergruppe kann eine → Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Es empfiehlt sich ein stufenweises therapeutisches Vorgehen, wobei niederschwellige Angebote (z. B. Selbstbehandlungsbücher) einen ersten Zugang darstellen können. Etwa 20% der Patientinnen sprechen auf minimale Interventionen gut an und können die

Erfolge auch im Langzeitverlauf halten. Weitere Stufen stellen die ambulante Psychotherapie entweder als Einzel- oder Gruppentherapie, die Betreuung in einer Tagesklinik und zuletzt die stationäre Aufnahme dar. Zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren, die als „Therapiepakete“ eine Vielzahl unterschiedlicher Techniken beinhalten, zählen: Selbstbeobachtung des Eßverhaltens sowie von Gedanken und Gefühlen, die mit dem pathologischen Eßverhalten in Zusammenhang stehen, Informationsvermittlung, Einhalten vorgeschriebener Mahlzeiten, Stimuluskontrolle, Aufbau von Alternativverhalten, Selbstsicherheitstraining, Erlernen von Problemlösestrategien, Exposition in bezug auf verbotene Nahrungsmittel, kognitives Umstrukturieren, das vor allem die Angst vor Gewichtszunahme, die Einstellung zum eigenen Körper, Perfektionismus und Selbstwertgefühl zum Inhalt hat, sowie Methoden zur Rückfallprophylaxe. In einer Vielzahl von kontrollierten Untersuchungen konnten Remissionsraten von 33 bis 50% und eine Reduktion der Frequenz bulimischer Anfälle von 70 bis 90% sowohl kurz- als auch langfristig erzielt werden. Erste Hinweise gibt es für die Effizienz der → Interpersonellen Psychotherapie nach Klerman, Weissman u. a. (vgl. Schramm, 1996). Eine antidepressive medikamentöse Therapie gilt als zweite Wahl und hat bei genauer Indikationsstellung heute ihren festen Platz. Es wird empfohlen, Antidepressiva, wenn nötig, als eine Komponente zu Beginn der Therapie einzusetzen, vor allem dann, wenn zusätzlich eine depressive Verstimmung vorliegt.

- de Zwaan M, Karwautz A, Strnad A (1996) Therapie von Eßstörungen. Überblick über Befunde kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapie Studien. Psychotherapeut 41: 275–287
 Jacobi C, Paul T, Thiel A (1996) Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Weinheim, Psychologie Verlags Union
 Meermann R, Vandereycken W (1987) Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. Berlin, de Gruyter
 Schmidt U, Treasure J (1996) Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfe-Programm. Frankfurt/M., Campus
 Schramm E (1996) Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart, Schattauer

Vanderlinden J, Norre J, Vandereycken W, Meermann R (1992) Die Behandlung der Bulimia nervosa. Stuttgart, Schattauer

Martina de Zwaan

Burnout-Syndrom. Die Bezeichnung wurde 1974 von Freudenberger eingeführt. Charakterisiert ist das Syndrom (Maslach & Jackson, 1981) durch emotionale Erschöpfung, Distanzierung von anderen Menschen und ihren Problemen (Depersonalisierung) sowie Leistungsunzufriedenheit bzw. reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit und Leistungseinbuße. Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf chronische Müdigkeit von früh bis spät, Tag und Nacht, schon beim Gedanken an die Arbeit, dazu jedoch Schlafstörungen bis zu Schlaflosigkeit und Krankheitsanfälligkeit. Depersonalisierung ist gekennzeichnet durch negative, zynische Einstellung zu Kollegen, Patienten, Klienten, Schülern und Studenten, Schuldgefühle, Rückzug von sozialen Kontakten, Vermeidungsverhalten, Reduzierung der Arbeit auf das allernötigste. Zur Leistungsunzufriedenheit bzw. Leistungseinbuße gehört die Erfahrung der Erfolg- und Machtlosigkeit. Von C. Maslach werden als Burnout-Variablen folgende Gegensatzpaare angegeben: Erschöpfung – Energie, Zynismus – Involviertheit sowie reduzierte berufliche Tüchtigkeit – Tüchtigkeit. Das Burnout-Syndrom entwickelt sich bei helfenden Berufen in der Mensch-zu-Mensch-Beziehung als defensive Bewältigung der durch berufliche Überforderung, gelegentlich auch Unterforderung, entstandenen Streßreaktion von Anspannung, Gereiztheit und Müdigkeit (transaktionale Burnout-Definition; Cherniss, 1980). Diese defensive Bewältigungsform wird dann gewählt, wenn man die Arbeitssituation nicht beeinflussen kann oder wenn man sich hilflos fühlt (→ erlernte Hilflosigkeit; Seligman, 1979). Besonders betroffen sind Helfer mit geringem Selbstwertgefühl und ängstliche Personen, aber auch die sogenannte Typ A-Persönlichkeit (Rosenman & Friedman, 1977) sowie die sog. „hilflosen Helfer“ (Schmidbauer, 1977; „Helfer-Syndrom“). Von den Außenbedingungen sind

vor allem Zeit- und Verantwortungsdruck, unklare Erfolgskriterien, komplexe, alltagsnahe, schwer überblickbare Situationen maßgeblich. Burnout entwickelt sich (Freudenberger & North, 1992) aus dem Zwang, sich zu beweisen, verstärktem Einsatz und der Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, der Umdeutung von Werten, zu Rückzug, innerer Leere, Depression bis zur völligen Burnout-Erschöpfung. Zur Messung des Burnout gibt es verschiedene Instrumente, von denen sich der Burnout Inventory von Maslach und Jackson (1981) als besonders praktikabel erwiesen hat. Ein integratives Konzept, das äußere und innere Verursachungsfaktoren berücksichtigt (Fengler, 1998), findet in der empirischen Forschung Unterstützung und entspricht der Erfahrung Betroffener am besten. Das Burnout nimmt zwischen normaler Alltagsbelastung und klinischer Diagnose eine Mittelstellung ein. So weit wie möglich sollte eine Pathologisierung der Burnout-gefährdeten Personen unterbleiben. Andererseits können grundlegende Fehlhaltungen bei der Burnout-Entstehung ausschlaggebend sein. Eine Verwandtschaft mit depressivem Erleben besteht in einigen Fällen. In Psychotherapie, Beratung und → Supervision führt die Kenntnis des Burnout-Konzepts dazu, daß Belastungsfaktoren in besonderem Maße Beachtung finden. Burnout-Prophylaxe dient bei Klienten, Teams, (Ausbildungs-)Supervisanden und Therapeuten der Erhaltung und Wiedergewinnung der seelischen Gesundheit (Psychohygiene). Dabei gilt: Ein multimodales Vorgehen verspricht die besten Erfolge. Entsprechend setzt Burnout-Prävention an Person, Partnerschaft, Klienten und Patienten, Team und Institution an.

Cherniss C (1980) Professional burnout in human service organizations. New York, Praeger
Fengler J (1998) Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und seelischer Deformation. 5. Aufl. München, Pfeiffer
Freudenberger HJ, North G (1992) Burnout bei Frauen. Frankfurt/M., Krüger
Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior 2: 99–113
Rosenman RH, Friedman M (1977) Modifying type A behavior pattern. Journal of Psychosomatic Research 21: 323–337

Schmidbauer W (1977) Die hilflosen Helfer.
Reinbek, Rowohlt
Seligman MEP (1979) Erlernte Hilflosigkeit.
München, Urban & Schwarzenberg

Gernot Sonneck, Jörg Fengler

- C -

Carrying forward. → Fortsetzungsordnung; → Experiencing; → Focusing.

Cathexis-Konzepte. Innerhalb der → Transaktionsanalyse ist die Cathexis-Schule diejenige, die sich hauptsächlich mit der Arbeit mit psychotischen Menschen auseinandersetzt. Grundannahmen der Cathexis-Schule sind: 1. Schizophrenie ist das Resultat genetischer Prädisposition und wiederholter pathologischer Beziehungserfahrungen in jeder Entwicklungsstufe (schwer pathologische Beelterung); 2. Schizophrenie ist heilbar, wenn die Betroffenen die Möglichkeit haben, innerhalb einer „elterlichen therapeutischen Beziehung“ auf früheste Bedürfnisse zu regredieren und konstruktive neue Beelterung zu verinnerlichen. Zu den zentralen Cathexis-Konzepten zählen 1. Neubeelterung: Schizophrene Menschen haben eine schwer gestörte Persönlichkeitsstruktur, bei der – nach dem Ich-Zustands-Konzept der Cathexis-Schule (→ Transaktionsanalyse, verhaltensorientierte) – der Eltern-Ich-Zustand destruktive Botschaften enthält, der Erwachsenen-Ich-Zustand fehlinformiert und der Kind-Ich-Zustand unterversorgt und regressiv ist (Schiff & Schiff, 1975). Als spezielle Technik der Behandlung dieser schweren Störungen wird die Neubeelterung angewandt. Dabei sind die zentralen Ziele, den ursprünglichen, destruktiven Eltern-Ich-Zustand durch einen neuen, fördernden Eltern-Ich-Zustand zu ersetzen, den Erwachsenen-Ich-Zustand mit neuem Inhalt zu füllen und den bedürftigen Kind-Ich-Zustand zu versorgen und zu reorganisieren. 2. Symbiose: Darunter versteht man eine Beziehungsstruktur, bei der sich zwei Personen so verhalten, als ob sie zusammen eine Person wären (→ Beziehungstheorie in der Transaktions-

analyse). Das bedeutet im Schiff'schen Verständnis der → Ich-Zustände, daß jede dieser Personen einzelne Ich-Zustände energetisch nicht besetzt. Individuelle Fähigkeiten werden dadurch abgewertet und die persönliche Entwicklung wird behindert. 3. Abwertung (Mißachtung, Discount): Ein interner Mechanismus, bei dem Menschen Aspekte von sich, von anderen oder der Realität minimalisieren oder ignorieren. Durch Abwerten werden Symbiosen etabliert oder verstärkt, → Spiele initiiert und das → Skript gefördert. Da Abwertungen interne Wahrnehmungsstörungen sind, sind sie nicht direkt beobachtbar. Passivität und Umdeutungstransaktionen (Mellor & Schiff, 1977) sind sichtbare Hinweise darauf, daß intrapsychisch Abwertungen stattfinden. Die Klassifikation von Abwertungen erfolgt nach Bereich, Typ und Art. 4. Passivität: Sie zeigt sich in bestimmten, pathologischen Verhaltensweisen, deren Ziel es ist, eine Symbiose zu etablieren (Schiff & Schiff, 1971). Nach Schiff gibt es vier Verhaltensweisen, die als „passive Verhaltensweisen“ gesehen werden: (a) nichts tun, (b) Überanpassung, (c) Agitation, und (d) sich unfähig machen oder Gewalt. „Passiv“ ist jemand entweder in bezug auf ein Problem, das gelöst werden sollte, oder in bezug auf ein Ziel, das erreicht werden müßte. Aktivitäten können dabei zwar stattfinden, sie sind aber nicht zielgerichtet und dienen nicht der Problemlösung. Springer (1994, 1998) beschreibt die Cathexis-Konzepte auf dem Hintergrund der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse (→ Transaktionsanalyse, tiefenpsychologische).

Mellor K, Schiff E (1977) Redefinieren-Umdeuten. Neues aus der Transaktionsanalyse 1(3): 140–149

Schiff E, Schiff JL (1971) Passivity. Transactional Analysis Journal 1(1): 71–78

Schiff E, Schiff JL (1975) Cathexis Reader. New York, Harper & Row

- Springer G (1994) Neubeelterung. Zur Theorie und Technik der transaktionsanalytischen Psychotherapie. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Wien, Springer, S 287–294
- Springer G (1998) Das Psychosenkonzept der Transaktionsanalyse. In: Hochgerner M, Wildberger E (Hg), Frühe Schädigungen, späte Störungen. Wien, Facultas, S 161–173

Ravi Welch

Chakren. Von Chakra (Sanskrit, wörtlich: Rad, Kreis). 1. Im Hinduismus ein Kreis von Gottesverehrern. 2. Symbolische Bedeutung: Das Drehen des Rades des Gesetzes, um das Reich der Rechtschaffenheit und Wahrheit ins Rollen zu bringen. 3. Im Tantrismus, besonders in den yogischen Schulen (Kundalini-Yoga) und in der tibetischen → Mystik Bezeichnung für die Zentren „subtiler“ oder „feinstofflicher“ Energie im Energieleib (Astralkörper) des Menschen. Sie sammeln, transformieren und verteilen die durchfließenden Energieströme und wirken auf den physischen Körper. Obwohl viele westliche Autoren die Chakren mit verschiedenen Nervenknöten, Ganglien oder Drüsen gleichsetzen und sie auf bestimmte Regionen des physischen Körpers (z. B. Herz=Herzchakra) lokalisieren, sind sie in ihrem ursprünglichen Verständnis als energetisch-spirituelle Zentren des Menschen aufzufassen. Diese Zentren werden durch die aufsteigende → Kundalini geöffnet und gereinigt, zur Aktivierung entsprechender Bewußtseinspotentiale. In der Literatur werden gewöhnlich 7 Chakren erwähnt (Wurzel-, Milz-, Nabel-, Herz-, Hals-, Brauen-, Scheitel-Chakra).

- Chauduri H (1978) Yoga Psychologie. In: Tart CT (Hg), Transpersonale Psychologie. Olten, Walter, S 330–395
- Govinda A (1979) Grundlagen tibetischer Mystik. Frankfurt/M., Fischer
- Muktananda S (1986) Spiel des Bewußtseins. Freiburg, Auum
- Tart CT (1978) Transpersonale Psychologie. Olten, Walter

Sylvester Walch

Chaostheorie. In den letzten beiden Jahrzehnten hat das zunehmende interdisziplinäre Interesse an der Wechselwirkung zwischen Chaos und Ordnung auch die Psychotherapie erreicht. Unter Chaos versteht man in diesem Zusammenhang ganz allgemein eine zeitliche Entwicklung („Dynamik“) von einer oder meist mehreren Variablen, die sich trotz Kenntnis und mathematischer Beschreibbarkeit der Vorhersagbarkeit entzieht. Dabei ist zwischen zwei „Ursachen“ für die mangelnde Prognosefähigkeit zu unterscheiden: Einerseits kann ein System so viele Komponenten umfassen und so komplex sein, daß eine genaue Behandlung des Geschehens auf der Ebene aller Einzelkomponenten faktisch nicht möglich ist (Beispiel: Myriaden von Molekülen mit unterschiedlichen Bewegungsrichtungen und –geschwindigkeiten in einem Wasserglas); man spricht hier seit langem von „mikroskopischem“ oder „grauem“ Chaos. Relativ neu ist die Erkenntnis, daß andererseits auch sehr einfache Systeme (im Extremfall eine einzige Variable) chaotisch werden können (obwohl gegebenenfalls wenige Schritte sehr einfach zu berechnen sind, sogenanntes „deterministisches“ Chaos). Hier spielen Nicht-Linearitäten in den Rückkopplungen eine entscheidende Rolle. Da beide Eigenschaften für biologische Systeme wie auch für psychische und soziale Prozesse geradezu typisch sind (d. h. die Vernetzung und Rückkopplung zahlreicher Komponenten), liegt die Bedeutsamkeit auch für das Verständnis von Psychotherapie auf der Hand. Chaostheorie stellt zudem eine Seite einer Medaille dar, deren andere Seite die selbstorganisierte Ordnungsbildung (→ Autopoiese) bzw. das Wechseln von einem Ordnungszustand in einen anderen („Phasenübergang“) ist. Dieses Zusammen- und Wechselspiel von Chaos und Ordnung wird im Rahmen von → Systemtheorien thematisiert. Die bereits in zahlreichen „klassischen“ klinisch-therapeutischen Ansätzen formulierte Konzeption von Chaos, die meist mit dem → Unbewußten verbunden ist, lassen sich interessanterweise gut mit den modernen naturwissenschaftlichen Konzepten von Chaos in Verbindungen bringen.

- Cramer F (1988) Chaos und Ordnung. Die komplexe Struktur des Lebendigen. Stuttgart, Deutsche Verlags Anstalt
- Kornbichler T (1991) Das Leben gestalten lernen. Chaos und Schöpfung im Spiegel der Tiefenpsychologie. In: Meier K, Strech KH (Hg), Tohuwabohu. Berlin, Aufbau, S 110–147
- Kriz J (1997) Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien, Facultas
- Kriz J (1997) Chaos, Angst und Ordnung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Schiepek G, Spörkel H (1993) Verhaltensmedizin als angewandte Systemwissenschaft. Salzburg, Mackinger-Verlag

Jürgen Kriz

Charakter. Zentrales Konzept der charakteranalytischen → Vegetotherapie Wilhelm Reichs. Als Leiter des Seminars für „Technik der psychoanalytischen Therapie“ in Wien 1924–30 entwickelte Wilhelm Reich, aufbauend auf Arbeiten von Freud und Abraham den Begriff des neurotischen Charakters und definiert diesen über die genaue Analyse des Widerstandsverhaltens in der Therapie. Die Entstehung des neurotischen Charakters ist abhängig von 6 Faktoren: 1. Zeitpunkt der Impulsfrustration; 2. Ausmaß und Intensität der Frustration; 3. die Art der Impulse, die Versagung erfahren (oral, anal, genital); 4. Verhältnis zwischen Triebbefriedigung und Versagung; 5. Geschlecht der versagenden Person; 6. Widersprüche im versagenden Verhalten. Reich versteht den Charakter in seiner Funktion der Abwehr libidinöser Impulse. Charakterstrukturen: Wilhelm Reich nimmt in seiner Beschreibung der inneren Struktur des Charakters ungeachtet der Spezifität des jeweiligen Charaktertypus 3 grundlegende Schichten an: 1. die sozial angepasste Oberfläche („Maske“); 2. die zweite oder sekundäre Schicht mit verdrängten, antisozialen, irrationalen Impulsen und destruktiven Elementen (die in sich vielfach geschichtet sein kann); 3. den Kern, die primäre Persönlichkeit, die liebevoll, echt, spontan und klar ist (→ Genitalität). Die Charaktertypen unterscheiden sich in allen drei Schichten inhaltlich, quantitativ und qualitativ. Charaktertypologie: Reich beschreibt eine Reihe neurotischer Charaktertypen und stellt

diese dem → genitalen Charakter gegenüber. Aufbauend darauf entwickelten Lowen und Pierrakos eine eigene Typologie mit schizoiden, oralen, masochistischen, psychopathischen und rigiden Charakterformen. Boadella erweitert diese um den depressiven Charakter und ordnet anhand der Polaritäten Über-/Unterladung, Über-/Unterfokussierung und Über-/Untererdung. Die Unterscheidung in verschiedene Charaktertypen erfolgt in körperorientierten Ansätzen anhand spezifischer Charakterwiderstände, der Körperform, Ausprägung des Muskelpanzers (→ Panzerung) und der energetischen Ladungsverteilung. Beim einzelnen Patienten finden sich oft Aspekte verschiedener Charaktertypen überlagert. Charakterwiderstand: spezifische Form des Widerstands bei unterschiedlichen Charaktertypen.

- Boadella D [1987] (1991) Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese. München, Kösel [bes. S 84f]
- Fuckert D (1992) Psychiatrische Orgontherapie. In: Maul B (Hg), Körperpsychotherapie. Berlin, Maul, S 87–106
- Kurtz R (1985) Körperzentrierte Psychotherapie. Essen, Synthesis [bes. S 162–180]
- Lowen A [1958] (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München, Kösel [bes. S 147–169]
- Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Christian Bartuska

Charakter, nervöser. → Nervöser Charakter; → Individualpsychologie.

Charakteranalyse. → Charakter; → Vegetotherapie, charakteranalytische.

Charakteranalytische Vegetotherapie. → Vegetotherapie, charakteranalytische.

Charakterneurose. Der Begriff „Charakterneurose“ geht auf Wilhelm Reich (1933) zurück, der damit die besondere

neurotische Ausformung der ganzen Persönlichkeit bezeichnet. Er geht damit über die symptomorientierten Beschreibungen der → Neurosen, etwa der Zwangsneurose oder der Konversionsneurose, hinaus. In der Freudschen → Psychoanalyse war der Begriff „Charakter“ nur im Zusammenhang mit dem „analen Charakter“, der zwangsneurotischen Persönlichkeit, verwendet worden (Freud, 1908). Die Entstehung der neurotischen psychischen Struktur wird von Reich nun – im Rahmen der → Triebtheorie – über die „Panzerung“ des Charakters, einer Verfestigung der Abwehrformationen (→ Abwehrmechanismen) zum Schutz der Aufrechterhaltung der Funktion des → Ich, erklärt (Reich, 1933; → Persönlichkeitsstörungen). Im Rahmen der → Selbstpsychologie wird der Begriff des „Charakters“ heute als subjektives „Selbsterleben“, „Selbstempfinden“ der Person verstanden, das entwicklungspsychologisch mit der Bildung „organisierender Prinzipien von Erfahrung“ (→ Organizing principles) zusammenhängt.

Freud S [1908] (1982) Charakter und Analerotik. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VII: Zwang, Paranoia und Perversion. Frankfurt/M., Fischer, S 23–30

Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Gerhard Pawlowsky

Charakterpanzerung. → Panzerung; → Vegetotherapie, charakteranalytische.

Charakterstruktur (→ Bioenergetische Analyse). Von Alexander Lowen 1958 eingeführte Kategorisierung der körperlichen Erscheinungsform und der dazugehörigen Erlebens-, Ausdrucks- und Verhaltensmuster in eine schizoide, orale, psychopathische, masochistische und rigide Charakterstruktur. Er verbindet dabei Reichs These der funktionellen Identität mit dem Freudschen psychoanalytischen Entwicklungsmodell. Die Charakterstrukturen werden als spezifische Überlebens- und Bewältigungsstrategien verstanden, die sich un-

ter den gegebenen Umständen als der beste Kompromiß zwischen den phasenspezifischen Bedürfnissen des Individuums einerseits und den Bedingungen und Anforderungen der Umgebung (Mutter, Familie, Gesellschaft) andererseits herausgebildet haben. Schizoid: unsensible, ablehnende bis haßerfüllte Mutter führt zur Grundüberzeugung „Ich bin nicht willkommen, ich bin von Vernichtung bedroht“; führt zu Rückzug in eine geistige, abstrakte, intellektuelle Welt mit Spaltungstendenzen (Körpermuster: reißt sich zusammen, wirkt zusammengezogen und verkrampft). Oral: überforderte, selbst bedürftige Mutter führt zu Grundüberzeugung „Ich bekomme nicht genug“, führt zu anhänglichem bis anklammerndem Verhalten (Körpermuster: hält sich an, wirkt hoch aufgeschossen bei eher schwach entwickelter Muskulatur). Psychopathisch: kontrollierende oder verführerisch-manipulative Mutter führt zur Grundüberzeugung „Nur nicht die Kontrolle aufgeben“, führt seinerseits zu kontrollierendem und manipulierendem Verhalten (Körpermuster: hält sich oben, wirkt aufgeblasen durch überentwickelten Oberkörper). Masochistisch: liebevoll dominierende, Schuld und Scham vermittelnde Mutter führt zur Grundüberzeugung „Ich muß es anderen recht machen, um geliebt zu werden“, führt zu großer Belastungs- und Leidensfähigkeit (Körpermuster: hält innen, wirkt gedrunken, wie unter Druck stehend). Rigid: Liebe und Anerkennung der Eltern hängen von der Leistung ab, führt zu großer Verlässlichkeit und Leistungsbereitschaft (Körpermuster: hält zurück, wirkt gut proportioniert und integriert). Eine sehr ausdifferenzierte und erweiterte Beschreibung der bioenergetischen Charakterstrukturen findet sich bei Kurtz (1983). Kritisch anzumerken ist, daß diese Form einer Kategorisierung die konstitutionelle Komponente wenig berücksichtigt, zum Teil als sehr festlegend erlebt wird und auch → narzißtische Störungen und → Borderline-Persönlichkeitsstörungen im psychoanalytischen Sinne unberücksichtigt läßt.

Frank R (1977) Zur Rolle des Körpers in der Bioenergetischen Analyse. In: Petzold H (Hg), Die neuen Körpertherapien. Paderborn, Junfermann, S 62–89

- Kurtz R [1983] (1985) Körperzentrierte Psychotherapie: Die Hakomi-Methode. Synthesis, Essen
- Lowen A [1975] (1979) Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. Reinbek, Rowohlt
- Lowen A [1958] (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München, Kösel
- Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Otto Hofer-Moser

Charakterstruktur. → Charakter; → Vegetotherapie, charakteranalytische.

Charaktertypologien. → Charakter; → Vegetotherapie, charakteranalytische.

Charakterwiderstand. → Charakter; → Vegetotherapie, charakteranalytische.

Chunking (→ Neurolinguistisches Programmieren). Ein Prozeß, bei dem mentale Kategorien gebildet werden, die zueinander in übergeordneter, untergeordneter oder beigeordneter Beziehung stehen. Es werden Bausteine des Denkens gebildet, die miteinander logisch verknüpft sind oder unterschiedlich große „Informationsquanten“ darstellen. Chunking Up (Hinauf-Chunken) nennt man den Prozeß der Generalisierung. Es werden übergeordnete Begriffseinheiten gebildet, in denen die Ausgangseinheit enthalten ist (z. B. Automodell X → PKW → Kraftfahrzeug → Verkehrsmittel). Chunking Down (Hinunter-Chunken) wird der Prozeß der Präzisierung und der Spezifizierung genannt. Die neugebildeten Kategorien sind eine Teilmenge der Ausgangskategorie (z. B. Verkehrsmittel → Flugzeug → zweistrahliger Düsenjet → Verkehrsmaschine der Marke XY → spezifisches Modell der Marke XY). Chunking Laterally (Seitlich-Chunken) heißt analogisieren, d. h. Beispiele zur selben Kategorie finden (Apfel, Sorte 1 → Apfel, Sorte 2 → Apfel, Sorte 3 → Apfel, Sorte

4). Chunking ist keineswegs nur ein kognitiver Prozeß, sondern kann in beliebigen Kategorien des Denkens, Fühlens und Handelns und auch in den Dimensionen Raum, Zeit und Inhalt erfolgen. Chunking ist ein universelles Prinzip des Vernetzens von Information und erlaubt es, unterscheidbare Einheiten zu bilden und dadurch Unüberschaubares überschaubar zu machen. Es definiert Begrifflichkeiten und damit Untereinheiten einer Realitätskonstruktion und läßt somit eine „kommunikative Landschaft“ zwischen Kommunikationspartnern entstehen. Chunking strukturiert aber auch das innere Erleben. Die Art des Chunkings kann ein Denkstil eines Menschen sein (→ Metaprogramme). Praktische Anwendung findet Chunking in der Krisenintervention und im Konfliktmanagement und dient dort der Prioritätensortierung. Es erlaubt die Konstruktion von Lösungssystemen durch die Definition eines Lösungsraumes und die Dekonstruktion von Problemsystemen. Die spezifische Art des Chunkings kann ein Persönlichkeitsstrukturmerkmal sein, es kann auch zur Beschreibung der Phänomenologie psychischer Krankheiten herangezogen werden (Zwangserkrankungen, schizophrene Psychosen, Manie, → Depression).

Cameron-Bandler L, Lebeau M [1988] (1991) Die Intelligenz der Gefühle. Grundlagen der „Imperative Self Analysis“. Paderborn, Junfermann

Dilts R [1990] (1993) Die Veränderung von Glaubenssystemen. NLP & Glaubensarbeit. Paderborn, Junfermann

Helmut Jelem

CL-Dienste. → Konsiliar-/Liaison-Dienste in der Psychosomatik.

Co-Abhängigkeit (→ Sucht). Im psychosozialen Umfeld eines jeden Suchtkranken entwickelt sich mit einigen nahestehenden Personen ein Beziehungsmuster, das wesentliche Kriterien der wechselseitigen suchtartigen Abhängigkeit aufweist. Aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur und ihrer Verbindung zum Suchtkranken prä-

disponierte Personen unterstützen dabei unbewußt den Suchtkranken in seiner Abhängigkeit, indem sie direkt oder indirekt versuchen, die destruktiven Auswirkungen süchtigen Verhaltens zu verhindern. Dadurch erleichtern sie dem Süchtigen die Fortsetzung seines Verhaltens und unterstützen paradoxerweise die Sucht. Das Beziehungsmuster findet sich sowohl in privaten Beziehungen als auch in professionellen Kontakten. Co-Abhängigkeit entwickelt wie Sucht eine progrediente Dynamik. Die Rolle des (Primary oder Chief) Enablers (Suchtermöglicher): In Systemen mit Suchtkranken gibt es erfahrungsgemäß mindestens ein Mitglied, das dem Suchtkranken besonders nahesteht und daher besonders unter der Situation leidet. Grundlage dieses Beziehungsmusters ist eine Persönlichkeitsstörung bei der co-abhängigen Person, deren Merkmale Selbstwertprobleme des Helfers, die bewußt nicht eingestanden werden, sind. Der Selbstwert wird eng und dauerhaft verknüpft mit Bemühungen, eigene Gefühle und Verhaltensweisen und die der anderen Personen zu beeinflussen und zu kontrollieren; Defizite in der Entwicklung stabiler Ich-Grenzen, die sich in Störungen sowohl beim Zulassen von Nähe und Intimität, als auch bei Abgrenzung und Trennung zeigen; Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und zu erfüllen. Stellvertretend werden Bedürfnisse anderer befriedigt. Co-abhängige Personen zeigen mindestens drei der folgenden Merkmale: Störungen in der Wahrnehmung der Realität und der angemessenen Reaktion darauf, zum Beispiel wird nicht wahrgenommen, daß das eigene Handeln offensichtlich keine Verhaltensänderung beim Süchtigen bewirken kann; emotionale Beeinträchtigung (mit dramatischen Einbrüchen), → Depression, übermäßige Wachsamkeit, Zwänge, Ängste, Mißbrauch legaler und illegaler Rauschmittel, Leiden an stoffbezogenen Krankheiten. Die Dauer der Beziehung zum Suchtkranken beträgt mindestens zwei Jahre, ohne fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen, oder das Beziehungsmuster wird nach einer Trennung mit anderen Suchtkranken (zur intrapsychischen Stabilisierung der co-abhängigen Person) wieder aufgenommen.

Fengler J (1994) Tüchtige und Süchtige. Begegnung und Arbeit mit Abhängigen. München, Pfeiffer

Rennert M (Hg) (1990) Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. 2. Aufl. Freiburg, Lambertus

Schmiederer A (1992) Alkohol & Co. Mitgefangen in der Sucht – sich aus der Verstrickung lösen. Stuttgart, Trias

Renate Brosch

Coaching. Coaching ist eine Beratungsfunktion (Pechtl, 1989) und meint im Prinzip das gleiche wie → Supervision. Der Begriff Coaching ist in der Wirtschaft allgemein akzeptierter und nicht durch soziale Berufsfelder bzw. ausschließlich psychologische Konnotationen vorbelastet. Eine Begriffsherkunft aus dem Spitzensport ist bei Managern offenbar beliebter: der Coach als Partner für fachliche und emotionale Themen (Schreyögg, 1995). Coaching erfolgt als Einzelcoaching oder Gruppencoaching (Teamcoaching). Unter Einbindung eines Coaches wird das eigene berufliche Handeln reflektiert und dadurch weiterentwickelt. Coaching ist eine professionelle Begleitung von Personen, die in ihrer Arbeit „persönlich“ involviert sind, wie z. B. Führungskräfte und Kundenbetreuer. Durch Coaching betrachten sie ihre Arbeitssituation differenzierter, um aus der neu gewonnenen Distanz das eigene Handlungsrepertoire zu erweitern. Der Lerneffekt resultiert aus dem Unterschied zwischen Innen- und Außensicht. In diesem Verständnis ist Coaching ein Beratungsprozeß, der sich auf die einzelnen Funktionsträger in Verbindung mit der Person, ihren Grundsätzen und Werten, Funktionen und Rollen sowie der jeweiligen Organisation (Buchinger, 1997) bezieht. Die Gestaltung von Arbeitsbeziehungen und Veränderungsprozessen wird in einer globalen Welt immer mehr zu einer Schlüsselqualifikation von Managern. Hier kann Coaching Beiträge zur Entwicklung von Menschen in Organisationen leisten. Voraussetzung für Coaching-Tätigkeiten sind spezifische Ausbildungen für Supervision bzw. Organisationsentwicklung.

Buchinger K (1997) Supervision in Organisationen. Heidelberg, Carl Auer

Pechtl W (1989) Zwischen Organismus und Organisation. Linz, Veritas
Schreyögg A (1995) Coaching. Frankfurt/M., Campus

Hannah Rieger

Coming out. → Homosexualität; → sexuelle Orientierung.

Compliance (engl.: Einverständnis, Einhaltung, Einwilligung, Fügsamkeit, Nachgiebigkeit). In der Medizin wurde der Begriff eingeführt, um die Befolgung ärztlicher Anordnungen durch den Patienten zu bezeichnen. Dieses Problem wurde in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg immer deutlicher erkannt, als die modernen, biologisch spezifisch wirksamen Medikamente wie Antibiotika, Tuberkulostatika, Blutdruckmittel oder Psychopharmaka entwickelt wurden. Dadurch war eine spezifisch-biologische Behandlung der großen Volkskrankheiten möglich, der zu erwartende Behandlungserfolg aber war, wie man damals zu erkennen begann, von der entsprechenden „Compliance“ in der therapeutischen Beziehung abhängig. Der Begriff der Compliance fand früh Kritiker. Zum einen wurde das zugrundeliegende autoritäre Verständnis der Arzt-(Therapeut-)Patientenbeziehung kritisiert, zum anderen, daß damit meist nur eine Outcomevariable als Ergebnis eines therapeutischen Prozesses verstanden wird und nicht der komplexe sozialpsychologische Prozeß, der mit einer ärztlichen Anweisung verbunden ist bzw. schon vorher beginnt und mit deren Befolgung endet. Linden (1979) definierte deshalb Compliance als „Grad der Therapieoptimierung“, um die sich Arzt (Therapeut) und Patient gleichermaßen zu bemühen haben; er schlägt geradezu eine „Therapie der Compliance“ vor, wobei insbesondere die unterschiedlichen Krankheitskonzepte auf beiden Seiten zu berücksichtigen sind. Lindens Vorschlag hätte, weiter gedacht, eine „Psychotherapie der Compliance“ zur Folge – unbewußte Motive der Arzt-(Therapeut-)Patienten-Beziehung unter besonderer Berücksichtigung der Helferpathologie einzubeziehen (→ Psychodynamik

der Medikamente). In letzter Zeit wurden wesentliche Aspekte des Compliance-Problems auch unter den Stichworten Pharmakoepidemiologie, Pharmakoökonomie, Qualitätssicherung, Lebensqualität (Quality of life) und Psychoedukation abgehandelt.

Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL (Eds) (1982) Compliance-Handbuch. München, Oldenbourg

Linden M (1979) Therapeutische Ansätze zur Verbesserung von „Compliance“. Nervenarzt 50: 109–114

Meißel T (1996) Unbewußte Motive im Complianceverhalten bei der Behandlung mit Psychopharmaka. In: Möller H-J, Kapfhammer H-P (Hg), Interaktion von medikamentöser und psychosozialer Therapie in der Psychiatrie. Linz, Edition pro mente, S 79–98

Theodor Meißel

Computer-Abhängigkeit (→ Sucht; → Suchttherapie). Jede neue Technologie provoziert sowohl Heils- als auch Schreckensvisionen. Besonders von PCs und ihrer Vernetzung zum Internet werden perfekte Kommunikation, Demokratisierung, digitale Befreiung erhofft oder totale Kontrolle, Vereinsamung und Dehumanisierung befürchtet. Die Faszination des Computers dürfte in seiner universellen Einsetzbarkeit liegen, in seiner flexiblen Programmierbarkeit, die Computerprozesse in gewisser Weise von der realen Welt loslösen. Der Einstieg in den sogenannten Cyberspace ermöglicht damit einen technischen Weg des Ausstiegs und der Selbstauflösung. Computerspezifische Gefahren der Abhängigkeitsentwicklung gibt es wahrscheinlich nicht (nicht-substanzgebundene Abhängigkeit). Computerspiele stoßen bei Eltern oft auf heftige Ablehnung. Ob exzessives Computerspielen eine Reduktion von Vitalität, Antrieb, Belastbarkeit und emotionale Abstumpfung hervorruft, oder ob andere soziale, familiäre oder intraindividuelle Probleme zu den genannten Veränderungen führen, bleibt derzeit ungewiß (→ Internet-Abhängigkeit; → Cybertherapie).

Brosch W (1993) Machen Computer süchtig? In: Brosch R, Juhnke G (Hg), Sucht in Österreich. Wien, Orac, S 181–184

Werner Brosch

Constructive Psychotherapy (→ Verhaltenstherapie). Neue Entwicklungsrichtung der → Kognitiven Verhaltenstherapie, die auf den Prinzipien des → Konstruktivismus basiert (Mahoney, 1995). Konstruktivismus betont fünf miteinander in Beziehung stehende Bereiche: 1. die zentrale Bedeutung der menschlichen Aktivität (nicht passives Reagieren auf Manipulation durch „äußere Kräfte“, sondern „proaktives“ Handeln); 2. die andauernde Schaffung „persönlicher Wirklichkeiten“ (organisierte Muster von wahrgenommener Ordnung und bedeutsamen Beziehungen); 3. die einzigartige und komplexorganisierte Individualität der Person, die 4. innerhalb sozialer und symbolischer Kontexte (z. B. Sprache) entsteht; 5. dialektische und dynamische Entwicklungsprozesse fordern das Individuum heraus, sich lebenslang um Schutz, Entwicklung und Differenzierung der eigenen Person sowie der Prozesse, durch die man sein Leben organisiert, zu bemühen. Kreativität und Emotionalität des Therapeuten sowie das Experimentieren in der Therapie (Aufforderung zum Anders-Handeln, Neues Ausprobieren) sind neben besonderen Therapietechniken wie z. B. „mirror time“ (Selbstkonfrontation vor dem Spiegel) von grundlegender Bedeutung. Es handelt sich um ein Modell, das über den traditionellen Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie weit hinausgeht, indem auf einer konstruktivistischen Basis ein dynamisches Selbstkonzept des Individuums und dessen Entwicklung im Mittelpunkt steht.

Mahoney MJ (1993) Introduction to special section: theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 187–193

Mahoney MJ (1995) *Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research and practice*. New York, Springer

Gerhard Lenz

Containing. Begriff, der von Bion (1962) eingeführt wurde und eng an Melanie Kleins Bezeichnung der → projektiven Identifikation angelehnt ist. Das Konzept des Containments, die Behälter-Funktion, bezieht sich in der Therapie auf die Fähig-

keit des Analytikers, die Projektionen des Patienten aufzunehmen, ohne sie auszuagieren, und sie dem Patienten in einer verdaulichen Form wiederzugeben. Das wird durch den Vorgang der Reverie, des träumerischen Ahnungsvermögens auf Seiten des Analytikers, ermöglicht. Damit ist die Gemütsverfassung gemeint, in der sich auch eine Mutter befindet, wenn sie versucht, die panische Angst ihres Babys zu lindern. Das Ich entwickelt sich durch → Introjektion der durch die Mutter modifizierten Ängste. Gleichzeitig introjiziert das Baby ein → Objekt, das in der Lage ist, mit seiner Angst umzugehen, was es ihm durch die → Identifikation mit der Mutter ermöglicht, selbst mit seiner Angst fertig zu werden. Der Analytiker nimmt in diesem Bild eine dynamische Funktion ein, da er aktiv Verdauungsarbeit der unerträglichen Gefühle leistet und nicht lediglich als Projektionsfläche dient. Diese Haltung wird insbesondere von Objektbeziehungstheoretikern vertreten (→ Objektbeziehungstheorie). Winnicott (1967) beschreibt die Spiegelung des Säuglings im Gesicht der Mutter als eine Möglichkeit für das Kind, sich mit seinen eigenen inneren Zuständen vertraut zu machen, bezieht sich jedoch im Gegensatz zur kleinianischen Schule der projektiv/introjektiven Prozesse auf den visuellen Aspekt. Ein enger Zusammenhang besteht hier zu Lacans Spiegelstadium (Lacan, 1949).

Bion WR (1997) *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt/M., Suhrkamp

Lacan J (1949) Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion. In: Lacan J (1966), *Schriften* I. Hg. von Haas N. Olten, Walter, S 61–70

Winnicott DW (1967) Mirror-role of mother and family in child development. In: Lomas P (Ed), *The predicament of the family*. London, Hogarth, pp 77–98

Winnicott DW [1971] (1979) Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In: Winnicott DW, *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart, Klett-Cotta, S 128–135

Eva Wolfgram

Coping. → Krankheitsverarbeitung.

Copingreaktion (aus Sicht der → Existenzanalyse). Ein zunehmend öfter verwendeter Begriff zur Bezeichnung reflexartiger, automatisch ablaufender Schutz- und situativer Bewältigungsreaktionen. Sie haben Abwehrfunktion auf der psychischen Ebene (→ Anthropologie, existenzanalytische), durch welche die Voraussetzungen des Existierens bewahrt bzw. geschaffen werden (→ Psychodynamik, existenzanalytische). Der Einsatz der Copingreaktionen erfolgt entsprechend der Störbereiche in den personal-existentiellen → Grundmotivationen und/oder entsprechend der Persönlichkeit und weist daher psychopathogenetische Spezifität auf. Zu unterscheiden sind ängstliche, depressive, hysterische und dependente Copingreaktionen, die jeweils eine Hauptreaktion, eine paradoxe Reaktion, ein Aggressionsmuster und ein dem Totstellreflex analoges Verhaltensmuster umfassen (vgl. die Übersichtstabelle unten).

Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 15(1): 16–27

Längle A (1998) Ursachen und Ausbildungsformen von Aggression im Lichte der Existenzanalyse. Existenzanalyse 15(2): 4–12

Alfried Längle

Core-Energetik. Körperpsychotherapeutischer Ansatz, der von John Pierrakos begründet wurde. Pierrakos entwickelte gemeinsam mit A. Lowen die → Bioenergetik. Nach der Trennung von Lowen nannte er seinen Ansatz Core-Energetik und integrierte darin die spirituelle Dimension. Das zeigt sich im Menschenbild, wenn folgende Ebenen des Menschseins angegeben werden: Körper und Energie, Gefühle, Wille, Geist, höheres (oder spirituelles) Selbst. Pierrakos entwickelt die Konzepte der Core-Energetik im Spannungsfeld von zwei essentiellen Kategorien: Energie und Bewußtsein. In seinen energetischen Untersuchungen beschränkt er sich nicht nur auf die im Körper vorhandenen Energieströme, sondern berücksichtigt auch die menschliche Aura, in der er diagnostische Kriterien erkennt. Die Persönlichkeit wird auf der Basis eines dreischichtigen topischen Modells beschrieben: Die Maske (sozial angepasste und nach außen präsentierte Fassade), das niedere Selbst (Lower Self, Ebene von reaktiven negativen Gefühlen wie Wut, Haß, Eifersucht, Gier etc.) und das Core oder höhere Selbst (Higher Self, innerster Kern der Persönlichkeit, Sitz der primären Gefühle). Mit der Charaktertypologie (→ Charakter) beschreibt Pierrakos die Ausprägung von bestimmten Mustern in den Abwehrmechanismen. Er untersucht

Tabelle. Überblick über die Copingreaktionen in der Theorie der Existenzanalyse (A. Längle)

Grundmotivation	Grundbewegung (Vermeidungsversuch)	Paradoxe Bewegung (Bewältigungsversuch)	Abwehrdynamik (Aggressionstyp)	Totstellreflex (Überwältigungserleben)
1.GM = ängstlich	Fliehen	Ankämpfen	Haß (Destruktion)	Lähmung
2.GM = depressiv	Rückzug	Leisten/Entwerten	Wut (Beziehungssuche)	Erschöpfung Resignation
3.GM = hysterisch	Auf Distanz gehen	Aktivismus (Überspielen)	Zorn, Ärger (Abgrenzung)	Dissoziation (Spaltung, Leugnung)
4.GM = dependent	Provisorische Lebenshaltung	Idealisierung	Trotz/ Fanatismus (Verweigerung)	Nihilismus

die in den Typen zusammengefaßten entwicklungspezifischen Störungen nach ätiologischen Kriterien und gibt psychische und körperliche Merkmale sowie Muster im Sexualverhalten an. Besondere Berücksichtigung finden auch die kognitiven Grund- oder Erwartungshaltungen („Belief Systems“), die mit einer spezifischen Charakterstörung einhergehen. Die Core-Energetik bleibt aber nicht bei den Störungen stehen, sondern beschäftigt sich auch mit den menschlichen Potentialen und den sich daraus ergebenden möglichen Aufgaben für eine befriedigende Lebensentwicklung. Der therapeutische Prozeß wird in vier Phasen beschrieben: 1. Das Durchdringen der Maske; 2. die Befreiung des niederen Selbst; 3. Zentrierung im höheren Selbst und 4. die Enthüllung des Lebensplans. In jeder Phase werden auch körperliche Aspekte durch entsprechende motorische und szenische Übungen in die Therapie integriert. Core-Energetik-Therapie wird sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting angewendet.

Leites A (1977) The modifiers: an additional approach to characterology. *Energy & Character* 8(3): 45–50

Pierrakos J (1977) Core Energetics, Part 1. *Energy & Character* 8(3): 13–23

Pierrakos J (1978) Core Energetics, Part 2. *Energy & Character* 9(1): 14–20

Pierrakos J (1987) Core Energetik. Essen, Synthesis

Gerhard Lang

Co-Therapie, Co-Therapeut. → Gruppenpsychotherapie; → Mehrfachtherapie; → Setting; → Reflektierendes Team.

Couch(lage). Die Couchlage hat eigentlich die → Psychoanalyse populär gemacht. Das ging soweit, daß man die Couch mit dem analytischen Setting identifizierte. Freud (1913) formulierte bereits früh, er halte an dem Rat fest, den Kranken auf einem Ruhebett lagern zu lassen, denn er wolle nicht, daß seine Mienen dem Patienten zu Deutungen Anlaß geben und ihn beeinflussen. Hingegen bezeichnete C.G.

Jung es als verfehlt, den Kranken liegen zu lassen, und dies sogar ohne Blickkontakt mit dem Analytiker. Man sehe dann nämlich im Analysanden eher den Kranken anstelle des Partners. Freud allerdings fand, daß eine heilsame → Regression eigentlich nur in der Liegehaltung möglich, die → Grundregel besser einzuhalten sei und die Assoziationen freier fließen würden. Dazu kam ein persönliches Motiv, nämlich die Entlastung des Therapeuten von der wachen und kontrollierenden Präsenz des sitzenden Gegenübers sowie die Bannung der Gefahr einer Ableitung des Gesprächs in nutzlose Banalitäten. Die Patienten sollten sich jeden ablenkenden Sinneseindruck ersparen, sich körperlich möglichst entspannen und gleichzeitig motorisch immobilisieren, dies selbst dann, wenn sie sich dagegen sträubten. M. Boss verweist zudem auf die aufgehobene Hierarchie zwischen dem kopfmäßigen und dem übrigen Leib, wie wir es vom Alltag her kennen. Nach A. Hicklin läßt zudem die Couchlage wie kein anderes Arrangement den Patienten dazu ein, im gemeinsamen Beziehungsraum mit dem Analytiker immer bei sich selbst und doch in Beziehung zu bleiben. Auf der Couch werde der Patient zur selbstbestimmenden Hauptperson; der Therapeut sei dabei nicht der Überlegene und Besserwissende, sondern der Gewährende, der auf die Fähigkeiten des Patienten Vertrauende, der diesem Raum und Freiheit einräumt (→ Daseinsanalyse).

Boss M (1979) Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse. Wien, Europaverlag

Freud S [1913] (1982) Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 181–203

Hicklin A (1995) Wie wirkt Psychotherapie. Daseinsanalyse 12: 145–154

Jung CG (1958) Praxis der Psychotherapie. GW, Bd. 16, Zürich, Rascher

Heidy Brenner

Cross-Cultural Communication. Kommunikation zwischen Personen verschiede-

dener kultureller und sozialer Herkunft. In der Tradition des → Personenzentrierten Ansatzes (PZA) wurde diese im Rahmen von → Encountergruppen und Workshops verschiedener Größe, aber auch in Veranstaltungen zur Bearbeitung aktueller politischer Konflikte praktiziert und erforscht. Mit dem wachsenden Interesse an Großgruppenphänomenen ab den späten 60er Jahren wurden Fragen des Einflusses des kulturellen und sozialen Hintergrundes auf die Begegnung von Person zu Person immer wichtiger, und ab den späten 70er Jahren wurden Workshops speziell zu dieser Thematik in allen Erdteilen veranstaltet. In großen internationalen Gruppen (z. B. Cross-Cultural Communication Workshops mit bis zu 400 Teilnehmern) entsteht ein Spannungsfeld zwischen politischer und sozialer Kultur des Gastgeberlandes und politischer und sozialer Kultur der Workshopsteilnehmer, in welchem sich im Zuge des Gruppenprozesses Grundfragen des Menschseins thematisieren. Hierbei hat jeder Teilnehmer prinzipiell die Chance, seinen persönlichen Fragestellungen nachzugehen, damit einerseits als Person gehört zu werden und andererseits Einfluß auf die Entwicklung der Kultur des Workshops zu nehmen. Die Bandbreite der so gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen reicht – laut Befragung von Teilnehmern – von privat/persönlichen bis hin zu gesellschaftspolitischen bzw. politischen. Neben C. Rogers, der unter anderem Gruppen in Nordirland und Südafrika leitete, haben sich viele seiner Mitarbeiter (Ch. Devonshire, V. Henderson, J. K. Wood u. a.) in verschiedenen nationalen und internationalen Programmen (z. B. Center for Cross-Cultural Communication in Dublin, European Learning Programm, diverse Universitäten in Südamerika und Japan) mit multi-/interkultureller Kommunikation im Personenzentrierten Ansatz praktisch und theoretisch auseinandergesetzt.

- Frenzel P, Wascher W (Hg) (1994) Der personenzentrierte Ansatz und multikulturelle Kommunikation. Ein internationaler Überblick, Bd. III. Linz, Edition Sandkorn
- McIluff E, Coghlan D (Eds) (1991) The person-centered approach and cross-cultural communication. An international review, vol. I. Linz, Edition Sandkorn

- Rogers CR [1977] (1978) Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung, München, Kindler [bes. Kap. 7 und 8]
- Wood JK (1988) Menschliches Dasein als Miteinandersein. Gruppenarbeit nach personenzentrierten Ansätzen. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Werner Wascher, Christine Weixler

Cybertherapie (Psychotherapie und Internet). Schlagworthafte zusammenfassende Bezeichnung für psychotherapienahе bzw. prä-psychotherapeutische „virtuelle“ Kommunikationsformen und Angebote im Internet, die sich seit dem Aufkommen grafischer Benutzeroberflächen (1993) und dem damit einhergegangenen exponentiellen Wachstum des Internet verbreitet haben. Sie können analog zur Entwicklung der Tele-Medizin sowie als Erweiterung und Ergänzung bestehender psychosozialer Versorgungsangebote (v. a. Beratung, Seelsorge und → Krisenintervention über Telefondienste) gesehen werden (Huang & Alessi, 1996; Seemann & Soyka, 1999), wobei Formen von „Tele-Psychotherapie“ schon in den Frühzeiten der Psychotherapie lokalisierbar sind: z. B. hat Freud den Patienten einer seiner bekanntesten Fallgeschichten („Der kleine Hans“) ausschließlich über Notizen und Briefe des Vaters analysiert. Andererseits werden mit „Cyber-Brillen“ erzeugte virtuelle therapeutische Umgebungen bei der Face-to-Face-Behandlung spezifischer Phobien (Flugangst, Höhenangst, Tierphobien) sowie für Entspannungs-, Meditations- und Hypnosetechniken bereits eingesetzt. „Cybertherapie“-bezogene Inhalte des Mediums Internet können in Online-Informationsmaterialien (Informationen zur Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Psychiatrie, Therapieankündigungen bzw. „virtuelle Praxisschilder“, Selbsthilfe-Materialien und -Diagnostika) sowie Online-Kommunikationsszenarien (internet-basierte Selbsthilfegruppen, Beratung, Psychotherapie) unterteilt werden (Döring, 1997: 422). Internet-basierte Selbsthilfegruppen zu verschiedensten Themen sind sowohl über den Internet-Dienst Usenet („Newsgroups“) realisiert (asynchrone, d. h. zeitverzögerte,

themengebundene E-Mail-Diskussionsgruppen, vergleichbar einem „Schwarzen Brett“ bzw. einer Fachzeitung, welche ausschließlich aus Leserbriefen besteht), als auch über den Internet-Dienst IRC („Internet Relay Chat“, „Chatrooms“; synchrone, d. h. in Echtzeit stattfindende, schriftliche Online-Diskussionen bzw. -Gespräche in themengebundenen „Channels“), während internet-basierte Beratungsangebote (Online-Counseling) bislang vornehmlich auf kostenpflichtige E-Mail-Ratschläge (Advices) und Chat-Sprechstunden von Therapeuten beschränkt sind (Geddes, 1997; Rothchild, 1997). Die Entwicklung eigenständiger – wissenschaftlich begründeter und evaluierter – internet-basierter Psychotherapieformen („Cybertherapie“ im engeren Sinn), mit genuinen Settings, therapeutischen Beziehungsformen und Interventionsmethoden, ist absehbar (z. B. PC-Bildtelefon, virtuelle Gruppentherapien), jedoch noch ausständig (problematisch erscheint hierbei insbesondere eine Online-Diagnostik psychischer Störungen). Die bestehenden psychotherapienahen internet-basierten Angebote (Beratung via E-Mail und IRC) weisen bezüglich des vorherrschenden Interaktionsstils Ähnlichkeiten zur → Klientenzentrierten Psychotherapie auf, bezüglich des Umstandes, daß sie (tagebuch- bzw. therapieprotokollartige) Artefakte produzieren, Ähnlichkeiten mit den Kreativen Therapien (Döring, 1997: 449), während Rahmenbedingungen und Interaktionsabläufe im Internet-Applikationstyps MUD – insbesondere in Selbsthilfe-MUDs – („Multi User Dungeon“; Abenteuer-Spiel-Umgebungen in Form von „virtuellen Treffpunkten“, in denen mehrere bis viele Teilnehmer sogenannte „Avatars“, Charaktere bzw. Spiel-Identitäten mit bestimmten Fähigkeiten, einnehmen und in Echtzeit kommunizieren, spielen, Rätsel lösen etc.) Anklänge an das → Psychodrama aufweisen (ebd.: 443). Die Vorteile von „Cybertherapie“ liegen in der Niederschwelligkeit des Angebots, in der leichten Inanspruchnahme auch durch Immobilitäts- oder Gehandicapte (Bettlägerige, Körperbehinderte, Taube, Stumme), in der Möglichkeit schützender Anonymität, in der persönlichen Distanz (die für die thera-

peutische Abstinenz sowie bei tabuisierten Themen förderlich sein kann), in der Möglichkeit zu zeitversetzten und auch Echtzeit-Interaktionen, in der kompletten Dokumentierbarkeit des Interaktionsverlaufs und in dem Phänomen der Fokussierung auf wesentliche Inhalte bei schriftlicher therapeutischer Interaktion. Nachteile und Risiken sind die noch fehlenden gesetzlichen Grundlagen und Standesregeln, die möglichen Folgen der weitgehenden Unüberprüftheit der Anbieter und angebotenen Inhalte (z. B. Kunstfehler, unseriöse bzw. falsche Informationen, riskante Interventionen, Einflußnahmen aus dem Sekten-, Esoterik- und New Age-Bereich), diverse Probleme des Daten- und Persönlichkeitsschutzes (Mißbrauch sensibler Daten, Unsicherheit der Datenübertragung, Mißbrauch von – internet-typischen – Alias-Identitäten), die aufgekommene unkontrollierte Verbreitung von Psychopharmaka und auch Drogen(rezepten) über das Internet sowie finanzielle Kostenfaktoren und mögliche Steigerung sozialer Isolation auf Seiten der Klienten.

- Döring N (1997) Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In: Batinic B (Hg), Internet für Psychologen. Göttingen, Hogrefe, S 421–458
- Geddes JA (1997) Consultation and counseling via e-mail. Canadian Medical Association Journal 156(4): 484–485
- Huang MP, Alessi NE (1996) The Internet and the future of psychiatry. American Journal of Psychiatry 153(7): 861–869
- Janssen L (Hg) (1998) Auf der virtuellen Couch. Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Rothchild E (1997) E-Mail therapy. American Journal of Psychiatry 154(10): 1476–1477
- Seemann O, Soyka M (1999) Psychiatrie und Psychotherapie im Internet. Eine aktuelle Übersicht. Nervenarzt 70(1): 76–80

Martin Voracek

- D -

Dämon, innerer (→ Transaktionsanalyse). Das menschliche Schicksal, das im → Skript festgelegt wird, bestimmen nach Berne (1983) vier gewaltige Kräfte: der Innere Dämon, die elterliche Erziehung, das äußere Schicksal und die individuellen Wünsche und Sehnsüchte. Der Innere Dämon ist jener selbstdestruktive archaische Persönlichkeitsanteil, der die Entfaltung und Entwicklung des individuellen Potentials sabotiert. Seine Existenz relativiert die anthropologischen Ideale des OK-Seins (→ Grundeinstellungen) und der Autonomie. Der Innere Dämon ist einer der ältesten Persönlichkeitsanteile und dürfte seinen Ursprung in pränatalen oder frühen postnatalen Erfahrungen haben. Er kann als eine Substruktur im → Ich-System aufgefaßt werden, läßt sich aber nicht mit einem → Ich-Zustand gleichsetzen.

Berne E [1972] (1983) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt/M., Fischer

Christoph-Lemke C, Rath I, Springer G (1995) Das Paradigma der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 1(1-2): 13-42

Ingo Rath

Dasein. Die → Daseinsanalyse leitet ihre anthropologische und therapeutische Bestimmung vom Begriff „Dasein“ ab. Als Dasein bezeichnete Heidegger den Wesensgrund des Menschen, aus dem er zu existieren (→ Ek-sistenz) vermag. Dasein ist gleichbedeutend mit dem In-der-Welt-sein und mit der Ek-sistenz, nämlich der Offenständigkeit für das Vernehmen von Bedeutsamkeiten und Verweisungszusammenhängen. Damit soll klar gemacht werden, daß sich das Menschliche nicht vom Biologischen oder vom Sozialen her defi-

niert, sondern vom Seinsverständnis (→ Sein) her auszulegen ist. Das Dasein wird als dasjenige Seiende expliziert, dessen Seinsweise das Fragen nach dem Sinn von Sein zu eigen ist. Als der „der Lichtung des Seins Ausgesetzte“ steht der Mensch in das Da hinaus (wobei dieses „Da“ nicht eine Ortsangabe ist, sondern den ganzen offenkundigen Weltbereich umfaßt), indem er die ihm entgegenkommende Zuweisung in die Sorge nimmt (→ Fürsorge). In diesem Daseinsbegriff kann an Thomas von Aquins „actus essendi“, Hölderlins „Innigkeit“ und Rilkes „Weltinnenraum“, jenem Herzraum des „weltischen Daseins“, gedacht werden. In seiner „Analytik des Daseins“ bestimmte Heidegger die Seinscharaktere des Daseins als → Existenzialien. Daß das Fragen nach dem Sinn von Sein und der Anspruch, das Seiende in seinem Sein zu begreifen, von eminenter therapeutischer Bedeutung ist, zeigt sich im besonderen in den analytischen Therapien, wo unter anderem und oft entscheidend nach dem Sinn der eigenen Existenz gefragt wird. Zur ontologischen Auslegung (→ Ontologie) des Daseins als eines Ganzen gehört schließlich das Sein zum Tode, wie es Heidegger bestimmte: Den Tod in seinem Wesen vermögen, heißt „sterben können“. Das Sterblichsein ist demnach ein tragender Wesenszug des menschlichen Daseins, der sinngebend in das Existieren hineingenommen wird. Diese Auffassung ist im besonderen für eine daseinsanalytische Sterbebegleitung von außerordentlicher Relevanz.

Condrau G [1989] (1998) Daseinsanalyse. Philosophisch-anthropologische Grundlagen. 2. Aufl. Dettelbach, J.H. Röll
 Heidegger M [1927] (1931) Sein und Zeit. 3. Aufl. Halle, Niemeyer
 Heidegger M (1987) Zollikoner Seminare. Hg. von Boss M. Frankfurt/M., Klostermann

Heidegger M (1994) Prolegomena zur Geschichte des Zeitbegriffs. Gesamtausgabe Bd. 20. Frankfurt/M., Klostermann

Heidegger M (1996) Einleitung in die Philosophie (1928/29). Gesamtausgabe Bd. 27. Frankfurt/M., Klostermann

Walter Fritzsche

Daseinsanalyse. Gründet in der Daseinsanalytik des deutschen Philosophen Martin Heidegger und damit in dessen philosophisch-phänomenologischem Aufweis der Existenz des Menschen als Offenheitsbereich des → Daseins allem Begegnenden gegenüber. Das heißt, daß das menschliche Dasein grundsätzlich offen und frei ist, alles unverstellt wahrzunehmen, was sich in seinem Bedeutungsgehalt von selbst her zu erkennen gibt, in seinem Wesen aber oft verborgen bleibt und hermeneutisch erschlossen werden muß (→ Daseinsanalytische Hermeneutik). Eine solche Wesensschau des Menschen führt notwendigerweise zu einer neuen Anthropologie, das heißt zu einer Wissenschaft, die sich von einer rein naturwissenschaftlich-biologischen Reduktion wie auch von metapsychologischen Spekulationen abhebt. Dies hat Konsequenzen für die Therapie. Einerseits kann die Daseinsanalyse als eine Weiterentwicklung der Psychoanalyse betrachtet werden, beispielsweise im äußeren Setting. Große Unterschiede andererseits zeigen sich in bezug auf die Deutung von Symptomen, Verhalten und Träumen. Sie geht phänomenologisch vor, verzichtet auf kausal-genetische Deutungen, um dafür intensiver nach dem Sinn- und Bedeutungsgehalt der beobachteten Phänomene (→ Phänomenologie) zu forschen. Die Daseinsanalyse verdankt ihre Entstehung und Entwicklung den geistigen Erneuerungen, die auf die beiden Weltkriege folgten. Im Bereiche der Psychiatrie entstand in den 20er Jahren eine Bewegung, die, teils durch die Auseinandersetzung mit der Freudschen → Psychoanalyse, teils durch ein wissenschaftliches Unbehagen über die traditionelle, systematisierende klinische Psychopathologie ausgelöst, nach einem neuen Grundlagenverständnis menschlicher Existenz und deren Störungen forschte. Ludwig

Binswanger (1881–1966) ist der eigentliche Begründer der daseinsanalytischen Psychiatrie. Nach Auseinandersetzungen mit der Psychoanalyse Sigmund Freuds war Binswanger bereits in entscheidender Weise von den Werken Martin Heideggers, besonders von dessen 1927 veröffentlichter Schrift „Sein und Zeit“ beeinflusst. Nach dem Zweiten Weltkrieg entstand in Zürich eine von Binswanger abweichende Schule der Daseinsanalyse, deren primäres Anliegen die praxisbezogene Anwendung des Denkens Heideggers in der Neurosenlehre und Psychotherapie war. Medard Boss (1903–90) war es gelungen, Heidegger persönlich für die Belange der Psychotherapeuten zu interessieren und zur Teilnahme am Ausbildungsprogramm derselben zu bewegen (→ Zollikoner Seminare). Die „Zürcher Schule“ der Daseinsanalyse wurde durch M. Boss, G. Condrau und V. Gampfer vertreten. 1970 wurde die „Schweizerische Gesellschaft für Daseinsanalyse“ und 1991 die „Internationale Vereinigung für Daseinsanalyse“ (IVDA) gegründet.

Boss M (1975) Grundriß der Medizin und der Psychologie. 2. Aufl. Bern, Hans Huber

Boss M, Condrau G (1973) Die Daseinsanalyse in der Zürcher Psychiatrie von heute. Rückblick und Ausblick. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 112: 21–30

Braun HJ, Herzog M, Holzhey-Kunz A (Hg) (1992–94) Ludwig Binswanger. Ausgewählte Werke. Heidelberg, Asanger

Condrau G [1989] (1998) Daseinsanalyse. Philosophisch-anthropologische Grundlagen. 2. Aufl. Dettelbach, J.H. Röll

Condrau G (1992) Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Bern/Freiburg, Hans Huber/Universitätsverlag

Heidegger M [1927] (1957) Sein und Zeit. 8. Aufl. Heidelberg, Niemeyer

Heidegger M (1987) Zollikoner Seminare. Hg. von Boss M. Frankfurt/M., Klostermann

Gion Condrau

Daseinsanalytische Hermeneutik (→ Daseinsanalyse; → Hermeneutik). Anknüpfend an W. Diltheys methodischen Begriff des Verstehens, insbesondere aber Heideggers Hermeneutik des menschlichen → Daseins, entwickelte zuerst Ludwig Bins-

wanger ab 1930 eine daseinsanalytisch fundierte Hermeneutik psychischer Krankheitsbilder, die meist als phänomenologisch-anthropologische Forschungsrichtung der Psychiatrie charakterisiert wird, in Wahrheit aber eine Verbindung von phänomenologischer Deskription und Hermeneutik darstellt. Der hermeneutische Anteil ist dabei von besonderem Interesse, weil jeder verstehende Zugang zu psychopathologischen Phänomenen die Grenzen psychiatrischen Denkens sprengt. Binswanger geht davon aus, daß psychotische Symptome trotz ihrer manifesten „Verrücktheit“ als Teile eines verborgenen Sinngehalts verstehbar sind; er meidet konsequent den Begriff der Krankheit, weil dieser von vornherein die psychotischen Phänomene nur als Defizite faßbar werden läßt. In Anwendung eines Heideggerschen Konzeptes versucht Binswanger, alle psychotischen Symptome als Teile eines spezifisch abgewandelten Weltentwurfes verständlich zu machen. Seine Hermeneutik beansprucht, mit dem Weltentwurf zum tiefsten Grund vorzudringen, der alles Psychische und damit auch die von Freud entdeckten unbewußten Konfliktzusammenhänge bestimmt. Weil auf die je zugrunde liegende Struktur des Weltentwurfes bezogen, ist diese Hermeneutik weder auf sogenannte einfühlbare pathologische Verhaltensweisen beschränkt, noch an die Einfühlungsfähigkeit des Interpreten gebunden. Neuerdings liegt von Holzhey-Kunz eine existenzial-ontologische Hermeneutik psychopathologischer Phänomene vor, die eine Verbindung zur Psychoanalyse Freuds herstellt.

Binswanger L [1926] (1946) *Erfahren, Verstehen, Deuten in der Psychoanalyse*. In: Binswanger L, *Ausgewählte Werke*, hg. von Braun HJ, Bd. 3. Über die daseinsanalytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Heidelberg, Asanger, S 231–257

Binswanger L [1936] (1947) *Freuds Auffassung des Menschen im Lichte der Anthropologie*. In: Binswanger L, *Vorträge und Aufsätze*. Bern, Francke, S 159–217

Holzhey-Kunz A (1994) *Leiden am Dasein. Die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene*. Wien, Passagen

Defensive Strukturen. → Psychisches Defizit; → Selbstpsychologie.

Defizit, psychisches. → Psychisches Defizit; → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie.

Deflektion. → Kontakt; → Prozessuale Diagnostik (in der → Gestalttherapie).

Delegation. Das Konzept wurde von Boszormenyi-Nagy (1973) entwickelt und der Begriff von Helm Stierlin (1974) im Rahmen einer Mehrgenerationen-Familientherapie in die → Systemische Familientherapie eingeführt. Der Begriff stammt von dem lateinischen Wort *de-legare* („aus-senden“, „mit einer Aufgabe betrauen“) und beschreibt ein Beziehungsmuster zwischen Generationen. Es werden Vermächtnisse, Erwartungen und Wünsche von Großeltern zu Eltern und von Eltern zu Kindern weitergegeben. So können im Delegierten über Generationen Ressourcen, Stärken, aber auch Stressoren und Konflikte sowohl auf der physischen, psychischen und geistigen Ebene mobilisiert werden. Stierlin (1974) beschreibt im Heidelberger familiendynamischen Konzept Aufträge vorwiegend im Dienste des Es, Ich oder Überich des Delegierenden. Wenn Delegationen mit den Begabungen, Wünschen, Ideen, den physischen Ausstattungen eines Kindes kompatibel sind und die Autonomie respektiert wird, werden sie als Ressourcen fungieren. Ist dies aber nicht der Fall, kann es zu Überforderungen und Konflikten kommen. Solche durch Delegationen entstandenen Konflikte zu entdecken und aufzulösen, ist im Rahmen einer → Familientherapie möglich.

Boszormenyi-Nagy I, Spark G (1981) *Unsichtbare Bindungen*. Stuttgart, Klett-Cotta

Stierlin H [1974] (1977) *Eltern und Kinder*. Frankfurt/M., Suhrkamp

Stierlin H (1978) *Delegation und Familie*. Frankfurt/M., Suhrkamp

Alice Holzhey-Kunz

Hildegard Katschnig

Delirium tremens. Das Delirium tremens gehört zu den organischen Durchgangssyndromen, die im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit als metaalkoholische Psychose auftreten können. Dieses Syndrom ist durch Desorientiertheit, Unruhe, Halluzinationen und vegetative Dysfunktionen gekennzeichnet. Es wurde erstmals 1813 von Pearson und Sutton beschrieben. Heute unterscheidet man ein stark vegetativ zeichnendes delirantes Durchgangsbild von einem, das nur durch psychopathologische Symptome charakterisiert ist. Im Mittelpunkt der Therapie steht eine ausreichende Aufklärung über Symptomatik, Verlauf und Therapiemöglichkeit. Psychotherapeutisch stehen unterstützende Verfahren im Vordergrund. Zum einen muß der Patient sich geschützt fühlen, zum anderen muß die absolute Enthaltensamkeit von Alkohol überwacht werden. Das Delirium tremens dauert 2–5 Tage und ist von paranoiden bis depressiven Bildern gefolgt (suizidale Einengung, epileptische Anfälle, vor allem vor Ausbruch des Delirium tremens). In diesen Fällen ist eine Behandlung im Krankenhaus angezeigt.

Lesch OM, Walter H, Rommelspacher H (1996) Alcohol abuse and alcohol dependence. In: Rommelspacher H, Schuckit M (Eds), *Drugs of abuse*. London, Baillière Tindall, pp 421–444

Widinger TA, Frances AJ, Pincus HA, First MB, Ross R, Davis W (Eds) (1994) *DSM-IV Sourcebook*, vol. 1. Washington (DC), American Psychiatric Association

Otto-Michel Lesch

Denken, marsisches. → Marsisches Denken; → Transaktionsanalyse.

Denken, produktives. → Produktives Denken; → Gestaltgesetze; → Gestaltpsychologie.

Denkstörungen, formale. → Schizophrener Formenkreis.

Dependenz. In der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie werden Gruppenphasen, in denen sich die Gruppenmitglieder so verhalten, als könnte der Gruppentherapeut alle Probleme lösen, als dependente Phasen bezeichnet. Diese besteht besonders zu Beginn von Gruppen, aber auch in Krisensituationen. Der Gruppentherapeut wird als magisch allmächtiger Führer erlebt. Die Teilnehmer nehmen Interventionen des Therapeuten aufmerksam auf und beschäftigen sich intensiv mit jeder Therapeutenintervention, als wären es Orakelsprüche. Die Grundstimmung der Teilnehmer ist neben Bewunderung und Idealisierung des Therapeuten von Ängstlichkeit, Verunsicherung und dem Gefühl von Insuffizienz gekennzeichnet. Diese Gruppenphase leitet dadurch, daß die unrealistischen Hoffnungen der Teilnehmer enttäuscht werden, in eine Phase der → Konterdependenz über (→ Entwicklungsmodelle der Gruppe; → Phasenmodelle der Gruppe; → Gruppendynamik).

Bion WR [1961] (1971) *Erfahrungen in Gruppen*. Stuttgart, Klett-Cotta

Bradford LP, Gibb JR, Benne KD (Hg) (1972) *Gruppentraining*. Stuttgart, Klett-Cotta

Rainer Fliedl

Depersonalisation. → Schizophrener Formenkreis.

Depot-Neuroleptika (→ Psychopharmaka). Werden in der Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe schizophrener → Psychosen verwendet (→ schizophrener Formenkreis). Depot-Neuroleptika sind ölige Verbindungen von → Neuroleptika, die intramuskulär verabreicht werden. Je nach Präparat benötigt der Patient alle 2–4 Wochen eine Depotinjektion, um eine nahezu konstante Konzentration und Wirksamkeit aufrecht zu erhalten. Der Vorteil dieser Behandlung liegt in einer Verbesserung der → Compliance. Ein gleichmäßiger Medikamentenspiegel ist gesichert, da das Medikament kontinuierlich aus dem intramuskulären Depot abgegeben wird. Resorptionsstörungen können nicht auftreten.

ten (Davis et al., 1989: 1609). Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls kann deutlich vermindert werden (Rückfallrate im ersten Jahr nach erfolgreicher Behandlung ohne Depot-Neuroleptika: 80%, mit: 20%; nach Bäumle, 1994: 69). Depot-Neuroleptika stammen aus der Gruppe der hochpotenten Neuroleptika (z. B. Dapotum®, Cisordinol®, Fluanxol®, Haldol®).

Bäumle J (1994) Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Wien, Springer

Davis JM, Barter JT, Kahn JM (1989) Antipsychotic drugs. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds), Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkins, pp 1591–1626

Gerhard Miksch

Depression (→ manisch-depressiver Formenkreis). Depressionen zählen neben Herzkreislaufkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen (Kasper et al., 1997: 1). Was früher als endogene Depression (ICD-9) bzw. als Major Depression (DSM-III-R) bezeichnet wurde, wird jetzt im ICD-10 als depressive Episode bezeichnet (ebd.: 10). Eine – oft über Jahre – anhaltende depressive Verstimmung, die nicht unter die depressive Episode fällt, ist im ICD-10 unter Dysthymia verzeichnet. Depressionen sind charakterisiert durch: 1. ihre Symptomatik, d. h., abnorme Veränderung der Stimmungs- und Antriebslage; 2. durch einen typischen Verlauf mit jeweils abgesetztem Beginn und Ende der Erkrankung und 3. durch eine vollständige Remission der Erkrankung. Die Symptomatik besteht aus einer Trias, die mindestens zwei Wochen vorhanden sein muß: 1. psychische Symptome, 2. psychomotorische Symptome und 3. somatische Symptome (Fähndrich, 1993: 243ff.). Zu den psychischen Symptomen gehört vor allem eine gedrückte, depressive Verstimmung, die sich durch Schwermütigkeit, Traurigkeit, Unglücklichsein, Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Ängstlichkeit zeigt. Auch der Mangel an Antrieb und Interesse steht im Vordergrund. Verbunden sind diese Mißempfindungen meist mit einem Gefühl der inneren Leere und Hoffnungslosigkeit, das zu Suizidideen und Suizidversuchen (→

Suizidgefährdung) führen kann. Die Verlangsamung des Gedankenganges, verbunden mit ausgeprägtem Grübeln, wird als besonders belastend erlebt. Die psychomotorischen Symptome können sich in einer psychomotorischen Hemmung in Form von Bewegungsarmut bis zur Erstarrung (Stupor) äußern, oder sich als innere Unruhe, ziellose Angetriebenheit zeigen, oftmals begleitet von heftigem Jammern und Klagen. Zu den somatischen Störungen zählen Appetitlosigkeit, begleitet von Gewichtsverlust, Kraftlosigkeit, fehlender Vitalität, Verminderung von Libido und Potenz, Mundtrockenheit, Globusgefühl im Hals, Herzschmerzen und Atemnot, Störung des zirkadianen Rhythmus mit morgendlichem Pessimismus, sowie Ein- und Durchschlafstörungen (Berner, 1982: 200). Die medikamentöse Behandlung erfolgt mittels Antidepressiva, die zu einer Normalisierung der Stimmung und Antriebslage führen.

Berner P (1982) Psychiatrische Systematik. Bern, Hans Huber, S 199ff

Fähndrich E (1993) Behandlung affektiver Psychosen. In: Möller HJ (Hg), Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart, Enke, S 243ff

Kasper S, Möller H-J, Müller-Spahn F (1997) Depression – Diagnose und Pharmakotherapie. Stuttgart, Thieme

World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Gerhard Miksch

Depression (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Zustand von Energieverlust des → Bewußtseins. Ursache kann ein Weggleiten oder Weggezogenwerden (C.G. Jung, GW, Bd. 17, § 204) bei schwachem → Ich-Komplex sein. Beherrschend sind dann regressiv → Fantasien mit der Tendenz, sich an andere Menschen anzuklammern und bei ihnen Hilfe zu suchen. Die Depression nimmt solche Menschen aus der sie überfordernden Belastungssituation. Eine zweite Form von Depression tritt bei stabilem Ich-Komplex auf. Dann übernimmt das → Unbewußte die Führung, schwächt das Ich-Bewußtsein und zwingt es in eine ande-

re Richtung (Fierz, 1982: 60). Bei schwachem Ich-Komplex müssen Dämme gegen das Weggezogenwerden gebaut werden, darf nicht am Unbewußten gearbeitet werden, müssen der Ich-Komplex gestärkt und die Realitätsbewältigung gefestigt werden. Im zweiten Fall besteht „die einzige Möglichkeit, ihnen [den Einwirkungen der unbewußten Inhalte, also der Depression] praktisch beizukommen, darin [...], daß man versucht, dem Bewußtsein jene Einstellung zu geben, die es dem Unbewußten erlaubt, zu kooperieren, anstatt zu opponieren“ (GW, Bd. 16, § 366). In solchen Fällen muß man dem Unbewußten die Führung überlassen und ihm die Möglichkeit geben, in Form von Fantasien ins Bewußtsein aufzusteigen (→ Komplex). „Wenn ihn [den Patienten] eine Depression befällt, so darf er sich nicht mehr zu einer Arbeit oder etwas ähnlichem zwingen, um zu vergessen, sondern er muß seine Depression annehmen und ihr gewissermaßen das Wort überlassen“ (GW, Bd. 7, § 347). C.G. Jung sagte von der Depression, sie sei eine schwarze Dame, die man, wenn sie auftaucht, unbedingt zu Tisch bitten müsse (um sich mit ihr zu unterhalten). Er faßte die Depression als eine gerichtete Introversion der → Libido auf, mit dem Ziel einer → Anpassung an die Innenwelt und die im kollektiven Unbewußten liegenden prospektiv-aufbauenden Entwicklungstendenzen. Der Zusammenprall mit Inhalten des Unbewußten kann aber auch das Selbstwertgefühl verringern und zu Resignation und Pessimismus führen. In diesem Zusammenhang ist Jungs Charakterisierung der schweren Depression als „Gottähnlichkeit im Leiden“ (ebd.: § 224) besonders anschaulich und weist auf ihre archetypischen Hintergründe hin.

- Fierz HK (1982) Psychotherapie der Depression. In: Fierz HK, Die Psychologie C.G. Jungs und die Psychiatrie. Zürich, Daimon, S 55–74
- Jung CG [1926, 1946] (1972) Analytische Psychologie und Erziehung. In: GW, Bd. 17, §§ 127–229. Olten, Walter
- Jung CG [1928] (1971) Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten. In: GW, Bd. 7, S 127–131 u. §§ 202–406. Olten, Walter
- Jung CG [1946] (1991) Die Psychologie der Übertragung. In: GW, Bd. 16, S 167–170 u. §§ 353–539. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Steinberg W (1989) Depression: a study of Jung's ideas. *Journal of Analytical Psychology* 34(4): 339–352

Barnim Nitsch

Depression (aus Sicht der → Existenzanalyse). Eine psychische Störung des Erlebens und Befindens (Stimmung als Erleben des Körpers, der psychisch-vitalen Kraft und des existentiellen Weltbezugs; → Psychodynamik), die existentiell in einem gestörten Werterleben und in einer zurückhaltenden Haltung zum Leben besteht. Nach V. Frankl ist das Wesen der Depression eine überhöhte Spannung zwischen Sein und Sollen. A. Längle führt diese auf einen defizitären → Grundwert (→ Grundmotivationen) als gestörter → Beziehung zum Leben (→ Lebensaffirmation) zurück, die mit einer ablehnenden Haltung zum Leben verbunden ist (psychisch: „Ich mag nicht leben“, existentiell: „Es ist nicht gut, daß es mich gibt“). Ursachen der Depression können Trennung von Lebenswerten (z. B. Verluste), blockierte Emotionalität (z. B. Traumatisierung, mangelhafte Grundwertinduktion) und Mangel an vitaler Kraft (z. B. endogene Depression, depressive → Persönlichkeitsstörung) sein. Die depressiven → Copingreaktionen sind Rückzug (Regression), Leisten-Müssen bzw. Entwerten, (beziehungssuchende) Wut und Erschöpfung, Resignation. Die Therapie wird mit zahlreichen diagnosespezifischen Elementen der Verhaltensebene, der Kognition und praktisch-übend mit Methoden (→ Dereflexion; → Personale Positionsfindung; spezifische Therapie endogener Depression) begonnen und geht dann auf die Behandlung der ursächlichen Grundwertstörung ein (insbesondere über Mobilisierung der Wut, Ermöglichung des Trauerns, Beziehungs- und Wertearbeit).

- Frankl VE [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 252ff.]
- Längle A (Hg) (1987) Mut und Schwerkut. Existenzanalyse der Depression. Wien, GLE-Verlag

Alfried Längle

Depression, anaklitische. → Anaklitische Depression; → Psychoanalyse.

Depression, larvierte. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Depressive Position (→ Psychoanalyse; → Objektbeziehungstheorie). Ein von Melanie Klein (1937) beschriebener Modus der Organisation psychologischer Erfahrung und Funktion, der ihre Annahme von Strukturen der reifen Charakterbildung begründet. Die Position ist durch zunehmende Abgrenzung der objektiven von der subjektiven Welt gekennzeichnet, ebenso durch die Minderung des Allmachtgefühls und die Zunahme der Fähigkeit zu reifer Liebe und Dankbarkeit. Entwicklungsmäßig folgt sie der → paranoid-schizoiden Position, etwa im 4.–7. Lebensmonat. Die Verringerung der Bereitschaft zur → Spaltung, zu projizierender und introjizierender Abwehr und die gesteigerte Integration von → Objekt und → Ich sind weitere Merkmale dieses psychischen Status. Melanie Klein zufolge leidet der Säugling unter → Schuldgefühlen, da er glaubt, seine → Aggression hätte sein primäres Objekt beschädigt oder gar zerstört. Diese Schuldgefühle verbinden sich zuletzt mit → Trauer und Verzweiflung über den fantasierten Verlust des guten Objekts. Der Versuch, die gegensätzlichen Gefühle von Liebe und Haß gegenüber dem ganzen Objekt zu integrieren, ist von → Angst geprägt. Die depressive Position löst sich durch die im Lebenstrieb des Kindes begründete Fähigkeit zur fantasierten Wiederherstellung der zerstörten Mutter. Diese fantasierte Wiederherstellung wird durch das tatsächliche Überleben der Mutter bestärkt. Durch wiederholte Zyklen von fantasiierter Zerstörung und Wiederherstellung lernt das Kind die Repräsentation der Mutter als ganzes Objekt und ebenso die des eigenen → Selbst zu integrieren. Manische → Abwehrmechanismen (Verachtung, Triumph und Kontrolle) werden dazu benützt, dem guten Objekt und der Abhängigkeit des Kin-

des von diesem Objekt die → Besetzung zu entziehen.

Klein M [1937] (1975a) *Love, guilt, and reparation and other works 1921–1945*. London, Hogarth Press

Klein M (1975b) *Envy and gratitude and other works 1946–1963*. New York, Delacorte

Segal H (1964) *Introduction to the work of Melanie Klein*. London, Hogarth Press

Rebecca Daly, Neil J. Skolnick

[Übers.: Erwin Bartosch, Christine Pawlowsky]

Depressiver Stupor. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Derealisation. → Schizophrener Formenkreis.

Dereflexion. Ein im Rahmen der → Logotherapie von V. Frankl entwickeltes therapeutisches Prinzip, erstmals 1947 in seiner „Psychotherapie in der Praxis“ beschrieben. Die Dereflexion ist eine praktische Umsetzung von M. Schelers Emotionalitätslehre, wonach bestimmte Gefühle und Erlebnisse durch die Aufmerksamkeitszuwendung beeinträchtigt oder gar zerstört werden. Dereflexion ist bei (ängstlichen) Fixierungen der Aufmerksamkeit (Hyperreflexion) auf Erfolg, auf normalerweise unbeachtet ablaufende (vegetative) Funktionen oder bei forcierter Selbstbeobachtung indiziert (vorwiegend bei Schlaf- und Sexualstörungen sowie bei → Ängsten). In der Dereflexion wird die Aufmerksamkeit des Patienten von den hyperreflektierten Vorgängen abgezogen und auf Sinnmöglichkeiten hingelenkt, um beengende und neurotische bzw. neurotisierende Teufelskreise aufzubrechen. Es geht dabei nicht bloß um eine Ablenkung, sondern primär um die Zuwendung zu lebenswerten Inhalten. „Etwas ignorieren [...] kann ich nur, [...] indem ich auf etwas anderes hin existiere“ (Frankl, 1982: 177). Durch die Dereflexion soll die Person aus der selbstschädigenden Selbstbeobachtung herauskommen und wieder in die Welt of-

fenheit finden. Die Dereflexion beruht auf der → Selbst-Transzendenz des Menschen und seiner Fähigkeit zur → Selbstdistanzierung. Die Vorschaltung der → Personalen Positionsfindung kann manchmal hilfreich sein. Dereflexion soll nicht dazu verwendet werden, Probleme (innere Konflikte, Schuld etc.) in Abrede zu stellen oder zu übergehen.

Frankl VE [1947] (1986) Die Psychotherapie in der Praxis. 5. Aufl. München, Piper

Frankl VE [1956] (1982) Theorie und Therapie der Neurosen. 5. Aufl. München, Reinhardt

Kühn R (1985) Freiraum durch Selbstdistanzierung. Zur religionsphilosophischen Grundlegung der „Dereflexion“. In: Längle A (Hg), Wege zum Sinn. München, Piper

Beda Wicki

Desensibilisierung, systematische

(auch: Desensitivierung; → Verhaltenstherapie). Verhaltenstherapeutische Standardmethode, von Wolpe (1958) entwickelt. Indikation bei phobischen Reaktionen aller Art. Durch gestufte Konfrontation mit dem angstausslösenden Reiz soll eine → Habituation der Angstreaktion erreicht werden. Die Konfrontation erfolgt meist gedanklich in der Vorstellung (in sensu), seltener in der Realität (in vivo). Die Habituation kann durch gleichzeitige Entspannung erleichtert werden. Die Anwendung erfolgt immer eingebettet in einen Gesamtbehandlungsplan. Einer → Verhaltensanalyse folgt die Erklärung des geplanten therapeutischen Vorgehens. Eine → Entspannungsmethode wird erlernt. Angstausslösende Situationen/Stimuli werden in eine hierarchische Ordnung (→ Hierarchisierung) gebracht. Der Ablauf der Darbietung der Angst-Items erfolgt nach einem feststehenden Schema. Nach einer Entspannungsübung wird der Patient aufgefordert, sich das erste Item der Hierarchie, das die geringste Angst hervorruft, vorzustellen. Wenn keine Angst rückgemeldet wird, z. B. durch das Heben eines Fingers, wird nach einer wiederholten kurzen Entspannungssequenz zum nächsten Item der Angsthierarchie übergegangen. Beim ersten Item, bei dem trotz vorheriger Entspannung Angstsymptome auftreten,

wird die Vorstellung abgebrochen und eine Entspannungsübung zwischengeschaltet. Danach wird mit demselben Angst-Item begonnen bzw. bei zu großer Erregung auf das vorangegangene Item zurückgegangen und dieses mehrmals durchgearbeitet, bis die Situation angstfrei erlebt wird. Wird ein Item in mehreren Durchgängen nicht bewältigt, ist es notwendig, die Hierarchisierung neuerlich zu überdenken (vgl. Linden, 1994; Maercker, 1996).

Linden M (1994) Systematische Desensibilisierung. In: Linden M, Hautzinger M (Hg), Verhaltenstherapie. Berlin, Springer, S 307–310

Maercker A (1996) Systematische Desensibilisierung. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 293–300

Wolpe J (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, Stanford University Press

Ulrike Demal

Designer-Drogen. Drogen, die ohne natürlich vorkommende Substanz aus verschiedenen Chemikalien (precursor substances) erzeugt werden, sind unter dem Begriff „Designer-Drogen“ zusammengefasst. In der Wirkung imitieren diese Substanzen andere Drogen mit veränderter Wirksamkeit bzw. mit Wirkungskombinationen (Morphintyp, Amphetamintyp, Halluzinogentyp). In der Öffentlichkeit bekannt wurde von den Designer-Drogen vor allem → Ecstasy (MDMA) als Modedroge der Jugendbewegung ab den 80er Jahren. Die Substanz selbst ist seit den 20er Jahren dieses Jh. bekannt. Die Gefahren für den Konsumenten liegen in der Gefährdung durch Hirnschädigungen, verursacht durch chemische Verunreinigungen, durch Überdosierungen, in der Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit. Akute Wirkungen wie Ansteigen der Körpertemperatur, Erhöhung des Blutdruckes und der Herzfrequenz, cerebrale und muskuläre Krämpfe, erhöhter Flüssigkeitsbedarf können internistische Komplikationen bis hin zum Tod durch Herz-Kreislaufversagen zur Folge haben. Langzeitfolgen sind reversible und z. T. irreversible Störungen des Gehirns mit Symptomen einer → Depression, Gedächtnis-

nisstörungen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch irreversible Zerstörungen am serotoninergen Transmittersystem mit Dauerfolgen. Unter der Bezeichnung Ecstasy sind u. a. auch reines Amphetamin, Coffein, diverse Medikamente, Kokain, Cannabis, Ascorbinsäure oder Placebos auf dem illegalen Markt.

Brosch R, Juhnke G (Hg) (1993) Sucht in Österreich. Wien, Orac [bes. S 129–135]

Rätsch C (1998) Enzyklopädie der psychoaktiven Pflanzen. Aarau, AT Verlag

Schmidbauer W, v Scheidt J [1971] (1998) Handbuch der Rauschdrogen. Überarb. u. erw. Neuausgabe. Frankfurt/M., Fischer

Renate Brosch

Desintegration. → Fragmentierung; → Selbstpsychologie.

Desomatisierung. Von Max Schur (1955) geprägter Begriff; ausgehend von Beobachtungen an Neurodermitis-Patienten, die psychoanalytisch behandelt wurden (→ Krankheitsverarbeitung; → Psychosomatik; → psychosomatische Erkrankungen). Nach Schur ist die normale Entwicklung und Reifung des Säuglings als Prozeß der Desomatisierung zu sehen: von der unbewußten, primärprozeßhaften Reaktion auf Angstsignale, die sich in motorischen, unkoordinierten Reaktionen ausdrückt, zur Fähigkeit, Triebenergien (→ Libido und → Aggression) zu neutralisieren. Diese neutralisierte Energie kann für bewußte Denk- und Handlungsreaktionen im Dienste des Ichs genutzt werden. Die Entwicklung frei verfügbarer (=neutralisierter) Energien ist gebunden an adäquate Versorgung in der frühen Kindheit, abhängig von einer stabilen Objektbeziehung. Die Ich-psychologischen Hypothesen (→ Ich-Psychologie) des Konzeptes sind nicht unumstritten (Rad & Zepf, 1986; → Resomatisierung).

Schur M (1955) Comments on metapsychology of somatization. *Psychoanalytic Study of the Child* 10: 119–164

Rad M v, Zepf S (1986) Psychoanalytische Konzepte psychosomatischer Symptom- und Strukturbildung. In: Adler R, Herrmann JM,

Köhle K, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hg), *Psychosomatische Medizin*. 3. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg, S 48–67

Marianne Springer-Kremser

Destrudo. → Aggressionstrieb; → Aggression.

Determinismus, reziproker. → Verhaltenstherapie und Menschenbild.

Deutung (aus der Sicht der → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie) Bezeichnet in der Psychoanalyse die Übersetzung von Symptomen, Assoziationen und → Träumen in Begriffe von unbewußten Antrieben, Entwicklungsfixierungen oder psychischen → Konflikten. Seit Freud (1900) wird die Deutung als das Agens der Veränderung in der Psychoanalyse und das Deuten als primäre Funktion des Analytikers gesehen. Die Deutung ist das Mittel, um → Unbewußtes bewußt zu machen und so → Sublimierung oder Ablehnung zu ermöglichen. Die → Triebe, die im → Es beheimatet sind, sollen durch die Deutung (Bewußtwerdung) der Herrschaft des → Ich untergeordnet werden. Von Strachey (1934) stammt der Gedanke der „mutativen Interpretation“: Erklärung und Klärung der → Übertragung bilden die Basis für die Veränderung in der Psychoanalyse. In der selbstpsychologischen Psychoanalyse ist die Deutung von weit geringerer Bedeutung als die Erfahrung des Patienten, sich emotional verstanden, geachtet und angenommen zu fühlen (Kohut, 1981). Deutungen sind hier oft der Versuch, Mißverständnisse zwischen Patient und Analytiker anzusprechen, Deutungen werden häufig gemeinsam erarbeitet und bilden einen wichtigen Bestandteil des → Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozesses, den die Selbstpsychologie als Weg zu einer verlässlichen und stärkenden Beziehungs- und Selbsterfahrung sieht.

Freud S [1900] (1982) Die Traumdeutung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg),

- Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer
- Kohut H [1981] (1984) On empathy. In: Ornstein P (Ed), *The search for the self*, vol. 4. Madison (CT), International Universities Press, pp 525–535
- Milch W, Hartmann H-P (Hg) (1999) *Die Deutung im therapeutischen Prozeß*. Gießen, Psychosozial-Verlag
- Strachey J (1934) The nature of the therapeutic action in psycho-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis* 15: 127–159
- Donna M. Orange [Übers.: Erwin Bartosch, Christine Pawlowsky]*
- Deutung** (aus Sicht der → Individualpsychologie). Der Begriff der Deutung steht in der Individualpsychologie für Aktivitäten, in denen Vermutungen über unbewußte Erlebnisinhalte, Aktivitäten oder Sinnzusammenhänge gefaßt oder geäußert werden. Bezogen auf den Prozeß der Psychotherapie kann unterschieden werden: 1. zwischen jenen Deutungen, die der Analytiker zunächst in Gedanken für sich formuliert, 2. jenen Deutungen, die er ausspricht, sowie 3. jenen Deutungen, die Patienten beim Versuch anstellen, sich selbst zu deuten (Datler, 1995: 90f.). Obgleich die Individualpsychologie dem Verstehen von unbewußten Erlebnisinhalten und Aktivitäten von Beginn an große Bedeutung beigemessen hat (vgl. Adler, 1913: 58), setzte sich die Individualpsychologie in expliziter Weise mit dem Begriff und Prozeß des Deutens erst im Zusammenhang mit dem verstärkten Bemühen um das analytische Verstehen der therapeutischen Beziehung auseinander (→ Beziehungsanalyse; vgl. Schmidt, 1989; Titze, 1989; Datler & Reinelt, 1989). Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, daß Adler selbst dazu neigte, statt Deutungen → Erklärungen auszusprechen, und daß jene Individualpsychologen, die vor dem Nationalsozialismus flüchten mußten, verstärkt jene Ansätze Adlers fortführten, die der kognitiven und Humanistischen Psychologie näher standen als der → Tiefenpsychologie.
- Adler A [1913] (1974) Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In: Adler A, *Theorie und Praxis der Individualpsychologie: Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer*. Frankfurt/M., Fischer, S 48–66
- Datler W (1995) Deutung. In: Brunner R, Titze M (Hg), *Wörterbuch der Individualpsychologie*. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 90–95
- Datler W, Reinelt T (1989) Das Konzept der tendenziösen Apperzeption und seine Relevanz für das Verständnis von Beziehung und Deutung im therapeutischen Prozeß. In: Reinelt T, Datler W (Hg), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß*. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen. Berlin, Springer, S 73–88
- Schmidt R (1989) Aus der Arbeit mit psychosomatisch leidenden Patienten: 14 Thesen zum Problem von Beziehung und Deutung in individualpsychologischen Einzel- und Gruppenanalysen. In: Reinelt T, Datler W (Hg), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß*. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen. Berlin, Springer, S 57–72
- Titze M (1989) Beziehung und Deutung in der Individualpsychologie. Oder: Reziprokes Verstehen und dialogischer Perspektivenwandel. In: Reinelt T, Datler W (Hg), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß*. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen. Berlin, Springer, S 39–56
- Wilfried Datler*
- Deutung, objektstufige.** → Methode, reduktive; → Analytische Psychologie.
- Deutung, subjektstufige.** → Methode, synthetische; → Analytische Psychologie.
- Deviation, sexuelle.** Wird ausschließlich auf der Verhaltensebene und nur innerhalb einer bestimmten Gesellschaftsform festgestellt. Devianz ist weder eine eindeutige klinische Krankheitseinheit, noch ein klares juristisches Konzept. Folgende Definitionen charakterisieren sexuelle Deviation: 1. Sexualverhalten, für welches ein juristisch-gesellschaftliches und klinisches Interesse besteht=sexuelle Devianz (sexueller Mißbrauch an Kindern, Vergewaltigung, Exhibitionismus, Lustmord). 2. Sexualverhalten, für welches primär ein gesellschaftliches und klinisches Interesse be-

steht=atypische sexuelle Handlung (Voyeurismus, obszöne Telefonanrufe, → Sadomasochismus, → Transvestitismus etc.). 3. Sexualverhalten, für welches ein gesellschaftliches Interesse besteht, aber für welches zur heutigen Zeit nur selten ein juristisches Interesse vorliegt und für welches ein klinisches Interesse nur dann gegeben ist, wenn der Klient selbst darüber besorgt ist, also therapeutische Hilfe sucht (→ Homosexualität). Innerhalb des juristischen Konzeptes wird durch den Appell nach Resozialisierung und Therapie einerseits dem Krankheitsmodell und andererseits der gesellschaftlichen Forderung nach Anpassung Rechnung getragen. Krankheitstheoretisch ist sexuelle Devianz in die Reihe intrapsychischer Symptombildungen als Antwort auf einen intrapsychischen Konflikt einzuordnen. Im devianten Symptom spiegeln sich wiederkehrende typische Probleme wider (Schorsch et al., 1985): 1. Männlichkeitsproblematik, 2. Aggressionsproblematik, 3. Selbsterleben, 4. Beziehungsproblematik. Diese Problembereiche sind mit typischen Bewältigungsstrategien verbunden, die dazu dienen, die eigentliche Problematik zu kompensieren und die die Lebensführung einer Persönlichkeit charakterisieren, wie Vermeiden von Nähe versus Suche nach Abhängigkeit in Beziehungen, Flucht in die fantasierte Idealwelt, offene Aggression etc. Die unterschiedliche Intensität, mit der ein sexuell deviantes Symptom auftritt, erlaubt Rückschlüsse auf die Persönlichkeitspathologie und ist ein wertvolles Hilfsinstrument für die prognostische Bewertung. Bedeutsam ist, ob ein sexuell devianter Impuls einmalig oder sporadisch gebunden an einen aktuellen Konflikt oder in einer kritischen Lebenssituation auftritt oder als wiederkehrendes habituelles Konfliktlösungsmuster eingesetzt wird. Sehr viel seltener findet sich eine echte Perversionbildung im Sinne einer stabilen devianten Orientierung oder eine Perversionbildung (→ Perversion) mit progredientem Verlauf.

- Deegener G (1996) Multiphasic Sex Inventory Handbuch. Göttingen, Hogrefe
Hertoft P (1989) Klinische Sexologie. Köln, Deutscher Ärzteverlag

- Schorsch G, Galedary G, Haag A, Hauch M, Lohse H [1985] (1996) Perversion als Straftat. Berlin, Springer
Schorsch G, Jäger H (1987) Sexualwissenschaft und Strafrecht. Stuttgart, Enke
Sigusch V (Hg) (1996) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart, Thieme

Irene Schneider

Diagnose (→ Psychotherapieforschung). Von dia-gi-gnoskein (griech.): „Unterscheidendes erkennen“; ein zentraler, historisch und wissenschaftstheoretisch heterogen diskutierter Begriff. Medizingeschichtlich zwei inhaltlich-formale Differenzierungen: 1. syndromatologische Diagnose – welche phänomenologisch-deskriptiv Symptome bzw. Syndrome beschreibt – versus nosologische Diagnostik, als Orientierung und Benennung nach ätiologischen Faktoren; 2. typologische Diagnostik – welche sich auf charakteristische Querschnitte und Verlaufssymptome von typischen Falldarstellungen bezieht – versus operationalisierte Diagnostik, welche nach einem diagnostischen Algorithmus bestimmte Kriterien für die Erstellung einer Diagnose voraussetzt. Auf dieser Differenzierung aufbauend, wurden innerhalb der Psychotherapieforschung schulenspezifische diagnostische Traditionen entwickelt: 1. tiefenpsychologische, prozessorientierte Diagnosekonzepte – von der Idee der Entwicklung und der unbewußten Inszenierung der Person ausgehend, liegen subjektorientierte Ansätze einer Verbindung von Symptom-, Beziehungs-, Persönlichkeits- und Übertragungs-/Gegenübertragungsd Diagnose vor (Heigl-Evers & Heigl, 1994); 2. verhaltensorientierte Diagnosekonzepte – von der Idee der zeitstabilen Eigenschaften (“traits”) und Zustände (“states”) der Person ausgehend – kennen als Kernstück die funktionale Verhaltensanalyse; 3. salutogenetische Diagnosekonzepte – an den humanistischen und systemischen Traditionen sich orientierend – geben Diagnosekriterien nach Faktoren wie → Aktualisierungstendenz und → Autopoiese an. Den schulischen Konzepten übergeordnet, etablierten sich Ansätze von „Multimodaler Diagnose“, als Integration

unterschiedlicher Verfahrensklassen wie Leistungstests, Persönlichkeitstests, klinischer Exploration und projektiver Verfahren, und Ansätze von „Multimethodaler Diagnostik“, als noch weiter gefaßte diagnostische Orientierung der Verbindung von Datenebenen (wie soziologischen, psychologischen und biologischen Perspektiven), Datenquellen, (wie Eigen- und Fremdanamnese) und Funktionsbereichen (wie Erlebens-, Verhaltens- und Leistungsbereich). Aus der Diskussion dieser Konzepte und Ansätze wurden internationale, „Multiaxiale Klassifikationssysteme“, wie ICD-10, DSM-III und DSM-IV bzw. OPD, entwickelt. Diese differenzieren nach klinisch-phänomenologischen, persönlichkeits-theoretischen, medizinisch-pathologischen, psychosozialen und funktionalen Gesichtspunkten. Im OPD erfährt die ICD-10 eine psychodynamische Erweiterung, mit den diagnostischen Ebenen Krankheitserleben, Beziehung, Konflikt und Struktur.

- American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe
- Fisseni HJ (1997) Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen, Hogrefe
- Heigl-Evers A, Heigl O (1994) Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart, Gustav Fischer
- OPD Arbeitskreis (Hg) [1996] (1998) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD. Grundlagen und Manual. 2., korr. Aufl. Bern, Hans Huber
- World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Walter Pieringer

Diagnostik, existenzanalytische. Auf Erkenntnis gerichtete Orientierungstätigkeit am Beginn der Psychotherapie (Erstdiagnose), im Behandlungsverlauf (Prozeßdiagnose) und reflektierende Einschätzung am Ende der existenzanalytischen Behandlung (Abschlußdiagnose), in welcher es darum geht, das sich am Patienten zeigende

Störphänomen so mit der existenzanalytischen Theorie in Verbindung zu bringen, daß eine dem Patienten, dem Phänomen und der psychotherapeutischen Ethik adäquate Behandlung möglich wird. Sinn der existenzanalytischen Diagnostik ist die Einschätzung des Phänomens hinsichtlich des Störungswertes (Behandlungsbedürftigkeit), der Störungsursache und -zusammenhänge (Anthropologie mit besonderer Berücksichtigung somatischer Mitbeteiligung, existentielles Milieu), der Prognose (Therapieerwartung, Hindernisse und Gefahren während der Therapie) und eine Abstimmung der Erkenntnisse mit den Methoden einer optimalen Behandlung (inklusive ökonomischer Kommunikation mit Fachleuten). In der existenzanalytischen Diagnostik wird die durch Anamnese, Tests und → Phänomenologie erhobene konkrete Kenntnis durch die Vernetzung mit einem Allgemeinwissen im Aussagewert verdichtet. Die existenzanalytische Diagnostik geht als phänomenologische Diagnostik aus von dem, was den Patienten bewegt und richtet ihre Aufmerksamkeit auf die existentiellen Fähigkeiten und Erfordernisse des Patienten. Diese werden durch die Klärung der Voraussetzungen für ganzheitliche Existenz (→ Grundmotivationen) und der Begegnungsfähigkeit mit sich und der Welt (→ Personale Existenzanalyse) erhoben. Damit wird die dynamische Ebene und das Verarbeitungsniveau der Psychopathologie beleuchtet.

- Luss K, Freitag P, Längle A, Tutsch L, Längle S, Görtz A (1999) Diagnostik in Existenzanalyse und Logotherapie. In: Laireiter A-R (Hg), Diagnostik in der Psychotherapie. Wien, Springer, S 49–68
- Simhandl C (1997) Diagnostik psychischer Störungen in der Praxis. Existenzanalyse 14(1): 33–37

Alfried Längle

Diagnostik, intuitive. → Intuitive Diagnostik; → Transaktionsanalyse.

Diagnostik, prozessuale. → Prozessuale Diagnostik.

Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT; → Verhaltenstherapie). Therapieform für → Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS), entwickelt von Linehan (1993). Integration eines breiten Spektrums therapeutischer Techniken aus primär kognitiven (→ Kognitive Therapie) und verhaltenstherapeutischen, aber auch interpersonellen, hypnotherapeutischen und psychodynamischen Schulen. DBT geht von der Hypothese aus, daß es sich bei der BPS primär um eine Störung der Emotions- und Spannungsregulation handelt. Hohe emotionale Vulnerabilität – neurobiologisch oder traumatisch bedingt – und eine sogenannte invalidierende Umgebung (Umgebung, die Wahrnehmungen und Gefühle des Kindes nicht validiert, sondern mißachtet, bestraft oder verzerrt) sind nach Linehan für die Entwicklung einer BPS ausschlaggebend. In der Therapie soll die Akzeptanz situationsadäquater Emotionen ermöglicht werden. Die Therapie ist in Ablauf und Inhalten klar strukturiert. Der Fokus der Behandlung liegt auf der Verhaltensebene; Techniken wie → Verhaltensanalysen, → Exposition, → Problemlösungstraining und → soziales Kompetenztraining kommen im Einzel- und Gruppensetting zur Anwendung. Neben der hohen Relevanz der therapeutischen Beziehung (nicht nur als Basis, sondern auch als positiver und negativer Verstärker) betont die DBT die Akzeptanz auch maladaptiven Verhaltens (keine Veränderung ohne Akzeptanz). In der ersten Phase der Therapie werden ausschließlich dysfunktionale Verhaltensmuster (suizidales/parasuizidales Verhalten, therapiegefährdendes Verhalten und Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt) bearbeitet. In dieser Phase soll unter anderem die Belastbarkeit erhöht und damit die Voraussetzung für die zweite Therapiephase geschaffen werden, in der eventuell stattgefundene sexuelle, physische oder emotionale Mißhandlungen sowie grobe Vernachlässigungen fokussiert werden. Die abschließende dritte Phase dient der Integration des Erlernten.

Bohus M, Berger M (1996) Die Dialektisch Behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. *Nervenarzt* 67: 911–923

Linehan M [1993] (1996) *Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. München, Karl Sulz Verlag

Ulrike Demal

Dialektisches Prinzip (→ Analytische Psychologie). C.G. Jung spricht von der Psychotherapie (→ Analyse) als einem dialektischen Verfahren, womit er das Zwiegespräch zweier Personen bzw. die Wechselwirkung zweier psychischer Systeme meint, die in der Therapie wirken und deren Verlauf bestimmen. Folgt die Therapie dem dialektischen Prinzip, so ist der Therapeut nicht mehr das handelnde Subjekt, sondern „ein Miterlebender eines individuellen Entwicklungsprozesses“ (Jung, GW, Bd. 16, § 7), womit gesagt ist, daß auch der Therapeut ins Geschehen einbezogen ist. Das dialektische Verfahren ist, so verstanden, das Verfahren des Dialogs, in welchem neue Synthesen möglich werden (GW, Bd. 16, § 1–9). Andernorts spricht Jung von der dialektischen Entwicklung der mythischen Materialien selbst, die folglich auch nur dialektisch, oder, von Jung als Synonym genommen, synthetisch (nicht kausal-reduktiv; → Methode, reduktive/synthetische) gedeutet werden müssen. Die empirische, vorwiegend kausal denkende Richtung der Analytischen Psychologie beschäftigt sich nicht mit der Dialektik. In der symbolisch-archetypischen Richtung (→ Archetypische Psychologie) hat Giegerich den Begriff der Dialektik wieder aufgenommen, wobei er ihn im Sinne Hegels verwendet und konsequent von der → psychologischen Differenz her denkt: Seelische Bewegung ist dialektische Bewegung, d. h. die seelischen Inhalte werden in ihrem Zusammenspiel der Gegensätze, als die Einheit von Einheit und Gegensätzlichkeit des Gegensätzlichen, oder anders, in ihrem syzygischen Zusammenspiel (als → Syzygie) gedacht. Die Geschichte des menschlichen → Bewußtseins kann innerhalb dieser Sichtweise als dialektische Bewegung angemessen erfaßt werden, als Bewegung, die den Widerspruch in sich enthält.

Jung CG [1971] (1991) *Praxis der Psychotherapie*. GW, Bd. 16, §§ 1–9, 22, 239, 240. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

- Giegerich W (1994) Animus-Psychologie. Frankfurt/M., Peter Lang [bes. S 269–297]
Giegerich W (1999) Der Jungsche Begriff der Neurose. Frankfurt/M., Peter Lang

Doris Lier

Dialog (aus Sicht der → Gestalttherapeutischen Psychotherapie). Diese Methode, die ursprünglich auf Perls zurückgeht, hilft dem Klienten, eine differenzierte Sicht seiner Situation und seiner eigenen Möglichkeiten zu erkennen und zu einer Entscheidung zu kommen, was er selbst will. Neben dem direkten Gespräch zwischen dem Psychotherapeuten und dem Klienten dient im Sinne einer veränderungsaktivierenden → Kraftfeldanalyse des → Lebensraumes nicht zuletzt die Arbeit mit dem → „leeren Stuhl“ dazu, den Klienten in der Rolle von wichtigen lebenden oder toten Bezugspersonen, Teilpersönlichkeiten, Traumfiguren, gegensätzlichen Auffassungen, Körperempfindungen und Gesten mit sich selbst ins Gespräch kommen zu lassen. Durch die Technik des → Doppeln, des empathischen Begleitens und Mitgehens im Bewußtseinsfluß durch den Psychotherapeuten kann der Dialog noch prägnanter werden. Im Verlauf des Dialoges vertiefen sich zunächst die inneren Gegensätze und Widersprüche, bis es über ein tieferes Erleben und Verständnis der zugrundeliegenden Feldkräfte schließlich zur Annäherung und Integration der widersprüchlichen Persönlichkeitsanteile kommt. Eine erfolgreiche Integration im Prozeß des Dialoges kommt in nachhaltigen positiven Verhaltens- und Erlebnisänderungen zum Ausdruck.

- Perls FS (1974) Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart, Klett-Cotta
Walter H-J (1994) Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen. 3. erw. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag

Dieter Zabransky

Dialog. → Begegnung; → Person; → Existenzanalyse.

Dialogisches Prinzip (aus Sicht der → Gestalttherapie). Das dialogische Prinzip ist eine der philosophischen Grundannahmen der Gestalttherapie und meint eine Haltung, die geprägt ist von Präsenz und Respekt für den Anderen, von Offenheit und Absichtslosigkeit dem Anderen gegenüber bei gleichzeitiger Beibehaltung der Selbstwahrnehmung. Diese Haltung ermöglicht es, bei vollem Gewahrsein der eigenen Grenzen, der Andersartigkeit des Anderen „innezuwerden“, ohne sich in dessen Realität zu verlieren. Dadurch gelingt das zeitweise Herstellen einer gemeinsamen Wirklichkeit bzw. ein beiden Dialogpartnern gemeinsamer Sinnbestand. Das dialogische Prinzip geht zurück auf den dialogischen Existentialismus Martin Bubers und ist erstmals 1923 in dessen programmatischer Grundschrift „Ich und Du“ dargelegt. Der 1962 erschienene Sammelband mit dem Titel „Das dialogische Prinzip“ enthält neben „Ich und Du“ weitere Schriften zum dialogischen Denken. Für Buber ist das Wesen des Menschen nur in der unmittelbaren, lebendigen Beziehung, im Dialog, zu erkennen. Er unterscheidet zwischen dem „Grundwort Ich-Du“ und dem komplementär zu verstehenden „Grundwort Ich-Es“: Während im ersten Fall die Begegnung zwischen zwei Menschen in der je einmaligen Gegebenheit und unter voller Beteiligung des Ich zu verstehen ist, geht es im „Grundwort Ich-Es“ um die Welt der Erfahrung, um die Beziehung zwischen Subjekt und Objekt. Beide Grundworte sind wichtige Aspekte einer dialogischen Beziehung. Wenn Menschen in der Ich-Du-Beziehung stehen, gibt es etwas, das beiden in dieser Begegnung gemeinsam ist und für beide in Gegenseitigkeit der Freiheiten ereignishaft Sinn konstituiert: Dies nennt Buber das „Zwischen“. Es ist für ihn keine Hilfskonstruktion, sondern wirklicher Ort und Träger zwischenmenschlichen Geschehens. Dialog ist für Buber nicht an die Rede, die Wortsprache gebunden, sondern schließt auch die Natur und die Gegenstandswelt mit ein; als entscheidend betrachtet er die Haltung oder „Innere Handlung“ des Menschen. Die Haltung zum anderen beschreibt Buber auch mit „Innewerden“ bzw. mit „Umfassung“. Für Laura Perls, die Bubers

Frankfurter Vorlesungen als Studentin erlebt hatte, war es vor allem diese von Buber nicht nur vorgetragene, sondern auch gelebte Haltung, die sie zutiefst beeindruckte und damit auf die spätere Entwicklung der Gestalttherapie großen Einfluß ausübte.

- Buber M [1962] (1994) Das dialogische Prinzip. 7. Aufl. Gerlingen, Lambert Schneider
Perls L (1995) Leben an der Grenze. Köln, Edition Humanistische Psychologie
Portele H (1994) Martin Buber für Gestalttherapeuten. Gestalttherapie 8(1): 5–15

Inge Bolen

Diaphragmatischer Block. → Zwerchfellblock.

Differentielle Klientenzentrierte Psychotherapie. → Klientenzentrierte Psychotherapie, differentielle (störungsspezifische).

Differentielle Psychotherapieforschung. Aus Sicht der differentiellen Psychotherapieforschung ist bei der Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie zu differenzieren: Lange Zeit wurde in der Psychotherapieforschung nach universeller Unter- bzw. Überlegenheit bestimmter Arten therapeutischen Vorgehens bzw. nach universell wirkenden Prinzipien gesucht. Paul (1967) und Kiesler (1966) stellten den zugrundeliegenden „Einheitlichkeitsmythos“ in Frage und forderten, nach einer Vielzahl von Merkmalen der Patienten, Therapeuten, des Vorgehens und der Erfolgskriterien zu differenzieren. Aussagen sollten differentiell für einzelne Gruppen von Patienten bzw. Merkmalskombinationen gemacht werden: Allmählich sollte empirisches Wissen über die Wirksamkeit von Psychotherapie in allen möglichen Kombinationen akkumuliert werden. Dem steht jedoch im Wege, daß mit der Anzahl beachteter Merkmale die Zahl der möglichen Kombinationen exponentiell steigt. All diese mit empirischen Studien abzudek-

ken, hat sich als nicht machbar erwiesen. Zudem führt die immer weitergehende Aufteilung von Patienten bzw. Interventionen nach einzelnen Merkmalen dazu, daß die Anzahl der Fälle mit spezifischen Kombinationen immer seltener werden, bis schließlich keine statistisch gesicherte Aussage mehr möglich ist. Differentielles Wissen ist deshalb nach wie vor lückenhaft. Andererseits weisen viele Ergebnisse darauf hin, daß Differenzierung not tut. Differentielle Psychotherapieforschung ist auch eine Antwort auf das → Äquivalenzparadoxon, welches als Artefakt einer mangelnden Differenzierung gesehen wird. Ergebnisse der differentiellen Psychotherapieforschung sind z. B., daß die im Durchschnitt sehr wirksame verhaltenstherapeutische systematische → Desensibilisierung bei vielen Phobien, nicht aber bei Agoraphobien wirkt; daß relativ autonome Patienten besser mit (nicht-direktiver) klientenzentrierter (Gesprächs-)Psychotherapie als mit stärker strukturierter Verhaltenstherapie zurechtkommen und vice versa; daß die Wirkung psychodynamischer Interpretationen ganz davon abhängt, ob sie auch auf der Beziehungsebene zutreffend sind; daß der Nutzen einzelner therapeutischer → Wirkfaktoren in einer Sitzung vom Ausgangszustand der Patienten abhängt etc. Trägt man diesen Erkenntnissen Rechnung, dann wird ein empirisch fundierter Indikationsprozeß deutlich komplexer, es gibt dazu aber keine rationale Alternative. In jüngerer Zeit steht in der Diskussion um angemessene Behandlung v. a. die Störungsorientierung im Vordergrund. Es gilt als gut belegt, daß für immer mehr psychische Störungen spezifische Vorgehensweisen bzw. Behandlungselemente geeignet sind, und daß dies in der Therapieplanung berücksichtigt werden sollte. Gegen einen differentiellen Therapieansatz, der einseitig an Störungen orientiert ist, wird allerdings ins Feld geführt, daß bei einem Patienten gesunde Anteile, verschiedene Störungen, störungsunabhängige Aspekte der Beziehungsgestaltung u. a. m. eng verwoben sind und daß dies bei einer Behandlung berücksichtigt werden sollte (Beutler & Clarkin, 1990).

- Beutler L, Clarkin J (1990) Systematic treatment selection. New York, Brunner/Mazel
- Grawe K (1976) Differentielle Psychotherapie. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie. Bern, Hans Huber
- Kiesler DJ (1966) Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin* 65: 110–136
- Paul GL (1967) Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology* 31: 108–118

Franz Caspar

Differenz, psychologische. → Psychologische Differenz; → Analytische Psychologie.

Differenzierung (in der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie). Beschreibt eine der vier Lewinschen Dimensionen, die Voraussetzung für Entwicklung ganz allgemein bilden: 1. Ausweitung des → Lebensraumes; 2. Zunahme der Differenzierung; 3. Zunahme der → Organisation/Organisiertheit; 4. Veränderung der allgemeinen → Durchlässigkeit oder → Rigidität. Mit Differenzierung ist der Grad der Auf- bzw. Unterteilung des psychologischen Lebensraumes und seiner Teilregionen in mehrere Einheiten und Untereinheiten durch immer neue Grenzziehungen gemeint. Führt die Differenzierung zu einer großen Anzahl von Teilen mit etwa gleich starkem Einfluß, so müßte der Grad der strukturellen Einheitlichkeit abnehmen, da die strukturelle Einheitlichkeit eines Ganzen relativ zur Macht der führenden Region im psychologischen Lebensraum ist.

- Lewin K (1982) Psychologie der Entwicklung und Erziehung. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 6. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta [bes. S 21f.]
- Lück H (1996) Die Feldtheorie und Kurt Lewin. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Bernhard Dolleschka

Dimension, kreative. → Kreative Dimension; → Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Dimension, noetische. → Anthropologie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Dimension, personale. → Anthropologie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Dimension, psychische. → Anthropologie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Dimensionalontologie. Von V.E. Frankl in der → Existenzanalyse erstmals 1953 verwendete geometrische Analogie zur Beschreibung der anthropologischen Einheit (→ Anthropologie, existenzanalytische) der menschlichen Seinsweise bei gleichzeitigen ontologischen Differenzen der unterschiedlichen Seinsarten des Leiblichen, Seelischen und Geistigen (Noetischen), im Modell als drei Dimensionen beschrieben. Die geometrischen Gesetze der Widersprüchlichkeit und der Mehrdeutigkeit, die Eigenschaften der Projektion in niedrigere Dimensionen beschreiben, werden übernommen. Frankl geht es dabei einerseits um die Widersprüchlichkeit verschiedener Menschenbilder, die durch den Reduktionismus einzelner Wissenschaften entstehen können und andererseits um die Erhaltung der Offenheit (Nicht-Abgeschlossenheit, wesensmäßige → Selbsttranszendenz) des Menschen, der mehr als die Summe seiner in Einzelwissenschaften beschriebenen Teile ist. Das spezifisch Humane zeigt sich erst im volldimensionalen Bild des Menschen.

- Frankl VE (1953) Dimensionen des Menschseins. *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie* 1(2): 186–195
- Frankl VE [1975] (1990) *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie.* München, Piper [bes S 198ff.]

Silvia Längle

Diskursanalyse. Mit dem Begriff des Diskurses bezeichnet man ein System von Äußerungen, Sprechinstanzen, Regeln und

Strategien (inklusive nicht-sprachlicher Praktiken), die ein bestimmtes Feld abstecken und bestimmen, welche Aussagen hier zulässig sind und welche nicht (z. B. der Diskurs der Universität). Auch verschiedene Weltverständnisse können als „diskursive Formationen“ aufgefaßt werden, die Praktiken der Disziplinierung, Strategien der Wissensbildung (vgl. Foucault, 1970) mitzubegreifen. Innerhalb jedes Diskurses herrscht ein ständiges Zusammenspiel von Macht und Wissen, das allerdings für die innerhalb dieses Diskurses Befangenen unsichtbar ist; Diskursanalyse ist daher (im Unterschied zur → Hermeneutik) nur durch einen deutlichen Bruch mit dem Selbstverständnis des interpretierten „Textes“ möglich. Diskursanalyse ist kritische Lektüre, die sich auf die Frage konzentriert, wie etwas dargestellt wird und was mit dieser Darstellung verborgen werden soll (in der Regel die Macht, die den Diskurs lenkt). Sie kann als strenge Beschreibung der Gesetzmäßigkeiten des Diskurses auftreten (in Anlehnung an den Strukturalismus), sie kann aber auch unsystematische, kritische Aufdeckung rhetorischer Strategien sein (in Anlehnung an Nietzsches „Hermeneutik des Verdacht“), sie kann auch als Dekonstruktion zeigen, daß Texte auf der Unterstellung von stabilen Gegensätzen beruhen, die sie aber gleichzeitig selber unterlaufen. Psychotherapie ist im präzisen Sinne ein Diskurs (eine Praxisform, verschiedene „Instanzen“, Rollenteilung etc.). Diskursanalyse ist für Psychotherapie unentbehrlich, weil diese ohne entsprechende Reflexion keine Distanz zu ihren eigenen Beschränkungen gewinnen kann, was letztlich die therapeutische Intention in ihr Gegenteil verwandeln würde.

- Barthes R [1957] (1996) *Mythen des Alltags*. Frankfurt/M., Suhrkamp
 Foucault M [1970] (1974) *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt/M., Fischer
 Nietzsche F [1894] (1988) *Jenseits von Gut und Böse. Zur Genealogie der Moral*. Kritische Studienausgabe, Bd. 5. München, dtv
 Wodak R (1996) *Disorders of discourse*. London, Longman

Thomas Shunecko

Dissoziation. Zustand des Uneinigseins mit sich selber oder Spaltung der Persönlichkeit. In der → Analytischen Psychologie wird damit das Phänomen beschrieben, „daß der Zusammenhang der psychischen Vorgänge unter sich nur ein sehr bedingter ist“. Jede Psyche besteht aus einer „Vielheit der seelischen Komponenten“ (C.G. Jung, GW, Bd. 8, §§ 365f.), den → Komplexen. Die Dissoziation ist die Basis des Phänomens der „multiplen Persönlichkeiten“. Nach Jung gehören Dissoziationen „zum eisenen Bestand einer [→] Neurose“ (GW, Bd. 17, § 204). Zur Dissoziation kommt es, wenn → Bewußtsein und → Unbewußtes gegensätzliche Positionen einnehmen und nicht kooperieren; das Unbewußte hemmt die Bestrebungen des Bewußtseins (durch Symptome). Dadurch fließt dem Unbewußten psychische → Energie zu. Jung spricht vom „Zerfall der Gegensatzpaare“ (→ Gegensatzthematik). Damit ist die Gefahr einer Neurose gegeben (GW, Bd. 8, § 61). Die Dissoziation entsteht entweder durch Verdrängung ursprünglich bewußter, aber inkompatibler Inhalte oder durch autonome Vorgänge im Unbewußten, wenn neue psychische Inhalte, die bisher niemals bewußt waren, in das Bewußtsein aufsteigen wollen. Da die unbewußten Inhalte mit dem Ich-Bewußtsein inkompatibel sind, wird die Dissoziation nicht durch Abspaltung, sondern durch Aushalten der inneren Zerreißung und des Leidens am → Konflikt geheilt (GW, Bd. 17, § 334; → Ganzheit).

- Jung CG [1946, 1954] (1976) *Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen*. In: GW, Bd. 8, §§ 343–442. Olten, Walter
 Jung CG [1928, 1948] (1976) *Über die Energetik der Seele*. In: GW, Bd. 8, §§ 1–130. Olten, Walter
 Jung CG [1926, 1946] (1972) *Analytische Psychologie und Erziehung*. In: GW, Bd. 17, §§ 127–229. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Barnim Nitsch

Dissoziation. Zentraler Begriff der → Hypnose; bezeichnet die Trennung von psychischen Inhalten, psychophysiologischen Zuständen und Wahrnehmungen als Zustand oder als Prozeß. Zahlreiche →

Trancephänomene beruhen auf dissoziativen Vorgängen. So kann → Amnesie als Dissoziation von Gedächtnisinhalten vom bewußten System beschrieben werden, Levitation als Auswirkung dissoziierter automatischer Verhaltensmuster, negative → Halluzination als Dissoziation bestimmter zentraler Verarbeitungsmechanismen der Wahrnehmung, → Analgesie als Dissoziation zentralnervöser Schmerzverarbeitungsmechanismen, → Anästhesie analog als Ausschaltung nozizeptiver und anderer Wahrnehmungen aus dem bewußten System u. a. m. Hilgards „Neodissoziations-theorie“ (1989) gilt als gängiges Erklärungsmodell dissoziativer Phänomene. Hierarchisch strukturierte psychische Verarbeitungssysteme können miteinander interagieren, aber auch voneinander isoliert sein. Die Interaktionen werden von übergeordneten Systemen geregelt, die ihrerseits dem „ausführenden Ich“ („executive ego“) unterstehen. Dissoziation als stärker ausgeprägtes Strukturmerkmal ist bei der dissoziativen Identitätsstörung (multiple Persönlichkeit), bei Schizoiden und Borderlinepersönlichkeiten (→ Borderline-Persönlichkeitsstörung) u. a. m. zu finden. Neurotische Symptome haben, da sie sich der bewußten Kontrolle entziehen, dissoziative Komponenten und können zum Teil auch als Trancephänomene, also als Ergebnis unbewußter → Autosuggestionen aufgefaßt werden. Dissoziation wird als eine grundlegende Fähigkeit des Menschen betrachtet, die in der → Tranceinduktion und im therapeutischen Prozeß in vielfältiger Weise genutzt werden kann. Bei der „Bewußt-unbewußt-Dissoziation“ wird die Metapher des → Unbewußten verwendet, um bisher vom bewußten Ich blockierte Veränderungs- und Lösungsmöglichkeiten zu fördern. Bei der zeitlichen Dissoziation geht es um das Erleben früherer Altersstufen (→ Altersregression) oder einer möglichen Variante der persönlichen Zukunft (→ Altersprogression). In der → Imagination kann man im dissoziierten Zustand sich selbst von einer Außenperspektive beobachten, ja mehrere Persönlichkeitsteile gleichzeitig miteinander agieren lassen, selbst mitagieren oder sich mit dem einen oder anderen Teil identifizieren. In der

Arbeit mit Teilen werden Persönlichkeits-teile gezielt aufgerufen und als Kommunikationspartner behandelt. Körperbezogene Dissoziationsprozesse wie → Katalepsie oder Armlevitationen etc. können therapeutisch genutzt werden. Mit Dissoziationstechniken kann auch die Schmerzwahrnehmung verändert werden (→ Schmerzkontrolle).

Hilgard E (1989) Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewußtseins. *Hypnose und Kognition* 6(2): 3–22

Kanitschar H (1995) Hypnose als Psychotherapie. *Imagination* 17(3): 5–15

Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hg), *Klinische Hypnose*. 2., korrr. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Hans Kanitschar

Dissoziative Störungen (→ Traumatherapie). Das Konzept bezieht sich auf Sektorenbildung oder strukturierte Abtrennungen mentaler Prozesse, die therapeutisch schwer eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln sind. Es wurde zuerst in der französischen Psychiatrie des 19. Jh. verwendet, insbesondere durch Pierre Janet, der damit die Spaltung zwischen „Ideen und Funktionen“ bezeichnete, „welche zusammen die Persönlichkeit konstituieren“ (van der Hart & Friedman, 1989). Diese „Ideen und Funktionen“ entgehen der Kontrolle und oft auch der Bewußtheit über den habitualisierten Persönlichkeitszustand. Sie beginnen auf der unbewußten Ebene eine eigene Dynamik zu entwickeln, die mit den normalen Bewußtseinsprozessen interferieren (partielle Dissoziation) oder mit ihnen alternieren (vollständige Dissoziation). Doppelte oder multiple Persönlichkeiten sind Beispiele für besonders schwerwiegende Formen der Dissoziation. Psychische Traumata werden als überwältigende Erfahrungen angesehen, die zu Dissoziationen führen können (→ traumatischer Streß). Traumatische Erinnerungen werden als dissoziative Zustände betrachtet, die, wenn sie reaktiviert werden, ein partielles oder mehr oder weniger vollständiges Wiedererleben des Traumas bewirken, was besondere Vorsicht bei der

Behandlung verlangt (→ Posttraumatische Streßstörung). Derzeit werden drei Ebenen solcher traumainduzierter Dissoziationen unterschieden: 1. primäre Dissoziationen, die sich auf die basale Spaltung zwischen dem traumatisierten Persönlichkeitszustand und dem offenbar normalen Persönlichkeitszustand beziehen; 2. sekundäre Dissoziation, auch peritraumatische Dissoziation genannt, die sich auf mentale Distanzierungspänomene wie „out-of-body experiences“ bezieht; 3. tertiäre Dissoziation, unter der perpetuierte Dissoziationen in Form komplexer dissoziativer Störungen, z. B. dissoziative Identitätsstörungen, verstanden werden, um auf dieser Grundlage therapeutische Konzepte zu entwickeln.

Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J (1996) The development of psychometric characteristics of the somatoform dissociative questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disorders* 184: 688–694

Spiegel D, Cardena E (1991) Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology* 100: 366–378

van der Hart O, Friedman B (1989) A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: a neglected intellectual heritage. *Dissociation* 2: 3–16

*Onno van der Hart
[übers. Hilarion G. Petzold]*

Dokumentation (→ Qualitätssicherung; → Evaluationsforschung; → Psychotherapieforschung). Die Dokumentation gehört zu den gesetzlich (z. B. Ärzte-, Psychotherapiegesetz, Patientenrechte) vorgegebenen Berufspflichten von Psychotherapeuten. Zur Vereinheitlichung haben verschiedene Berufsverbände Standards zu Struktur und Inhalt der zu dokumentierenden Daten entwickelt, die in standardisierten Systemen realisiert werden, und die Rahmenbedingungen (Personalien, Anamnesen, → Diagnosen, Ziele, → Indikationen / → Kontraindikationen, Prognosen), therapeutischen Interventionen (z. B. Methoden) und Ergebnisse einer Psychotherapie (schulenübergreifend) abbilden (= „Basisdokumentation“). Davon unabhängig sind

„Verlaufs- und Prozeß-Dokumentationen“, deren Aufgabe die Abbildung der therapeutischen Sitzungen ist, und die stark schulenorientiert sind. Allgemein sollten die Themen / Inhalte und der Verlauf einer Sitzung, Aspekte der Therapeut-Patient-Interaktion, diagnostische Erkenntnisse, Ergebnisse für den Patienten und Planungen / Hausaufgaben dokumentiert werden. Auch hierfür gibt es bereits standardisierte Instrumente. Die Dokumentation ist Eigentum des Therapeuten und mindestens 10 Jahre aufzubewahren; der Patient besitzt ein Einsichtsrecht in „objektive Daten“, die keine subjektiven Bewertungen des Therapeuten beinhalten (d. h. in die gesamte Basisdokumentation). Basis- und Verlaufs-dokumentationen haben wichtige Funktionen für Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung von Psychotherapie und können zur Ausbildung, → Supervision, Qualitätsverbesserung und Forschung herangezogen werden. Aus ökonomischen Gründen werden zunehmend computerisierte Systeme eingesetzt, die Basisdokumentationen, Diagnosesysteme (z. B. ICD; DSM), Evaluationsmethoden (Verlaufs- und Veränderungsmessungen, Tagebücher, klinische Skalen etc.), statistische Verfahren sowie Patientenverwaltung und Buchhaltung integrieren. Diese sollten zukünftig zum Standard freiberuflicher wie institutioneller Psychotherapie werden.

Heuft G, Senf W (Hg) (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart, Thieme

Laireiter A-R, Lettner K, Baumann U (1996) Dokumentation von Psychotherapie: Möglichkeiten und Grenzen. In: Caspar F (Hg), Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen, DGVT, S 315–343

Laireiter A-R, Lettner K, Baumann U (1998) PSYCHO-DOK. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie. Tübingen, DGVT

Anton-Rupert Laireiter

Doppelbindung (aus Sicht der → Hypnosetherapie). Hypnosetechnik, die bei der → Tranceinduktion und im therapeutischen Prozeß eingesetzt wird. Bei der Doppelbindung werden Verhaltens- oder Erlebensalternativen dargeboten, zwischen

denen der Klient bewußt wählen kann. Alle Alternativen enthalten jedoch eine implizite → Suggestion. Der Klient hat die freie Wahl auf einer primären Ebene, die erkannt wird, während das Verhalten auf einer sekundären oder Metaebene strukturiert wird, was häufig unerkannt bleibt. Aus logischer Sicht kann die Doppelbindung als eine Art Paradoxon verstanden werden, das der Betreffende nicht leicht auflösen kann. Die darin enthaltene implizite Suggestion wird somit häufig befolgt. Die Doppelbindung kann als eine grundlegende Determinante des Verhaltens angesehen werden, vergleichbar mit anderen Mechanismen wie den Reflexen oder der Konditionierung, und kann als Bewußt-Unbewußt-Doppelbindung, als zeitliche Doppelbindung, als Gegenhaltungsdoppelbindung (wenn auf der Metaebene eine nicht erkannte „Gegenhaltung“ oder Oppositionshaltung wirksam ist) etc. strukturiert sein. Von besonderem therapeutischen Interesse sind die sogenannten „Dissoziations-Doppelbindungen“ wie die „Bewußt-Unbewußt-Doppelbindung“ („Wenn Ihr Unbewußtes möchte, daß Sie in eine Trance eintreten, wird sich ihre rechte Hand ganz von selbst heben. Andernfalls wird sich Ihre linke Hand heben“) und die sehr komplexen „Doppel-Dissoziations-Doppelbindungen“ („Sie können als Person erwachen, aber Sie brauchen nicht als Körper zu erwachen. Sie können erwachen, wenn Ihr Körper erwacht, aber ohne Ihren Körper zu beachten.“) Nach M. Erickson ist mit einer Ablehnung aller Doppelbindungsstrategien zu rechnen, sobald die Beziehung oder Metaebene von Konkurrenzdenken geprägt oder negativ ist. Aus ethischen Gründen ist die reflektierte Anwendung von Doppelbindungsstrategien nur innerhalb einer fördernden, positiven therapeutischen Beziehung vertretbar (→ Rapport).

Rossi EL (Hg) (1996) Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson, Bd. 2. Heidelberg, Carl Auer, S 52–75

Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie. München, Pfeiffer [bes. S 66–74]

Hans Kanitschar

Doppelbindung. → Double-bind (aus Sicht der systemischen Therapie und Psychosenpsychotherapie).

Doppeln, Doppeltechnik (→ Psychodrama). Der Leiter oder ein Mitspieler tritt als → Hilfs-Ich hinter den → Protagonisten, nimmt seine Haltung ein, versucht sich in seine Lage zu versetzen und verbalisiert die Gefühle, die der Protagonist vielleicht nicht auszusprechen vermag. Dies setzt hohes Einfühlungsvermögen voraus und hat kathartische Wirkung. Die Grenze zwischen Ich und Nicht-Ich wird partiell aufgehoben, so wie zwischen Mutter und Kleinkind. Der Leiter ist hier Hilfs-Ich im Sinne von René Spitz (1992). Die stützende Haltung kann innere Klärung bewirken. Das Doppeln kann sowohl einfühlsam, ermunternd, aber auch provozierend falsch sein und die Ambivalenzen aufgreifen. Bei Patienten, die organisch in ihrer Ausdrucksmöglichkeit eingeschränkt sind, ist das Doppeln eine zusätzliche Möglichkeit des Zugangs. Die Echo-Technik ist eine Sonderform des Doppeln. Der Doppelnde wiederholt in der beschriebenen Stellung echoartig den letzten Satz des Protagonisten.

Gessmann HW (1995) Empirische Untersuchung der therapeutischen Wirksamkeit der Doppelmethode im Humanistischen Psychodrama. Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama 1(2): 5–23

Spitz R (1992) Vom Säugling zum Kleinkind. 10. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Dosis-Wirkungs-Beziehung (→ Psychopharmaka). Die Wirkungsstärke eines Pharmakons hängt von der Höhe der verabreichten Dosis ab. Manchmal zeigt sich in einem Mittelbereich eine lineare Beziehung zwischen Dosis und Wirkung. Häufiger besteht eine nicht-lineare Beziehung: Nach einem wirkungslosen Intervall (bei niedriger Dosis) nimmt die Wirkung mit steigender Dosis zu und erreicht schließlich ein Maximum, das auch bei weiterer Dosiserhöhung nicht überschritten wird. Kurven

dieser Art verlaufen individuell verschieden (z. B. Einfluß des Körpergewichts). Wichtige (statistische) Größen sind: die ED_{50} , jene Dosis, bei welcher 50% der Individuen eines Kollektivs eine bestimmte Wirkung zeigen; die LD_{50} , jene Dosis, bei welcher 50% der Individuen eines Kollektivs getötet werden; die ED, die empirisch ermittelte, therapeutische Einzeldosis; die TD, die empirisch ermittelte, therapeutische Tagesdosis; die TMD, der vom Gesetzgeber festgelegte Maximalwert einer Tagesdosis. Das Verhältnis zwischen LD_{50} und ED_{50} ist ein Maß für die Verträglichkeit eines Medikaments und geht in die Definition der → therapeutischen Breite ein. Wenn die Verdoppelung der Dosis eines Medikaments einerseits die Wirkung verdoppelt, gleichzeitig aber 10% der Versuchstiere sterben, wird man von einer „geringen therapeutischen Breite“ sprechen – idealerweise sollte sich eine Dosiserhöhung auf die Verträglichkeit eines Medikaments kaum auswirken, was bei den meisten Psychopharmaka zutrifft (→ pharmakologische Wirkungen; → Pharmakokinetik; → Pharmakodynamik).

Forth W (1980) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Mannheim, Bibliographisches Institut

Langer G, Heimann H (1983) Psychopharmaka – Grundlagen und Therapie. Wien, Springer

Gerd Eichberger

Double-bind (→ Systemische Therapie; → Psychosenpsychotherapie). Von Bateson 1956 beim Studium der Kommunikation von Familien mit einem schizophrenen Mitglied beschriebene Kommunikations- und Beziehungssituation, die auf alle Beteiligten eine unausweichlich paradoxe Wirkung hat („Beziehungsfalle“). Charakterisierung: Zwei oder mehrere Personen stehen zueinander in einer lebenswichtigen Beziehung. Die Bestandteile der Botschaften schließen sich gegenseitig (meist verbal – averbal) aus. Dadurch ist die Unterscheidung, was richtig oder falsch ist, unmöglich. Zwei Merkmale müssen dazukommen: Es ist nicht erlaubt, kritisch darüber zu reflektieren (Metakommunikation) bzw.

das Feld zu verlassen (→ Loyalität). Eine bloß paradoxe Botschaft verwickelt also noch nicht in eine double-bind-Situation. Ursprünglich ein unilineares Konzept der Schizophrenie („Täter-Opfer“), wurde diese Sicht bereits 1962 revidiert (Bateson et al., 1962) und die zirkuläre Wirkung (Zirkularität) des double-bind hervorgehoben: Das durch Doppelbindung verursachte paradoxe Verhalten habe selbst doppelbindende Rückwirkung, was zur Verewigung derartiger Kommunikationsmuster beitrage. In diesem Konzept wird die Kommunikationsstörung bei schizophrenen Patienten auf Defizite in der Unterscheidung logischer Typen zurückgeführt: „a) er hat Schwierigkeiten, den Botschaften, die er von anderen empfängt, den richtigen Kommunikationsmodus zuzuordnen. b) Er hat Schwierigkeiten, jenen Botschaften, die er selber verbal oder averbal äußert, den richtigen Kommunikationsmodus zuzuordnen. c) Er hat Schwierigkeiten, den eigenen Gedanken, Empfindungen und Wahrnehmungen den richtigen Kommunikationsmodus zuzuordnen“ (Bateson, 1956: 14). Die postulierten Reaktionen auf Doppelbindungen werden dann den klinischen Bildern aus dem → schizophrenen Formenkreis, nämlich der paranoiden Schizophrenie, der Hebephrenie sowie der Katatonie zugeordnet. Trotz nachfolgender Kritik (vgl. Müller, 1986) hatte die Double-bind-Theorie bedeutende Auswirkungen auf spätere kommunikations- und systemtheoretische Ansätze (→ Doppelbindung, aus Sicht der Hypnosetherapie).

Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland JH [1956] (1969) Auf dem Wege zu einer Schizophrenie-Theorie. In: Habermas J, Henrich D, Taubes J (Hg), Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 11–43

Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland JH (1962) A note on the double-bind. Family Process 2: 154–161

Müller C (Hg) (1986) Lexikon der Psychiatrie. Berlin, Springer [S 201–206]

Stierlin H [1956] (1975) Die Anpassung an die Realität der „stärkeren Persönlichkeit“. Einige Aspekte der symbiotischen Beziehung Schizophrener. In: Stierlin H, Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart, Klett-Cotta, S 50–54

Christian Moser

Drama-Dreieck. Ein in der → Transaktionsanalyse für Theorie und praktische Analyse von psychologischen → Spielen bedeutsamer Beitrag von Karpman (1968). Für die Analyse von Dramen und zur Identifikation des emotionalen Wechsels, der gleichzeitig mit einem Ich-Zustandswechsel (→ Ich-Zustand) einhergeht, beschreibt er drei Rollen. Diese Aktionsrollen sind Retter, Opfer und Verfolger/Ankläger. Personen, die in derartig manipulativen Rollen gefangen sind, suchen Personen mit jeweils komplementär passenden Rollen, um eine Spieldynamik zu initiieren. Die Annahme einer Rolle im Dramadreieck korrespondiert mit den → Grundeinstellungen. Es ist der Wechsel der Rollen, der ein Spiel von → Ausbeutungstransaktionen unterscheidet.

Karpman S [1968] (1976) Fairy tales and script drama analysis. In: Transactional Analysis Bulletin. Selected articles from volumes 1 through 9. San Francisco, TA Press, pp 51–56
Stewart I, Joines V [1987] (1990) Die Transaktionsanalyse. Freiburg, Herder

Charlotte Christoph-Lemke

Drama-Therapie. → Psychodrama.

Dreiphasen-Modell. Das Dreiphasenmodell von Lewin, auf das sich die → Gestalttheoretische Psychotherapie bezieht, beinhaltet die Begriffe „Auftauen“, „Ändern“ und „Neustabilisieren“ und läßt sich sowohl auf eine einzelne Therapie-sitzung wie auch auf den gesamten Verlauf einer Therapie beziehen. Entsprechend der Deskriptionsdimensionen des → Lebensraumes („Enge-Weite“, „Unordnung-Ordnung“, „Flüssigkeit-Rigidität“ und „Undifferenziertheit-Differenziertheit“) läßt sich der therapeutische Prozeß in drei Phasen unterteilen. In der „Auftauphase“ soll eine Veränderung des Flüssigkeitsgrades die Durchlässigkeit von Lebensraumbereichen erhöhen, worunter durchaus eine Labilisierung des Gleichgewichtszustandes der Person verstanden werden kann. In der Phase des „Änderns“ werden die Dimensionen Weite und Differenziertheit beeinflusst.

Dabei sind nach Lewin die drei Wirkfaktoren Bezogenheit, Konkretheit und Gegenwärtigkeit des Geschehens zu beachten, ohne die eine Änderung des Erlebens und Verhaltens nicht wirklich stattfinden kann. In der abschließenden Phase der „Neustabilisierung“ soll in der Dimension „Ordnung“ der Gleichgewichtszustand der Person auf einer höheren Prägnanzstufe wiederhergestellt werden, in der Fortschritte in der Differenziertheit und Komplexität des Lebensraumes integriert sind. Das Dreiphasenmodell kann durchaus analog zur Freudschen Trias „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“ gesehen werden, betont aber weitaus deutlicher die Gegenwärtigkeit (→ Hier-und-Jetzt-Prinzip) des therapeutischen Geschehens. Liegt bei Freud der Schwerpunkt auf dem Erinnern und Bearbeiten vergangener Ereignisse, so sind bei Lewin alle gegenwärtig wirksamen Kräfte (also auch die aus der Vergangenheit in die Gegenwart wirkenden, aber auch die jetzt in die Zukunft gerichteten) miteinbezogen.

Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber
Lewin K (1969) Grundzüge der topologischen Psychologie. Bern, Hans Huber
Walter H-J (1994) Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen. 3. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag

Rainer Kästl

Drogen (→ Sucht; → Suchttherapie). Als Drogen werden Substanzen bezeichnet, die veränderte Bewußtseinszustände, auch Rauschzustände, erzeugen können. Der Wirkort der Drogen zur Erzeugung eines Rauschzustandes ist das Zentralnervensystem (Gehirn), genauer die Synapsen (Verbindungsstellen zwischen zwei Nervenzellen im Gehirn), an denen verschiedene Transmitter (Botenstoffe zwischen zwei Nervenzellen) die Impulsübertragung vermitteln. Die meisten Rauschmittel haben zusätzlich in den unterschiedlichsten physiologischen Prozessen und in vielen Organsystemen Auswirkungen, die für zusätzliche Wirkungen und Folgeerkrankungen verantwortlich sind. Mit Drogen können der Bewußtseinszustand, der An-

trieb, die Sinneswahrnehmungen, die Befindlichkeit, die Schmerzempfindung und die Gefühle verändert, reguliert und kontrolliert werden. Je nach erzielter Wirkung werden Rauschmittel in der Klassifikation der WHO in Substanzgruppen eingeteilt: Drogen vom Typ der Opiate, Kokain, Cannabis, → Designer-Drogen, Alkohol und die Benzodiazepine.

- American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe
- Brosch R, Juhnke G (Hg) (1993) Sucht in Österreich. Wien, Orac [bes. S 101–152]
- Rätsch C (1998) Enzyklopädie der psychoaktiven Pflanzen. Aarau, AT Verlag
- Schmidbauer W, v Scheidt J [1971] (1998) Handbuch der Rauschdrogen. Überarb. u. erw. Neuauflage. Frankfurt/M., Fischer

Renate Brosch

Drogenberatung. → Drogentherapie; → Drogentherapie, Geschichte der; → Suchttherapie.

Drogenpsychosen. Substanzinduzierte psychische Störungen erzeugen eine Vielzahl von Symptomen, die für andere psychische Störungen charakteristisch sind. Dazu gehören folgende substanzinduzierte Störungen: Delir, persistierende Demenz, die psychotische Störung (organisch bedingte Wahnstörung, organisch bedingte Halluzinose), die affektive Störung, die Angststörung, die sexuelle Funktionsstörung und die Schlafstörung. Eine Sonderform stellt die persistierende Wahrnehmungsstörung nach der Einnahme von Halluzinogenen dar („Flash back“, „Nachhall“-Zustände). Die Symptomatik der jeweiligen psychischen Störung ist z. T. signifikant für die verursachende Substanz (z. B. bei chronischen Alkoholpsychosen), z. T. werden unspezifische Symptome, die psychiatrischen Krankheitsbildern entsprechen, durch akuten oder chronischen Gebrauch einer oder mehrerer Substanzen ausgelöst.

- American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe
- Schwoon D, Krausz M (Hg) (1992) Psychose und Sucht: Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Freiburg, Lambertus

Renate Brosch

Drogenrituale. Der Begriff des Rituals findet in der Phänomenologie des Drogengebrauches in zweifacher Weise Verwendung: zum einen im traditionellen religiösen Sinn, zum anderen im modernen Verständnis im Kontext der Beschreibung und Interpretation von Alltagsritualen profanen Drogengebrauches. Im religiösen Ritual sind die Drogen Medien der Initiation, der Kommunion und der Kommunikation mit dem göttlichen Prinzip einerseits (mystische Erfahrung) aber auch innerhalb der Gemeinde. In den traditionellen Kulturen werden dazu zumeist Pflanzen, Pilze, Kakteengewächse etc. eingesetzt. In höher entwickelten Kulturen und auf verschiedenen zivilisatorischen Niveaus finden der Alkohol, die Cocapflanze, die Hanfdrogen vergleichbare Verwendung. Der profane Gebrauch von Rausch- und Suchtmitteln ist ebenfalls an Rituale gebunden. Der Konsum ist an Handlungen der Zubereitung, an bestimmte Strukturierungen der zwischenmenschlichen Begegnung, an Lokalitäten und eine bestimmte Gestaltung des Konsumraumes gebunden. Das „Setting“ als Teil des Konsumrituals wird als bestimmende Einflußgröße auf die Wahrnehmung eines Drogeneffektes erkannt (Zinberg, 1984). Für die psychoanalytische Interpretation weisen die individuellen und gruppengebundenen Rituale die neurotische, oftmals in der Nähe des Zwanges angesiedelte, Basis des Gebrauches aus. In der sozialwissenschaftlichen und kulturwissenschaftlichen Interpretation wird hingegen dem ritualisierten Gebrauch die Bedeutung einer Schutzfunktion zuerkannt. In gleichem Ausmaß gilt dann die De-Ritualisierung des Gebrauches als Gefahr, den Weg in problematischen und abhängigen Gebrauch zu

bahnen. Als Beispiel für die Schutzfunktion können die geringen schädlichen Auswirkungen integrierten Cannabis-, Alkohol- oder selbst Coca- und Opiumkonsums gelten, wenn diese Sitten strengen Regulierungen folgen. Demgemäß wurden bereits in den 70er Jahren Vorschläge zur neuen Ritualisierung ausgearbeitet (vgl. Josuttis & Leuner, 1972). Befürworter des schadensbegrenzenden und des anti-prohibitiven Zuganges im Umgang mit Suchtproblemen schlagen vor, neue Rituale einzuführen oder ritualisierten Gebrauch zu ermöglichen, sowie die Selbstregulierung und Ritualisierung in den Verhaltensmustern jeweiliger Drogensubkulturen zu unterstützen. In diesem Sinn wird auch Kritik an einer eindimensional prohibitiven Drogenpolitik geübt, da diese de-ritualisierend wirksam wird bzw. der Entwicklung neuer ritualisierter Gebrauchsmuster im Wege steht. Zum andern bergen aber Rituale auch Gefahren in sich, und es ist dementsprechend notwendig, zwischen schützenden und riskanten Ritualisierungen zu differenzieren. Als typisches Beispiel eines hochriskanten Rituals kann das „needle sharing“ (gemeinsamer Gebrauch von Injektionsbesteck) gelten.

Ingliss B (1975) *The forbidden game*. London, Hodder

Josuttis M, Leuner H (Hg) (1972) *Religion und die Droge*. Stuttgart, Kohlhammer

Szasz T (1975) *Ceremonial chemistry. The ritual persecution of drugs, addicts and pushers*. London, Routledge

Völger G, v Welck K (Hg) (1982) *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich*. Reinbek, Rowohlt

Zinberg NE (1984) *Drug, set and setting*. New Haven, Yale University Press

Alfred Springer

Drogentherapie (→ Drogentherapie, Geschichte der). Der Umstand, daß seit den frühen 80er Jahren die injizierenden Drogengebraucher eine besondere Risikogruppe hinsichtlich der Epidemiologie von AIDS verkörpern, führte zu einem Paradigmenwandel in der Behandlung der Drogenabhängigen. Medizinische Behandlung und Betreuung wurde wieder unerläß-

lich, traditionelle psychotherapeutische Methoden gewannen wieder mehr Raum, das Postulat absoluter Drogenfreiheit als ideelles Ziel jeder Behandlung Drogenabhängiger wurde zugunsten schadensbegrenzender Zielvorstellungen aufgegeben. Dadurch gewinnen kombinierte Techniken besondere Bedeutung. Da sich die medikamentös gestützte Behandlung Opiatabhängiger („Substitutionstherapie“), die bereits in den 60er Jahren von Nyswander und Dole eingeführt worden war, international als anerkannte schadensbegrenzende Methode durchgesetzt hat, wird die psychotherapeutische Begleitung derart medikamentös Behandelter zu einem primären Anliegen der Suchtkrankenhilfe. Bedenken, die diesem Zugang von seiten abstinenzorientierter Therapeuten und therapeutischer Systeme entgegengebracht werden, kann mit günstigen Erfahrungen, die schon seit längerer Zeit aus den USA vorliegen, begegnet werden (z. B. Wurmser). Der breite Einsatz von medikamentösen Unterstützungsprogrammen ermöglicht es nunmehr seit den 80er Jahren, daß neben der überwiegend sozialtherapeutisch ausgerichteten Behandlung in therapeutischen abstinenzorientierten Einrichtungen erneut individualistische Therapie an Bedeutung gewinnt. Dabei kommen verschiedene Methoden und Techniken zum Einsatz, die auf dem theoretischen Verständnis aufbauen, das in der Zwischenzeit durch die Entwicklung der psychoanalytischen Theorie und Therapie und der kognitiven Verhaltenstherapie gewonnen werden konnte. Prinzipiell hat sich die Überzeugung durchgesetzt, daß die Psychotherapie Abhängigkeitskranker fallgerecht und dementsprechend individualisiert und diversifiziert ausgerichtet werden soll.

Ladewig D (Hg) (1983) *Der aktuelle Stand in der Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger*. Lausanne, ISPA-Press

Nyswander M (1971) *The drug addict as a patient*. New York, Grune & Stratton

Wurmser L (1978) *The hidden dimension*. New York, Jason Aronson

Alfred Springer

Drogentherapie, Geschichte der (→ Drogentherapie). Erste Hinweise auf die Notwendigkeit und Funktionalität der Psychotherapie in der Behandlung der Substanzabhängigkeit finden sich bereits im ausklingenden 19. Jh. Emmerich (1897) unterschied zwischen jenen psychotherapeutischen Maßnahmen, die er als unerlässliche Komponente jeder Entziehungskur betrachtete (suggestiv-psychotherapeutische Haltung) und solchen, die nach vollzogener Entziehung sich als sinnvoll erweisen könnten. Als geeignete „rückfallsverhindernde Maßnahme“ galten anfangs Hypnose und hypnotische Suggestion, später auch psychagogisch ausgerichtete Psychoanalyse (Kronfeld). Auf Seiten der Psychoanalyse selbst (z. B. Rado, Federn und Glover) entstanden damals die grundlegenden Vorstellungen und Interpretationen zum theoretischen Verständnis der Suchtphänomene. Aus dem Kreis der aktiven Psychoanalyse um Stekel wurde die Prognose der Behandlung der Suchtkranken durchaus günstig gestellt, wenn ein Therapiekonzept angewendet wurde, das psychoanalytisch fundierte Behandlung mit Kontrolle und Stützung zu verbinden verstand. Den meisten frühen Interpretationen war zu eigen, daß sie einem weiten „Süchtigkeits“-Begriff verpflichtet waren. Es wurde angenommen, daß die Süchtigkeit von einer generellen psychischen Dynamik gesteuert werde, der gegenüber es als relativ bedeutungslos galt, welches Rauschgift im einzelnen Falle bevorzugt wird. Gabriel & Kratzmann (1935) erweiterten schließlich den Suchtbegriff auf jene Verhaltensweisen und Einstellungen, die gebräuchlich als „Leidenschaften“ bezeichnet werden. Als in den 60er Jahren eine Zunahme des Drogenmißbrauches zu beobachten war, wurde Suchtbehandlung zunächst mehr und mehr zur Domäne sozialtherapeutischen Experimentierens (USA und vor allem Deutschland). Das „Drogenproblem“ galt gesellschaftlich zunächst nicht so sehr als ein medizinisches, sondern wurde überwiegend als abweichendes Verhalten interpretiert, die Psychiatrie zog sich aus der Behandlung zurück (außerdem war zu dieser Zeit gerade die antipsychiatrische Bewegung recht aktiv); einen

Hauptgrund stellten aber wohl auch die Charakteristika der neuen – vorwiegend jungen – Klientel dar. Die Konzepte, die entwickelt wurden, waren gruppenorientiert, folgten den Vorstellungen therapeutischer Gemeinschaften (Heckmann, 1980) und der Makarenko-Pädagogik. Beispiele für therapeutische Systeme, die damals entstanden, wären „Synanon“ (Yablonsky, 1967), „Daytop“, „Phoenix House“, „Odyssey House“, „Le Patriarche“. Therapiekonzepte wurden auf Basis der → Transaktionsanalyse, der Lerntheorie, der → Systemtheorie, der → Gestalttherapie und der Erlebnispädagogik entwickelt. Im Umfeld der Behandlung der Abhängigen entstanden „Marathon“-Sitzungen und andere gruppentherapeutische Techniken, bestimmte Kreativ-Techniken sowie der „Alternativen“-Ansatz in der Psychotherapie und Psychagogik von Jugendlichen.

Emmerich O (1897) Die Heilung des chronischen Morphinismus ohne Zwang und Qualen. Berlin, Steinitz

Gabriel E, Kratzmann E (1935) Die Süchtigkeit. Berlin, Neuland

Heckmann W (Hg) (1980) Vielleicht kommt es auf uns selber an. Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige. Frankfurt/M., Fischer

Ladewig D (Hg) (1983) Der aktuelle Stand in der Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger. Lausanne, ISPA-Press

Yablonsky L (1967) Synanon – the tunnel back. Baltimore, Penguin

Alfred Springer

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). → Diagnose.

American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe

Durcharbeiten (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Durcharbeiten ist ein Begriff aus der → Technik der Psychoanalyse. Die voranalytische, kathartische Phase beschreibt Freud (1914: 126): „Erinnern und Abreagieren waren damals die mit Hilfe des

hypnotischen Zustandes zu erreichenden Ziele.“ Danach nahm Freud an, das neurotische Symptom würde sich auflösen, wenn die ihm zugrundeliegenden unbewußten → Konflikte oder → Fantasien erkannt, dem Patienten mitgeteilt und, auf diese Weise bewußt gemacht, keine symptombildende Kraft mehr hätten – unter Umgehung des → Widerstandes, wie er 1914 beschreibt. Der unerträgliche und im Widerstand gebundene → Affekt trat nun ins Zentrum des Blickfeldes. Bewußtwerdung ist nur ein erster Schritt in Richtung auf die Bewältigung der Störung: Erst durch oftmaliges Besprechen, durch → Wiederholung der bis dahin unbewußten Bedeutung des Symptoms und durch die Wiederbelebung zugehöriger Fantasien im Zusammenhang mit den zugehörigen Affekten mit Hilfe des assoziativen Vorgehens kann es gelingen, „hysterisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln“ (Freud & Breuer, 1895: 312). Die Ursache für die Notwendigkeit des Durcharbeitens ist die grundlegende Bedeutung des Affektes in der Verursachung psychischer Störungen. Die Selbstpsychologie hat einen entscheidenden Wechsel im Verständnis der Psychoanalyse vorgenommen: sie sieht den Affekt und nicht mehr den → Trieb als Organisator psychischen Erlebens und damit als Grundlage der Entwicklung der Persönlichkeit (Orange et al., 1997: 79f.). Damit ist der Prozeß des Durcharbeitens auch theoretisch hinreichend fundiert: Erst wenn die in der Kindheit nicht erfüllten Selbstobjektbedürfnisse mit den ihnen zugehörigen Gefühlen, besonders der Enttäuschung, Ohnmacht und Wut (→ Trauer) in der → Übertragung hinreichend erlebt wurden, kann sich ein neuer Lebensweg eröffnen.

Freud S [1914] (1982) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 205–215

Freud S, Breuer J [1895] (1952) Studien über Hysterie. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 75–312

Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) Working intersubjectively. Contextualism in

psychoanalytic practice. Hillsdale (NJ)-London, The Analytic Press

Erwin Bartosch

Durchlässigkeit (→ Dynamische Gruppenpsychotherapie). Meint einen Faktor, der die Geschwindigkeit des Spannungsausgleichs benachbarter Regionen im psychologischen → Lebensraum bestimmt. „Spannung“ ist (nach der Lewin-Schülerin Zeigarnik; vgl. Marrow, 1977: 53, 137) das Maß für den Vorsatz, ein Ziel zu erreichen. Durchlässigkeit verändert das Verhältnis zwischen dem Zustand einer Region zum Zustand des umgebenden Lebensraumes (vgl. die systemische Denkweise: „Der Sinn eines Systems wird durch das umgebende System mitbestimmt“). Je höher die Durchlässigkeit (Permeabilität oder Flüssigkeit) von Grenzen im Lebensraum im Vergleich zu solchen, die eher rigid (oder starr) sind, ist, umso höher ist der Grad der Entwicklung. Durchlässigkeit ist Voraussetzung für flexible → (Selbst-)Organisation.

Lewin K (1982) Formalisierung und Fortschritt in der Psychologie. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4 [Feldtheorie]. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta, S 41–72

Marrow A (1977) Kurt Lewin – Leben und Werk. Stuttgart, Klett

Bernhard Dolleschka

Dynamik, existentielle. → Noodynamik; → Existenzanalyse.

Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Hat ihre Basis in dem von Raoul Schindler intendierten Konzept der Organisation aller mit dem Phänomen „Gruppe“ arbeitenden Methoden zu einem integrativen psychotherapeutischen Vorgehen. Dynamische Gruppenpsychotherapie ist eine wissenschaftliche Methode zur Anregung der Selbstgesundung auf der Basis der bestehenden Ressourcen. Sie benützt die Organisationskraft des Gruppensettings und die Hilfestellung des Therapeuten mittels → Feedback, Rangdynamik (→

Soziodynamische Rangstruktur), verschiedener Darstellungstechniken (Interaktionsübungen, Verbesserung der Fremd- und Selbstwahrnehmung, Situations- und Beziehungsanalyse). In ihrem Setting ist sowohl Einzel- wie Gruppenarbeit als ein ineinandergreifendes Ganzes verwirklicht. Sie ist besonders geeignet zur Bewältigung von Krisen, Konfliktsituationen, in der → Psychosomatik, Rehabilitation (nach psychotischen Krisen oder organischen Veränderungen) und Umstellungen von Abhängigkeiten oder nach Änderung von Lebensphasen. Die theoretischen Grundlagen der Methode sind die sozial- und tiefenpsychologischen Theorien von Lewin, Bion und Schindler. Das theoretische Konzept sieht in der „Gruppe“ ein dynamisches Organisationsbemühen einer Mehrzahl von Personen, gegenüber einem gemeinsamen Gegner (Ziel, Gegenüber) eine Ganzheit zu bilden, analog dem Organisationsbemühen des Ich, seine leiblichen und seelischen Elemente (Organe) gegenüber einer Umwelt zu einer Person zu integrieren. Dies geschieht durch Abgrenzung (Individuation) und Rollenbildung, die nach den Gesetzen der Rangdynamik und der Funktionalität erfolgt und im authentischen Handeln Ausdruck findet. Der Krankheitsbegriff folgt einerseits der Beschreibung Parsons als einer sozialen Rolle, andererseits der Theorie Bions, in der Krankheit ein möglicher Ausdruck des Konflikts zwischen → Arbeitsgruppe und Grundannahmegruppe (→ Grundannahme) ist. Das Therapieziel ist keine Idealvorstellung von Gesundheit, sondern jeweils die Optimierung der Lebensvorgänge gegenüber den als Krankheit erlebten Einschränkungen und Abwehrfiguren. Sie ermöglicht authentisches Handeln auf biopsychosozialer Ebene; „Heilung“ meint die Auflösung umschriebener Störungen (Syndrome), „Besserung“ die Optimierung der Lebensvollzüge in Teilbereichen. Diese Erweiterung des Lebensraums „ergibt sich durch einen schrittweisen Übergang zum Akzeptieren des eigenen Problems, das sich mit dem des anderen berührt oder in ihm wiederfindet. Für diesen Prozeß erweist sich die Gruppe als natürlicher Rahmen“ (Schindler, 1960: 383).

- Bion WR [1961] (1971) Erfahrungen in Gruppen. Stuttgart, Klett-Cotta
 Heigl-Evers A (1978) Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
 Lewin K (1982) Feldtheorie. / Psychologie der Entwicklung und Erziehung. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4 + 6. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta
 Majce-Egger M (Hg) (1999) Gruppentherapie, Gruppendynamik, Dynamische Gruppenpsychotherapie. Theoretische Grundlagen, Entwicklungen und Methoden. Wien, Facultas
 Schindler R (1956) Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. *Psyche* 9(5): 308–314
 Schindler R (1960) Über den wechselseitigen Einfluß von Gesprächsinhalt, Gruppenposition und Ichgestalt in der analytischen Gruppentherapie. *Psyche* 14(2): 382–392
 Yalom ID [1974] (1996) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch. Dt. Neuausgabe. 4., völlig überarb. u. erw. Aufl. München, Pfeiffer

Rainer Fliedl

Dynamisches Körper selbst (→ Funktionelle Entspannung). Aus den Informationen, die von der Haut und aus dem Körperinneren kommen, organisieren wir unser Körper selbst (vgl. Lichtenberg, 1978; vgl. auch den Begriff des Körperschemas nach Head & Holmes, 1911/12). Derartige das Körper selbst begründende und organisierende Informationen sind teilweise bewußtseinsfähig. Diese erlebbare Seite des Körpers wird von Uexküll u. a. als → Subjektive Anatomie bezeichnet. Neben anderen körperbezogenen Therapieverfahren zentriert sich die Funktionelle Entspannung auf propriozeptive (also das Körper selbst betreffende) Wahrnehmungen. Durch den Begriff des dynamischen Körper selbst (Reinelt, 1989: 13) wird sowohl die willkürliche als auch unwillkürliche „selbstbestätigende“ Bewegungsaktivität betont. Dem Körper selbst wird damit auch eine im Erleben (potentiell) wahrnehmbare dynamische Qualität zugeeignet. Es wird mit diesem Begriff weder eine statische Struktur noch eine strukturlose Bewegungsdynamik bezeichnet. Er soll vielmehr die dynamische Beweglichkeit erfassen, die durch die Verbindung von

festen, dehnbaren und beweglichen Teilen des Körpers ermöglicht wird. Intentionale Bewegungen und die mit der Atmung verknüpfte rhythmische Bewegtheit (→ Wahrnehmen, Bewegung, Rhythmus) führen zu Druck- und Spannungsänderungen, die über niederschwellige Mechanorezeptoren übertragen werden. Sie bilden wichtige Reize für die Organisation des dynamischen Körperselbst (Reinelt, 1985: 198).

Head H, Holmes G (1911/12) Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain* 34: 102–254

Lichtenberg JD (1978) The testing of reality of the standpoint of the body self. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 26: 357–83

Reinelt T (1985) Am Anfang ist der Leib. Anmerkungen zur Bedeutung der Haut- und Bewegungssinne für die Selbst- und Fremdwahrnehmung und Folgen ihrer Schädigung. In: Gerber G, Kappus H, Datler W, Reinelt T (Hg), *Der Beitrag der Wissenschaften zur interdisziplinären Sonder- und Heilpädagogik*. Wien, Selbstverlag des Interfakultären Institutes für Sonder- und Heilpädagogik, S 193–201

Reinelt T (1989) Mensch und Sexualität. Psychosexuelle Entwicklung und Fehlentwicklung aus interdisziplinärer Sicht. Berlin, Springer

Toni Reinelt

Dysfunktionale Gedanken. → Kognitive Fehler; → Verhaltenstherapie.

Dyskinesien (→ Psychopharmaka). Bewegungsstörungen. Dyskinesien haben verschiedene Ursachen, z. B. können extrapyramidal-motorische Störungen bei neurologischen Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Chorea Huntington etc. den glatten Bewegungsablauf der Willkürmotorik beeinträchtigen. Bei der Einnahme von → Neuroleptika können Dyskinesien als unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten. Diese betreffen vor allem die Bewegungsabläufe des Zungen-Schlund-Bereichs, des Gesichts, die Muskulatur der Augen, die Feinmotorik der Finger und manchmal auch die Haltemuskulatur der Wirbelsäule. Frühdyskinesien: Bewegungsstörungen, die als unerwünschte Wir-

kungen bei einer Therapie mit → Neuroleptika in Form von unwillkürlichen Bewegungen vor allem der Gesichts- und Schlundmuskulatur auftreten können. In ca. 30% aller Neuroleptikabehandlungen kommt es zu Zungen-Schlund-Krämpfen, Blickkrämpfen, Grimassieren, Kiefersperre, Schluckstörungen, Artikulationsstörungen o. ä. Frühdyskinesien können innerhalb von Stunden nach Therapiebeginn, meist jedoch nach ca. 5 Tagen auftreten, spontan verschwinden und wieder erscheinen. Subjektiv werden Frühdyskinesien oft mit großer Angst erlebt. Anticholinergika können Frühdyskinesien rasch beseitigen; längerfristig kann eine Reduktion bzw. das Absetzen der Neuroleptika notwendig werden. Spätdyskinesien (Tardivdyskinesien): Hyperkinetische Bewegungsstörungen, die nach längerer Behandlung mit Neuroleptika auftreten können und häufig irreversibel sind. Sie treten als unkontrollierbare Bewegungen der Mund- und Gesichtsmuskulatur in Form von Schmatz-, Kau- und Zungenbewegungen auf. Zusätzlich können auch andere Muskelgruppen an Armen und Beinen betroffen sein (ballistische, choreatische Bewegungsstörungen, Athetose und Haltungsanomalien). Die Symptome treten während oder nach Beendigung einer längeren Therapie mit Neuroleptika auf (ab 3 Monaten Behandlungsdauer), häufiger bei Patienten hohen Alters. Die Ausprägung der Spätdyskinesien kann von emotionalen Faktoren abhängig sein. Nach Absetzen der Neuroleptika bleiben die Störungen meist unverändert bestehen oder bessern sich langsam. Zur Vorbeugung sollte eine notwendige Neuroleptikatherapie nur sehr langsam reduziert („ausgeschlichen“) und eine möglichst geringe Menge an Neuroleptika insgesamt eingesetzt werden. In schweren Fällen führt eine Erhöhung der Neuroleptika zu einer Besserung der Akutsymptomatik.

Brosch W (1996) Psychopharmaka. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und andere professionelle Helfer. Wien, Orac

Finzen A (1995) Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. 11., überarb. u. erw. Aufl. Bonn, Psychiatrie-Verlag

Forth W, Henschler D, Rummel W, Starke K (1992) Pharmakologie und Toxikologie. 6. Aufl. Mannheim, BI-Wissenschaftsverlag
Langer G, Heimann H (1983) Psychopharmaka – Grundlagen und Therapie. Wien, Springer
Möller H-J (1993) Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart, Enke

Werner Brosch, Wolfgang Grill

Dysthymia. → Depression.

Dyspareunie. Algopareunie; schmerzhafter Geschlechtsverkehr (nach DSM-IV: 302.76; ICD-10: F52.6). Tritt bei der Frau häufiger als beim Mann vor, bei oder nach dem Koitus auf (Kockott, 1996: 296) Die Schmerzen (spastische Muskelverkrampfungen) werden am Introitus vaginae oder im hinterem Scheidengewölbe empfunden. Selten finden sich organische Ursachen (orale Kontrazeptiva, Entzündungen, Narben, Menopause etc.). Psychogene Dyspareunie: funktionelle Sexualstörung während der Erregungsphase. Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht lösen u. a. Prozesse des klassischen, operanten und des kognitiven Lernens sowie der Angst die Entwicklung und Aufrechterhaltung sexueller Störungen (→ Funktionsstörungen, sexuelle) aus. Primär organische Schmerzen beim Koitus können eine Erwartungsangst auslösen, die zu innerlicher Abwehrhaltung und Verkrampfung führt, obwohl die körperlichen Ursachen beseitigt sind. Neurotische Störungen (z. B. unbewusste Ablehnung des Partners) können den „Abwehrkrampf“ bewirken. Nach Sharpe & Mayer (1973) entstammen die kognitiven Sexuelschmerzen einer inneren Aversion, die als phobische Schmerzerwartung bei der Penetration oder bereits beim Petting auftritt. Verhaltenstherapeutische Behandlung: → Mentales Training; systematische → Desensibilisierung; → Plissit-Modell.

Kockott G (1988) Männliche Sexualität: Funktionsstörungen erkennen – beraten – behandeln. Stuttgart, Hippokrates [bes. S 89]

Kockott G (1996) Sexuelle Störungen. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2: Störungen – Glossar. Berlin, Springer, S 295–312

Sharpe R, Mayer V (1973) Modification of „cognitive sexual pain“ by the spouse under supervision. Behavior Research and Therapy 9: 285–287

Christina Raviola

- E -

Ebenen, neuro-logische. → Neuro-logische Ebenen; → Neurolinguistisches Programmieren (NLP).

Echo-Technik. → Doppeln, Doppeltechnik; → Psychodrama.

Echtheit. → Kongruenz; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Ecstasy (Populärnamen: u. a. „XTC“, „E“, „Adam“). 3,4-Methylendioxyamphetamin (Kürzel: MDMA), ein Amphetamin-Derivat. Verbreitetste → Designer-Droge und nach Cannabis/Marihuana bereits zweithäufigst konsumierte Droge der 90er Jahre (geschätzte → Prävalenz, d. h. Konsumationserfahrung, unter 14–24-jährigen: mind. 4–5%; z. B. Schuster et al., 1998); v. a. im Kontext von Musik- und Partyveranstaltungen der Jugendbewegung (Clubbing und Raves – belletristische Schilderung z. B. bei Welsh, 1996; qualitativ-sozialwissenschaftliche Analyse: Krollpfeifer, 1995). In den 80er und 90er Jahren vereinzelte Versuche (USA, Schweiz), die Substanz im psychotherapeutischen Kontext einzusetzen („Wahrheitsdroge“, „MDMA-unterstützte Psychotherapie“, im Anschluß an psycholytische (= drogenunterstützte) Psychotherapieversuche, z. B. mit LSD, in den 50er und 60er Jahren; Saunders & Walder, 1994: 102–121; Krollpfeifer, 1995: 71–81). Weißlich-gelbliches Pulver, ähnelt chemisch-strukturell einigen körpereigenen Stoffen (Neurotransmitter) sowie einem Inhaltsstoff der Muskatnuß, deren halluzinogene Wirkung (→ Halluzinogene) bereits im Mittelalter bekannt war. Die

Wirkungen sind in 2 Hauptkomponenten zusammenfaßbar. 1. Sympathikomimetische (antriebssteigernde) Wirkkomponente: erhöhte Herz- und Atemfrequenz sowie Schweißneigung, Druckgefühl in der Brust, Verspannungen/Krämpfe im Kieferbereich, Überhitzung, Bewegungsdrang. 2. Psychostimulierende Wirkkomponente: milde Euphorisierung (bei gleichzeitig nur geringgradigem halluzinatorischen Erleben), Angstreduktion, ausgeprägtes Erleben innerer Ruhe/Klärung, gesteigerte Empathiefähigkeit (→ Empathie) – was die Substanz für den psychotherapeutischen Kontext interessant erscheinen läßt (z. B. für → Traumatherapie) und Ecstasy-Befürworter eine eigene, neue Bezeichnung dafür reklamieren bzw. kreieren ließ: die Substanzklasse der Entaktogene (d. h.: „mit dem Inneren in Berührung bringend“). Dagegen stehen: 1. gefährliche sympathikomimetische Komplikationsmöglichkeiten (bis zu Koma und Tod) – Krampfanfälle, Hochdruckkrisen, Wasser- und Elektrolytmangel, Herz- und Kreislaufversagen, Schockzustände, Hirnblutungen – welche nach Ecstasy-Einnahme im „Party-Kontext“ wiederholt dokumentiert wurden, sowie 2. eine zwar bislang nicht befriedigend klare, aber doch eindeutig negativ zu bilanzierende Risikoabschätzung bei Langzeiteinnahme – an mittel- und langfristigen Risiken werden somatisch u. a. Gewichtsverlust, Harnwegsinfektionen, (bei Frauen) Zyklusverschiebungen, Nierenfunktionsstörungen, im psychischen Bereich (psychische) Substanzabhängigkeit (→ Sucht; → Suchtformen; Mißbrauch von → psychotropen Substanzen), Ausbildung von Panikattacken, Schlaf-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen und anhaltende depressive Verstimmungen (Thomasius, 1999) beobachtet. Gesellschaftlich ist die Ausbreitung des Ecstasy-Kon-

sums im Zusammenhang mit einem neuen Trend, einem starken (Machbarkeits-)Glauben an perfekte „Glückspillen“ (Rufer, 1995), zu deuten (andere Beispiele: das Antidepressivum Prozac, die Schlankheitspille Orlistat, die Potenzpille Viagra; → Orgasmusschwierigkeiten).

Krollpfeifer K (1995) Auf der Suche nach ekstatischer Erfahrung. Erfahrungen mit Ecstasy. Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung

Rufer M (1995) Glückspillen. Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka. München, Knauer

Saunders N, Walder P (Hg) (1994) Ecstasy. Zürich, Ricco Bilger

Schuster P, Lieb R, Lamertz C, Wittchen H-U (1998) Is the use of ecstasy and hallucinogens increasing? Results from a community study. *European Addiction Research* 4(1-2): 75-82

Thomasius R (Hg) (1999) Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Ein Leitfaden für die Praxis. Stuttgart, Enke

Welsh I [1996] (1997) Ecstasy. Drei Romanzen mit chemischen Zusätzen. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Martin Voracek

Effektstärke, Effekt (→ Psychotherapieforschung). Auch als Hypothesenabstand bezeichnet, ist die Effektstärke (abgekürzt: ES) ein statistisches Maß zum Vergleich von Datenreihen bzw. Meßwertverteilungen, das in der modernen Psychotherapieforschung eine maßgebliche Rolle spielt. Effektstärken werden häufig aus Unterschiedshypothesen abgeleitet. So wird die konzeptuelle Definition des Effekts als Unterschied zwischen Therapiegruppe (TG) und Kontrollgruppe (KG) in der Psychotherapieforschung auf Ebene des statistischen Tests als Voraussage von Differenzen in einem streuungsnormierten Maß der zentralen Tendenz in den erfaßten Daten präzisiert und als Nullhypothese H_0 : $ES=0$ notiert, d. h. $[\text{mean}(TG) - \text{mean}(KG)]/s(KG) = 0$ bzw. die Mittelwertsdifferenz zwischen Therapiegruppe und Kontrollgruppe, ausgedrückt in Standardabweichungseinheiten der Kontrollgruppe, ist Null (Cohen, 1988). Wenn der Betrag der Effektstärke statistisch von Null verschieden ist, d. h.

mit der Wahrscheinlichkeit von $p = 1 - \alpha$ außerhalb eines Stichprobenfehlerintervalles um Null liegt, spricht man von einem „signifikanten Effekt des Treatments auf dem α -Niveau“ ($\alpha = 0.05$ oder 0.01 per Konvention).

Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. New York, Academic Press

Hans-Christian Waldmann

Effort-Shape (→ Tanztherapie). Modifizierungen des Antriebs und der Körperhaltung sind durch das Effort-Shape-Konzept zur Bewegungsbeobachtung und -notation als Schwerpunkte tanztherapeutischer Diagnostik weitgehend standardisiert. Effort, entwickelt in den 40er Jahren von Rudolf von Laban, wird später durch die Shape-Kriterien seines Schülers Warren Lamb ergänzt. Im Effort-Konzept wird Antrieb als eine Einstellung definiert, die sich auf vier für die Erscheinung der Bewegung determinierenden Faktoren auswirkt: Jeder Faktor wird durch eine von zwei ihm entsprechenden Qualitäten evident. Die phänomenologische Feststellung von manifesten Qualitäten gibt so den jeweiligen Status bzw. die Modifizierung des Antriebs an. Der Faktor „Fluß“ ist durch die Qualitäten „frei“ oder „gebunden“ beobachtbar, „Gewicht“ durch die Qualitäten „stark“ oder „leicht“, „Raum“ durch die Qualitäten „direkt“ oder „flexibel“ und „Zeit“ durch die Qualitäten „plötzlich“ oder „allmählich“. Mit Shape-Kriterien werden die jeweiligen Umformungen des Körpers bzw. des Rumpfes räumlich-dimensional als z. B. „heben“ oder „senken“, „vorrücken“ oder „zurückziehen“, „ausweiten“ oder „einengen“ beschreibbar.

Dell C (1970) *A primer for movement description. Using effort-shape and supplementary concepts*. New York, Dance Notation Press

Laban R, Lawrence FC (1947) *Effort, economy of human movement*. London, Macdonald & Evans

Laban R, Ullmann L (1980) *The mastery of movement*. London, Macdonald & Evans

Lamb W (1965) *Posture and gesture*. London, Duckworth

North M (1972) Personality assessment through movement. London, Macdonald & Evans

Cary Rick

Ego (aus Sicht der → Transpersonalen Psychologie). Starres, abgegrenztes Subjekt-Ich, die Illusion (maya), nach der es eine absolute Trennung zwischen Ich und Nicht-Ich gibt. Durch Anerkennungssucht aufgeblähtes → Ich, das sich um sich selbst dreht. Es zeigt sich in Spannungen und Verkrampfungen, in Neid, Verbissenheit, Gier, Eifersucht, Druck, Härte, Abwertung, Unversöhnlichkeit, Allmachtsfantasien, Anerkennungssucht und Machtansprüchen. Dem Ego zuzuschreiben ist weiters ein Festhalten an starren Bildern, ein Leben im Wartesaal der Zukunft und Vergangenheit, sich mehr mit Erwartungen und Befürchtungen auseinanderzusetzen als mit dem Hier-und-Jetzt und ein chronisches Selbsterleben als „Gesehener“. Vor allem aber zeigt sich das Ego in tiefem Mißtrauen gegen alles, was einfach passiert und baut somit eine Barriere gegen das transpersonale Selbst auf (→ Selbst, aus Sicht der Transpersonalen Psychologie). Spirituelle Wege (→ Spiritualität) setzen sich die Transformation des Ego zum Ziel, denn nur dann sei die Einheitserfahrung möglich/erreichbar (außergewöhnliche → Bewußtseinszustände). Das transformierte Ego erkennt das transpersonale Selbst und dient ihm. Es zeigt sich in der Fähigkeit zu freifließender Liebe. Das transformierte Ego heftet sich nicht an die Affekte, sondern begleitet sie, es ist ein Sinnesorgan des Selbst. Es existiert als Zeuge ohne Anhaftung. Es zeichnet sich durch Vertrauen aus, kann flexibel reagieren und ist fähig, selbst produzierte Konzepte wieder loszulassen, wodurch der Boden für umfassende Befreiung bereitet werde.

Gurumayi C (1990) Asche zu meines Gurus Füßen. South Fallsburg, Syda Foundation

Sylvester Walch

Ego-dyston (ich-dyston). → Alloplastisch/autoplastisch; → Neurose.

Ego-synton (ich-synton). → Alloplastisch/autoplastisch; → Persönlichkeitsstörungen.

Eigentlichkeit (→ Daseinsanalyse). Im daseinsanalytischen Sprachgebrauch ist oftmals von Eigentlichkeit und Alltäglichkeit die Rede. Eigentlichkeit bedeutet Freiwerden für den Ruf des → Gewissens bzw. der Sorge (Heidegger). In der Eigentlichkeit findet das → Dasein in freier Wahl zu sich selbst, während der Mensch in der Uneigentlichkeit der Anonymität des „Man“ dem Paradigma des Vorurteils, der Fremdbestimmung und einer erstarrten Tradition verfällt.

Condrau G (1992) Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Bern/Freiburg, Hans Huber/Universitätsverlag

Heidegger M [1927] (1963) Sein und Zeit. 10. Aufl. Tübingen, Niemeyer

Gerlinde Schopf

Eigenverantwortung. → Existentielle Wende; → Wille; → Person; → Existenzanalyse.

Einführendes Verstehen. → Empathie; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Einheit der Persönlichkeit (→ Individualpsychologie). Adler (1912) hob mit der Bezeichnung Individualpsychologie das Konzept der „Persönlichkeit als Einheit“ heraus und grenzte sich mit diesem Schritt von Freud und dessen Vorstellung von wesensmäßig unterschiedlichen und miteinander in einem letztlich unauflöslichen Konflikt stehenden Entitäten innerhalb des psychischen Apparates ab (→ Metapsychologie; → Aktivität). Nach Adler sind dynamische und funktionelle Aspekte der Persönlichkeit im → Lebensstil eines Menschen unauflösbar als eine Einheit miteinander verwoben. Diese Idee Adlers wurde später von Fairbairn (1952) im Zuge seiner

Kritik an Freuds (1923) Strukturtheorie in besonders präziser Weise konzeptionalisiert. Mit diesem Persönlichkeitskonzept ist – im Vergleich zu Freuds Ansatz – auch eine deutliche Verschiebung der Akzente hinsichtlich der Theorie der Psychodynamik verknüpft. Nicht die Abwehr und Kanalisierung von Triebimpulsen, sondern die Regulation von Selbstzuständen steht im Mittelpunkt der Psychodynamik (Tenbrink, 1996). Die Triebverarbeitung wird als Aspekt der weit mehr umfassenden Selbst-Regulation konzeptualisiert, da die Triebe nicht als vom Selbst wesensmäßig verschiedene Entitäten innerhalb der Person verstanden, sondern als Bestandteil des Selbst betrachtet werden. Diese Auffassung schließt aus heutiger Sicht die Annahme von unbewußten inneren Konflikten und Spaltungsvorgängen nicht zwingend aus. Es handelt sich dabei dann allerdings nicht um Konflikte und Spaltungen zwischen verschiedenen Entitäten eines psychischen Apparates, sondern um unbewußte Konflikte und Spaltungen zwischen basalen Entwicklungsbedürfnissen des Selbst einerseits und damit verwobenen verinnerlichten Beziehungserfahrungen, die mit diesen Entwicklungsbedürfnissen nicht ausreichend im Einklang stehen, andererseits (Tenbrink, 1996). In der klassischen Auffassung von Individualpsychologie wurde die Idee der Einheitlichkeit jedoch noch sehr restriktiv ausgelegt, sodaß innere Konflikte und → Ambivalenzen lediglich als Abwehrvorgänge verstanden werden konnten (Künkel, 1925). Die Regulation von Selbstzuständen bezieht sich nach Adler auf die Kompensation von strukturell fixierten emotionalen Mangelzuständen in der Persönlichkeit aufgrund früher traumatischer Erfahrungen. Mit diesem Schritt, der allerdings nicht frei war von „moralomorphen“ Konzeptbildungen (→ Finalität; → individualpsychologische Psychotherapie), hat Adler den Weg für die Anerkennung der zentralen Bedeutung von Affektverarbeitungen für die Persönlichkeitsentwicklung gebahnt.

Adler A [1912, 1919] (1972) Über den nervösen Charakter. Frankfurt/M., Fischer
Fairbairn WRD [1952] (1981) Psychoanalytic studies of the personality. London, Routledge

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Künkel F (1925) Zur Kritik der Ambivalenz. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie 3: 62–79

Tenbrink D (1996) Neurose und regulative Strukturen des Selbst. Zeitschrift für Individualpsychologie 21: 117–130

Dieter Tenbrink

Einschärfungen. → Skript; → Transaktionsanalyse.

Einstellung. In der → Existenzanalyse und → Logotherapie häufig verwendeter Begriff zur Bezeichnung von (relativ überdauernden) Vorentscheidungen zu Themen, Sachverhalten oder Menschen. Diese persönliche Bezugnahme zum Objekt besteht im Kern in einer „Verhaltensantizipation“ (Längle), der ein Werturteil und eine Entschiedenheit vorausgeht und die → Person handlungsbereit macht. Arbeit an der Einstellung ist klassisches Thema existenzanalytischer Beratung / Therapie, weil Vorentscheidungen (z. B. ablehnende Einstellung zum Panikgefühl) Probleme oft erst erzeugen oder aufrechterhalten (= Einstellungsänderung, „existentielles Vakuum“). Die Bearbeitung der Einstellung gegenüber unabänderlichem Leid bezeichnet Frankl als „Ärztliche Seelsorge“ in der Logotherapie und führt zu Einstellungswerten (→ Sinn). Methoden zur Einstellungsänderung sind in der Logotherapie von Lukas („Einstellungsmodulation“) und Längle (Schritte: Werthierarchie prüfen, Horizonterweiterung, auf Distanz gehen; → phänomenologische Haltung) entwickelt worden. Grundsatzentscheidungen, die der Persönlichkeit Halt geben, werden als „Haltungen“ (z. B. zum Leben) bezeichnet, die Hintergrund für mehrere Einstellungen sein können (z. B. Euthanasie, Abtreibung).

Frankl VE [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer

Längle A [1987] (1994) Sinnvoll leben. 4. Aufl. St. Pölten, NÖ Pressehaus
 Lukas E (1980) Auch dein Leben hat Sinn. Logotherapeutische Wege zur Gesundung. Freiburg, Herder

Alfried Längle

habe. In: Gerber G, Sedlak F (Hg), Katathymes Bilderleben innovativ. München, Reinhardt, S 184–208
 Revenstorff D (Hg) (1993) Klinische Hypnose. 2., korr. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer

Wolfgang Ladenbauer

Einstellungsänderung. → Einstellung;
 → Existenzanalyse.

Einstellungstypen. → Extraversion, Introversion; → Typologie; → Analytische Psychologie.

Einstellungswert. → Sinn; → Existenzanalyse.

Einstreutechnik (→ Hypnose). Diese Technik zielt auf die → Bahnung einer bestimmten Reaktion ab. Die Vorbereitung auf eine später gewünschte Reaktion wird durch die Beiläufigkeit des In-den-Text-Einstreuens verstärkt. Therapeutisch relevante Einladungen, kohärent (eindeutig oder doppelsinnig, jedenfalls also zum Problem und zum Inhalt der Geschichte passend) oder inkohärent (nur zum Problem passend, zwischendurch, unvermittelt, ohne Zusammenhang zur laufenden Kommunikation), werden in den sprachlichen Kontext eingestreut, auch wenn dieser Kontext für die Therapie irrelevant ist. Dabei können die eingestreuten Botschaften markiert werden, z. B. durch leiseres oder bedeutungsvolleres Sprechen oder Sprechen in eine andere Richtung. Da die Inhalte des Kontextes die bewusste Aufmerksamkeit absorbieren, können die eingestreuten Botschaften ungehindert passieren und verarbeitet werden. Wie bei den Implikationen wird meist das Eingestreuse vom Patienten als sein eigener Einfall erlebt. Besonders wirksam stellt sich die Einstreutechnik für indirekte → Suggestionen und die → Schmerzkontrolle heraus.

Ladenbauer W (1994) Was ich von der Hypnose für das Katathyme Bilderleben gelernt

Einwegspiegel. Arbeitsbehelf in Kombination mit akustischer Tonübertragung im Rahmen des „Zwei-Kammer-Settings“ → Systemischer Therapien. Der Einwegspiegel war zunächst im Rahmen von Forschungsprojekten u. a. von der Palo Alto-Gruppe um G. Bateson zur empirischen Beobachtung und Registrierung von Interaktionsabläufen im therapeutischen System eingesetzt worden. Bei der Weiterentwicklung therapeutischer Vorgehensweisen ging man dazu über, die hinter der Einwegscheibe gemachten Beobachtungen dem Klientensystem rückzumelden und allenfalls mit therapeutischen Hausaufgaben zu koppeln. Letztlich ergab sich daraus eine teamorientierte Arbeitsform, bei der eine Person ein Interview mit dem Klientensystem durchführte, während hinter dem Spiegel ein (oder mehrere) Therapeut(en) das Geschehen beobachtete(n) und Interventionen überlegte(n). Diese Überlegungen wurden entweder sofort mittels Telefon dem interviewenden Therapeuten mitgeteilt oder im Rahmen einer „Pausenbesprechung“ (in Abwesenheit der Klienten) zu einer Botschaft an das Klientensystem zusammengefasst. Eine wesentliche Weiterentwicklung dieses Settings stellt das → Reflecting Team dar.

Andersen T (1990) Das Reflektierende Team. Dortmund, Modernes Lernen
 de Shazer S (1989) Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart, Klett-Cotta
 Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1977) Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart, Klett-Cotta

Ferdinand Wolf

Einzelfallforschung (→ Psychotherapieforschung). Einzelfallanalyse beschäftigt sich mit der Betrachtung einer Untersuchungseinheit, die aufgrund der Vorgaben der Fragestellung nicht mehr teilbar ist.

Im Regelfall handelt es sich um die Analyse des Verhaltens einer Person im Zeitverlauf; prinzipiell kann jedoch auch eine Schulklasse, eine Therapiegruppe und ähnliches als Einheit definiert werden (Petermann, 1996a). Einzelfallanalysen lassen sich auf verschiedenen Ebenen realisieren. Die einfachste Möglichkeit stellt in der klinischen Forschung das regelgeleitete Festhalten von patientenbezogenen Daten dar (Fall-dokumentation; → Dokumentation). Anspruchsvollere Möglichkeiten ergeben sich aus Fallbeschreibungen und der daraus abgeleiteten statistischen Analyse von Verläufen (z. B. von Therapieverläufen). Bei der Planung einer Einzelfallanalyse ist es zentral, gezielte Annahmen über die fallbezogenen Effekte einer Intervention zu formulieren. Die Überprüfung von einzelfallbezogenen Hypothesen erfolgt mit Hilfe sogenannter Einzelfall-Versuchspläne (vgl. Petermann, 1996a), deren Prinzip sich anhand des sogenannten A-B-Planes erläutern lässt. Bei einem A-B-Plan bezeichnet A die Phase der Nicht-Behandlung und B die der Behandlung. Für beide Phasen müssen für eine statistische Auswertung hinreichend viele Messungen erhoben werden, um ein Erfolgskriterium abbilden zu können. Die erzielten Ergebnisse können in einem Koordinatensystem auf den Achsen Zeit und Häufigkeit des Erwünschten abgetragen werden. Bei der Planung wird gefordert, daß für beide Phasen (A, B) eine vergleichbare Anzahl von Beobachtungen vorliegen soll. Dies garantiert eine repräsentative Veränderungsanalyse. Einen ersten Überblick über die Effekte einer Einzelfallstudie kann man durch eine einfache grafische Betrachtung erzielen (vgl. Petermann, 1996b). Die Darstellung erfolgt anhand unterschiedlich aufbereiteter Diagramme, wobei diese die Auftretenshäufigkeiten oder Patienten- bzw. Therapeuten-Einschätzungen über die Zeit abtragen. Bei vorgegebenen, präzisen Verlaufshypothesen kann ein solches Diagramm eine beschränkte Aussagekraft besitzen. Mit solchen Diagrammen kann man jedoch nicht die statistische Signifikanz einer Veränderung abschätzen. Die statistischen Auswertungsverfahren für Einzelfallstudien nehmen in den letzten Jahren wieder an Bedeutung zu

und werden in entsprechenden Lehrbüchern behandelt (vgl. Petermann 1996a). Besondere Bedeutung nimmt dabei die Zeitreihenanalyse ein, die sich als angemessenes Auswertungsverfahren durchgesetzt hat, mit dem es gelingt, die Abhängigkeiten in den wiederholten Beobachtungen bei Einzelfallbetrachtungen zu berücksichtigen.

Petermann F (Hg) (1996a) Einzelfallanalyse. 3., erw. Aufl. München, Oldenbourg

Petermann F (Hg) (1996b) Einzelfalldiagnostik in der Klinischen Praxis. 3., korr. Aufl. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Franz Petermann

Einzeltherapie (systemische). → Systemische Einzeltherapie.

Ejakulation, Störungen der. 1. Ejaculatio praecox: Ejakulation vor dem Genitalverkehr oder unmittelbar nach der Immissio penis. Unfähigkeit, den Samenerguß zeitlich verzögern zu können. Die nachfolgende Erschlaffung des Gliedes macht ein Fortsetzen des Koitus nicht möglich. Organogenese: Medikamente, Rauchen, Alkohol etc. Psychogenese: Aus verhaltenstherapeutischer Sicht spielen u. a. Versagensängste, Vermeidung sexueller Aktivitäten, Angst vor der eigenen Sexualität, Beziehungsängste, Lerndefizite, Selbstverstärkungsmechanismen der Versagensangst eine große Rolle (Kockott, 1989; Swanson & Forrest, 1987). Nach diesem Ansatz werden Verhaltensauffälligkeiten als gelerntes Fehlverhalten angesehen und als Reiz-Reaktions-Ablauf betrachtet. Verhaltenstherapeutische Behandlung: → Squeeze-Technik, Therapie nach Masters und Johnson, → Stop-Start-Technik nach Kaplan. 2. Ejakulation, ausbleibende (Ejaculatio deficiens, Anejakulation): trotz sexuellem Höhepunkt bleibt der Samenerguß (das Ejakulat) aus. Davon läßt sich differentialdiagnostisch die retrograde Ejakulation – der Orgasmus ist ungestört, die Ejakulation erfolgt in die Harnblase – abtrennen (Nachweis von Spermien im Urin). Organogenese: u. a. Plastik des Blasenhalses, Pros-

tatektomie, diabetische Neuropathie. Verhaltenstherapeutische Behandlung: → Plissit-Modell, mentales Training. 3. Ejakulation ohne Orgasmus (Spermatorrhö): Samentropfen ohne Orgasmuserleben. Die Männer erleben bei der Ejakulation keine Lust, kein Befriedigungsgefühl. Das eingeschränkte Orgasmuserleben geht mit einer allgemein reduzierten Fähigkeit zum Körpererleben einher. Diese Symptomatik tritt äußerst selten auf. Verhaltenstherapeutische Behandlung: Kognitives Training sexueller Fantasien, Körperübungen.

Bräutigam W (1989) Sexualmedizin im Grundriß. Stuttgart, Thieme

Kockott G (1988) Männliche Sexualität: Funktionsstörungen erkennen – beraten – behandeln. Stuttgart, Hippokrates [bes. S 23, 80–86]

Kockott G (1995) Die Sexualität des Menschen. München, Beck [bes. S 59]

Swanson J, Forrest K (1987) Die Sexualität des Mannes. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag

Christina Raviola

Eklektizismus (→ Psychotherapieforschung). Das „Schulendenken in der Psychotherapie [→ Therapieschulenforschung] ist gekennzeichnet durch mehr oder weniger formulierte Allgemeingültigkeitsansprüche und klare Abgrenzungen der Therapierichtungen“ (Bastine, 1990: 210). Dem steht in der alltäglichen psychotherapeutischen Praxis offensichtlich ein „technischer Eklektizismus“ gegenüber, und unter Theoretikern wie Praktikern ist ein starker Trend zum Eklektizismus und zur „Integration“ beobachtbar (Garfield & Bergin, 1994: 8). Huber (1996: 228) unterscheidet synkretischen, systematisch-kritischen, theoretischen und technischen Eklektizismus (bei letzterem finden Techniken Verwendung, die aus unterschiedlichsten Quellen und Theorien stammen). Als Ziel des psychotherapeutischen Eklektizismus sieht Huber 1. auf theoretischer Ebene die Überwindung der durch die Schulen gesetzten Grenzen und den Aufbau einer empirisch begründeten Psychotherapie, 2. eine pragmatische Auswahl von Methoden und Techniken auf klinisch-praktischer Ebene zwecks Behandlungsoptimierung. Im → Äquivalenzparadoxon und in der Entdek-

kung, daß die strukturellen Abläufe in psychotherapeutischen Prozessen unterschiedlicher Behandlungen sich sehr ähneln, werden wichtige Argumente für eine → Methodenintegration in der Psychotherapie gesehen. Auch Grawe (1995) fordert eine → Allgemeine Psychotherapie (psychotherapeutische Theorie 2. Generation) auf der Basis der Ergebnisse empirischer Psychotherapieforschung. Dagegen argumentiert Meyer (1995: 107), daß die derzeitige Forschung in der Psychotherapie „noch keine detaillierten Handanweisungen für eine integrierte, empirisch begründete Psychotherapie sensu Grawe erkennen lasse, auch wenn das veraltete Schulendenken-Modell prinzipiell überwunden werden müsse“. Weiterhin ist zu bedenken, daß → Prozeß-Ergebnis-Forschung noch nicht lange genug erfolgt, um eventuell doch (schulen)spezifische → Wirkfaktoren einzelner Behandlungsformen zu entdecken.

Bastine R (1990) Die Überwindung psychotherapeutischen Schulendenkens – Hindernisse und Hoffnungen. In: Lang H (Hg), Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin, Springer, S 210–219

Garfield SL, Bergin AE (1994) Introduction and historical overview. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), Handbook of psychotherapy and behavior change. Fourth edition. New York, John Wiley & Sons, pp 3–18

Grawe K (1996) Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 130–145

Huber W (1996) Entwicklung der integrativen Psychotherapie. In: Senf W, Broda M (Hg), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart, Thieme, S 228–230

Meyer A-E (1995) Et tamen florent confessiones. Schlußwort zu Grawes Replik. Psychotherapeut 40: 107–110

Volker Tschuschke

Ek-sistenz. Unterscheidet sich als „Hinausgehen in die Wahrheit (Unverborgenheit) des Seins“ und als „sorgendes Ausgehen des „Da als die Lichtung des Seins“ (Heidegger), vom geläufigen Existenz-Begriff als Wirklichsein irgendeines Seienden. In einer daseinsgemäßen Therapie interessiert das „Wesen des Daseins“, das in seiner Ek-sistenz liegt (ek-sistere, ek-

stare=Hinausstehen in die Offenheit des → Seins). Das besagt, daß der Mensch das Da, der Offenheitsbereich des Seins ist, als „Erscheinungsstätte“ für alles, was ist, gebraucht wird, daß ihm auch sein eigenes Sein aufgegeben ist. Ek-sistierend ist der Mensch, „inständig“, „in der Welt“ – diese nicht geografisch, sondern als Lichtung des Seins, gedacht, dabei stets und gleichursprünglich verstehend gestimmt, bezogen, räumlich, leiblich, zeitlich, sterblich, geschichtlich (vgl. Boss, 1975; → Existenzialien). → Angst und → Schuld bestimmen zeitlebens unsere Existenz, melden sich im → Gewissen, sind „Grundprobleme der Psychotherapie“ (Condrau, 1976). Ausgesetzt in „das Seiende im Ganzen“, erfahren wir die Hochstimmung der Freude, die Gleichgültigkeit der Langeweile, das „nichts“ in der Angst, die Grenzsituation der Krisen. Hilfreich sind dann eine „Gelassenheit zu den Dingen“ in ihrem Sein, „Offenheit“ für deren verborgenen Sinn, „Ausdauern im Äußersten“ (Heidegger, 1947). → Freiheit aber wächst mit diesem Sein-lassen, Sich-einlassen, Sich-aussetzen und Ausstehen dessen, was und wie es ist.

Boss M (1975) Grundriß der Medizin und der Psychologie. 2. Aufl. Bern, Hans Huber
Condrau G [1962] (1976) Angst und Schuld als Grundprobleme der Psychotherapie. 2. Aufl. Frankfurt/M., Suhrkamp
Heidegger M (1947) Über den Humanismus. Frankfurt/M., Klostermann

Johann Georg Reck

Eltern-Ich. → Ich-Zustand; → Transaktionsanalyse.

Eltern-Kind-Beziehung. Schon die frühen und frühesten Beziehungsvorgänge zwischen dem Kind, der Mutter und dem Vater haben Wirkung auf den weiteren Entwicklungsverlauf des Kindes. Die Symptomatik von Kindern ist oft erst bei gründlicher Kenntnis der Beziehungen zu den Bezugspersonen versteh- und therapierbar. Meistens handelt es sich dabei nicht um ein primäres Unvermögen bei der Erziehung, sondern um ungelöste Konflikte, die das

Kind in eine innerfamiliäre Rolle drängen, die letztlich der elterlichen Konfliktentlastung dient. Es gilt, diese Beziehungskonflikte zwischen Eltern und Kindern kennenzulernen und sie aufzuarbeiten. H.-E. Richter (1963) stellt heraus, daß durch „Übertragung“ und „narzißtische Projektion“ das Kind Ziel affektiver Beziehungen wird, die es stellvertretend für frühere Beziehungspersonen treffen. Typische traumatische Rollen des Kindes sind: Kind als Partnerersatz, Kind als „Ersatz“ der eigenen Kindheit, Abbild des idealen Ich oder Abbild des negativen Ich. Auch das Kind entwickelt unbewußte Fantasien, die die Wahrnehmung der Wirklichkeit beeinflussen und verändern. Auf die psychodynamischen Grundlagen der Eltern-Kind-Beziehung ist auch die Elternarbeit zu beziehen. Ziel ist es, die Korrespondenz der unbewußten Fantasien des Kindes mit jenen der Eltern zu erkennen. Wenn → Projektionen und → Identifizierungen zwischen Eltern und Kind aufgedeckt werden können, beginnen Eltern wieder zwischen der eigenen Erfahrungswelt und jener des Kindes zu unterscheiden, den aus ihrer Entwicklung und Geschichte stammenden Konfliktanteil aus der Eltern-Kind-Beziehung herauszuhalten sowie ihre Konflikte mit sich selbst und in der Partnerbeziehung von den Konflikten mit dem Kind zu trennen.

Cierpka M (Hg) (1996) Handbuch der Familien-diagnostik. Berlin, Springer
Richter HE (1963) Eltern, Kind und Neurose. Hamburg, Rowohlt

Gertrude Bogyi

Eltern-Kind-Interaktion. Terminus, der in der Entwicklungspsychologie gebraucht wird, um die bidirektionale Interaktion/Kommunikation und Verhaltensreaktionen zwischen Eltern und dem Kleinkind zu kennzeichnen, deren Charakteristika in Form globaler Parameter durch Beobachtungen von Verhaltensmustern und durch Bewertung auf Skalen oder auf detaillierterer Ebene aufgrund der Mikroanalysen von Videotape-Sequenzen untersucht werden können. Ursprünglich hat sich die For-

scheidung auf die Interaktion zwischen dem Kind und der Mutter als der primären Pflegeperson begrenzt. Seit den Arbeiten von Lamb (1976) beziehen mehr und mehr Studien die Rolle des Vaters und anderer Familienmitglieder und „Caregiver“ ein und überschreiten damit das psychoanalytische Paradigma, das über lange Zeit die Mutter-Kind-Dyade als den interpersonellen Entwicklungskontext betont hat, aus dem die Individuation des Kindes erfolgen müsse (vgl. etwa die Arbeiten von Daniel Stern). Moderne Babyforschung (→ Säuglingsforschung) in transaktionaler Ausrichtung zeigt jedoch, daß der Säugling von Geburt an mehreren Bezugspersonen gegenüber ein vollauf interaktionsfähiger Partner sein kann, der das Verhalten seiner Pflegepersonen, in der Regel der Eltern, genauso formt, wie dies umgekehrt der Fall ist (siehe z. B. Vyt, 1993). Die → Bindungstheorie („attachment theory“ von Bowlby) konzentriert sich auf die Entwicklung einer Bindung (bonding) zwischen Kind und Pflegeperson (→ Bindungsforschung). Es wurden in dieser Forschungsrichtung nicht nur verschiedene Bindungsmuster untersucht, man suchte auch die Komponenten des elterlichen Verhaltens herauszufinden, die die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung beeinflussen. Eine zentrale Dimension sensiblen Elternverhaltens („sensitive caregiving“, vgl. Petzold et al., 1995) ist Responsivität (vgl. Bornstein, 1995). Viele Aspekte des Interaktionsverhaltens von Eltern gegenüber Kleinkindern laufen auf einer unbewußten Ebene ab und scheinen dennoch den Bedürfnissen des Kindes und seinen Entwicklungserfordernissen vollauf zu entsprechen (Papoušek & Papoušek, 1987). Das gilt auch für elterliches Verhalten in didaktischer Funktion: Eltern haben eine bedeutsame Aufgabe als Lehrende, um das Kind voranzubringen und ihm zu helfen, die nächstfolgende Stufe in seiner kommunikativen, sozialen und kognitiven Entwicklung zu erreichen.

Bornstein MH (Ed) (1995) Handbook of parenting. Mahwah (NJ), Lawrence Erlbaum
 Lamb ME (Ed) (1976) The role of the father in child development. New York, Wiley
 Papoušek H, Papoušek M (1987) Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infant's

integrative competence. In: Osofsky JD (Ed), Handbook of infant development. New York, Wiley, pp 669–720

Petzold HG, van Beek Y, van der Hoek A-M (1995) Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold HG (Hg), Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn, Junfermann, S 491–645

Vyt A (1993) Das Tonband-Modell und das transaktionale Modell für die Erklärung früher psychischer Entwicklung. In: Petzold HG (Hg), Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1. Paderborn, Junfermann, S 111–156

Andre Vyt [Übers.: Hilarion G. Petzold]

E-Mail-Therapie. → Cybertherapie.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). → Traumatherapie; → Traumatischer Stress.

Emergenz. → Autopoiesis; → Systemtheorie.

Emotion, integrierte. → Emotionstheorie; → Personale Existenzanalyse.

Emotion, primäre. → Emotionstheorie; → Personale Existenzanalyse.

Emotionale Erfahrung, korrigierende. → Korrigierende emotionale Erfahrung; → Psychoanalyse.

Emotionale Erlebnisinhalte, Verbalisierung. → Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte; → Gesprächspsychotherapie.

Emotionaler Mißbrauch. → Mißbrauch, emotionaler.

Emotionstheorie (aus Sicht der → Existenzanalyse). Eine nach der „personalen Wende“ in der Existenzanalyse von A. Längle im Rahmen der → Personalen Existenzanalyse und der → Grundmotivationen entwickelte Theorie der Gefühle. Die Grundthese besagt, daß jedes Gefühl eine Reaktion auf die Wahrnehmung eines Objektes ist, die durch ein physisches, psychisches oder geistiges Berührtsein entsteht, wodurch die Vitalität (beim Fühlen) und/oder die Geistigkeit (beim Gespür) des Menschen in Bewegung gerät, was vom Ich als (Gefühls)-Kraft erlebbar und Grundlage von Werterfassen (Emotionstheorie) und → Beziehungen ist. Gefühle brauchen für ihre Entstehung Nähe (Zeit nehmen und Zuwendung sind spezifische Formen der Beziehungsaufnahme und damit der Gefühlsentwicklung). Durch die Berührung der vitalen Dimension erhält der solcherart gefühlsmäßig unterlegte Eindruck eine für die subjektive Existenz relevante Bedeutung. Trotz fließender Übergänge werden formal Empfindungen (somatisches Berührtsein), Affekt und Affiziertsein (psychisches Berührtsein), Emotionen (innerliches, ichhaft-personales Berührtsein) und Stimmung (Berührtsein durch aktuelle Lebenssituation) unterschieden. Das prozessuale Emotionsmodell von Längle (1993) beschreibt die zeitliche Abfolge der Entstehung und Personierung der Gefühle (Personale Existenzanalyse; → Person): die „primäre Emotion“ (PE) besteht aus Affekt, Impuls und phänomenalem Gehalt der Gefühlswahrnehmung, die Verarbeitung der PE führt zur „integrierten Emotion“ (IE), die das genuine, „stimmige“, authentische Gespür darstellt, das als Ausdruck des → Gewissens zu werten ist und ein Verstehen und Urteilen und schließlich ein Entscheiden und Entschließen beinhaltet. Die emotionalen Kompetenzen des Menschen bestehen aus Fühlen (körperlich vermittelte, zuständige Gefühle) und Spüren (geistige Fähigkeit, die die Qualitäten und ihre möglichen Entwicklungen gleich einem

Fernsinn wahrnimmt; intentionale Gefühle). Inhaltlich werden die Gefühle den Grundmotivationen zugeordnet, wodurch ihre psychopathologische Entwicklung (→ Psychodynamik, existenzanalytische) existentiell durchleuchtet werden kann (z. B. Unruhe, Ängstlichkeit als Folge des verunsicherten → Seinsgrundes, Depression als Verlust und Trauer als Wiederherstellung des → Grundwertes).

Längle A (1993) Glossar zu den Emotionsbegriffen. In: Längle A (Hg), Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien, GLE-Verlag, S 161–173

Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 15(1): 16–27

Alfried Längle

Emotionstheorie (aus Sicht der → Verhaltenstherapie). Die Frühphase verhaltenstherapeutischer Konzeptbildung hatte primär die Emotion „Angst“ zum Gegenstand; den physiologischen Komponenten des emotionsspezifischen → Verhaltens (Erregung, Anspannung) wurde dabei zentrale Aufmerksamkeit geschenkt. Diese Betrachtungsweise führte zur Entdeckung der Hemmungsmöglichkeit von Angstreaktionen durch das Training antagonistisch wirkender Körperzustände, wie etwa durch den Einsatz von → Entspannungsmethoden (Systematische → Desensibilisierung). Daran konnten die Emotionstheorien von Schachter & Singer (1962) anschließen, welche die verschiedenen emotionalen Reaktionstypen als zusammengesetzt begriffen, und zwar aus einer zunächst unspezifischen physiologischen Erregung und einer nachfolgenden kognitiven Bewertung – sie zeigten in Experimenten, daß eine durch Adrenalinzufuhr induzierte neutrale Erregung bei unterschiedlichen kognitiven Zusatzinformationen sowohl in Richtung Freude als auch in Richtung Aggression modulierbar ist. Diese kognitive Emotionstheorie wurde von Lazarus (1977) wesentlich verfeinert, nicht zuletzt, indem er die kognitive Auslösung von emotionalem Erleben auf die Bedingungen der → Lerngeschichte zurückführte. Nach der → „Kognitiven Wen-

de“ wurde dieses Verständnis von Emotion von zahlreichen an Störungsmodellen orientierten Behandlungskonzepten übernommen, der therapeutische Ansatzpunkt konzentriert sich meist auf eine Veränderung der emotionsauslösenden und emotionsbestimmenden Kognitionen (→ Kognitive Therapie). Kritiker der kognitivistischen Auffassung betonen den Umstand, daß Emotionen auch ohne kognitive Mitbeteiligung durch direkte Reiz-Reaktionsverbindungen hervorgerufen werden können und daß bereits die physiologischen Komponenten jeder einzelnen Emotion spezifische Erregungsmuster aufweisen (vgl. Sorgatz, 1986: 213–217). Diese Aussagen stimmen eher mit den auf experimentelle Befunde gestützten Annahmen der differentiellen Emotionstheorien überein, wonach voneinander klar unterscheidbare emotionale Reaktionssysteme zwar in Interaktion mit der kognitiven Verarbeitung treten, aber auch unabhängig davon verhaltenssteuernd werden können (vgl. Izard, 1994). Mit den differentiellen Emotionstheorien kann das Behandlungskonzept der → Dialektisch Behavioralen Therapie und der jüngst im deutschen Sprachraum vorgestellte genuin behaviorale Ansatz der kognitiv-affektiven Entwicklungstheorie von Sulz (1994: 5) in Einklang gebracht werden. Letzterer unterscheidet distinkte Emotionen als entwicklungspsychologisch früheres Steuerungssystem im Dienste der Erhaltung organischer Homöostase vom späteren, sich lerngeschichtlich überlagernden kognitiven Bereich.

- Izard C [1977] (1994) Die Emotionen des Menschen: Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie. Weinheim, Beltz/ Psychologie Verlags Union
- Lazarus RS, Averill JR, Opton EM (1977) Ansatz zu einer kognitiven Gefühlstheorie. In: Birbaumer N (Hg), Psychophysiologie der Angst. München, Urban & Schwarzenberg, S 182–207
- Schachter S, Singer J (1962) Cognitive, social and physiological determinants of emotional states. Psychological Review 69: 379–399
- Sorgatz H (1986) Psychophysiologie und Verhaltensmedizin. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 207–231

Sulz S (1994) Eine kognitiv-affektive Entwicklungstheorie als theoretische Grundlegung psychotherapeutischen Handelns. In: Sulz S (Hg), Das Therapiebuch. München, CIP-Medien, S 2–23

Erwin Parfj

Empathie (einführendes Verstehen; in der → Klientenzentrierten Psychotherapie). Empathisch zu sein, bedeutet nach Rogers, „den [→] inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Position aufzugeben“ (Rogers, 1987: 37). Von Anfang an wandte sich Rogers zu einer Form der Psychotherapie hin, in der die Einstellungen des Psychotherapeuten die bedeutsamste Rolle spielten, wobei er zunächst noch sehr der klärenden Bearbeitung der Gefühle des Klienten, die zu dessen Katharsis und Einsicht beitragen sollten, verhaftet war. Erst 1951 wurde von ihm der entscheidende Paradigmenwechsel vollzogen: zur Einfühlung als – zusammen mit → Wertschätzung und → Kongruenz – zentraler Einstellungsvariable (→ Grundhaltungen, therapeutische) und damit zur Schaffung einer Atmosphäre, in der sich der Klient entwickeln kann. Der „feine Unterschied zwischen einer erklärenden und einer einführenden Einstellung“ war somit in der ersten → „nicht-direktiven“ Fassung seines Ansatzes (1942) noch nicht vollzogen, sondern wurde erst in der zweiten, „klientenzentrierten“ Phase (ab 1951) formuliert. Rogers betonte vielfach den großen Wert einer empathischen Grundhaltung als einer Seinsweise: „Empathie bedeutet, die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden. [...] bedeutet, zeitweilig das Leben dieser anderen Person zu leben; sich vorsichtig darin zu bewegen, ohne vorschnell Urteile zu fällen; Bedeutungen zu errahnen, deren sie selbst kaum gewahr wird. [...] Sie schließt ein, daß man die eigenen Empfindungen über die Welt dieser Person mitteilt, da man mit frischen und furchtlosen Augen auf Dinge blickt, vor denen sie sich fürchtet“ (Rogers,

1980: 79). In der Definition von 1959 war Rogers die Betonung der „Als ob“-Position des Psychotherapeuten in der Einfühlung zur Abgrenzung gegenüber der Identifikation und zur Erhaltung der Unbefangenheit wichtig (Pawlowsky, 1984). 1986 betont er für den klientenzentrierten Ansatz – in Abhebung vom Psychoanalytiker Kohut, der, wie Rogers, in Chicago lehrte und die Empathie zu einem der zentralen Begriffe der → Selbstpsychologie machte – den unmittelbaren Ausdruck des einführend Wahrgenommenen zum Klienten hin, während Kohut das einführende Verstehen zum Sammeln von Daten auf eine spätere Deutung hin beschreibt (Rogers, 1986: 132; → Hermeneutische Empathie).

Keil WW (1997) Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person 1*: 5–13

Pawlowsky G (1984) Empathie in der Psychotherapie. Überlegungen aus personenzentrierter und psychoanalytischer Sicht. In: APG (Hg), *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft*. Wien, Deuticke, S 128–139

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Rogers CR [1975] (1980) Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers CR, Rosenberg RL, *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Stuttgart, Klett-Cotta, S 75–93

Rogers CR [1986] (1990) Rogers, Kohut und Erickson: Eine persönliche Betrachtung über einige Ähnlichkeiten und Unterschiede. In: Zeig J (Hg), *Psychotherapie: Entwicklungslinien und Geschichte*. Tübingen, DGVT, S 299–313

Gerhard Pawlowsky

Empathie (aus Sicht der → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Ein Begriff, der in der klassischen Psychoanalyse zunächst keine Rolle spielte, weil diese primär auf die Erkenntnis (der neurotischen Zusammenhänge) ausgerichtet war. Greenson spricht im Rahmen der → Technik der Psychoanalyse von Empathie als „partieller Identifizierung“ (1978: 289), wobei die psychoanalytische Beziehung durch das → Arbeitsbündnis und das psychoanalytische Taktgefühl (des Analytikers) beschrieben

wird. Die zentrale Bedeutung für die gegenwärtige Psychoanalyse erhält der Begriff der Empathie erst bei Heinz Kohuts Selbstpsychologie. Er definiert Empathie als „stellvertretende [→] Introspektion“ und beschreibt sie in zweifacher Weise: 1. als grundlegende „Beobachtungs“-Methode, die das Feld der Erkenntnis der Psychoanalyse definiert (Kohut, 1957), und 2. als entscheidendes Element der therapeutischen Beziehung, das zur Sammlung von Daten für eine spätere → Deutung für den Patienten dient. Anders ausgedrückt: nur, was empathisch oder introspektiv verstanden werden kann, ist Gegenstand der psychoanalytischen Untersuchung – „Während mystische Introspektion verstehen mag, aber nicht erklärt, und die voranalytische wissenschaftliche Psychologie erklärt, aber nicht versteht, erklärt die Psychoanalyse, was sie versteht“ (Kohut, 1970: 79). Dies geschieht vorrangig in der langen Phase des Verstehens, des Eintauchens in die Welt des Klienten, die der Phase des Erklärens und Deutens vorangehen muß (Kohut, 1977). Kohut spricht vom empathischen Klima, das für sich genommen bereits wirksam ist. Doch ist Empathie zunächst wertfrei und nicht gerichtet, also nicht von vornherein „gut“. Sie erhält ihre Wertung erst in der Verwendung für einen verstehenden, heilenden Zugang oder für einen ausnützenden, mißbrauchenden Umgang – auch die Bewacher der Konzentrationslager waren empathisch, sie ahnten, wodurch sie ihre Opfer quälen konnten (Kohut, 1981). Empathie hat in diesem Verständnis also die Bedeutung des Eintauchens in die Welt des Patienten, ohne den Standpunkt der Beobachtung aufzugeben. In der intersubjektiven Sichtweise (→ Intersubjektivität) wird der Kontext beider Beteiligten in der dyadischen Therapiesituation betont. Das bedeutet: Empathie ist dann ein Hineinhören des Therapeuten in sich selbst, um dem Selbst-erleben des Patienten zu begegnen.

Greenson RR [1975] (1978) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta

Kohut H [1970] (1975) Ist das Studium des menschlichen Innenlebens heute noch relevant? In: Kohut H, *Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen*

und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 66–92

Kohut H [1957] (1977) Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie. In: Kohut H, Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Aufsätze zur psychoanalytischen Theorie, zu Pädagogik und Forschung und zur Psychologie der Kunst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 9–35

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kohut H [1981] (1984) On empathy. In: Ornstein P (Eds), The search for the self, vol. 4. Madison (CT), International Universities Press, pp 525–535

Gerhard Pawlowsky

Empathie, hermeneutische. → Hermeneutische Empathie; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Empirismus (empirisch). Erfahrungsmäßig, auf Erfahrung, Beobachtung, Experiment etc. basierend. Der klassische Empirismus (z. B. Hobbes, Locke, Hume) ist jene philosophische Position, die versucht, Vernunft allein durch Sinneswahrnehmung zu begründen und ihren Geltungsbereich zu begrenzen. Bei der Geburt ist die Seele nach Bacon eine „tabula rasa“ (vgl. Störig, 1990), ein unbeschriebenes Blatt, auf das die Erfahrung durch Sinneswahrnehmungen ihre Schriftzeichen setzt. Im Gegensatz dazu unterzieht der klassische Rationalismus (z. B. Descartes, Spinoza, Leibniz) die sinnliche Erfahrung einer radikalen Kritik und sieht die letzte Bedingung der Erkenntnis in den Prinzipien der Vernunft. Für den naiven Empiristen lassen sich durch empirische Forschung „wahre“ Erkenntnisse über die Natur gewinnen. Durch Beobachtung und Experiment werden Daten gesammelt, aus denen dann über Generalisierungen, Abstraktionen etc. Gesetzmäßigkeiten abgeleitet werden, welche im Idealfall gleichsam Naturgesetze darstellen, die vom Forscher nur „entdeckt“ werden müssen. Der naive Empirist ignoriert, daß die Methode der Datengewinnung bereits implizite Annahmen über den zu beobachtenden Gegenstand enthält und daher nicht subjekt-

und theorienunabhängig beobachtet werden kann. Die in der Moderne am weitesten verbreitete und in der Naturwissenschaft zweifellos erfolgreiche empirisch-analytische Wissenschaftsauffassung versucht, den Gegenstand der Forschung in seine Bestandteile zu zerlegen und deren Beziehungen untereinander zu beobachten. So erklärt z. B. die moderne Medizin Krankheiten in ihren molekularen Ursachen und leitet daraus physikalisch-chemische Behandlungsmethoden ab. Im Bereich der Psychotherapie ist v. a. der → Behaviorismus von der empirisch-analytischen Denkweise geprägt, indem psychische Vorgänge in Reiz-Reaktions-Verbindungen aufgelöst und die Gesetzmäßigkeiten zwischen Reiz und Reaktion als Konditionierungsregeln aufgefaßt werden. Für die psychotherapeutische Theorienbildung kann – wie auch für andere Disziplinen (Philosophie, Kunstgeschichte, theoretische Physik etc.) – die empirische Bestätigung nicht als einziges Qualitätskriterium dienen. Wenn der theoretische Diskurs auf verschiedenen Formen der Erfahrung (klinisch, nicht-experimentell) basiert, ergibt sich die Qualität der Denkleistung aus der logischen Stringenz der Argumentation, der gedanklichen und begrifflichen Präzision und der Überzeugungskraft für die Mitglieder der „scientific community“ (vgl. Leuzinger-Bohleber, 1995).

Leuzinger-Bohleber M (1995) Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche* 49: 434–480

Störig H-J (1990) Kleine Weltgeschichte der Philosophie. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 302–307]

Elisabeth Wagner

Enantiodromie. → Gegensatzthematik; → Analytische Psychologie.

Encounter-Gruppe. Der in der → Humanistischen Psychologie gebräuchliche Begriff („Begegnungsgruppe“) bezeichnet im → Personenzentrierten Ansatz (geblockte oder laufende) Selbsterfahrungs- und Therapiegruppen mit folgenden Charakteristika: 1. Sie werden auf der Basis der person-

zentrierten Anthropologie durchgeführt – als Möglichkeiten zur unmittelbaren Begegnung der Mitglieder, den „Leiter“ eingeschlossen, von Person zu Person, im Kairos (d. h. den jeweiligen Augenblick als herausfordernde Chance wahrnehmend). Begegnung wird verstanden als Betroffenwerden vom Wesen des Gegenübers, Person in der Spannung von Beziehungsangewiesenheit und Selbständigkeit, Solidarität und Autonomie. 2. Ein personenzentriertes Klima ermöglicht Wachstumsprozesse (→ Aktualisierungstendenz) der Teilnehmer wie der Gruppe insgesamt. Die → Grundhaltungen werden begriffen als Miteinander-Sein in Gegenwärtigkeit, d. h. die Bereitschaft, sich der Gegenwart der anderen in ihrem Anderssein auszusetzen und sich selbst ins Spiel zu bringen. 3. Ziel ist die Persönlichkeitsentwicklung und dadurch die verbesserte Fähigkeit, mit Problemen umzugehen, das Leben und persönliche Beziehungen zu gestalten. 4. Als spezifisches therapeutisches Moment (und wichtiges Indikationskriterium) gilt besonders die Vielfalt (wechselseitiger) korrektiver Beziehungserfahrungen in der Erfahrungsgemeinschaft Gruppe und die dadurch geförderte Selbst-Kohäsion („Therapie durch die Gruppe“). 5. Der Gruppenprozeß verläuft unterschiedlich; spezifische Prozeßerwartungen werden als hinderlich erachtet. 6. Der „Gruppenleiter“ versteht sich als → Facilitator, als für den Prozeß förderliche Person, die selbst aktiver Gruppenteilnehmer ist. Statt Führungs- oder Expertenaufgaben zu übernehmen, vertraut er dem vorhandenen Potential („Weisheit der Gruppe“). 7. Zugunsten der Un-Mittelbarkeit der Begegnung wird seitens des Facilitators auf jede Art geplanter oder strukturierender Techniken, Übungen und Spiele verzichtet. 8. Neben der verbalen können von den Gruppenteilnehmern auch andere Kommunikationsebenen, z. B. körperliche, kreative, künstlerische, gewählt werden. 9. Der Gruppe als Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft kommt eine antizipatorische Funktion für gesellschaftliche Reformen zu, somit eine politische und soziotherapeutische Bedeutung. Zahlreiche Forschungsarbeiten belegen die Effizienz, ge-

rade auch im klinischen Bereich. Klassisches Beispiel personenzentrierter Workshops ist das La Jolla Programm (W. Coulson, D. Land, B. Meador). Großgruppen als Lerngemeinschaften sind besonders hinsichtlich der Erforschung intergruppalen Prozesses und interkultureller Kommunikation (→ Cross-Cultural Communication) bedeutsam.

Pagès M [1968] (1974) Das affektive Leben der Gruppen. Eine Theorie der menschlichen Beziehung. Stuttgart, Klett-Cotta

Rogers CR [1970] (1974) Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung. München, Kindler

Schmid PF (1994) Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Schmid PF (1996) Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. II: Die Kunst der Begegnung. Paderborn, Junfermann

Wood JK (1988) Menschliches Dasein als Miteinandersein. Gruppenarbeit nach personenzentrierten Ansätzen. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Peter F. Schmid

Energetischer Funktionalismus (auch: organomischer Funktionalismus; → Körperpsychotherapie). Ist eine von Wilhelm Reich entwickelte Denkmethode. Ihre Ursprünge liegen im dialektischen Denken von Schelling und Hegel, das über ihren Schüler Friedrich Engels zu Reich gelangte. Reich wandte zuerst dialektisches Denken am Verhältnis zwischen psychologischem und soziologischem Fortschritt an, indem er die Beziehung zwischen Psychoanalyse und Marxismus untersuchte. Später bezog er es auch auf die Geist-Körper-Beziehung, wobei er versuchte, die Fallen des Materialismus, der den Geist auf den Körper reduziert (→ Behaviorismus) und des Idealismus, der den Körper primär als Ausdruck des Geistes verstand (→ Psychoanalyse), zu umgehen. Reich entwickelte das Prinzip von psychosomatischer Identität (→ Psychosomatik) und Antithese. Er meinte, daß auf einer Verständnisebene somatische und psychische Prozesse sich sehr unterschiedlich darstellen, während sie gleichzeitig

zwei Wege sind, ein und denselben fundamentalen Prozeß auszudrücken, ohne aber aufeinander reduzierbar zu sein. Energetischer Funktionalismus betrachtet die unterschiedlichen Gebiete des natürlichen Funktionierens und geht davon aus, daß, was auf höherem Funktionsniveau antithetisch ist, auf einem niedrigeren Niveau identisch sein kann. In diesem Sinne haben bioenergetische Prozesse (niedrigeres Funktionsniveau) im Organismus sowohl somatische als auch psychische Aspekte (höheres Funktionsniveau). Ebenso gibt es starke Gegensätze zwischen bioenergetischen Prozessen im Organismus und in der Atmosphäre einerseits und andererseits Prozesse, die beiden gemeinsam sind.

Reich W (1950–52) Orgonomic functionalism. *Orgone Energy Bulletin* 2(1–4), 3(1–4), 4(1): [mehrere Artikel]
Reich W [1949] (1987) Äther, Gott und Teufel. Frankfurt/M., Nexus [bes. S 6ff.]

David Boadella

Energie (→ Körperpsychotherapie). Das Konzept der Energie, wie es vor allem in körperpsychotherapeutischen Schulen Beachtung und Anwendung findet, hat in der Psychotherapie eine lange Geschichte: Freud beschrieb das „ökonomische Prinzip“ in der Therapie, das mit der Triebenergie (→ Trieb) verwandt war; Jung die „psychische Energie“. Wilhelm Reich untersuchte ab 1921 die Energetik des vegetativen Nervensystems und zeigte, wie die Energie von nicht ausgedrückten Affekten und latenten, aber nicht ausgeführten motorischen Impulsen zu emotioneller Stasis (Stauung) führen kann, die metabolische Folgen im Gewebe hat. Reich studierte die bioelektrischen Aspekte von → Sexualität und → Angst in seinen Oszilloskopexperimenten am Physiologischen Institut der Universität Oslo. Aufgrund dieser und anderer Experimente konnte er die „Orgonenergie“, wie er sie nannte, sowohl am pflanzlichen wie tierischen Organismus als auch in der Atmosphäre visuell, thermisch und elektroskopisch nachweisen. Bioenergetische Prozesse sind durch → Ladung und Entladung und durch → Pulsation charakterisiert.

Körperpsychotherapie konzentriert sich auf viele verschiedene Aspekte der biologischen Energie und versucht, über Atmung, Bewegung und emotionalen Ausdruck einen freien Fluß der Energie im menschlichen Organismus wiederherzustellen.

Boadella D (1970) The concept of bioenergy. *Energy and Character* 1(1): 15–29
Reich W [1937] (1984) Die bioelektrischen Untersuchungen von Lust und Angst. Frankfurt/M., Nexus
Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

David Boadella

Energie, psychische. Mit dem Begriff der psychischen Energie bezeichnet die → Analytische Psychologie Prozesse der autonomen Lebensvorgänge in quantitativ-psychodynamischer Hinsicht. Der als Arbeitshypothese verstandene Begriff ist bedeutungsgleich mit → Libido und nach C.G. Jungs Definition inhaltlich unbestimmt. Libido ist nicht meßbar, lediglich subjektiv bewertbar als Affektqualität oder psychische Intensität. Nicht an sich erfahrbare, zeigt sie sich in der Lebenswirklichkeit aktuell als Kraft (z. B. als Trieb, Wünschen, Wollen, Arbeitsleistung) bzw. potentiell als Kondition (z. B. als Möglichkeit, Bereitschaft, Einstellung). Die Bewegungen der psychischen Energie verlaufen in den Richtungen von → Extraversion und Introversion (→ Typologie) bzw. → Regression und → Progression. Die energetische Betrachtungsweise psychischer Vorgänge ermöglicht zwei antinomische Anschauungen: 1. die kausale, in der psychisches Geschehen auf vergangene Bedingungen zurückgeführt wird (z. B. auf Kindheitstraumen), 2. die finale, in der Prozesse als ziel- oder zweckbestimmt gedeutet werden. Mit dieser finalen Betrachtungsweise von psychischen Vorgängen (Deutung der Ereignisse aus der Perspektive ihres Werdens) hat Jung eine zusätzliche Erkenntnis-methode, deren theoretische Begründung er in Analogie zum Negentropiegesetz in der Physik gefunden hat, in die moderne

Psychologie eingebracht. In der psychotherapeutischen Praxis findet die finale Betrachtungsweise vor allem in der → Traumdeutung Verwendung, wenn nämlich das → Symbol als vorwegnehmende Verbildlichung eines Verlaufes interpretiert wird („Anlockung der Libido zu einem noch fernen Ziel“; GW, Bd. 6, § 202). Symbole und symbolische Handlungen (z. B. Rituale) können auch als Libidotransformatoren verstanden werden.

Jung CG [1911, 1912, 1952] (1973) Über den Begriff der Libido. In: Symbole der Wandlung, GW, Bd. 5, §§ 190–203. Olten, Walter
Jung CG [1913] (1971) Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie – Der Libidobegriff. In: GW, Bd. 4, S 107–111 u. §§ 203–522, hier §§ 251–293. Olten, Walter
Jung CG [1928, 1948] (1976) Über die Energetik der Seele. In: GW, Bd. 8, §§ 1–130. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Martin Kunz

Energiekonzept. Das Energiekonzept entstand in der frühen → Psychoanalyse und bezieht sich auf den quantitativen Aspekt der Affekte, der mit bestimmten physiologischen Prozessen in Zusammenhang steht. Freud erklärte Symptombildung und Heilung bei der Hysterie, der Angstneurose und Neurasthenie mit somatischen „Erregungssummen“, die der Anhäufung, Verschiebung und Abfuhr zugänglich seien. Später spielte das Energiekonzept in der sog. → Metapsychologie in Verbindung mit dem ökonomischen Aspekt eine entscheidende Rolle (→ Libido; → Ökonomische Selbststeuerung). Die heutige Psychoanalyse verwirft das Energiekonzept als unwissenschaftlich (Thomä & Kächele, 1989). In den → Körperpsychotherapien seit W. Reich spielt das Energiekonzept eine Schlüsselrolle (ausgenommen die → Analytische Körperpsychotherapie, z. B. G. Downing, der es als „mechanistisch“ ablehnt). Der Begriff „Energie“ wird teils biophysikalisch, teils metaphorisch-phänomenologisch, teils esoterisch benutzt. W. Reich entwickelte das Konzept der „funktionalen Identität von biologischer und psychischer Energie“ und schuf so den psychophysisch neutralen Begriff der „biopsychischen Energie“, die er auf

die „Bioelektrizität“ zurückführte. Später entwickelte Reich den Begriff der kosmischen → Orgonenergie. A. Lowen (→ Bioenergetische Analyse) definierte „Bioenergie“ so: „Wir arbeiten mit der Hypothese, daß es im menschlichen Körper eine fundamentale Energie gibt, ob sie sich nun in psychischen Phänomenen oder in Bewegungen des Körpers manifestiert“, eine „physikalische Erscheinung“, „etwas Meßbares“. Es sei jedoch nicht wichtig, „die endgültige Form dieser Grundenergie zu kennen“ (Lowen, 1981: 33). Nach heutiger Sicht spielen die Atmung, das allgemeine Erregungsniveau und hormonelle Prozesse für den Quantitätsaspekt der Affekte eine wichtige Rolle.

Lowen A [1958] (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München, Kösel
Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch
Thomä H, Kächele H (1989) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1. 2., korr. Nachdruck. Berlin, Springer

Dominik Laubach

Engpaß (Impasse, Sackgasse; aus Sicht der → Gestalttherapie). Als Engpaß bezeichnete Fritz Perls die dritte Stufe seines Fünf-Schichten-Modells der → Neurose. Er beschreibt den Engpaß als einen Zustand des Patienten im therapeutischen Prozeß, der gekennzeichnet ist durch das Erleben der „Anti-Existenz, wir erfahren das Nichts, die Leere. Das ist der tote Punkt, die Blockierung, [...], das Gefühl, festgefahren zu sein und verloren“ (Perls, 1974). Diesen Zustand des Steckenbleibens als Ausdruck eines intrapsychischen Konflikts, der vom Patienten im allgemeinen als äußerst unangenehm, begleitet von Gefühlen wie Verwirrung, Chaos, bis hin zu existentieller Angst, erlebt wird, erachtete Perls als außerordentlich wichtigen Schritt auf dem Weg von Vermeidung zu Authentizität und Wachstum.

Perls F (1974) Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart, Klett

Inge Bolen

Engpaß (aus Sicht der → Transaktionsanalyse). Als Engpässe werden in der Transaktionsanalyse intrapsychische Konflikte bezeichnet, in denen zwei oder mehr entgegengesetzte Kräfte so aufeinanderstoßen, daß es zu einer psychischen Pattsituation und zu keiner Lösung kommt. Engpässe stehen in direktem Zusammenhang mit in Reaktion auf Skriptbotschaften getroffenen Entscheidungen des frühkindlichen Erwachsenen-Ichs. Im Engpaß stehen einschränkende Festlegungen des → Skripts der Erfüllung gegenwärtiger Bedürfnisse entgegen. Goulding & Goulding (1981) entlehnten den Begriff der → Gestalttherapie und gaben ihm eine eigene spezifische Bedeutung in der Transaktionsanalyse. Sie beschrieben Engpässe dreier Grade (1–3), wobei sich der Grad auf die Art der Konflikte, nicht auf den Schweregrad bezieht. Mellor (1981) definierte Engpässe zur präziseren Identifikation in Entwicklungskategorien. Auflösung eines Engpasses ist nach Goulding durch → Neuentscheidung möglich.

Goulding M, Goulding B (1981) Neuentscheidung. Ein Modell der Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta

Mellor K (1981) Impasses: ihre Entwicklung und ihre Struktur. Neues aus der Transaktionsanalyse 5(17): 33–43

Renate Stöger

Entladung. → Ladung; → Körperpsychotherapie.

Entladungen, autogene. Unwillkürliche Muskelaktivitäten, Jucken, Prickeln, Schmerzen, aber auch komplexe Vorgänge wie Lachanfalle, Weinen etc., die während des Übens im → Autogenen Training auftreten. Motorische Entladungen erlebt fast jeder Mensch in der Einschlaf- und Aufwachphase. Luthe (1965) hat die kaum widersprochene Hypothese aufgestellt, daß sich im Gehirn eine Vielzahl von funktional störendem und nicht störendem Material ansammelt. Die Notwendigkeit der Reduzierung dieser Energien im Sinne einer Homöostase führt zu Entladungen aus dem

jeweiligen Hirnareal. Er konnte nachweisen, daß bei Menschen mit starker sexueller und affektiver Deprivation die Entladungen signifikant häufiger sind. Autogene Entladungen sind oft mit vorhergehenden Ereignissen gekoppelt: Abwehrbewegungen nach Unfällen oder Angriffen, aufgestaute, zurückgehaltene eigene Angriffsimpulse etc. Man kann z. B. Muskelspannungen oder Zuckungen durch kurzes Anspannen und Entspannen zum Verschwinden bringen oder – im Sinne des Autogenen Trainings – die Reaktionen „geschehen lassen“ und unter Umständen mit dem Üben den Versuch einer Interpretation machen. Der Vorgang der Entladungen spielt bei der → autogenen Abreaktion und der → autogenen Neutralisation eine zentrale Rolle.

Luthe W (1965) Autogene Entladungen während der Unterstufenübungen. In: Luthe W (Hg), Autogenes Training – Correlationes Psychosomaticae. Stuttgart, Thieme, S 22–52
Schultz IH [1932] (1970) Das Autogene Training. 13. Aufl. Stuttgart, Thieme

José Luis Gonzales de Rivera y Revuelta

Entpanzerung (→ Körperpsychotherapie). Bedeutet die Lösung von → Panzerung im vegetotherapeutischen Ansatz W. Reichs (→ Vegetotherapie, charakteranalytische). Körper- und Charakterpanzer sind nach W. Reich das Ergebnis eines Erstarrungsvorganges, der im emotionalen, sexuellen wie auch vegetativen und physiologischen Bereich vor sich geht (Baker, 1980: 68f.). Psychodynamisch stellt Panzerung den Versuch der Überwindung des kindlichen Sexualkonflikts dar (Reich, 1989: 151f.). Der Panzer schützt nicht nur vor Angst, er bremst gleichzeitig jede emotionale und sexuelle Erregung und verhindert ihren Ausdruck. Die derart geschaffene Erregungsstauung bildet die triebenergetische Voraussetzung zur somatischen Verankerung einer Psychoneurose, einer Psychosomatose oder einer aktualneurotischen Erkrankung. In der Behandlung soll die Starrheit des Panzers aufgelöst werden. Dies kann mittels charakteranalytischer Arbeit und körperorientierter Techniken,

wie z. B. der Arbeit am Körperausdruck und am Atemfluß, oder durch die Vereinheitlichung vegetativer Reflexe und Impulse zum → Orgasmusreflex erfolgen (Reich, 1987).

Baker EF [1967] (1980) Der Mensch in der Falle. München, Kösel

Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Günter Hebenstreit

Entscheidung. → Wille; → Existenzanalyse.

Entspannung, funktionelle. → Funktionelle Entspannung.

Entspannung, integrative. → Integrative Entspannung.

Entspannungsmethoden (→ Verhaltenstherapie). Psychologische Behandlungsverfahren, die in die Verhaltenstherapie als Strategien aufgenommen wurden und vor allem in der Angstbehandlung eine große Rolle spielen. Entspannung gilt dabei als ein angstinkompatibler Zustand, der imstande ist, diese zu reduzieren oder zu löschen. Der Wirkmechanismus ist ungeklärt. Die gebräuchlichste Methode der Verhaltenstherapie ist die → Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, die als ein Baustein in den meisten Angstbewältigungsverfahren eingesetzt wird. Ihr Vorteil liegt in der raschen Erlernbarkeit für den Patienten. Entspannungstrainings sowie das → Biofeedback als ein weiteres Entspannungsverfahren innerhalb der Verhaltenstherapie finden auch eine breite Anwendung in der → Verhaltensmedizin.

Fliegel S, Groeger WM, Künzel R, Schulte D, Sorgatz H (1981) Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. München, Urban & Schwarzenberg, S 126–151

Jacobson E (1993) Entspannung als Therapie. Progressive Muskelentspannung in Theorie und Praxis. München, Pfeiffer

Bibiana Schuch

Entwertungstendenz (→ Individualpsychologie). Bereits in seinen frühen Schriften hat Adler die Entwertungstendenz als das Streben bezeichnet, „das eigene Persönlichkeits- und Selbstwertgefühl dadurch zu erhöhen, daß andere, vor allem persönliche Partner, herabgesetzt, entwertet werden“ (Hellgardt, 1995: 105). Die Entwertungstendenz gründet im Versuch von Menschen, sich vor dem bewußten Gewährwerden von → Minderwertigkeitsgefühlen zu schützen und ist häufig Ausdruck und Folge von aggressiven Übertragungsneigungen (→ Übertragung, in der Individualpsychologie). Entwertungstendenzen sind zumeist Teil des → neurotischen Arrangements, das Menschen in ihrem → Geltungsstreben, → Machtstreben oder → Überlegenheitsstreben verfolgen. Adler (1912: 212) beschreibt verschiedene Formen der Entwertung des Therapeuten durch Patienten und betont die Unverzichtbarkeit, solche Entwertungstendenzen zu analysieren.

Adler A [1912, 1919] (1997) Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Kommentierte, textkritische Ausgabe, hg. von Witte KH, Bruder-Bezzel A, Kühn R. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Hellgardt H (1995) Entwertungstendenz. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 105–106

Wilfried Datler

Entwicklung, psychosexuelle. → Psychosexuelle Entwicklung; → Psychoanalyse.

Entwicklung, psychosexuelle der Frau. → Psychosexuelle Entwicklung der Frau; → Feministische Therapie; → sexuelle Orientierung; → Mutter-Töchter-Beziehung.

Entwicklungsmodelle der Gruppe.

Unter diesem Begriff faßt die → Dynamische Gruppenpsychotherapie Theorien zusammen, die davon ausgehen, daß Gruppierungen von einander zuerst fremden Personen mehrere Entwicklungsschritte setzen müssen, um zu einer arbeitsfähigen Gruppe zu werden. Diese interpersonalen Lernschritte führen zur Entwicklung von einer „unreifen“ zur „reifen“ Gruppe. Entwicklung wird in einer gewissen Linearität dargestellt. Die verbreitetste Theorie dieser Art stammt von W. Bennis und H. Shepard und beschreibt, daß die Gruppe die Probleme der Autorität und Intimität (Macht und Liebe) zuerst grundsätzlich bewältigen muß, damit in der Gruppe Handlungsspielraum und Rollenflexibilität für die Mitglieder möglich ist. Die Gruppenphasen sind durch charakteristische Interaktionsstrukturen, typische Themen und Dominieren bestimmter Affekte charakterisiert. Phase I: → Dependenz (Autoritätsbeziehung); Subphase 1: Abhängigkeit und Flucht; Unsicherheit; die Zustimmung des „allmächtigen“ Trainers wird gesucht; Subphase 2: Gegenabhängigkeit (→ Konterdependenz) und Kampf gegen den sich verweigernden Trainer; Spaltung der Gruppe in den Trainer Angreifende und dem Trainer Unterwerfene; Subphase 3: Lösung und Katharsis; Akzeptanz des Trainers; Aufbau einer gruppeninternen Machtstruktur; Sachorientierung. Phase II: → Interdependenz (persönliche Beziehungen); Subphase 4: Harmonie und Flucht; die Gruppe wird ein Andachtsbild; „romantisches“ Wir-Gefühl; Idealisierung der Gruppengeschichte; Subphase 5: Entzauberung und Kampf; Enttäuschung; Mißtrauen; Verdächtigung; Subgruppenbildung mit großer Nähe in der eigenen Subgruppe und Kampf gegen die andere Subgruppe; Subphase 6: Konsensusbildung; akzeptierende Haltung; Diskussion und Beurteilung der Rollen der Mitglieder; realistischere Beziehungen; Arbeitsfähigkeit. Auch das rangdynamische Modell von Schindler (→ soziodynamische Rangstruktur) stellt eine Gruppenentwicklungstheorie zur Verfügung, in der sich aus einer „unstrukturierten Masse“, in der das Gefühl des Mißtrauens dominiert, eine „Wir-Gruppe“ entwickelt, mit einer starken Ab-

grenzung nach außen und einer klaren Orientierung an einen Führer. Über interaktionelle Prozesse entsteht eine rangdynamische Struktur nach innen und Durchlässigkeit nach außen. Die „rangdynamische Gruppe“ ist die entwicklungsfähige Gruppenstruktur. Diese kann über Vereinbarung von Funktionen zu einer „institutionalisierten Gruppe“ erstarren.

Bradford LP, Gibb JR, Benne KD (Hg) (1972) Gruppentraining. Stuttgart, Klett-Cotta
 Petzold HG, Frühmann R (Hg) (1986) Modelle der Gruppe. Paderborn, Junfermann
 Schindler R (1956) Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. *Psyche* 9(5): 308–314

Rainer Fliedl

Entwicklungsorientierte Familientherapie. → Familientherapie, entwicklungsorientierte.

Entwicklungstheorie, psychoanalytische. → Psychoanalytische Entwicklungstheorie; → Säuglingsforschung; → Bindungsforschung.

Entzug (→ Alkoholismus). Entzugssyndrome sind durch psychomotorische Unruhe, Brechreiz, Zittern der Hände und des Mundes, durch Schlafstörungen, Angst und depressiv weinerliche Stimmungsschwankungen gekennzeichnet. Entzugssyndrome von Alkohol dauern höchstens 5 Tage. Symptome ab dem 6. Tag stammen entweder vom Entzug anderer Substanzen (z. B. Beruhigungsmittel) oder sind einer zugrundeliegenden Basisstörung zuzuordnen. Wenn Alkohol aus dem Körper ausgeschieden wird, sinkt der Blutalkoholspiegel, und damit wird auch Alkohol aus dem Gehirn entfernt. Verschiedenste Übertragungssysteme (Synapsen) des Gehirns werden dadurch überempfindlich, weil sie von der Alkoholwirkung befreit werden. Erregende Aminosäuren werden noch aktiver und bewirken die wichtigsten Symptome der Entzugssyndrome. Psychotherapeutische Interventionen sind vor allem in

stützendem Verhalten und aufklärenden Gesprächen zu sehen. Die Motivation zur Psychotherapie, zur Erhaltung der → Abstinenz ist erst nach Abklingen des Entzugs zielführend. Die Einteilung von Entzugssymptomen erfolgt nach Schweregrad und Dauer (Liskow & Goodwin, 1987). Die Therapie richtet sich nach Menge und Art der konsumierten Getränke, Alkoholmetabolismus, biologischen Vulnerabilitätsfaktoren und Alkoholfolgekrankheiten, wie z. B. Schweregrad der Leberschädigung.

Lesch OM, Walter H, Rommelspacher H (1996) Alcohol abuse and alcohol dependence. In: Rommelspacher H, Schuckit M (Eds), *Drugs of abuse*. London, Baillière Tindall, pp 421–444

Liskow BI, Goodwin DW (1987) Pharmacological treatment of alcohol intoxication, withdrawal and dependence: a critical review. *Journal of Studies on Alcohol* 48: 356–370

Widinger TA, Frances AJ, Pincus HA, First MB, Ross R, Davis W (Eds) (1994) *DSM-IV Sourcebook*, vol. 1. Washington (DC), American Psychiatric Association

Otto-Michel Lesch

Epidemiologie (psychischer Störungen; → psychogene Erkrankungen; → Psychotherapieforschung). Epidemiologie ist die Lehre von der Häufigkeit, der räumlich-zeitlichen Verteilung und Bestimmbarkeit (Falldefinition und Fallidentifikation) von Krankheiten, Krankheitsbedingungen und gesundheitsrelevanten Variablen; eine Grundlagendisziplin für die Medizin, die sich ursprünglich mit den Epidemien ansteckender Krankheiten befaßte, bevor in unserem Jh. eine Schwerpunktverlagerung auf nicht-infektiöse, v. a. chronische Krankheiten erfolgte (u. a. auch Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie). Deskriptive Epidemiologie beschreibt die Auftretenshäufigkeit („Bestand“) von Erkrankungen innerhalb definierter Zeiträume (→ Prävalenz) sowie des Neuauftretens von Erkrankungen zwischen vorgegebenen Zeitpunkten (→ Inzidenz). Analytische Epidemiologie sucht auf der Grundlage der deskriptiv-epidemiologisch ermittelten Daten nach regelhaften erkrankungsbezogenen Zusammenhängen und Abfolgen (Ursa-

chen, Antezedentien, Risiko-, Auslöse- und Verlaufsfaktoren), wobei genetisch und/oder sozialepidemiologisch vorgegangen werden kann (d. h., Beziehungen zu demografischen Faktoren wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulbildung, Sozialschicht, Beruf, Einkommen, nationale und ethnische Herkunft und zu Verhaltens- und Umweltfaktoren wie Lebensstil, Lebens- und Kulturraum und soziale Mobilität). Die Hypothesen der analytischen Epidemiologie werden experimentell-epidemiologisch im Rahmen von Präventiv- und Interventionsstudien geprüft. Bei epidemiologischen Forschungsmethoden sind Querschnitterhebungen (Punktprevalenzerhebungen) von retrospektiven Longitudinalstudien (Kohortenstudien, d. i. der Vergleich von Krankheitsraten von Populationen, die in verschiedenen Zeitabschnitten risikoexponiert waren) und prospektiven Longitudinalstudien (Periodenprävalenz- und Inzidenzerhebungen, Hochrisikostudien, Langzeitstudien) zu unterscheiden. Die Epidemiologie psychogener Erkrankungen versucht durch Felduntersuchungen Auskunft über die wahre Prävalenz dieser Störungsbilder in einer Bevölkerung zu geben. Nach den vorliegenden Untersuchungsdaten muß damit gerechnet werden, daß im Sinne der Punktprevalenz zu einem bestimmten Zeitpunkt 26% der Stadtbevölkerung an psychogenen Störungen von Krankheitswert leiden. Die großen Diagnosegruppen sind daran wie folgt beteiligt: Psychoneurosen 7.1%, Persönlichkeitsstörungen 5.7%, Alkohol- und/oder Medikamentenabusus 1.5%, psychosomatische Störungen 11.6%. Verlaufsuntersuchungen (z. B. Tress et al., 1990) zeigen, daß 15% der Bevölkerung als konstant krank angesehen werden müssen, 11% in einem Zeitraum von drei Jahren die Falleigenschaft wechseln und neu erkranken, 11% in den gesunden Bereich wechseln, während weitere 38% zwar als konstante Nicht-Fälle eingestuft werden können, aufgrund ihres Beeinträchtigungsgrades aber als Risikopopulation zu betrachten sind, von denen ein beträchtlicher Teil sicher passager therapiebedürftig ist. Wirklich stabil gesund sind 25% der städtischen Bevölkerung. Im ländlichen Bereich scheint das

Ausmaß an psychogener Morbidität geringer ausgeprägt zu sein. Aus administrativ-epidemiologischen Untersuchungen (solche erfassen die Inanspruchnahme medizinischer oder psychotherapeutischer Versorgungseinrichtungen) resultiert, daß 20–30% der allgemeinärztlichen Klientel als primär psychogen erkrankt anzusehen sind, während im stationären Bereich diverser somatischer Fachdisziplinen mit einer Störungshäufigkeit von 30–45% gerechnet werden muß. Es zeigt sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen wahren und administrativen Prävalenzraten als Hinweis darauf, daß ein großer Teil der behandlungsbedürftigen psychogen Kranken keine adäquate fachpsychotherapeutische Behandlung erhält (→ Klientenforschung).

- Dilling H, Weyerer S, Kastel R (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart, Enke
- Häfner H (Hg) (1978) Psychiatrische Epidemiologie. Berlin, Springer
- Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Untersuchung in Mannheim. Berlin, Springer
- Schepank H (1990) Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Berlin, Springer
- Schepank H (1994) Die Versorgung psychogen Kranker aus epidemiologischer Sicht. Psychotherapeut 39: 220–229
- Trampisch HJ, Windeler J (Hg) (1997) Medizinische Statistik. Berlin, Springer [S 3–43, 86–96]
- Tress W, Manz R, Sollors-Mossler B (1990) Epidemiologie in der Psychosomatischen Medizin. In: Uexküll T v (Hg), Psychosomatische Medizin. 4. Aufl. München-Wien-Baltimore, Urban & Schwarzenberg, S 63–74
- Weyerer S (1995) Epidemiologie psychischer Störungen. In: Faust V (Hg), Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart, Gustav Fischer, S 83–90

Klaus Lieberz, Martin Voracek

Epistemologie (Erkenntnistheorie, Lehre von den Grundlagen des Wissens). Gegenstand der Epistemologie sind die Bedingungen und Grenzen menschlicher Erkenntnis. Seit Platons grundlegender Kritik der alltäglichen Erfahrung durch das Hö-

lengleichnis wurden entsprechend der jeweils aktuellen biologischen, philosophischen und psychologischen Vorstellungen über den Erkenntnisapparat stark divergierende Denkansätze entwickelt. Erkenntnis erkennt etwas, was vorgegeben ist, d. h. Erkenntnis setzt voraus, daß etwas da ist, aber Erkenntnis setzt auch voraus, daß sie von dem, was sie erkennt, getrennt ist. Damit bezeichnet Erkenntnis eine spezifische Relation eines Subjekts mit der Welt. Doch ist Erkenntnis nichts rein Empirisches, verhält sich doch die Erkenntnis zur Empirie wie das Auge zum Gesichtsfeld: So wie das Auge im Gesichtsfeld nicht vorkommt, sondern diesem vorausgesetzt ist, so kommt Erkenntnis nicht im Feld des Empirischen vor, sondern ist dessen Voraussetzung (vgl. Kriz et al., 1990). Wenn auch die Sinneswahrnehmung durch physikalisch-physiologische Wirkungszusammenhänge bestimmt ist, bleibt doch der Erkenntnis etwas Bewußtes, Ichhaftes, Subjekthaftes vorbehalten. Kant wies darauf hin, daß das erkennende Subjekt apriorische Erkenntnis besitzt, die nicht aus der Erfahrung stammt, sondern dieser als Bedingung vorausgesetzt ist. Nach Kant ist Erkenntnis die nicht-empirische Auswirkung einer physisch-empirischen Einwirkung (Affektion) durch das „Ding-an-sich“ (vgl. Anzenbacher, 1981) Einzelne Psychotherapieschulen unterscheiden sich auch in der Konzeptualisierung des Erkenntnisaktes. So wird z. B. die → Daseinsanalyse den psychotherapeutischen Erkenntnisprozeß eher phänomenologisch, die moderne → Psychoanalyse vorwiegend hermeneutisch, die → Verhaltenstherapie vor allem empirisch-analytisch und die → Systemische Therapie konstruktivistisch konzeptualisieren (→ Phänomenologie; → Hermeneutik; → Empirismus; → Konstruktivismus).

- Anzenbacher A (1981) Einführung in die Philosophie. Linz, Oberösterreichischer Landesverlag [bes. S 135–140]
- Kriz J, Lück HE, Heidbrink H (1990) Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Opladen, Leske + Budrich [bes. S 12–26]

Elisabeth Wagner

Ereignis. → Sein; → Daseinsanalyse.

Erektionsstörungen. Funktionelle Sexualstörung (erektile Dysfunktion; Impotenz; Potenzstörung). Unfähigkeit des Mannes zur befriedigenden sexuellen Vereinigung. Das Versagen genitaler Reaktionen – Fehlen der Erektion bzw. Unvermögen, diese aufrechtzuhalten – ist oft psychogen bedingt. Primäre erektile Dysfunktion: Es fand nie eine Erektion statt (Erektion ist bei der Masturbation gestört, fehlende oder unzureichende nächtliche Erektion). Sekundäre erektile Dysfunktion: Erektionsstörung entsteht erst im Laufe des Lebens (Kastner, 1992: 18). Organogenese: Hypertonie, Durchblutungsstörungen, Diabetes mellitus. Psychogenese: Der behavioristische Ansatz geht davon aus, daß der Zirkel von Mißerfolg – Angst – Erwartungsdruck – Mißerfolg mit seiner self-fulfilling prophecy dazu führt, die Sexualität nur mehr belastend zu erleben (Selbstverstärkungsmechanismus). Verhaltenstherapeutische Behandlung: Training der Selbstsicherheit, Auflösung des Selbstbeobachtungs- und Selbstverstärkungsmechanismus (Masters & Johnson, 1970), Paarbehandlung, → „sensate focus“, Koitusverbot (→ paradoxe Intervention).

Bräutigam W (1989) Sexualmedizin im Grundriß. Stuttgart, Thieme

Kastner W (1992) Impotenz. Altenholz, Klotz
Kockott G (1996) Sexuelle Störungen. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2: Störungen – Glossar. Berlin, Springer, S 295–312

Masters WH, Johnson VE [1970] (1973) Impotenz und Anorgasmie. Frankfurt/M., Goverts/Krüger/Stahlberg

Christina Raviola

Erfahrung, korrigierende emotionale.
→ Korrigierende emotionale Erfahrung; → Psychoanalyse.

Erfahrung, organismische. → Organismische Erfahrung; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Ergebnis-Prozeß-Forschung. → Prozeß-Ergebnis-Forschung.

Ericksonsche Therapieprinzipien. Der amerikanische Psychiater und Hypnose-therapeut Milton H. Erickson entwickelte im Laufe seiner langjährigen Forschungs- und Praxistätigkeit Prinzipien, die zu tragenden Bestandteilen der → Hypnose und → Hypnotherapie geworden sind. Als grundlegend ist die klientenzentrierte Ausrichtung in → Tranceinduktion und Trancearbeit zu nennen. Erickson faßt das → Unbewußte als Quelle von → Ressourcen, Lernerfahrungen und kreativem Veränderungspotential auf und nutzt persönliche Motivationsfaktoren und kognitive Stile der Klienten im Sinne einer → Lösungsorientierung (→ Utilisation). Hindernde, eingefahrene Verhaltensmuster können durch die Vorgehensweise der minimalen strategischen Veränderung aufgelockert und unterbrochen werden, wonach neues, förderndes Verhalten an deren Stelle treten kann. Durch → Bahnung, Beiläufigkeit und Indirektheit der → Suggestionen und Interventionen wird deren Wirkung erhöht, da bewußte Haltungen damit umgangen werden können. Das Herstellen neuer kognitiver Bezugsrahmen durch → Umdeutung schafft neue Perspektiven. Paradoxes Vorgehen, → Konfusion und → Humor – bei grundlegender Empathie – lockern starre Haltungen und Blockaden auf und ermöglichen daher konstruktive Veränderung.

Revenstorf D, Prudlo U (1994) Wissenschaftliche Grundlagen der klinischen Hypnose. Hypnose und Kognition 11(1+2): 190–224
Zeig J (1988) Therapeutische Muster der Ericksonschen Kommunikation. Hypnose und Kognition 5(2): 5–18

Hans Kanitschar

Erklärung (→ Individualpsychologie). Die Vorgabe von Erklärungen stellt darauf ab, die Frage nach der Herkunft einzelner psychischer oder psychosomatischer Phänomene durch den Rückgriff auf bereits bekannte gesetzmäßige oder gesetzesähnliche Kausalzusammenhänge zu beantworten, die zumeist vom Therapeuten eingeführt, auf den Einzelfall angelegt und vom Patienten gegebenenfalls aufgrund der Glaubwürdigkeit bzw. Überzeugungskraft des Therapeuten übernommen werden (vgl. Körner, 1985: 21ff.; Wurmser, 1987: 62ff.). Im Gegensatz dazu wird der Patient durch die Vorgabe von → Deutungen ange-regt und unterstützt, sein „Innenleben“ möglichst selbständig zu erspüren und zu erforschen, um über den Weg der Selbst-reflexion nach der je individuellen Bedeu-tung einzelner psychischer oder psychoso-matischer Phänomene zu fragen und damit zu eigenständig gewonnener Überzeugung sowie zu Einsicht zu gelangen (Datler, 1995: 92).

Datler W (1995) Deutung. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsycholo-gie. München, Reinhardt, S 90–95

Körner J (1985) Vom Erklären zum Verstehen in der Psychoanalyse. Göttingen, Vanden-hoeck & Ruprecht

Wurmser L (1987) Flucht vor dem Gewissen: Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schwe-ren Neurosen. Berlin, Springer

Wilfried Datler

Erkrankungen, psychosomatische. → Psychosomatische Erkrankungen; → Psy-chosomatik.

Erkrankungen und Störungen, psycho-gene. → Psychogene Erkrankungen und Störungen; → psychosomatische Erkran-kungen.

Erlebensmodalitäten (im → Focusing). Ein → Felt Sense kann sich in verschiedenen Modalitäten des Erlebens (Körperemp-findungen, Emotionen, Imaginationen, Kognitionen) explizieren (→ implizit) und

sich in verschiedenen Modalitäten des Handelns (Bewegen, unmittelbarer Ge-fühlsausdruck, Malen, Sprechen) ausdrük-ken. Umgekehrt kann man zu jedem expli-ziten Erleben und zu jeder Handlung jeder Modalität einen Felt Sense entstehen lassen. Von Modalitätenwechsel als einer Methode des → Begleitens im Focusing spricht man, wenn dem Klienten vorgeschlagen wird (→ Guiding), seine innere Aufmerksamkeit (→ Achtsamkeit) von einer auf eine andere Erlebensmodalität zu richten bzw. eine an-dere Handlungsmodalität zu wählen. Bei-spiel: Der Klient empfindet etwas körper-lich (z. B. Enge in der Brust); er wird eingeladen, dazu ein inneres Bild (Imagina-tion) entstehen zu lassen und eventuell dieses innere Bild nicht nur auszusprechen, sondern auch zu malen.

Wiltshko J (1992) Focusing und die Metho-denintegration in der Gesprächspsychothe-rapie. In: Wiltshko J, Von der Sprache zum Körper. Würzburg, DAF, S 55–58

Wiltshko J (1995) Focusing-Therapie. Studien-texte 4. Würzburg, DAF [bes. S 13–17]

Johannes Wiltshko

Erlebnisfeld. → Phänomenales Feld; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Erlebnisinhalte, emotionale. → Ver-balisierung emotionaler Erlebnisinhalte; → Gesprächspsychotherapie.

Erlernte Hilflosigkeit (→ Verhaltens-therapie). Der Begriff wurde von Seligman (1975) geprägt und fand als potientiell-es Erklärungsmodell für depressive Störungen schnell Eingang in die → kognitive Ver-haltenstherapie. Nach diesem Konzept ler-nen Menschen Hilflosigkeit und depressi-ves Verhalten, wenn sie Ereignisse ihrer Umwelt als zufällig und unkontrollierbar und damit unabhängig vom eigenen Ver-halten erleben. Erlernte Hilflosigkeit führt zu Passivität infolge entstandener Moti-vationsmängel, erschwert das Lernen neuer

Zusammenhänge; der Betroffene reagiert mit → Depression. Diese Befunde von Seligman, die vielfach auch aus Tierexperimenten stammen, wurden kritischen Analysen unterzogen, mit den Ergebnissen attributionstheoretischer Forschung verglichen und unter diesen Aspekten neu überprüft (→ Attributionstheorie). Die Annahme, daß Unkontrollierbarkeit unausweichlich zu Hilflosigkeit führe, wurde widerlegt. Nach Abramson et al. (1978) sind es vor allem die Attributionsstile eines Individuums, die bestimmen, ob ein nicht kontrollierbares Ereignis zu Hilflosigkeit oder aktiven Bewältigungsversuchen führt. Attributionen beeinflussen die Kontrollerwartungen, die subjektive Begründung für eine vorhandene oder fehlende Beeinflussbarkeit derzeitiger und künftiger Situationen. Sie bestimmen, wie die entstandene Hilflosigkeit erklärt wird. Ein Attributionsstil, der sich durch interne, stabile und globale Zuschreibungen negativer Ereignisse auszeichnet (z. B. eine konstante Rückführung auf die eigene, generelle Unfähigkeit), erhöht deutlich die Wahrscheinlichkeit, hilflos zu reagieren. Mit der Attribution auf interne Faktoren sind negative Gefühle, eine Verminderung der → Selbsteffizienzerwartungen und in Folge das Auftreten von Depression verbunden. Das Konzept erreichte rasch einen hohen Bekanntheitsgrad und stimulierte die Forschung. Für eine Integration in die Depressionsbehandlung fehlen jedoch gesicherte empirische Ergebnisse.

Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 87: 49–74

Kuiper NA (1978) Depression and causal attributions for success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology* 36: 236–246

Seligman MEP [1975] (1979) *Erlernte Hilflosigkeit*. München, Urban & Schwarzenberg

Rosemarie Sigmund

in vielen spirituellen Traditionen beschriebenen Phänomen der „Erleuchtung“. Licht gilt in der frühgriechischen, hebräischen und christlichen Anschauung als Symbol für Leben und Heil. In der Literatur über fernöstliche Meditationsformen wird Erleuchtung im Sinn des Durchbruchserlebnisses verwendet. Erleuchtung ist dabei die Übersetzung des Sanskrit-Terminus „Bodhi“ (wörtlich: Erwachen), japanisch als Satori oder Kensho übersetzt. Im indischen Yoga ist Samadhi jener Zustand, in dem das Objekt sich in seinem Wesentlichen enthüllt, als ob es „leer von sich selbst wäre“ (Eliade, 1977). Da Worte zum mentalen Reich der Logik und des Diskurses gehören, können sie auf → Transzendenz nur hinweisen. Häufig vermitteln Bilder, Gleichnisse und Paradoxien die Qualität der Erfahrung. Bildhaft wird im Zen der Weg zur Erleuchtung oft mit den 10 Ochsenbildern dargestellt. Auf der letzten Stufe nimmt der Vielerfahrene sein ganz normales Leben wieder auf, aber er ist erwacht und sich der inneren transpersonalen Natur aller Geschöpfe bewußt (Vaughan, 1986). Für die Transpersonale Psychologie markiert Erleuchtung einen Höhepunkt menschlichen Bewußtseins. Sie begreift die spirituelle Suche (→ Spiritualität) und damit die Suche nach Erleuchtung als eine natürliche und legitime Dimension der menschlichen Psyche (Grof, 1994).

Eliade M (1977) *Yoga, Unsterblichkeit und Freiheit*. Frankfurt/M., Insel

Grof S (1994) Das Heilungspotential außergewöhnlicher Bewußtseinszustände. Beobachtungen aus der psychedelischen und holotropen Therapie. In: Zundel E, Loomans P (Hg), *Psychotherapie und religiöse Erfahrung, Konzepte und Methoden transpersonaler Psychotherapie*. Freiburg, Herder, S 159–204

Vaughan F [1986] (1990) *Die Reise zur Ganzheit, Psychotherapie und spirituelle Suche*. München, Kösel

Hermann Wegscheider

Erleuchtung. Bei der Erforschung außergewöhnlicher Bewußtseinszustände (→ Bewußtseinszustände, veränderte) widmet sich die → Transpersonale Psychologie dem

Ermutigung (→ Individualpsychologie). Nach Adler geht die Ausbildung von → Minderwertigkeitsgefühlen mit Prozessen der Entmutigung Hand in Hand: Menschen, die sich klein, schwach und hilflos erleben,

getrauen sich in bewußter, vor allem aber in unbewußter Weise kaum zu, von ihren Aktivitäten der unbewußten → Abwehr und Sicherung (→ Sicherheitsstreben / Sicherungstendenz) Abstand zu nehmen. Dies hindert sie, neue Weisen des Lebens und Erlebens zu entwickeln, die mit einer Linderung von Leidens- und Krankheitszuständen verbunden sind. Aus der Sicht der Individualpsychologie ist daher die psychotherapeutische Beziehung als ein Ort zu begreifen, an dem Patienten ermutigt werden, neue Beziehungserfahrungen zu machen, die ihnen in der Folge helfen, sich von überkommenen Abwehr- und Sicherungstendenzen zu lösen und gegebenenfalls sogar neue psychische Strukturen auszubilden. Dazu zählt auch die Entfaltung der Fähigkeit von Patienten, das eigene Erleben und Handeln allmählich besser verstehen zu lernen. Eine ermutigende psychotherapeutische Haltung ist aus dieser Sicht folglich nicht mit suggestiver oder jovial-schulterklopfender Aufmunterung zu verwechseln (Adler, 1923: 35). Ansätze für eine differenzierte Weiterentwicklung dieses Aspektes der Ermutigung finden sich bei Luborsky (1988: 49ff.) sowie Antoch (1989).

Adler A [1923] (1982) Fortschritte der Individualpsychologie. In: Adler A, Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. I: 1919–1929, hg. von Ansbacher HL, Antoch RF Frankfurt/M., Fischer, S 33–47

Antoch RF (1989) Zum Begriff und Problem der Ermutigung. In: Antoch RF, Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis. Frankfurt/M., Fischer, S 164–183

Luborsky L (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin, Springer

Wilfried Datler

Eros. → Libido.

Erregungsstörung. Funktionelle Sexualstörung (→ Funktionsstörung, sexuelle); psychisch bedingte Beeinträchtigungen wie → Erektionsstörung, herabgesetzte oder fehlende Lubrikation, → Vaginismus, → Dyspareunie. Nach Wolpe (1958) wird

die Angst als wesentlicher Auslöser bei der Entstehung sexueller Störungen hervorgehoben. Barlow (1986, zit. nach Kockott, 1996) betont den gedanklichen Ablenkungsprozeß, der mit der Angst interagiert. Psychogenese: Bedingungen, die die Störung auslösen. Lerndefizite in der Kindheit und Jugend können zu sexuellen Erfahrungslücken und Schwierigkeiten, mit der Sexualität umzugehen, führen; psychosexuelles Trauma, berufliche Belastung, körperliche Erkrankung und Partnerprobleme. Zusammen mit Persönlichkeitsfaktoren und dem Selbstverstärkungsmechanismus der Angst vor dem Versagen wird das Ausbleiben der sexuellen Erregung bewirkt. Verhaltenstherapeutische Behandlung: Verfahren zur Verbesserung der sexuellen Erlebnisfähigkeit (Training der Selbstsicherheit, sexuelle Fantasien, Rollenspiele, systematische → Desensibilisierung etc.).

Kockott G (1995) Die Sexualität des Menschen. München, Beck

Kockott G (1996) Sexuelle Störungen. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2: Störungen – Glossar. Berlin, Springer, S 295–312

Wendt H (1991) Integrative Sexualtherapie. München, Pfeiffer

Wolpe J (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, Stanford University Press

Christina Raviola

Ersatzgefühl (engl. racket oder racket-feeling; → Transaktionsanalyse). English entwickelt den transaktionsanalytischen Begriff des rackets weiter, indem sie in den stereotyp wiederkehrenden → Maschen (racket-feelings) Ersatzlösungen für der Situation angemessene Gefühle sieht und damit die Unterscheidung zwischen „echten“ (angemessenen) Gefühlen und „unechten“ Ersatzgefühlen in die Transaktionsanalyse einführt. Ersatzgefühle treten an die Stelle von in der frühen Kindheit verdrängten und abgewehrten Gefühlen oder inneren Haltungen, wirken in ihrer Qualität häufig aufgesetzt und künstlich und wiederholen sich ständig ohne große Veränderung. „Das ursprüngliche Gefühl kann nicht ausgedrückt werden, weil der Betreffende während seiner Kindheit immer dann be-

straft oder abgewertet worden ist, wenn er es äußern wollte“ (English, 1994: 97). Ersatzgefühle entstehen einerseits durch Abwertung oder falsche Etikettierung bestimmter Gefühle (z. B. kann ein trauriges Kind als müde bezeichnet werden), andererseits durch die Förderung spezifischer Gefühle oder Haltungen. Woollams & Brown (1978) zählen zu den Ersatzgefühlen auch den mittelbaren Ausdruck von Gefühlen, etwa den Ausdruck von Zuneigung durch ständiges Necken. English (1977) geht davon aus, daß Ersatzgefühle sich in der Kindheit als geeignetes Mittel erwiesen haben, positive oder negative Zuwendung (→ Stroke-Konzept) zu erhalten. Das spätere Ausspielen von solchen Gefühlen zu diesem Zweck im Sinn des → Wiederholungszwangs bezeichnet English als → Ausbeutungstransaktion, die auch in manipulative → Spiele übergehen kann (English, 1994).

English F (1977) Jenseits der Skriptanalyse. In: Barnes G (Hg), Transaktionsanalyse seit Eric Berne. Berlin, Institut für Kommunikations-therapie, S 170–257

English F (1994) Transaktionsanalyse: Gefühle und Ersatzgefühle in Beziehungen. Salzhausen, Iskopress

Woollams S, Brown M (1978) Transactional Analysis. Dexter (Mich.), Huron Valley Institute Press

Manfred Gurtner

Erstkontakt (→ in der Individualpsychologie). Von Beginn an ging die Individualpsychologie davon aus, daß das Beachten der Art und Weise, in der Patienten in der ersten Begegnung auftreten, in der sie ihr Problem darstellen und in der sie von sich und ihrem Leben erzählen, einen ebenso frühen wie wertvollen Zugang zum Verstehen ihrer Persönlichkeitsstrukturen eröffnet; zumal sich jeder Mensch „im ersten Moment seines Erscheinens als die Persönlichkeit vorstellt, die er ist, ohne viel davon zu wissen“ (Adler, 1933: 173). Adler selbst dürfte die Situation des Erstkontaktes nur in geringem Ausmaß vorstrukturiert haben und schenkte dem körperlichen Erscheinungsbild, der Schilderung der Symptome und der Darstellung der Lebensgeschichte

ebenso Beachtung wie anderen, v. a. aggressiv gefärbten Übertragungstendenzen (→ Übertragung; → Entwertungstendenz). Sein besonderes Interesse an frühen → Kindheitserinnerungen, an der Exploration der → Geschwisterkonstellation des Patienten sowie an raschen Lebensstil-Formulierungen (→ Lebensstil) führte vor allem in der amerikanischen Individualpsychologie zur Ausarbeitung eines stärker strukturierten diagnostischen Vorgehens, das auch in den therapeutischen Erstkontakten als „Lebensstilanalyse“ verfolgt wird (Dreikurs, 1980: 36ff.). Individualpsychologen, die mit einem psychoanalytischen Selbstverständnis arbeiten, orientieren sich hingegen an Erstkontakt- und Erstinterviewkonzepten, die in stärkerem Ausmaß auf → Beziehungsanalyse abstellen und beispielsweise von Argelander (1970) oder Kernberg (1988) dargestellt wurden (Matschiner-Zollner et al., 1999).

Adler A [1933] (1973) Der Sinn des Lebens. Frankfurt/M., Fischer

Argelander H (1970) Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Dreikurs R (1980) Rudolf Dreikurs zur Psychotherapie in der Medizin. Ausgewählte Aufsätze. München, Reinhardt

Kernberg OF (1988) Das strukturelle Interview. In: Kernberg OF, Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart, Klett-Cotta, S 15–47

Matschiner-Zollner M, Presslich E, Biebl W (1999) Diagnostik und Indikation: drei Stellungnahmen zu einer Patientin. Zeitschrift für Individualpsychologie 23: 230–247

Wilfried Datler

Erwachsenen-Ich. → Ich-Zustand; → Transaktionsanalyse.

Erziehungsberatung, individualpsychologische. Die individualpsychologische Erziehungsberatung hat ihre Anfänge in öffentlichen Vorträgen, die Alfred Adler nach dem Ersten Weltkrieg in Wien zum Thema „Menschenkenntnis“ hielt. Im Anschluß an diese Kurse wurde Adler immer wieder von ratsuchenden Eltern um

Hilfe in Erziehungsfragen gebeten, was Adler dazu veranlaßte, noch im Jahr 1919 oder 1920 eine Erziehungsberatungsstelle zu errichten. In den folgenden Jahren wurden in Wien weitere Beratungsstellen eröffnet, wobei der Höhepunkt 1929 mit 28 Beratungsstellen erreicht war. Die individualpsychologischen Erziehungsberatungen der Zwischenkriegszeit wiesen markante Merkmale auf: Die Erziehungsberatung wurde in aller Öffentlichkeit vor Publikum durchgeführt, wodurch die Fortbildung eines interessierten Publikums ermöglicht werden sollte (vgl. Handlbauer, 1984: 171f.). Die Beratungen waren als Kurzberatungen konzipiert und trugen starke Züge des Erklärens und Aufklärens. Der Beratungsprozeß selbst bestand aus insgesamt vier Schritten: „1. Die Herstellung eines Kontaktes mit den Ratsuchenden, Gewinnung ihres Vertrauens; 2. Aufdeckung der Fehlerquellen, die im irrtümlichen [→] Lebensstil des Kindes angesiedelt sind; 3. Ermutigung des Kindes zu neuen Leistungen; 4. die Anbahnung des [→] Gemeinschaftsgefühls“ (Handlbauer, 1984: 179). 1934 wurden aufgrund der politischen Entwicklung in Österreich die individualpsychologischen Beratungsstellen geschlossen. Individualpsychologen, die sich durch Flucht vor der Verfolgung durch die Nationalsozialisten in die USA retten konnten, führten die Tradition der klassischen individualpsychologischen Erziehungsberatung fort (Christenson, in: Tymister, 1990). Auch in Europa setzten nach 1945 verschiedene Versuche ein, an die Beratungsaktivitäten der Zwischenkriegszeit anzuschließen. Heute werden individualpsychologische Erziehungsberatungen in der Regel aber nicht mehr öffentlich durchgeführt (vgl. Tymister, 1990). Vor allem in Wien wird an der Entwicklung von Beratungskonzepten gearbeitet, in denen klassisch-individualpsychologische Methoden mit psychoanalytischen Konzepten verbunden werden (Datler et al., 1999). Die zentralen Aufgabenbereiche individualpsychologischer Erziehungsberatung sind Prophylaxe im Sinne der Vorbeugung von Entwicklungsstörungen und Beratung im engeren Sinne bei bereits offenkundigen Entwicklungsstörungen. Erziehungsberatung in diesem Sinne versteht sich dem-

nach nicht nur als Hilfestellung bei alltäglichen Erziehungsproblemen, sondern auch als eine Form der Unterstützung von Eltern, Jugendlichen und Kindern, die angezeigt sein kann, wenn Heranwachsende Symptome mit Krankheitswert ausgebildet haben (Figdor, 1997).

- Andriessens E (1995) Erziehungsberatung. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 125–130
- Datler W, Figdor H, Gstach J (Hg) (1999) Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung heute. Gießen, Psychosozial-Verlag
- Figdor H (1997) Psychotherapie versus Beratung. In: Reinelt T, Bogyi G, Schuch B (Hg), Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. München, Reinhardt, S 102–107
- Handlbauer B (1984) Die Entstehungsgeschichte der Individualpsychologie Alfred Adlers. Wien, Geyer
- Tymister HJ (Hg) (1990) Individualpsychologische-pädagogische Beratung. München, Reinhardt

Johannes Gstach

Es (→ Psychoanalyse). Freud hat in den Jahren 1920–23 seine erste Topik (→ Topografisches bzw. Topisches Modell) der psychischen Organisation umgearbeitet. Die bisherige Unterscheidung von → Unbewußt, Vorbewußt und Bewußt wurde zugunsten eines → Strukturmodells mit drei Instanzen, dem → Ich, dem → Überich und dem Es aufgegeben. Der Begriff Es wurde von Freud 1923, angeregt durch Groddeck, eingeführt. Dieser schrieb: „Ich bin der Ansicht, daß der Mensch vom Unbekannten belebt wird. In ihm ist ein Es, irgendein Wunderbares, das alles, was er tut und was mit ihm geschieht, regelt. Der Satz ‚ich lebe‘ ist nur bedingt richtig, er drückt ein kleines Teilphänomen von der Grundwahrheit aus: ‚der Mensch wird vom Es gelebt‘.“ (Groddeck, 1979: 27). Mit dieser Konzeption konnte besser als zuvor die Qualität „unbekannter, unbeherrschbarer Mächte“ (Freud, 1923), also die drängenden Impulse und deren Gegenkräfte, die in den beiden anderen Instanzen des Strukturmodells geortet werden, begrifflich gefaßt werden. Alle Vorgänge im Es sind, wie im

„System Unbewußt“ der ersten Topik, grundsätzlich unbewußt; es wird als das Reservoir der Triebenergie verstanden; gleichzeitig bestehen aber auch wesentliche Unterschiede: unbewußte Vorgänge werden nicht mehr ausschließlich dem Es zugeordnet, sondern auch dem Ich und dem Überich, die sich aus dem Es heraus entwickelt haben und ihre Energie auch von dort beziehen. Die Grenze zwischen dem Ich und dem Es ist daher unscharf. Obwohl das Es teilweise als unorganisiert gedacht wurde, wird ihm auch alles Verdrängte (die Inhalte des dynamischen Unbewußten) zugeschrieben, weshalb es in gewissem Ausmaß auch organisiert ist, allerdings auf wesentlich niedrigerem Niveau als etwa das Ich. Die Strukturtheorie ist untrennbar mit der → Triebtheorie verbunden. Vieles spricht dafür, daß dieser von Freud selbst als „unsere Mythologie“ bezeichneten und zu allen Zeiten kritisierten operationalen Spekulation die empirische Grundlage, die von der Neuropsychologie und anderen Forschungen erwartet wurde, nicht nachgereicht werden kann. Die jüngere, empirisch fundierte Entwicklungspsychologie legt eher eine Reihe von Geburt an ausgeformter → Motivationssysteme nahe (Lichtenberg, 1989) als ein duales, auf Reizabfuhr zielendes Bestreben des Organismus. Sollte sich diese Tendenz bestätigen, steht die Triebtheorie als anthropologische Grundannahme, womöglich aber auch als Metapher intrapsychischer Vorgänge in Frage.

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Groddeck G [1923] (1979) Das Buch vom Es – psychoanalytische Briefe an eine Freundin. Frankfurt/M., Fischer

Lichtenberg JD (1989) Psychoanalysis and motivation. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Oskar Frischenschlager

Esoterik. Der Begriff leitet sich vom griechischen Adverb „eso“ (= innen) ab, genauer: aus dessen Komparativ „esotero“ (= tiefer innen). Es wird damit ein im Innersten verborgenes Geheimnis ange-

sprochen. In der ursprünglichen Bedeutung wird unter Esoterik die Suche jedes Menschen nach dieser letzten, im Innersten verborgenen Wahrheit verstanden. Jäger (1991) unterscheidet zwischen esoterischer und exoterischer → Spiritualität. Unter Esoterik versteht er eine auf direkte Gotteserfahrung aufbauende Religiosität – der Esoteriker ist also ein Mensch, der sich auf den Weg gemacht hat, das Göttliche in sich und in allem zu erfahren. Exoterik bezeichnet im Gegensatz dazu eine Religiosität, die auf Schriften, Dogmen, Ritualen oder Symbolen beruht, wie dies in den meisten sogenannten Staatsreligionen der Fall ist. Der Begriff der Esoterik wurde in den letzten zwei Jahrzehnten durch die „Esoterikwelle“ sehr verwässert, mit allerlei negativen Auswüchsen und Scharlatanerie. Im normalen Sprachgebrauch versteht man heute unter Esoterik ein unüberblickbares Sammelsurium an verschiedenen „Heilmethoden“ (z. B. Edelstein-„Therapie“, Aura-Soma-„Therapie“, diverse „Energiebehandlungen“), Rückbesinnung auf alte Traditionen (Kelten, Hexen, Schamanismus etc.), diverse okkulte Praktiken, Astrologie und ganz allgemein die Beschäftigung mit Spiritualität. Die → Transpersonale Psychologie versteht den Begriff der Esoterik im ursprünglichen Sinn und im Sinne Jägers (1991).

Beckers H-J, Kohle H (1994) Kulte, Sekten, Religionen. Augsburg, Pattloch
Jäger W (1991) Suche nach dem Sinn des Lebens. Petersberg, Via Nova

Hans Peter Weidinger

Eß-Brechsucht. → Bulimia nervosa; → Eßstörungen.

Eßstörungen. Neben einer genetisch bedingten Vulnerabilität und psychologischen Faktoren (z. B. geringes Selbstwertgefühl) sind kulturabhängige Faktoren für ihre Entstehung bedeutsam. Es sind zum überwiegenden Anteil Mädchen und junge Frauen (90–95%) betroffen. Psychotherapie stellt bei Eßstörungen nach heutigem Kenntnisstand die Therapie erster Wahl

dar. Die Entwicklung effektiver Therapieansätze ist in den letzten Jahrzehnten für die → Bulimia nervosa und die → Störung mit Eßanfällen („binge eating-Störung“) allerdings wesentlich rascher fortgeschritten als für die → Anorexia nervosa. Allen Therapieverfahren ist gemeinsam, daß die Autonomie der Patientin so wenig wie möglich eingeschränkt werden soll. Insgesamt hat es sich als zielführend erwiesen, bei Patientinnen mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und einer Störung mit Eßanfällen ein klares, durchschaubares und zeitlich begrenztes Therapieprogramm anzubieten. Zur Psychotherapie der Eßstörungen liegen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche ausgezeichnete Therapieführer vor, die störungsspezifisch und schulenübergreifend umfassende Darstellungen einzelner oder mehrerer Therapiemöglichkeiten geben. Eßgestörte Personen können in der Regel ambulant behandelt werden. Indikationen für eine stationäre Aufnahme sind sehr rascher Gewichtsverlust oder sehr niedriges Körpergewicht, schwerwiegende psychiatrische Probleme (z. B. Suizidalität, Substanzmißbrauch, Impulskontrollstörung), schwerwiegende organische Komplikationen (Elektrolytentgleisungen, massiver Laxantienmißbrauch) und die Notwendigkeit einer Trennung von pathogenen psychosozialen Faktoren (z. B. gestörte Familienbeziehungen).

- Brownell KD, Fairburn CG (1995) Eating disorders and obesity: a comprehensive textbook. New York, Guilford Press, pp 289–378
 Herzog W, Munz D, Kächele H (1996) Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen. Therapieführer. Stuttgart, Schattauer
 Reich G, Cierpka M (1997) Psychotherapie der Eßstörungen. Stuttgart, Thieme

Martina de Zwaan

Ethik (griech.: ethos: Gewohnheit, Herkunft, Sitte, sittlicher Charakter, moralische Gesinnung). Sittliche Grundhaltung und Gesinnung, moralische Gesamthaltung eines einzelnen oder einer Gemeinschaft. Ethik ist eine philosophische Disziplin und befaßt sich mit der Lehre von den Normen menschlichen Handelns; es geht ihr um die Theorie der Begründung ethi-

scher Normensysteme und Handlungsregeln. Ethik als philosophische Disziplin sucht die Frage zu beantworten, an welchen Normen und Zielen (Zwecken, Werten) die Menschen ihr Handeln orientieren sollen. Auch wer sich diese Frage stellt, lebt innerhalb von Normen und Zielen, deren Anspruch auf Geltung in einer bestimmten Rangfolge von seiner Gesellschaft, seiner Gruppe, von ihm selbst faktisch (im Sinne seiner Moral) anerkannt wird. Untersuchungsgegenstand der Ethik sind → Werte; sie untersucht, was im Leben und in der Welt wertvoll ist. Das ethische Verhalten besteht in der Verwirklichung ethischer Werte. Ethik zielt also auf die Erweckung des Wertbewußtseins ab. Zwei grundlegend unterschiedliche Gruppen von Theorien können im Bereich der normativen Ethik unterschieden werden: teleologische Theorien (teleologische Ethik) und deontologische Theorien (deontologische Ethik). In der Diskussion ethischer Konfliktsituationen in psychotherapeutischen Behandlungen ist es sinnvoll, sich sowohl teleologischer als auch deontologischer Argumente zu bedienen (Simon, 1996). Entweder man weist nach, daß die Handlung selbst moralisch gut und deshalb eine moralische Pflicht ist (deontologische Ethik; griech. to deon: das Erforderliche, die Pflicht; griech. logos: Lehre) oder man argumentiert, daß die Handlung dem Erreichen eines als moralisch angesehenen Ziels dient (teleologische Ethik; griech. telos: Ende, Ziel, Zweck, Vollendung). Ethik und Psychotherapie: In der Rangordnung der Werte sind in der Psychotherapie Werte, die die Gesundheit verbessern, höherrangig (im Sinne der Nützlichkeit für die Gesundheit, utilitaristischer ethischer Standpunkt) als andere Werte (Hutterer-Krisch, 1996). Es ist eine berufsethische Forderung, Gesundheitswerte und den Berufsimperativ, vorrangig der Gesundheit dienen zu wollen sowie andere Werte zu unterscheiden, bewußt zu machen und nicht zu verwechseln; gleichzeitig ist der Psychotherapeut herausgefordert, Respekt und Achtung vor der → Autonomie des Patienten zu haben.

- Furtmüller C (1912) Psychoanalyse und Ethik. Schriften des Vereins für freie psychoanalytische Forschung 1. München, Reinhardt

Hutterer-Krisch R (1996) Fragen der Ethik. In: Hutterer-Krisch R, Kriz J, Parfy E, Margreiter U, Schmetterer W, Schwentner G (Hg), Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik. Bibliothek Psychotherapie, Bd. 5, hg. von Sonneck G. Wien, Facultas Universitätsverlag, S 208–334

Simon A (1996) Grundbegriffe der Ethik. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer, S 3–16

Renate Hutterer-Krisch

Ethik. → Selbstwert; → Existenzanalyse.

Ethik der Supervision. → Supervision, Ethik der.

Ethik, feministische. Seit Gilligan (1984) ein kontroverser Diskurs um Gleichheit oder Geschlechterdifferenz in der moralischen Urteilsbildung. Aus der Sicht → feministischer Psychotherapie hat feministische Ethik einen emanzipatorischen Auftrag und basiert auf der Weltanschauung und den Werten des Feminismus: 1. „Das Persönliche ist politisch“; 2. Parteilichkeit und Betroffenheit; 3. antihierarchische Grundhaltung. Ihr Ziel ist, die Diskriminierung von Frauen in der psychologisch-therapeutischen Theorie und Praxis aufzudecken und Handlungsperspektiven zur Überwindung struktureller Gewalt zu entwickeln. Die berufsethischen Richtlinien feministischer Therapieinstitute beziehen sich auf den verantwortlichen Umgang mit Macht und Grenzen, den Ausschluß von Diskriminierungen und die Verantwortung zur Aufdeckung und Veränderung von Mißbräuchen in der psychosozialen Versorgung.

Gilligan V (1984) Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. München, Piper
Kramer N, Menzel B (Hg) (1994) Sei wie das Veilchen im Moose... Aspekte feministischer Ethik. Frankfurt/M., Fischer

Lerman H, Porter N (1990) Feminist ethics in psychotherapy. New York, Free Press

Nagl-Docekal H, Pauer-Studer H (Hg) (1993) Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik. Frankfurt/M., Fischer

Ursula Wirtz

Ethik und Psychotherapieforschung. → Psychotherapieforschung, Ethik in der.

Euthyme Verfahren (→ Verhaltenstherapie). „Training zum Genuß“ stellt eine verhaltenstherapeutische Technik dar, bei der Klienten über das Ansprechen ihrer Sinne positive Selbstwahrnehmungen erfahren. Im Rahmen der euthymen Verfahren werden in den Bereichen Riechen, Tasten, Schmecken, Hören und Sehen strukturierte Übungen durchgeführt. So erhält der Klient zum Beispiel im Bereich des Riechens Duftessenzen zur Auswahl und wird aufgefordert, die Düfte sowie deren Wirkung zu beschreiben, Emotionen und Erinnerungen zu den Gerüchen zu assoziieren und dies auch im Alltag verstärkt zu erleben. Ähnliche Übungen werden für alle Sinne durchgearbeitet. Diese Technik wird bei einer Reihe von Störungen im verhaltenstherapeutischen Prozeß eingesetzt, vor allem in der Depressionsbehandlung.

Koppenhöfer E, Lutz R (1984) Therapieprogramm zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns bei depressiven Patienten. Weinberg, Weissenhof

Lutz R (1983) Genuß und Genießen. Weinheim, Beltz

Rosemarie Sigmund

Evaluationsforschung (→ Dokumentation; → Qualitätssicherung; → Psychotherapieforschung). Wissenschaftlich fundiertes Vorgehen zur Bewertung (Evaluation) von Maßnahmen auf der Basis empirisch feststellbarer Sachverhalte. Ausgangspunkt eines Evaluationsprojektes ist die Klärung seiner Zielsetzung (z. B. Rechtfertigung von Aufwendungen durch nachgewiesenen Therapieerfolg, Optimierung des Therapeutenverhaltens, vergleichende Bewertung von therapeutischen Techniken) und die Auswahl dafür relevanter empirischer Indikatoren. Evaluationsforschung kann nicht wertfreie Empirie sein, sondern ist in ein entscheidungsrelevantes Bewertungssystem eingebunden. Hinsichtlich der Ergebnissenutzung ist entweder zwischen verschiedenen Alternativen die beste

auszuwählen (summative Evaluation) oder eine Maßnahme zu verbessern (formative Evaluation). Die Zeitpunktsperspektive kann prospektiv (durch Studien vor Einleitung einer Maßnahme soll deren Ergebnis antizipiert werden), maßnahmenbegleitend (Prozeßevaluation) oder retrospektiv (Ergebnisevaluation) sein. Vom Design her ist zwischen einer vergleichenden Evaluation (verschiedene Maßnahmen werden verglichen bzw. eine Kontrollgruppe wird einbezogen) und dem Bewerten des Erreichens von gesetzten Zielen zu unterscheiden. Ziele können von Entscheidungsträgern gesetzt (z. B. Mindesterfolgsquoten) oder mit dem Patienten individuell erarbeitet werden (z. B. Goal Attainment Scale). Da auch unbeabsichtigte Einflüsse durch die Untersucher möglich sind, werden Selbstevaluationen (Maßnahmenverantwortlicher und Evaluator ist dieselbe Person oder Organisation) skeptischer als Fremd-Evaluation gesehen. Zunehmend kommt der Meta-Evaluation (→ Meta-Analyse), bei der eine Vielzahl von vergleichbaren Einzelstudien hinsichtlich der Ergebnisse zusammengefaßt werden, eine besondere Bedeutung gerade für die fundierte Bewertung von therapeutischen Techniken zu.

Cook TD, Rosario ML, Hennigan KM, Mark MM, Trochim WMK (1978) Evaluation studies: Review annual 3. Beverly Hills (CA), Sage Publications

Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe

Wottawa H, Thierau H (1998) Lehrbuch: Evaluation. 2. Aufl. Bern, Hans Huber

Heinrich Wottawa

Exakte Symbolisierung. → Symbolisierung, exakte; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Exhibitionismus. → Perversion.

Existenzielle Dynamik. → Noodynamik; → Existenzanalyse.

Existenzielle Orientierung. Bezeichnet eine grundlegende philosophische Orientierung der → Gestalttherapie. Das Gründerpaar Fritz und Laura Perls war durch Kontakte zu Buber und Tillich an der Universität Frankfurt von deren Philosophie und Persönlichkeit beeinflusst, und besonders Laura Perls führte den existentiellen Dialog im Sinne Bubers (→ dialogisches Prinzip) in die Gestalttherapie ein. Die Perls standen überdies in der geistigen Tradition von Heideggers Existentialismus. In der gestalttherapeutischen Praxis bedeutet diese philosophische Orientierung, daß sich der Therapeut bemüht, dem Klienten in seiner jeweiligen existentiellen Situation im → Hier-und-Jetzt zu begegnen. Er akzeptiert, was ist und leitet den Klienten dazu an, sich in seinem Sosein anzunehmen. Das, was wir mit Empfindungen, Gefühlen, Gedanken und Wahrnehmungen gegenwärtig sind, wird als Ausdruck unserer → Existenz begriffen. Diese Haltung fördert das Bewußtsein vom existentiellen Grund (→ schöpferische Indifferenz), einschließlich der kreativen Potentiale (auch derer, die sich in neurotischen und pathologischen Mustern verbergen) und der dysfunktionalen Lebens- und Verhaltensmuster. Gleichzeitig fordert die existenzielle Orientierung zur Auseinandersetzung mit den letzten Fragen wie Tod, existentiellem Alleinsein, Sinn und Verantwortung in der Therapie heraus. Das Bewußtwerden der existentiellen Situation im therapeutischen Dialog – auf welcher Tiefungsebene auch immer – wird in der Gestalttherapie als Grundlage für Heilung und persönliches → Wachstum angesehen (→ paradoxe Theorie der Veränderung).

Friedman M (1987) Der heilende Dialog in der Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Fuhr R (1999) Praxisprinzipien der Gestalttherapie. In: Fuhr R, Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M (Hg), Das Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Hogrefe

Hycner R (1989) Zwischen Menschen. Ansätze zu einer dialogischen Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Reinhard Fuhr

Existenzielle Psychotherapie. Strömung in der Psychotherapie – neben → Tiefenpsychologie, → Verhaltenstherapie, → Humanistischer Psychologie und systemischer Richtung (→ Systemische Therapie) – die auf der → Existenzphilosophie beruht (Kierkegaard, Heidegger, Scheler, Jaspers, Sartre, Buber; → Existenzanalyse; → Daseinsanalyse; → Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie; s. auch → Gestalttherapie und → existenzielle Orientierung). Dem existenzphilosophischen Menschenbild und Daseinsverständnis entsprechend wird der Mensch als auf Welt ausgerichtet („weltoffen“, nach Scheler) angesehen. → Existenz ist demnach dialogisch-begegnendes, unaufhebbares Verwobensein mit dem „anderen“ der Welt („In-der-Welt-sein“, nach Heidegger), Herausforderung an den einzelnen, sich den Anforderungen des Lebens bzw. der Situation wählend und verantwortlich zu stellen, was als Gradmesser für das Gelingen oder Mißlingen des Lebens (mit der Folge psychischer Störungen) aufgefaßt werden kann. Im Mittelpunkt steht einerseits die individuelle Freiheit des Menschen und andererseits ihr Zwingen, die Verantwortung. Eine zentrale Rolle spielt die Auseinandersetzung mit den Grenzen unseres Daseins und Themen wie Vergänglichkeit, Sterblichkeit, Angst, Einsamkeit, Sinnhaftigkeit („ultimate concerns“). Diesen spezifisch existenziellen Anforderungen nicht gerecht zu werden (sie zu leugnen oder zu verdrängen), bringt pathologische Folgen mit sich, die sich schleichend oder in „Grenzsituationen“ (Jaspers) manifestieren. Letztlich wird hier Psychopathologie im Zusammenhang mit nicht-vollzogenem Austausch mit der Welt und/oder blockiertem Bezug zu sich selbst gesehen. Im konkreten Existenzvollzug wird die Subjekt-Objekt-Spaltung durch die → „Selbst-Transzendenz“ (Frankl) – „Transzendenz“ bei Binswanger – in Richtung Einheit mit der je eigenen Welt überwunden. Existieren bedeutet, daß der Mensch im Kern niemals festgelegt (determiniert) ist, weder evolutionsbedingt, noch mechanistisch oder organismisch, sondern sich „entscheidend“ selbst gestaltet, durch seine Wahl selbst bestimmt (durch den „Sprung zu sich oder gegen sich“ – Kierkegaard,

Jaspers), wodurch er sowohl sein Wesen (seine Existenz) als auch „seine Welt“ persönlicher Beziehungen selbst schafft. Existenzielle Psychotherapie richtet sich somit gegen kausal-deterministische Positionen, die den Menschen verschlichen und ihn zum Objekt von bestimmenden Kräften (Stimuli, Triebe, Entwicklungspotentiale) machen. Demgegenüber wird die Freiheit und Unteilbarkeit der Person und der Wert der menschlichen Subjektivität mit ihren existenziellen Aufgaben unterstrichen. Methodisch ist dies mit einer Zentrierung auf das Subjekt und seine Erfahrung des jeweils situativ Aktuellen verbunden. Das subjektive Erleben ist der einzig angemessene Zugang zu seiner Welt und Basis seiner Entscheidungen. Dies erfordert eine phänomenologische Vorgangsweise (→ Phänomenologie), d. h. verstehend und konfrontativ-begegnend statt theoriegeleitet oder interpretativ-deutend. Demzufolge nimmt der Psychotherapeut im Sinne einer realen und wechselseitigen Beziehung mitfühlend am Prozeß teil, im Gegensatz zum unbeteiligten Beobachter, Deuter, Lehrer oder Anleiter. Die psychotherapeutische Arbeit soll Hilfe in der Entscheidung, → Authentizität und Umsichtigkeit im Lebensvollzug sein, wodurch dem Doppelanspruch der Existenz (Selbstwerdung und Weltgestaltung) entsprochen werden soll. Existenzielle Orientierungen lassen sich aber nicht nur bei expliziten Vertretern des existenziellen Denkens wie Boss, Binswanger, Blankenburg, Bugental, Condrau, Frankl, Längle (→ Personale Existenzanalyse), May, Tellenbach, Yalom finden, sondern auch bei analytischen Richtungen (z. B. → Individualpsychologie und → Analytische Psychologie nach Jung, weiters bei Caruso, von Gebattel, Minkowsky, Rank, Straus) und humanistisch ausgerichteten Neo-Analytikern (z. B. Horney, Fromm) und Gründerpersönlichkeiten der Humanistischen Psychologie (z. B. Maslow, Perls, Rogers).

Binswanger L (1942) Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Zürich, Niehans

Bugental J (1967) The search for existential identity. San Francisco, Jossey-Bass

Frankl VE [1967] (1985) Psychotherapy and existentialism. Selected papers on Logotherapy. New York, Simon & Schuster

- May R (1969) Existential psychology. New York, Random House
- Ofman W (1974) A primer of humanistic existentialist counseling and therapy. Los Angeles, Psychological Affiliates Press
- Sartre JP [1946] (1947) Ist der Existentialismus ein Humanismus? Zürich, Europa Verlag
- Yalom ID [1980] (1989) Existentielle Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Alfried Längle, Gerhard Stumm

Existentielle Wende. Zentrales Theorem der → Existenzanalyse, ursprünglich von V. Frankl als „kopernikanische Wende“ in der Psychotherapie formuliert. „Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten – das Leben zu verantworten hat“ (Frankl, 1987: 96). Die Existentielle Wende verweist auf eine radikale Sichtumkehr, wo der Mensch sich von der Anspruchs- und Erwartungshaltung an das Leben und was es zu bieten hat, abwendet in eine Offenheit gegenüber den Anforderungen und Aufforderungen seiner Lebenssituationen. Deren Wahrnehmung (→ Gewissen) eröffnet den grunddialogischen Charakter existentiellen Seins (→ Existenz). Die Existentielle Wende ist somit Schlüssel zur Sinnerfahrung (→ Sinn), zur Welt- und Wertewahrnehmung (→ Wertetheorie) sowie zur Verantwortungsübernahme für das eigene Leben.

- Frankl V [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer
- Frankl V [1975] (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München, Piper [bes. S 318, 385]
- Längle A (1988) Was ist Existenzanalyse und Logotherapie? In: Längle A (Hg), Entscheidung zum Sein. München, Piper, S 9–21

Silvia Längle

Existentielles Vakuum. → Sinn; → Existenzanalyse.

Existenz. Kernbegriff der → Existenzanalyse zur Benennung der besonderen

Seinsweise des Menschen, die darin besteht, daß sich der Mensch stets in einer „Situation“ befindet, die ihn als → Person an-geht bzw. an-spricht. Durch die → Begegnung mit ihr gelangt der Mensch zur Existenz (→ Personale Existenzanalyse). Diese setzt an beim Vernehmen (Nous) dessen, was als Aufforderung der Situation verstanden wird, verläuft über eine (innere und äußere) dialogische Auseinandersetzung zur Entscheidungsfindung und mündet ein in ein Über-sich-Hinausgehen (ex-sistere) und Sich-Einlassen auf anderes (→ Selbst-Transzendenz). Durch seine Entscheidungen (→ Wille) gestaltet der Mensch seine Welt und sein eigenes Sein. Neben dem Existenz-Vollzug in der → Begegnung beschreibt die Existenzanalyse heute vier Grundbedingungen der Existenz, die als → Grund-motivationen dynamisch erlebbar werden und für Therapie und Psychopathologie grundlegend sind. Die Grundbedeutung von Existenz geht auf die → Existenzphilosophie, insbesondere auf Heidegger (1967) zurück, und umfaßt die Dimensionen: 1. Existenzialität: die projektive Dimension der Existenz. Dem Menschen steht immer sein Sein bevor, er hat je sein Sein zu wählen, indem er eine Möglichkeit (→ Wert) aus seiner Welt (Situation) ergreift oder verwirft. Darin liegt: Der Mensch verhält sich stets zu seinem Sein, d. h. zu sich selbst (Person) aufgrund eines Verständnisses des eigenen Seins. Zur Wesensverfassung des Menschen gehört das Verstehen seines Seins, das im Mißverstehen zum Scheitern führen kann. 2. Befindlichkeit: die retrojektive Dimension der Existenz. Der Mensch befindet sich immer schon in einer Situation (Welt), aus der er seinen Existenzentwurf vollzieht und seinen Bedeutungs- und Handlungszusammenhang darstellt. Über die (vorgegebene) Situation hat der Mensch keine unbedingte Verfügung. Die Weise, wie man sich in einer Situation befindet, ist durch Emotionalität gestimmt und von ihr getragen (→ Emotionstheorie). Die emotionale Befindlichkeit stellt einerseits die Weise der Erschlossenheit durch die Person dar und ist insofern ein emotionales Verstehen, und andererseits ist sie ein gestimmtes Verhalten zu sich selbst (Person). Die ursprüngliche Situiert-

heit des Menschen besagt zugleich, daß er immer in seiner jeweiligen Situation ist und darin sein Sein zu sein hat. 3. Alltäglichkeit: die Seinsweise, wie sich der Mensch zumeist befindet, nämlich in der Betriebsamkeit des alltäglichen Lebens. Darin steht der jeweilige Mensch in der Botmäßigkeit „der anderen“, der Öffentlichkeit. Sein Selbstverstehen und Selbstverhalten ist von der Öffentlichkeit (Beruf, soziale Stellung, Medien etc.) weitgehend bestimmt. Die Existenz vollzieht sich in der Ganzheit der drei genannten Dimensionen, die Zukünftiges, Gewesenes und Gegenwärtiges einschließt.

Frankl VE [1959] (1994) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl VE, Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Neuaufl. Berlin, Quintessenz, S 57–184

Heidegger M [1927] (1967) Sein und Zeit. 11. Aufl. Tübingen, Niemayer

Jaspers K (1956) Existenzphilosophie. 2. Aufl. Berlin, de Gruyter

Kierkegaard S [1844] (1976) Philosophische Brosamen und unwissenschaftliche Nachschrift. München, dtv

Sartre JP [1943] (1993) Das Sein und das Nichts. Hamburg, Rowohlt

Fernando Lleras, Alfried Längle

Existenz. → Ek-sistenz; → Daseinsanalyse.

Existenzanalyse. Bezeichnung der psychotherapeutischen Richtung, die von V. Frankl zwischen 1926 und 1933 begründet und in der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (Wien) vor allem durch A. Längle weiterentwickelt wurde. Mit Existenzanalyse bezeichnete Frankl seinerzeit die → Anthropologie und nannte die psychotherapeutische Behandlungsmethode (Praxis) → Logotherapie. Die heutige Verwendung des Begriffs Existenzanalyse umfaßt Theorie und Praxis gleichermaßen (Logotherapie gilt als Spezialgebiet der Existenzanalyse für die Sinnthematik). Bis 1941 hieß auch die heutige Daseinsanalyse „Existenzanalyse“, auch R.D. Laing und Sartre verwendeten den Begriff. Die Gründung der Existenzanalyse geht auf die gegen den Psychologis-

mus gerichtete Strömung der Psychotherapie zurück, die von E. Husserl ausging und v. a. von K. Jaspers, L. Binswanger, M. Boss und R. May vertreten wurde. In Abgrenzung zur → Psychoanalyse Freuds (und der → Individualpsychologie Adlers) stellte Frankl neben die auf die Binnendynamik psychisch-triebhafter Kräfte gerichtete „Psycho“-Analyse eine auf die Welt der → Werte gerichtete „Existenz“-Analyse und präzierte ihr therapeutisches Ziel im Begriff „Logo“-Therapie („logos“ = Sinn). Seit der „personalen Wende“ (1988–90) geht es in der Existenzanalyse neben der Reflexion der Sinnfindung vermehrt um die Themenbereiche der psychischen und personalen Prozesse (Wahrnehmung, Verarbeitung, Haltung [→ Personale Existenzanalyse], Auseinandersetzung mit den Bedingungen der Welt und der Leiblichkeit), der → Beziehung (Selbstbezug, Emotionalität, → Begegnung, Dialog, → Person), der Motivationsforschung (→ Grundmotivationen), der Biografie, Entwicklungspsychologie und Psychopathologie. Der theoretische Hintergrund der Existenzanalyse ist die → Existenzphilosophie und → Phänomenologie. Haupttheoreme sind daher Erleben, Freiheit (→ Wille, Wahl, Entscheidung, → Einstellung), Subjektivität (Person), Begegnung (Situation), Verantwortlichkeit (Engagement), Selbstwerdung (Akt, Bewährung, Scheitern, Tod), Weltgestaltung, → Sinn. Als Grundlage der Existenzanalyse diente vor allem die philosophische Anthropologie und die Wertelehre M. Schellers. Existenzanalyse kann definiert werden als eine phänomenologische, an der Person ansetzende Psychotherapie mit dem Ziel, der Person zu einem (geistig und emotional) freien Erleben, zu authentischen Stellungnahmen und eigenverantwortlichem Umgang mit sich selbst und ihrer Welt zu verhelfen. In einfachen Worten: die existenzanalytische Psychotherapie hat zum Ziel, den Menschen zu befähigen, mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und Dasein leben zu können. Methodik: Die Existenzanalyse arbeitet in erster Linie mit dem Gespräch, wobei eine methodische Offenheit für adjuvante Mittel besteht (Traumarbeit, Imagination, Körperarbeit, kreative Mittel u. a.). Das Gespräch wird

dialogisch-begegnend geführt und ist entsprechend den Phasen der Personalen Existenzanalyse kognitiv, empathisch, konfrontativ-konstruktiv und schützend-ermutigend in seinem Stil. Ziel und zentrales Wirkelement der Existenzanalyse ist die Herstellung einer inneren und äußeren dialogischen Offenheit, in der die Person ihre Grundfähigkeiten (gemäß der Personalen Existenzanalyse) zum Einsatz bringen kann und die Grundbedingungen personaler → Existenz erfüllt sind. Die bekannteste Technik der Existenzanalyse ist die → Paradoxe Intention. Während Frankl den Sokratischen Dialog als Hauptmethode einsetzte, sind es heute spezifische Methoden, nach denen Existenzanalyse zum Einsatz gelangt: Personale Existenzanalyse, Arbeit mit den Grundmotivationen, → biografische Methode, → Personale Positionsfindung und zahlreiche diagnosespezifische Interventionsformen. Die Evaluation existenzanalytischer Arbeit erfolgt mittels der Existenz-Skala und Einzelfallstudien, die Evaluation der Techniken auch über (kontrollierte) Gruppenstudien. Die Zuordnung der Existenzanalyse geschieht meistens (im Ausschlußverfahren) zur → Humanistischen Psychologie. Doch ist deren Haupttheorem (→ Selbstaktualisierung) kein Fokus der Existenzanalyse, sodaß sie im Grunde einer eigenen Kategorie „existentieller Psychotherapierichtungen“ zuzuordnen ist, die dem therapeutischen Grundprinzip der Wiederherstellung der dialogischen Austauschfähigkeit mit der Welt folgen (→ existentielle Psychotherapie).

Frankl VE [1938] (1994) Zur geistigen Problematik der Psychotherapie. In: Frankl VE, Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Neuaufl. Berlin, Quintessenz, S 15–30

Frankl VE [1959] (1994) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl VE, Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Neuaufl. Berlin, Quintessenz, S 57–184

Frankl VE [1975] (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München, Piper

Frankl VE (1995) Was nicht in meinen Büchern steht. Lebenserinnerungen. Berlin, Quintessenz

Längle A (Hg) (1988) Entscheidung zum Sein. München, Piper

Längle A (1994) Existenzanalyse und Logotherapie. In: Stumm G, Wirth B (Hg), Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. 2. Aufl. Wien, Falter Verlag, S 185–192

Längle A (1995) Logotherapie und Existenzanalyse – eine Standortbestimmung. Existenzanalyse 12(1): 5–15

Scheler M (1980) Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus. 6. Aufl. Bern, Franke

Alfried Längle, Lilo Tutsch

Existenzanalytische Anthropologie.

→ Anthropologie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Existenzanalytische Diagnostik.

→ Diagnostik, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Existenzanalytische Motivation.

→ Grundmotivation, personal-existentielle; → Wille zum Sinn.

Existenzanalytische Psychodynamik.

→ Psychodynamik, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Existenzanalytische Psychopathologie.

→ Psychopathologie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Existenzanalytische Wertetheorie.

→ Wertetheorie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Existenzialien. Bereits Ludwig Binswanger, später Medard Boss und die Zürcher Richtung der → Daseinsanalyse fanden in der ontischen Auslegung der von Martin Heidegger ontologisch (→ Ontologie) aufgewiesenen Grundformen menschlichen

→ Daseins, der Existenzialien, wesentliche Anhaltspunkte für eine sinnvolle und menschengerechte Neurosenlehre. Als ein solches Existenzial wird von Heidegger vor allem die grundsätzliche Offenheit und → Freiheit des Daseins bezeichnet, in Zusammenhang damit die ursprüngliche Zeitlichkeit (→ Zeitigen) und Räumlichkeit des Daseins, die Geschichtlichkeit und → Gestimmtheit, das → Mitsein und Leiblichsein (→ Leiben) des Menschen, die Alltäglichkeit (das „Man“), die existenziale → Angst und das Sterblichsein. Daß die ontische Umsetzung dieser Existenzialien für das Verständnis vor allem auch „psychischer“ Leiden bedeutsam ist, wurde anlässlich der → „Zollikoner Seminare“ von Heidegger selbst bestätigt. Die Psychotherapie hat Boss in seinem Hauptwerk „Grundriß der Medizin und der Psychologie“ (1975) eine vorläufige Gliederung der Existenzialien hinsichtlich ihrer Bedeutung für einige Krankheitsformen zu verdanken. So könne menschliches Kranksein etwa in folgender Weise bestimmt werden: 1. Krankheiten mit augenfälliger Beeinträchtigung des Leiblichseins menschlicher Existenz, wo auch das Heer psychosomatischer Leiden begriffen ist; 2. Kranksein mit betonter Beeinträchtigung des Eingeräumtseins und des Zeitigens des In-der-Welt-seins; 3. Weisen des Krankseins mit betonten Störungen im Vollzug des wesensmäßigen Gestimmtseins; 4. Kranksein mit besonderer Beeinträchtigung des Mitseins; 5. Weisen des Krankseins mit betonten Beeinträchtigungen im Vollzug des Offenständigseins und der Freiheit des Daseins. Mit aller Deutlichkeit vermerkt aber Boss, daß nie ein „isoliertes“ Existenzial im menschlichen Kranksein zu beobachten sei, daß vielmehr immer alle anderen Existenziale mitbetroffen seien, denn als Wesenszüge des Daseins bildeten sie alle zusammen ein einheitliches und unteilbares Gefüge. Dies war denn auch der Grund für die Forderung, in jedem Krankheitszustand immer dessen Bezüge zur Offenständigkeit, Freiheit, Zeitlichkeit und Räumlichkeit, zum Mitsein und Gestimmtsein sowie zur Leiblichkeit und Sterblichkeit in Betracht zu ziehen.

Binswanger L (1955) Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, Bd. I + II, Bern, Franke

- Boss M (1975) Grundriß der Medizin und der Psychologie. 2. Aufl. Bern, Hans Huber
 Condrau G (1992) Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Bern/Freiburg, Hans Huber/Universitätsverlag
 Heidegger M [1927] (1957) Sein und Zeit. 8. Aufl. Tübingen, Niemeyer
 Heidegger M (1987) Zollikoner Seminare. Hg. von Boss M. Frankfurt/M., Klostermann

Gion Condrau

Existenzphilosophie. Die Existenzphilosophie entstand aus der Auseinandersetzung mit der traditionellen Philosophie, die von Platos „Zweiweltenlehre“ der sinnlichen, sich verändernden Welt der alltäglichen Wahrnehmung und der übersinnlichen beständigen Welt der Ideen geprägt ist. Prinzip der Erkenntnis sind die Ideen, die aller Veränderung als Wesen zugrunde liegen und die der Mensch schon „gesehen“ haben muß, um das Wahrgenommene identifizieren zu können. Damit ist die Grundbewegung des abendländischen Denkens vorgezeichnet: Der Überstieg vom sinnlich Wahrnehmbaren und sich Verändernden zum bleibenden, überzeitlichen Wesen. Die Stellung und Aufgabe des Menschen ist seinem Wesen im voraus festgelegt – es geht nur darum, dieses Wesen zu verwirklichen, im Aufblick zu den ewigen Ideen als Überstieg über die sinnliche Welt, als Befreiung vom Sinnlichen und Werden. Dabei wird seine Individualität am Allgemeinen, seine Endlichkeit am Unendlichen, seine Zeitlichkeit am Ewigen gemessen und seine Leiblichkeit und Sinnlichkeit auf seine Geistigkeit zurückgeführt. Diese Grundfigur der Philosophie erreicht ihre höchste Ausprägung in Hegels Denken. Aus Kierkegaards Auseinandersetzung mit Hegel entstand die Existenzphilosophie. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückte nun der konkrete Mensch in seiner jeweiligen Situation. Dieser Mensch ist keine allgemeine Idee, und sein Wesen ist ihm nicht vorgegeben, sondern er wählt es aus der gegebenen Situation. Die nur dem Menschen eigene Seinsweise besteht in ihrem „Wesen“ in der einmaligen und einzigartigen → Existenz, in der Wahl des eigenen Seins aus der jeweiligen Situation. Existenz

zeigt sich dabei als das Verhältnis zum eigenen Sein (Möglichkeit). Wesentlich ist das „Wie“ dieses Verhältnisses, welches durch das subjektive je eigene Erleben bestimmt ist. Für die → Existenzanalyse als eine psychotherapeutische Anwendung der Existenzphilosophie wurde von Relevanz: 1. die Zentrierung auf die Einmaligkeit des Subjekts und seine Seinsweisen, wobei dieses welthaft ist, d. h. auch durch die Anderen mitkonstituiert wird; 2. der Erlebnisharakter des Verhältnisses zu sich und zu den Anderen: die Betroffenheit und die subjektive Beteiligung, die Teilnahme und die Verantwortung; 3. die Zeitlichkeit und Endlichkeit; 4. die Dimension des Dialogs mit sich selbst und mit dem Anderen (→ Begegnung) als Konstitutivum des Subjekts; 5. Existenz als Aufgabe (→ Daseinsanalyse).

Kierkegaard S [1844] (1976) Philosophische Brosamen und unwissenschaftliche Nachschrift. München, dtv

Ritter J (Hg) (1972) Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 2. Basel, Schwabe

Zimmermann F (1988) Einführung in die Existenzphilosophie. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Fernando Lleras

Expansion (→ Körperpsychotherapie). Expansion und → Kontraktion sind nach Wilhelm Reich Urgengesetze des vegetativen Lebens. Expansion bedeutet das Ausdehnen des Individuums auf der Energie-, Körper-, Muskel- und Zellebene. Dieser Zustand wird auf der psychischen Ebene als → Lust erlebt. Bei Lust und sexueller Erregung ist Schwellung des Gewebes sowie der Impuls in Richtung des Objekts der Lust zu beobachten. Die Fähigkeit zur Expansion ist ein wesentliches Therapieziel der charakteranalytischen → Vegetotherapie. Wie in der Atmung ist ein harmonisches Schwingen zwischen Expansion und Kontraktion zu fördern. Chronische Expansion (chronische Parasympathikotonie) ist ein Störungszustand, der mit Unfähigkeit zu Aktivität, insbesondere zu Kampf und Verteidigung, einhergeht.

Fuckert D (1992) Psychiatrische Orgontherapie. In: Maul B (Hg), Körperpsychotherapie. Berlin, Maul, S 87–106

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Christian Bartuska

Experiencing. Experiencing ist Eugene T. Gendlins Übersetzung von Wilhelm Diltheys Begriff „Erleben“. Gendlin (1962, 1964) hat eine komplexe phänomenologische Theorie des Erlebens entwickelt, die die theoretische Grundlage für → Focusing und → Focusing-Therapie darstellt. Die Experiencing-Theorie definiert theoretische Begriffe, die ein prozeßhaftes Bezugssystem ermöglichen. Dabei wird der weite Begriff des Erlebens in seinen verschiedenen Aspekten spezifiziert und zwar vor allem hinsichtlich seines Modus, seines Stils und seiner Funktion. Im Modus „direct reference“ richtet die Person ihre Aufmerksamkeit unmittelbar auf eine innerlich gefühlte Gegebenheit (direct referent). Diese ist zunächst → implizit (schon gefühlt, aber noch nicht gewußt) und enthält → Bedeutung. Unser Erleben ist vor allem ein Fühlen von Bedeutung, nur ein sehr kleiner Teil des Erlebens besteht aus expliziten Symbolen (z. B. Worten). Implizite Bedeutungen sind unvollständig und „warten“ auf Symbole oder Ereignisse, mit denen sie auf wohlgeordnete Weise (→ Fortsetzungsordnung) interagieren können. Wenn diese Interaktion geschieht, fühlen wir, was die Symbole/ Ereignisse bedeuten, die Bedeutung wird explizit. Dieses Explizieren ist gleichzeitig ein Weitertragen und Fortsetzen (carrying forward) des körperlich gefühlten Lebensprozesses. „Experiencing ist im Grunde eine Interaktion zwischen Fühlen und ‚Symbolen‘ oder Ereignissen [...], genauso wie Körper-Leben eine Interaktion zwischen Körper und Umwelt ist. Der physische (körperliche) Lebensprozeß ist seiner Natur nach im Grunde Interaktion“ (Gendlin, 1992: 10). Focusing wird der gesamte Prozeß genannt, der geschieht, wenn eine Person ihre Aufmerksamkeit auf eine innere (erlebte) Gegebenheit richtet. Im Focusing wird also direct reference (als ein Modus des Erlebens) in der Persönlichkeitsveränderung wirksam. Gendlin unterscheidet zwei

Stile des Erlebens: Prozeßhaftes Erleben ist gekennzeichnet durch Unmittelbarkeit, Gegenwärtigkeit und Reichhaltigkeit; → strukturgebundenes Erleben besteht hingegen aus den immer gleichen, alten Gefühlsmustern („frozen wholes“), es nimmt am Prozeß nicht teil. Gendlins Experiencing-Theorie beschreibt u. a. ferner, wie strukturgebundenes Erleben wieder prozeßhaft werden kann und welche Rolle die zwischenmenschliche Beziehung und das Selbst im Prozeß des Persönlichkeitswandels spielt. Daraus wird eine Reihe von therapeutisch wirksamen Haltungen und Verhaltensweisen abgeleitet (s. auch → Absichtslosigkeit; → After Post-Modernism; → Begleiten; → Experientielle Psychotherapie; → Felt Sense; → Körper; → Resonanz).

Gendlin ET (1961) Experiencing: a variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy* 15(2): 233–245

Gendlin ET [1962] (1997) *Experiencing and the creation of meaning*. Evanston, Northwestern University Press

Gendlin ET [1964] (1992) *Eine Theorie des Persönlichkeitswandels*. Würzburg, DAF

Johannes Wiltshcko

Experientiell. → Experiencing; → Experientielle Psychotherapie.

Experientielle Psychotherapie (experiential therapy). Psychotherapieverfahren, in denen das Erleben im Mittelpunkt steht. Im engeren Sinn von Eugene T. Gendlin in den 60er und 70er Jahren entwickelter therapeutischer Ansatz, in dem die unmittelbare Bezugnahme (direct reference) auf das körperliche, vorsprachliche Erleben auf wohlgeordnete Weise zu Veränderungsschritten führt (→ Experiencing; → Focusing). Diese Schritte entstehen im Klienten und werden ihm nicht von außen durch den Therapeuten aufgezwungen, und sie geschehen immer im Rahmen einer konkreten Beziehung zwischen Klient und Therapeut; Beziehungsprozeß und innerer Prozeß werden als ein Prozeß aufgefaßt. Insofern dem Klienten ermöglicht wird, an seinem momentanen Erleben zu über-

prüfen, ob eine angewandte therapeutische Technik einen spürbaren Sinn (→ Felt Sense) und einen erlebten Schritt (Felt Shift) hervorbringt und er, wenn dies nicht der Fall ist, diese zurückweisen darf, können alle Methoden in der Experiential Therapy benützt werden. Gendlins Experiential Therapy stellt sowohl eine philosophische Neubegründung als auch eine methodische Weiterentwicklung der → Klientenzentrierten Psychotherapie von Carl Rogers dar und zählt damit zum → Personzentrierten Ansatz. Gendlin hat in den letzten Jahren den Begriff Experiential Therapy, weil zu allgemein und unspezifisch, zugunsten des Begriffs Focusing-Oriented Psychotherapy aufgegeben. Seit Ende der 80er Jahre hat sich der Name → Focusing-Therapie eingebürgert als Bezeichnung für ein beziehungs-, prozeß- und erlebensorientiertes, methodenübergreifendes psychotherapeutisches Verfahren, das auf den theoretischen und praxisbezogenen Arbeiten Gendlins beruht und weiterentwickelt wird.

Gendlin ET (1973) *Experiential Psychotherapy*. In: Corsini R (Ed), *Current psychotherapies*. Itasca, Peacock, pp 317–352

Gendlin ET [1996] (1998) *Focusing-Orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München, Pfeiffer

Wiltshcko J (1995) *Focusing-Therapie. Studientexte 4*. Würzburg, DAF

Johannes Wiltshcko

Experimentell (im Sinne der → Gestalttherapie). Ist ein wesentliches Praxisprinzip der Gestalttherapie, das dem inneren Erleben und der subjektiven Wahrnehmung von Klient und Therapeut eine zentrale Bedeutung zuweist. Die Gestalttherapie geht – im Unterschied zu verhaltensorientierten und systemischen Ansätzen – davon aus, daß Veränderungsprozesse sehr begrenzt determinierbar sind und nur experimentell erprobt werden können. Der Klient experimentiert im Kontakt mit dem Therapeuten sowohl mit in der Lebensgeschichte erworbenen, aber nicht mehr funktionalen Einstellungen und Verhaltensweisen, als auch mit neuen Möglichkeiten, um selbstverantwortlich über die Al-

alternativen entscheiden zu können. Eine der wichtigsten methodischen Möglichkeiten hierfür ist das „Experiment“ selbst, wobei Therapeut und Klient gemeinsam die thematisch relevanten Experimente entwerfen, durchführen und auswerten.

Stammmler F-M (1995) Der ‚leere Stuhl‘. Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie. München, Pfeiffer

Zinker J (1982) Gestalttherapie als kreativer Prozeß. Paderborn, Junfermann

Reinhard Fuhr

Experimentelle Psychose. → Halluzinogene; → Psychopharmaka.

Explizieren. → Implizit; → Experiencing.

Exposition (→ Verhaltenstherapie). Konfrontation mit gefürchteten oder gemiedenen Reizbedingungen in der Vorstellung (= in sensu) oder in der Realität (= in vivo; → Reizkonfrontation). Bei der Durchführung ergeben sich verschiedene Variationsmöglichkeiten hinsichtlich der Dauer der Darbietung, der Geschwindigkeit der Darbietung (graduell versus massiert = Flooding), der Exposition unter Anleitung eines Modells (zum Teil auch in Gruppen) sowie der Instruktion über selbstkontrollierte Exposition zwischen den therapeutischen Sitzungen. Intendierter Wirkmechanismus einer prolongierten In sensu-Exposition zu aversiven inneren Reizbedingungen (Emotionen und Kognitionen) ist, daß es nach vorübergehendem Angstanstieg zu einem spontanen Rückgang der kognitiv-emotionalen und physiologischen Komponenten kommt. Das dabei erlernte Umgehen können mit der Angst soll motivieren und befähigen, die realen, äußeren Auslösereize auch eigenständig aufzusuchen. Das Verfahren der prolongierten In vivo-Exposition zu äußeren Reizbedingungen geht davon aus, daß die primär erfolgende Verhaltensänderung (Aufhebung des → Vermeidungsverhaltens) eine Angstreduktion bewirkt. Der in der anglo-amerikanischen Literatur

nach wie vor übliche Begriff der Exposition-Reaktionsverhinderung ist irreführend. Im Rahmen der Exposition wird nicht die Gesamtreaktion auf den die Symptomatik auslösenden Reiz (motorische, kognitive, emotionale und physiologische Reaktionsvariablen) verhindert, sondern lediglich die Teilreaktion des motorischen bzw. kognitiven Vermeidungsverhaltens (Exposition-Reaktionsmanagement; Hand, 1994). Über die Unterlassung der motorischen und kognitiven Vermeidungsreaktion soll eine maximale Intensivierung der übrigen Reaktionsmuster induziert werden, damit unter Anleitung durch den Therapeuten der eigenständige Umgang damit geübt werden kann. Neben einer Reduktion der Symptomatik ermöglicht Exposition-Reaktionsmanagement die erweiterte Problemanalyse im Zustand hoher emotionaler Erregung und intensiviert über die emotionsreichen Übungen die Patient-Therapeut-Beziehung, wodurch oft ein rascherer Zugang zu weiteren Problembereichen eröffnet wird. Dieses Verfahren sollte nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans zur Anwendung kommen.

Hand I (1993) Expositions-Reaktions-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie 3(1): 61–65

Hand I (1994) Expositionsbehandlung. In: Linden M, Hautzinger M (Hg), Verhaltenstherapie. Berlin, Springer, S 139–150

Reinecker H (1986) Methoden der Verhaltenstherapie. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 78–93

Ulrike Demal

Expressed-Emotion-Forschung („EE“, → Psychosenpsychotherapie). Wichtiger und auch gut abgesicherter Bereich der Schizophrenieforschung, in dem emotionales Ausdrucksverhalten von Angehörigen von schizophren erkrankten Menschen untersucht wurde. Brown (1985) untersuchte den Einfluß von Lebensbedingungen auf den Verlauf schizophrener Störungen. Die Häufigkeit von Wiederaufnahmen war höher bei Patienten, die in Asylen

aufgenommen wurden, aber auch bei Patienten, die zu ihren Eltern entlassen wurden, als bei jenen, die zu Geschwistern oder in Pensionen zogen. Bei medikamentös behandelten schizophrenen Patienten, deren Familienangehörige den Patienten feindselig und emotional überengagiert begegnen (high expressed emotion), ist das Rezidivrisiko wesentlich höher als bei jenen mit weniger feindseligen und emotional weniger engagierten Angehörigen (low expressed emotion). Als wichtigstes Ergebnis der bisherigen EE-Forschung bezeichnet Fiedler (1996: 451), daß Expressed-Emotions kein Synonym für problematisches Angehörigenverhalten sind, da sämtliche Versuche, eine Mitverursachung der familiären Interaktion für das erstmalige Auftreten der Schizophrenie (→ schizophrener Formenkreis) empirisch abzusichern, so gut wie gescheitert sind. Im Gegenteil zeigen die Interaktionsanalysen eindeutig, daß nicht die Angehörigen oder gar die Mutter mit ihrem Verhalten die Erkrankung verursachen, sondern daß sich ungünstige Eskalationsmuster entwickeln, wobei an deren Entstehung und Aufrechterhaltung die Patienten in gleicher Weise beteiligt sind wie die Angehörigen. Die innerfamiliären Beziehungsschwierigkeiten hängen de facto mit Unsicherheiten im Umgang mit einer vor Krankheitsausbruch bereits feststellbaren Prodromalsymptomatik und weiters mit schizophrenen Symptomen zusammen. Die Angehörigen fühlen sich oft hilflos angesichts der Symptomatik des Patienten, sind zu wenig informiert über Wesen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten bei schizophrener Symptomatik, sind konfrontiert mit Schuldzuweisungen und sozialen Vorurteilen – wie auch die Patienten selbst –, und paradoxerweise ist gerade der Prozeß der (Selbst-)Etikettierung und das daraus resultierende Gefühl einer möglichen Mitschuld an der Krankheitsentstehung der Nährboden für emotionales Überengagement. Die Angehörigen, oft die Eltern, versuchen etwas wiedergutmachen – zum Teil mit Überengagement – scheitern jedoch damit an der Symptomatik der Patienten; denn die Patienten reagieren mit Rückzug und Abwehr – nicht zuletzt wegen ihrer zwischenmenschlichen

Verletzlichkeit. Die Angehörigen sind oft gekränkt, fühlen sich mißachtet in ihren Versuchen, helfen zu wollen, und äußern ihre Frustration in Form von Ärger, Kritik und Feindseligkeit (vgl. Katschnig, 1984). „Wenn überhaupt, dann läßt sich – von Ausnahmen abgesehen – nur mehr die Gesamtfamilie als ‚Opfer‘ eines ansonsten höchst komplexen Bedingungsgefüges begreifen“ (Fiedler, 1996: 453).

Brown G (1985) The discovery of expressed emotion: Induction or deduction. In: Leff JP, Vaughn C (Eds), *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. New York, Guilford Press, pp 7–25

Fiedler P (1996) Die Bedeutsamkeit des emotionalen Klimas in den Familien schizophrener Patienten für ihre verhaltenstherapeutische Behandlung. In: Hutterer-Krisch R (Hg), *Psychotherapie mit psychotischen Menschen*. 2., erw. Aufl. Wien, Springer, S 449–462

Katschnig H (Hg) (1984) Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. 2. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg

Leff JP, Vaughn C (1985) *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. New York, Guilford Press

Renate Hutterer-Krisch

Expressive Arts Therapie. → Person-Centered Expressive Arts Therapy; → Kunsttherapie.

Externalisierung (aus Sicht der → Systemischen Familientherapie). „Objektivierung“ bzw. „Personifizierung“ eines Problems: Der Therapeut regt dazu an, einem Problem ein bestimmtes Erscheinungsbild und spezifische Eigenschaften zuzuordnen und dieses nunmehr externalisierte Problem in seinem Einfluß auf das Bezugssystem zu umschreiben. So kann etwa ein bettnässendes Kind ermutigt werden, diesem „Schlingel“ (= Externalisierung), der immer wieder in der Nacht heranschleicht und das Leintuch unter Wasser setzt, den Kampf anzusagen. Was tut der „Schlingel“ im Leben dieses Kindes und dessen Familie? Während dieses Prozesses verselbständigt sich das vorher mit der Person (oder Beziehung) unmittelbar identifizierte Problem (der „Bettnässer“) und kann nunmehr

aus der Außen- bzw. Beobachterperspektive betrachtet werden. Die ursprünglich „dominante Geschichte“ über das Problem wird neu verfaßt („re-authoring“) und kommuniziert. Das Konzept „Externalisierung“ geht auf Michael White (White & Epston, 1990) zurück, der etwa 1980 begann, systematisch mit dieser Methode zu arbeiten.

White M, Epston D (1990) Die Zähmung der Monster: Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken. Heidelberg, Carl Auer

Sabine Klar, Gerda Klammer

Exteropsyche. → Ich-System; → Transaktionsanalyse.

Extraversion / Introversion (→ Analytische Psychologie). Die 1913 von C.G. Jung eingeführten Begriffe bezeichnen grundlegende Bewegungstendenzen der psychischen → Energie. Extraversion und Introversion modifizieren als Einstellungstypen des → Bewußtseins dessen vier Funktionstypen Denken, Fühlen, Empfinden und Intuieren (→ Typologie) in ihrem Sinne. Bei der Extraversion wendet sich die Libido deutlich wahrnehmbar nach außen, wobei das Interesse aus dem Subjekt hinaus auf das Objekt verlegt wird. Je nach betroffener Funktion resultieren z. B. Hineindenken oder Einfühlen in Zusammenhänge und Personen, äußerster Realismus oder eine gute Witterung für Möglichkeiten. Bei der Introversion ist in erster Linie das Subjekt motivierend. Auf dieses zieht sich das Interesse vor dem Objekt zurück, dem allenfalls ein nachrangiger Wert zukommt. Hierbei werden je nach betroffener Funktion z. B. Ideen oder intensive subjektive Gefühlsurteile zum Maßstab, der subjektive Empfindungsanteil modifiziert die äußere Objekteinwirkung oder der Blick wird vom Reichtum innerer Erlebnisse (Bilder) gebannt. Wird ein Menschen als extra- oder introvertiert bezeichnet, so ist dies eine Aussage über die Einstellung der gut sichtbaren Haupt- oder der im Vordergrund wirkenden Hilfsfunktion (Typologie) des Bewußtseins. Auch „Extravertierte“ brau-

chen Zeit für sich, um aufgenommene Eindrücke zu verarbeiten. Das Gelingen von Kommunikation hängt nicht zuletzt von typologischen Faktoren ab, wobei es für Menschen mit gleicher Verteilung der Differenziertheit und entgegengesetzter Einstellung ihrer vier Grundfunktionen am schwierigsten ist, einander zu verstehen (→ Regression; → Progression der Libido).

Franz ML v, Hillman J (1986) Jung's typology. Dallas, Spring Publications

Jung CG [1921] (1994) Psychologische Typen. GW, Bd. 6. Olten, Walter [TB-Fassung ohne die Essays: Jung CG, Jung L (Hg) (1997) Typologie. 5. Aufl. München, dtv] (siehe auch Fußnote S 27).

Witzig J (1978) Jung's typology and the classification of psychotherapies. Journal of Analytical Psychology 23(4): 315–331

Andreas von Heydwohlff

Exzentrizität. → Mehrperspektivität / Exzentrizität (in der → Integrativen Therapie).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). → Traumatherapie.

- F -

Fachspezifikum, psychotherapeutisches. → Ausbildung, psychotherapeutische.

Facilitator. Aus dem Englischen (to facilitate = erleichtern, ermöglichen) übernommene Bezeichnung für Personen, die als einzelne oder im Team (Staff) die Funktion des Begleitens und Förderns des Gruppenprozesses in → Encountergruppen wahrnehmen. Der Facilitator versteht sich nicht als strukturierender Leiter, Trainer bzw. als Experte, sondern ist als Person mit spezieller Aufgabe Mitglied der Gruppe. Er ist dabei herausgefordert, den einzelnen Personen, der Gruppe als Ganzes und auch sich selbst durch Echtheit (→ Kongruenz), bedingungsfreie Beachtung (→ Wertschätzung, unbedingte) und einführendes Verstehen (→ Empathie) Begegnungen von Person zu Person zu ermöglichen (→ Personenzentrierter Ansatz).

Rogers CR [1980] (1981) *Der neue Mensch*. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. Kap. 4 und 7]

Werner Wascher, Christine Weixler

Faktoren, protektive. → Protektive Faktoren.

Fallkonzeption (→ Psychotherapieforschung). Explizite Darstellungen von therapielevanten Fakten und Zusammenhängen bei einzelnen Patienten, die der konkreten Therapieplanung zugrundegelegt werden. Die Inhalte von Fallkonzeptionen hängen stark vom Psychotherapieansatz ab, auf dem sie beruhen (z. B. kognitiv-verhaltenstherapeutisch vs. psychodynamisch). Sie enthalten typischerweise eine

→ Anamnese, eine Darstellung biographischer Zusammenhänge, ein individuelles Modell für das Verständnis sowohl der allgemeinen und zwischenmenschlichen Lebensführung als auch der therapielevanten Probleme und Überlegungen zur Therapieplanung auf Beziehungs- und Problemebene. Fallkonzeptionen machen keinen Sinn, wenn davon ausgegangen wird, wirksame Psychotherapie könne im Einzelfall allein aufgrund der Intuition der Therapeuten durchgeführt werden oder es handle sich um reine Anwendungen von Techniken, deren Wahl und Durchführung hinreichend durch einzelne Merkmale wie die Diagnose bestimmt ist. Wenn jedoch davon ausgegangen wird, daß Störungen selten isoliert auftreten, daß bei Patienten auch die Stärken (→ Ressourcen) genutzt werden sollten, daß neben der Störung weitere Merkmale – wie Interaktionsstile – eine Rolle spielen, dann wird in der Regel ein individualisiertes Vorgehen bevorzugt. Reflektierte patientenorientierte Individualisierung setzt explizite Fallkonzeptionen voraus. Es gibt einige empirische Hinweise darauf, daß die Qualität von Fallkonzeptionen einen erheblichen Einfluß auf die Prozeß- und Ergebnisqualität von Psychotherapien hat. In der Praxis variiert der Aufwand, der für individuelle Fallkonzeptionen getrieben werden kann, erheblich, und oft werden explizite Fallkonzeptionen nur für schwierige Patienten erarbeitet.

Bartling G, Echelmeyer L, Engberding M, Krause R (1992) *Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozeß. Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart, Kohlhammer

Caspar F (Hg) (1996) *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen, DGVT

Eells T (Ed) (1997) *Handbook of psychotherapeutic case formulations*. New York, Guilford

Franz Caspar

Fallsupervision. → Supervision; → Balintarbeit.

False-Memory-Syndrom. In letzter Zeit wird zunehmend das Problem therapie-induzierter falscher Mißbrauchserinnerungen („False-memory-Syndrom“) – auch massenmedial – thematisiert (→ Therapie-schäden); nationale psychiatrische und psychologische Gesellschaften in den USA, Australien und Kanada raten in der Zwischenzeit 1. zu größter Vorsicht im Umgang mit Mißbrauchserinnerungen, die erstmals in einer Therapie auftauchen und für die objektive Beweise fehlen, 2. vor jeder Suggestion eines bisher unbekannten, viele Jahre zurückliegenden Mißbrauchs als Ursache von psychischem Leiden, 3. vor der Annahme, verdrängter → Inzest lasse sich an bestimmten Symptomen mit Sicherheit erkennen und 4. mit der Patientin Stellung gegen ihre Angehörigen zu nehmen. In den USA wurde die Verjährungsfrist für sexuelle Vergehen an Kindern zum Teil hinaufgesetzt oder ganz aufgehoben, sodaß es zu einer Reihe von Prozessen kam. Es wird angenommen, daß – neben realen Inzest-erlebnissen – im Fall von „falschen Erinnerungen“ möglicherweise der Suggestion durch die öffentliche Meinung eine wesentliche Rolle zukommt.

Bremner JD, Krystal JH, Charney DS, Southwick SM (1996) Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: relevance to the current controversy surrounding the „false memory syndrome“. *American Journal of Psychiatry* 153(7): 71–82

Farrants J (1998) The „false memory“ debate: a critical review of the research on recovered memories of child sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly* 11(3): 229–238

Höfer E, Langen M, Dannenberg U, Köhnken G (1997) Empirische Ergebnisse und theoretische Überlegungen zu verdrängten Erinnerungen: oder wie und warum sind Menschen für Suggestionen empfänglich? In: Greuel L, Fabian T, Stadler M (Hg), *Psychologie der Zeugenaussage. Ergebnisse der rechtspsychologischen Forschung*. Weinheim, Psychologie Verlags Union, S 165–176

Renate Hutterer-Krisch

Falsifikation. Die Falsifikation einer wissenschaftlichen Aussage bedeutet, daß diese sich bei empirischer Überprüfung als falsch herausstellt. Im Unterschied zu ihrem Gegenbegriff, der Verifikation, bedarf Falsifikation streng genommen nur einer einzigen Beobachtung, die der Hypothese widerspricht; darauf begründet Popper ihre methodologische Überlegenheit. Falsifikation verkehrt den üblichen Begründungszusammenhang zwischen Theorie und Erfahrung ins Gegenteil: Man gelangt nicht von Einzelerfahrungen ausgehend allmählich zu wissenschaftlichen Theorien, sondern, indem man Theorien (bzw. daraus logisch abgeleitete, operationalisierbare Folgerungen) empirischen Bewährungsproben aussetzt – die Erfahrung ist nicht Baustein, sondern Prüfstein der Theorien. Um der Methodologie der Falsifikation zu entsprechen, formuliert die empirische Sozialwissenschaft meist ein Gegensatzpaar von Hypothesen: Eine zerbricht an der empirischen Überprüfung, die andere ist dadurch zwar nicht bestätigt, wird aber vorläufig beibehalten und rückt mit jedem Experiment, das sie „überlebt“, ein Stück in Richtung Wahrheit („Wahrheitsnähe“). In der von Popper begründeten Forschungsmethodologie (kritischer Rationalismus) dient Falsifikation auch als Abgrenzungskriterium wissenschaftlicher von nicht-wissenschaftlichen Aussagen: Nur Sätze, für die man angeben kann, unter welchen Bedingungen sie falsifiziert werden, sind wissenschaftlich. Da diese Bedingung – d. h. anzugeben, durch welche klinischen Befunde sie eindeutig widerlegt wären – für psychotherapeutische „Gesetze“ nicht erfüllbar ist (→ Nomothetisch / Idiografisch), kritisiert Popper insbesondere die → Psychoanalyse als Pseudowissenschaft.

Lakatos I (1974) Falsifikation und die Methodologie wissenschaftlicher Forschungsprogramme. In: Lakatos I, Musgrave A (Hg), *Kritik und Erkenntnisfortschritt*. Braunschweig, Vieweg, S 89–189

Popper K (1963) *Conjectures and refutations*. London, Routledge

Popper K (1984) *Logik der Forschung*. Tübingen, Mohr

Thomas Slunecko

Familiengeheimnisse (→ Familientherapie). Themenbereiche, die von einzelnen oder mehreren Familienmitgliedern gegenüber anderen Personen innerhalb oder außerhalb des familialen Systems verschwiegen werden aus Angst, durch Aufdeckung den Zusammenhalt in der Familie zu gefährden. Diese Themenbereiche gliedern sich in beziehungsbedingte (Sexualität, Mißbrauch, Inzest, Vergewaltigung, Außenbeziehungen, Scheidung, Trennung, Gewalt, Suizid, Tod), herkunftsbedingte (Elternschaft, Geburt, Adoption) „historisch“ bedingte (Religion, politischer Terrorismus, Verhalten in Kriegszeiten) sowie körperlich bedingte Schwerpunkte (Krankheit, Behinderung, Abortus, Schwangerschaftsabbruch). Familiengeheimnisse sind unter den Aspekten von Scham, Loyalität und Schuld als → Problemsysteme aufzufassen, in denen es in der Regel in einer Art Nähe-Distanzregulierung um Koalitionsbildungen und Abgrenzung geht, wobei der Kontakt zum Therapeuten oft selbst ein Geheimnis darstellt und als sichtbarer Ausdruck einer dem familialen System immanenten Dynamik aufgefaßt werden kann. Hinsichtlich der in Familien bestehenden Verhaltensweisen, Geheimnisse betreffend, ist zu unterscheiden zwischen entwicklungsbedingten Geheimnisbereichen (Hervanwachsende im Ablösungsgeschehen; was passiert im Schlafzimmer der Eltern?), die als Selbstschutz und normale Individuationsdynamik zu begreifen sind, und Geheimnisbereichen, die letztlich sowohl das Individuum wie auch das soziale Beziehungsgefüge gefährden und infolge einer längeren Geschichte Ausgangspunkt von Symptomen körperlicher und psychischer Natur sein können (Gewalt, sexueller Mißbrauch). Ein systemisches Vorgehen besteht darin, daß der Therapeut die im therapeutischen Prozeß hervorgekommenen Geheimnisse und deren im Klientensystem meist unterschiedliche Bedeutungsgebung für sich reflektiert, um danach entscheiden zu können, inwieweit sein weiteres Tun darauf abzielen muß, Akutgefährdungen zu verhindern (Gewalt, sexueller Mißbrauch), oder aber, ob Zeit bleibt, um Herkunft und Konnotationen der Geheimnisse zu erforschen und so einen Bedeutungswandel her-

beizuführen, der dem Klientensystem die Angst vor einem offenen Umgang mit dem Gegenstand der Geheimhaltung nimmt.

Imber-Black E (Hg) (1995) Geheimnisse und Tabus in Familie und Familientherapie. Freiburg, Lambertus

Karpel M (1980) Family secrets: I. Conceptual and ethical issues in the relational context. II. Ethical and practical considerations in therapeutic management. Family Process 19: 295–306

Pincus L, Dore C (1978) Geheimnisse der Familie. Stuttgart, Deutsche Verlags Anstalt

Ferdinand Wolf

Familienneurose. → Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Familienrekonstruktion. Methode zur Selbsterfahrung und Therapie in der Gruppe (→ Gruppenpsychotherapie), die von Virginia Satir (entwicklungsorientierte → Familientherapie) entwickelt und ständig weiter ausdifferenziert wurde. Aktuelle Fragestellungen des Protagonisten werden mit der historischen Entwicklung des Familiensystems und der internalisierten Bedeutungsgeschichte verknüpft. Ziel der Familienrekonstruktion ist es, die Akzeptanz der eigenen Herkunftsgeschichte zu erhöhen, sich von einschränkenden familiären Einflüssen frei zu machen und ungenutzte familiäre Ressourcen zu entdecken. Dies geschieht mit Hilfe von → Familien-skulptur, Aufstellungen, Rollenspiel und anderen kreativen Techniken. In einem mehrtägigen Gruppenprozeß gilt es, signifikante Ereignisse und Beziehungskonstellationen aus der Familiengeschichte zu „rekonstruieren“. Der Platz in der Geschwisterreihe, ausgesprochene und unausgesprochene Familienregeln, → Delegationen, Loyalitätskonflikte, → Familiengeheimnisse, Tabus und Mythen, die sich oft durch mehrere Generationen ziehen, können so erfahrbar gemacht werden. Durch die Äußerungen der Rollenspieler werden sie in ihren Auswirkungen auf die einzelnen Familienmitglieder wahrnehmbar und damit veränderbar. Die Perspektiven von ausgeschlossenen oder vergessenen Personen

verändern erstarrte, dominante Erzählungen aus der Familiengeschichte (→ narrativer Ansatz). Die Bezugspersonen der Kindheit werden als Menschen gesehen, die in eigene Kämpfe und Konflikte verstrickt waren. Muster der Vergangenheit bleiben bei den Menschen der Vergangenheit. Durch diese Abgrenzung eröffnen sich für die Protagonisten mehr Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten für Gegenwart und Zukunft.

- Moskau G, Müller G (Hg) (1992) Virginia Satir. Wege zum Wachstum. Ein Handbuch für die therapeutische Arbeit mit Einzelnen, Paaren, Familien, Gruppen. Paderborn, Junfermann
- Nerin W (1989) Familienrekonstruktion in Aktion. Paderborn, Junfermann
- Satir V, Baldwin M (1988) Familientherapie in Aktion. Die Konzepte von Virginia Satir in Theorie und Praxis. Paderborn, Junfermann

*Juliane Kleibel-Arbeitshuber,
Brigitte Roschger-Stadlmayr*

Familienskulptur. In der → Familientherapie entwickelte diagnostische und therapeutische Methode, bei der die spezifischen familiären Beziehungsmuster im Therapieraum dargestellt und erlebbar werden. Die auf Techniken des → Psychodramas zurückgehende Skulpturarbeit wurde in den 60er Jahren in den USA entwickelt und vor allem durch V. Satir (1975) bekanntgemacht. Ein Familienmitglied ordnet die ganze Familie räumlich so an, daß sich eine aus seiner Sicht stimmige Repräsentation der emotionalen Beziehungen der Familienmitglieder zueinander ergibt. Über Einbeziehung von Körperhaltung, Blickrichtung, Gestik und Mimik kann die „bildhauerische“ Arbeit an dem so entstehenden Standbild weiter differenziert werden. Emotionale Nähe und Distanz der Familienmitglieder, Subsysteme (→ System), Koalitionen und familiäre Hierarchien werden in der Skulptur verdeutlicht (diagnostischer Aspekt) und therapeutisch bearbeitbar. Durch die räumliche Darstellung wird der Status der Gegenseitigkeit wahrnehmbar und lineare Zuschreibungen wandeln sich zu Beziehungsmustern und Geschichten. Abwandlungen der Skulpturarbeit sind Familienbrett (K. Ludewig) und Aufstellungen (B. Hellinger).

- Satir V (1975) Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. München, Pfeiffer
- Schweitzer J, Weber G (1982) Beziehung als Metapher: Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. Familiendynamik 7: 113–128

Andrea Brandl-Nebebay

Familientherapie. Jene Verfahren, die Störungen nicht ausschließlich im Individuum lokalisieren und diagnostizieren, sondern zusätzlich in den familiären Beziehungen und Interaktionsmustern. Daher wird die Lösung der Probleme nur zusammen mit anderen Familienmitgliedern angestrebt. Bereits in den 30er Jahren und verstärkt ab 1950 begannen erste Pioniere, das gewohnte Feld der Einzel- oder Gruppentherapie zu verlassen und mit ganzen Familien zu arbeiten. In verschiedenen Psychotherapieschulen wurden familientherapeutische Settings entwickelt, wobei zunehmend systemisches Gedankengut einflöß und sich eine schwer überschaubare Fülle unterschiedlicher Modelle und Konzepte von der klassischen Familientherapie bis hin zur → Systemischen Therapie ausdifferenzierte. Erste Ansätze zur Familientherapie gingen zunächst von der psychoanalytisch orientierten Familientherapie (wichtigste Vertreter: N. Ackerman, I. Boszormenyi-Nagy, M. Bowen, H.-E. Richter, H. Stierlin) aus (→ Familientherapie, psychoanalytische), deren besonderer und bleibender Verdienst in der Entwicklung von Konzepten wie → Mehrgenerationenperspektive, → Delegation und → Triangulation liegen (Stierlin, 1975). Die Heidelberger Gruppe um H. Stierlin entwickelte diese Ansätze später weiter zu einem eigenständigen systemischen Konzept, das Fragen der Allparteilichkeit und → Neutralität großen Platz einräumt. Die entwicklungsorientierte Familientherapie (→ Familientherapie, entwicklungsorientierte; V. Satir als wichtigste Vertreterin, weiters W. Kempler, C. Whitacker) basiert bereits auf systemischen Sichtweisen und neueren Erkenntnissen der Kommunikationstheorie, trägt aber mit ihrer Orientierung an Selbstwert und Wachstum auch den humanisti-

schen Ansätzen der Psychotherapie Rechnung (→ Humanistische Psychologie). Das Feld der Systemischen Familientherapie durchlief seit den 70er Jahren eine äußerst stürmische Entwicklung. Grundlage waren zunächst Ergebnisse der Forschergruppe um G. Bateson in Palo Alto, die Erkenntnisse der → Kybernetik auf Kommunikationsprozesse (→ Kommunikation) anwandte und neben dem Konzept der → Doppelbindung auch eine eigene Therapierichtung – strategische Familientherapie (→ Familientherapie, strategische) – entwickelte. Davon beeinflusst, entfaltete sich in der Gruppe um M. Selvini-Palazzoli der → Mailänder Ansatz, dem u. a. die Verbreitung der Idee der Zirkularität und des zirkulären Fragens (→ Fragen) zu verdanken ist. Neben der ökosystemischen Familientherapie (J. Willi, H. Merl) ist weiters die → strukturelle Familientherapie (→ Familientherapie, strukturelle; S. Minuchin, G. Guntern, z. T. Jay Haley) zu nennen, für die das Konzept der Funktionalität, der Struktur und der Grenzen zwischen familiären (Sub)Systemen zentral ist. In Abgrenzung zu dieser Vorstellung, man könne durch geschickte Interventionen auf die Struktur von Familien gezielt therapeutischen Einfluß nehmen, brachte die Verbreitung des Konzepts der → Selbstorganisation und der → Autopoiese (H. Maturana, F. Varela) in Verbindung mit dem (radikalen) → Konstruktivismus (H. v. Foerster, E. v. Glasersfeld) eine einschneidende Wende und einen Paradigmenwechsel „von der Familientherapie zur systemischen Perspektive“ (Reiter et al., 1988) mit sich. In Folge dieser „konstruktivistischen Wende“ wird der Begriff „Familientherapie“ zunehmend durch „Systemische Therapie“ abgelöst, da Familiensitzungen nur eines der möglichen Settings systemischer Therapie sind. Bekannteste Vertreter eines lösungsorientierten, kurztherapeutischen Vorgehens (→ Lösungsorientierte Kurztherapie) sind S. de Shazer und M. White; → narrative Ansätze orientieren sich an der Gruppe um H. Goolishian.

Brandl-Nebehay A, Rauscher-Gföhler B, Kleibel-Arbeithuber J (Hg) (1998) Systemische Familientherapie. Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends. Wien, Facultas

- Kriz J (1994) Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung. 4. Aufl. Weinheim, Beltz / Psychologie Verlags Union, S 268–297
- Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil S (Hg) (1988) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Heidelberg, Springer
- Schlippe A v (1989) Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten. Paderborn, Junfermann
- Simon F, Clement U, Stierlin H (1999) Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. 5., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta
- Stierlin H (1975) Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart, Klett-Cotta

Eva Reznicek

Familientherapie, behaviorale (→ Verhaltenstherapie). Der Einsatz behavioraler familientherapeutischer Verfahren erfolgt schwerpunktmäßig im Bereich der Schizophrenie sowie bei verschiedenen Störungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für die Arbeit mit Familien psychotisch Erkrankter entwickelten die Arbeitsgruppen um Falloon (1988) sowie im deutschen Sprachraum Hahlweg (1995) differenzierte Konzepte (→ Psychosenpsychotherapie, verhaltenstherapeutische). Für familientherapeutische Arbeit mit auffälligen Kindern und deren Familien konnte zunächst von bereits bestehenden Ansätzen verhaltenstherapeutischer Elterntrainings ausgegangen werden; diese bedurften jedoch einer grundlegenden Erweiterung um eine systemische Sichtweise. Behaviorale familienorientierte Methoden, wie z. B. die „funktionale Familientherapie“ (Alexander & Parsons, 1982) kombinieren Strategien zur Veränderung der Interaktionsprozesse unter einem systemischen Aspekt mit solchen, die auf die Veränderung umschriebener Verhaltensweisen eines Familienmitgliedes abzielen. Verhaltensorientierte, kognitive und systemische Methoden werden kombiniert. Die Therapie ist als Problemlöseprozeß charakterisiert.

- Alexander JF, Parsons BV (1982) Functional family therapy. Monterey, Brooks/Cole
- Falloon IRH, Mueser K, Gingerich S, Rappaport S, McGill C, Hole V (1988) Behavioral family

therapy. A workbook. Buckingham (UK), Buckingham Mental Health Service
Hahlweg K, Dürr H, Müller U (1995) Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien. Weinheim, Beltz

Rosemarie Sigmund

Familientherapie, bifokale. → Bifokale Familientherapie.

Familientherapie, entwicklungsorientierte. Das Konzept der entwicklungsorientierten Familientherapie ist im Rahmen der → Humanistischen Psychologie zu sehen und eng mit Virginia Satir verbunden. Weitere bedeutende Vertreter dieser Richtung sind W. Kempler, M. Bosch und C. Whitacker. Entwicklungs- bzw. Wachstumsorientierung bedeutet, daß Humansysteme sich in einem ständigen Veränderungsprozeß bewegen. Humanistische Konzepte wie Begegnung, Toleranz, Autonomie, Ganzheit, Einzigartigkeit und → Wertschätzung werden in einem handlungsleitenden Werte und Ziele. Probleme und Krisen werden nicht als Defizite, sondern als natürliche Herausforderungen im Rahmen von Entwicklungsprozessen wahrgenommen. Als Grundlage für Entwicklung und Wachstum wird ein hohes und stabiles Selbstwertgefühl angesehen. Der Selbstwert ist der Wert, den ein Mensch sich selbst zumißt, unabhängig davon, wie andere ihn sehen. Der Selbstwert einer Person entsteht durch kongruente Anerkennung und Wertschätzung. Selbstwert, Kommunikation und Beziehung werden in einem zirkulären Rückkoppelungsprozeß betrachtet. Die therapeutischen Interventionen im entwicklungsorientierten Modell setzen auf diesen drei Ebenen an. In den Interaktionsmustern zwischen den Familienmitgliedern werden → Verstrickungen, → Delegationen und → Triangulationen sichtbar, die oft über Generationen hinweg die Entwicklung von positiven Selbstbildern blockieren. Die Art der Kommunikation ist der Maßstab, mit dem zwei Menschen gegenseitig den Grad ihres Selbstwertes messen, und sie ist auch

das Werkzeug, mit dem dieser Grad für beide veränderbar ist. Demzufolge wird in der entwicklungsorientierten Familientherapie das Hauptaugenmerk darauf gelegt, starre → Kommunikationsregeln und familiäre Muster zu erkennen und zu verändern. Das geschieht zum einen durch das Wahrnehmen und Austauschen von Gleichheit und Unterschiedlichkeit zwischen den Familienmitgliedern und zum anderen durch das Entdecken der vielfältigen Ressourcen und Fähigkeiten jeder einzelnen Person und des Gesamtsystems. Es wird also sowohl das individuelle System als auch das Beziehungssystem in seinem Veränderungspotential angesprochen, wobei eine Veränderung in einem System jeweils eine Veränderung im anderen mitbewirkt. An besonderen Techniken wurden neben dem → Joining und → Reframing die → Familienskulptur und die → Familienrekonstruktion entwickelt.

Bosch M, Ullrich W (Hg) (1989) Die entwicklungsorientierte Familientherapie nach Virginia Satir. Paderborn, Junfermann
Satir V (1994) Kommunikation, Selbstwert und Kongruenz. 4. Aufl. Paderborn, Junfermann
Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomori M (1995) Das Satir-Modell. Familientherapie und ihre Erweiterung. Paderborn, Junfermann

*Brigitte Roschger-Stadlmayr,
Juliane Kleibel-Arbeitshuber*

Familientherapie, feministische. Obwohl die feministische Familientherapie seit den 70er Jahren viel diskutiert wurde, fehlte zunächst ein klar definierter, allgemeingültiger Rahmen für diese Methode. Der Vorwurf an die → Systemtheorie lautet vor allem, daß mit der Betonung zirkulärer Kausalität Ungleichheiten der Geschlechter in der Familie ignoriert würden. Familiäre Probleme werden als Ergebnis einer Dynamik gesehen, nicht als Reflexion gesellschaftlicher Einflüsse, die die Ungleichheiten der Geschlechter fördern. Weiters wird der traditionellen → Familientherapie vorgeworfen, daß unterschiedliche Machtverhältnisse in der Hierarchie der Generationen, Unterschiede zwischen Mann und Frau in ihrer rollenspezifischen Prägung sowie Machtunterschiede, die Männer be-

günstigen und Frauen benachteiligen, nicht sensibel genug wahrgenommen und zu wenig hinterfragt würden (McGoldrick, 1991). Feminismus wird in diesem Zusammenhang als eine Linse der Betrachtung, als ein Prozeß, um die Wirklichkeit zu erkennen, der mit dem Erkennen des untergeordneten Status der Frau beginnt, beschrieben (→ Feministische Therapie). Vertreterinnen dieser Richtung sind Monica McGoldrick, Evan Imber-Black, Froma Walsh, Carol M. Anderson, Rachel Hare-Mustin (1989), Betty Carter, Marianne Walters (Walters et al., 1988) u. a.

Hare-Mustin R (1989) Das Geschlechterproblem in der familientherapeutischen Theorie. *Familiendynamik* 14(4): 384–365

McGoldrick M (1991) Feministische Familientherapie in Theorie und Praxis. Freiburg, Lambertus

Walters M, Carter B, Papp P, Silverstein O (1988) Unsichtbare Schlingen. Die Bedeutung der Geschlechterrollen in der Familientherapie. Stuttgart, Klett-Cotta

Billie Rauscher-Gföhler

punkte bemühen). An spezifischen psychoanalytischen Beiträgen, die für die Familientherapie und -theorie wichtig wurden, sind anzuführen: das Konzept der Ich-Funktionen, der inneren Objekte, der Selbst-Objekt-Differenzierung, der → projektiven Identifikation, der Individuation, der operativen Trauer. Die → Mehrgenerationenperspektive (M. Bowen, I. Boszormenyi-Nagy) führte zur Untersuchung von Loyalitäten, Schuld- und Verdienstkonto über mehrere Generationen. Auch die Konzepte der → Delegation, der Kollusion (→ Partner-Kollusion) und der inneren wie außerfamiliären Grenzen bauen auf zentralen psychoanalytischen Einsichten bzw. Konstrukten auf.

Boszormenyi-Nagy I, Spark G (1981) Unsichtbare Bindungen. Stuttgart, Klett-Cotta

Buchholz MB (1990) Die unbewußte Familie. Berlin, Springer

Richter HE (1970) Patient Familie. Reinbek, Rowohlt

Stierlin H (1975) Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart, Klett-Cotta

Andrea Brandl-Nebebay

Familientherapie, konstruktivistisch-systemische. → Systemische Therapie.

Familientherapie, psychoanalytische.

Familientherapeutische Ansätze, die psychoanalytische Einsichten, Begriffe und therapeutische Verfahren in ein familientherapeutisches Konzept zu integrieren und auf die Behandlung der ganzen Familie anzuwenden suchen. Psychoanalytisch orientierte oder ausgebildete Therapeuten trugen maßgeblich zur Entwicklung der → Familientherapie bei. Dazu zählen in den USA N. Ackerman, J. Framo, I. Boszormenyi-Nagy, M. Bowen, L. Wynne, R. Shapiro, T. Lidz, N. Paul und H. Stierlin. Die → Mailänder Gruppe um M. Selvini-Palazzoli kam ebenfalls ursprünglich von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Im deutschsprachigen Raum wurde bzw. wird eine psychoanalytisch orientierte Familientherapie u. a. von H.-E. Richter, J. Willi, E. Sperling, T. Bauriedl, M. Buchholz und H. Stierlin vertreten (wobei sich letztere zunehmend um die Einbeziehung systemischer Gesichtspunkte bemühen).

Familientherapie, strategische. Gregory Bateson und Milton Erickson sind die „Väter“ der strategischen Familientherapie. Kommunikationstheorie, → Systemtheorie und die Erickson'sche → Hypnotherapie bilden die Basis für den strategischen Ansatz; Jay Haley (1963) hat diese Konzepte für die Familientherapie weiterentwickelt. Innerhalb der Familienorganisation wird auf die hierarchischen Strukturen besonderes Augenmerk gelegt. Symptome eines Einzelnen (→ identifizierter Patient, Indexpatient) werden als Ausdruck von mißlungenen Versuchen, eine bestehende Schwierigkeit zu lösen, verstanden. Konzepte wie verletzte Generationsgrenzen (→ Triangulation), dysfunktionale Hierarchien und Anpassungsstörungen im familiären → Lebenszyklus sind Schlüsselbegriffe. Symptome – als Kommunikation verstanden – regulieren innerhalb des Systems die → Homöostase der Familienorganisation. Verhaltensmuster in Familien folgen bestimmten Regeln. Damit dysfunktionale Organisationsmuster unterbro-

chen und neue etabliert werden können, versuchen Familientherapeuten, diese nach kybernetischen Prinzipien wirkenden Regeln mit der Familie gemeinsam herauszufinden und zu verändern. Die Diagnostik ist eng mit der Therapie verwoben. Direktive Interventionen werden gesetzt, und Familientherapeuten beobachten, wie das System antwortet. Daraus ergeben sich die nächsten Interventionen. Die strategische Therapie ist zielorientiert. Ziele sind Unterbrechung und Veränderung der dysfunktionalen Verhaltensketten und die Etablierung funktionaler Hierarchien: „Put the parents in the drivers seat“ (Haley, 1977). Folgende Techniken werden in der strategischen Familientherapie häufig angewandt: Aufgaben stellen, direkte Anweisungen, positive → Konnotationen sowie → paradoxe Interventionen. Viele strategische Therapeuten arbeiten im Team; der Trend geht zur Kurztherapie (10–15 Sitzungen). Die Indikation für strategische Verfahren ist in der Literatur breit beschrieben (Stanton, 1981).

Haley J (1963) *Strategies of psychotherapy*. New York, Grune & Stratton

Haley J (1977) *Direktive Familientherapie*. München, Pfeiffer

Stanton MD (1981) *Strategic approaches to family therapy*. In: Gurman AS, Kniskern DP (Eds), *Handbook of family therapy*. New York, Brunner/Mazel, pp 361–402

Hildegard Katschnig

Familientherapie, strukturelle. Der Begriff wurde von Salvador Minuchin und seinen Mitarbeitern (1967) in einem Projekt mit verhaltensgestörten Kindern aus Unterschichtfamilien in New York vorgestellt. Theoretischen Hintergrund bilden System- und Strukturtheorie (→ Systemtheorie). Die Familienstruktur wird dabei definiert als der „Code“, der die menschlichen Beziehungen reguliert. Die Familie wird als soziale Organisation verstanden, wobei die einzelnen Familienmitglieder zu Subsystemen (→ System) mit bestimmten Aufgaben, Pflichten und Rechten und zu einem Gesamtsystem zusammengefaßt sind. Die psychische Struktur des Individuums wird als „interdependent“ mit seiner

sozialen Struktur und seinem Ökosystem gesehen. Schlüsselkonzepte sind Grenzen, Anpassung und Macht. Diese Konzepte liegen auch den Begriffen der „funktionalen“ und „dysfunktionalen“ Familie zugrunde. Gesundheit und Weiterentwicklung einer Familie werden als eng mit der (funktionalen) Struktur der Familie verknüpft gesehen. Grenzen: Jedes Subsystem und jeder Systemteil ist von vorgestellten immateriellen Grenzen umgeben. Unter Grenzen versteht man die Regeln, die angeben, wer was wann mit wem wie tut. Diese Grenzen sind in funktionalen Systemen fest und unmißverständlich. Sind die Grenzen starr, findet kein Austausch von Materie, Energie und Information statt. Sind die Grenzen zu durchlässig, kommt es zu einer Überflutung durch Materie, Energie und Information (→ Verstrickung). Die Einflußmöglichkeit (Macht) eines jeden Familienmitgliedes auf das Verhalten des anderen spielt eine große Rolle in diesem Konzept. In funktionalen Familien trifft immer derjenige die Entscheidungen, der dafür am besten ausgestattet ist. Ziel der strukturellen Familientherapie: Probleme im Hier-und-Jetzt pragmatisch zu erkennen und dadurch zu lösen, indem die zugrundeliegende Familienstruktur verändert werden kann. Einige Techniken: → „Joining“, das „Anknüpfen“ der Therapeuten an jedes einzelne Familienmitglied, die einzelnen Subsysteme und die Familie als Ganzes; Enactment: schwierige Situationen werden von den Familienmitgliedern im Rahmen der Familientherapie-sitzung „inszeniert“, und durch die Interventionen der Therapeuten können dabei neue Wege im Umgang miteinander gefunden werden; Aufgaben stellen, Unterbrechen von Transaktionen, Eingehen von Allianzen, wechselnde Allianzen, positive → Konnotation.

Aponte HJ, van Deusen JM (1981) *Structural family therapy*. In: Gurman AS, Kniskern DP (Eds), *Handbook of family therapy*. New York, Brunner/Mazel, pp 310–360

Minuchin S (1984) *Familie und Familientherapie*. Freiburg, Lambertus

Minuchin S, Fishman H (1985) *Praxis der strukturellen Familientherapie*. Freiburg, Lambertus

Minuchin S, Montalvo B, Guernen B, Rosman BL, Schumer F (1967) Families of the slums. New York, Basic Books
 Wanschura E, Katschnig H (1986) Familientherapie in den Ferien. Stuttgart, Klett-Cotta

Hildegard Katschnig

Familientherapie, systemische. → Familientherapie, strategische; → Familientherapie, strukturelle, → Systemische Therapie.

Fantasie (aus Sicht der → Psychoanalyse; → Säuglingsforschung und Psychotherapie). Fantasieren ist eine grundlegende Tätigkeit des menschlichen Geistes. Es ermöglicht die Transzendierung der unmittelbaren Realität und die Erschaffung imaginärer Welten. Fantasieren ist (deshalb) ein zweischneidiges Schwert. Es ist der anthropologische Grund der → Neurose, weil Fantasien die biologischen (Rest-) Programme des Menschen überformen und entgleisen lassen können (Dornes, 1997: Kap. 2). Es ist aber auch eine zentrale Antriebskraft der Entwicklung, weil die kulturelle Evolution, im Unterschied zur biologischen, ohne Symbolbildung und Symbolgebrauch nicht denkbar ist. Trotz der Bedeutung des Konzepts der unbewußten Fantasie in der Psychoanalyse findet sich bei Freud keine klare Unterscheidung zwischen bewußten und unbewußten Fantasien (Laplanche & Pontalis, 1967: 360). Eine solche Unterscheidung ist auch deshalb schwierig, weil nur die (vor)bewußten Abkömmlinge unbewußter Fantasien dem Bewußtsein zugänglich sind, nicht aber die unbewußten Fantasien selbst. Das „Ding an sich“ ist unerkennbar. Unbewußte Fantasien führen somit eine erkenntnistheoretische Schattenexistenz; ihr ontologischer Status ist letztlich unklar. Dennoch ist die Annahme unbewußter Fantasien heuristisch fruchtbar, insofern sie es ermöglicht, auf den ersten Blick irrational erscheinende Denkformen und Verhaltensweisen als sinnvolle, nicht-zufällige Ereignisse zu begreifen. Piaget und die moderne Kleinkindforschung (→ Säuglingsforschung) haben

deutlich gemacht, daß die psychoanalytische Annahme, schon Säuglinge könnten fantasieren, problematisch ist. Fantasieren in einem elaborierten Sinn beginnt wahrscheinlich frühestens im Alter von 18 Monaten (Dornes, 1997: Kap. 3 und 4). Symbolisches Denken/Fantasieren ist also eine Entwicklungserrungsenschaft, kein primäres Datum. Dies hat Konsequenzen für verschiedene psychoanalytische Theorie-teile. Sowohl die Abwehrlehre (→ Abwehr; → Abwehrmechanismen) als auch die Auffassung des Nacheinanders von → Primärprozeß und → Sekundärprozeß sollten neu überdacht werden; ebenso die Annahme früher intrapsychischer → Konflikte (Dornes, 1993: Kap. 8). Umstritten ist weiterhin die Existenz und Gestalt möglicher Vorformen des Fantasierens und das Konzept der Ur-Fantasien.

Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Frankfurt/M., Fischer
 Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Frankfurt/M., Fischer
 Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Martin Dornes

Fantasie (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). „Die Psyche erschafft täglich die Wirklichkeit. Ich kann diese [imaginative] Tätigkeit mit keinem anderen Ausdruck als mit Fantasie bezeichnen. [...] Die Fantasie erscheint mir daher als der deutlichste Ausdruck der spezifischen psychischen Aktivität“ (C.G. Jung, GW, Bd. 6, § 78). Im engeren Sinne bestehen Fantasien aus Wachträumen, Visionen oder Inspirationen. Sie sind „ebenso sehr Gefühl wie Gedanke“, „ebenso intuitiv wie empfindend“ (→ Typologie). Durch Ausschließung der kritischen Aufmerksamkeit des Bewußtseins können jederzeit Fantasien produziert werden. Der Umgang mit ihnen ähnelt der Arbeit bzw. dem Leben mit Träumen (GW, Bd. 6, § 78; Bd. 8, § 155; Bd. 17, § 193; → Traum). Jung erforschte den schöpferischen Hintergrund der Fantasietätigkeit und deren Symbolbedeutung (→ Symbol). Er konnte nachweisen, daß die „aktiven Fantasien“ unpersönlichen Cha-

rakters ihren Ursprung in den → Archetypen des → kollektiven Unbewußten haben. Persönliche und unpersönliche Fantasien werden vor allem wahrnehmbar, wenn das → Bewußtsein am → Unbewußten positiv Anteil nimmt (GW, Bd. 18/II, § 1249; Bd. 6, § 80). Es ist „von ausschlaggebender Wichtigkeit, daß der Patient die Fantasien vollständig erlebt“ (GW, Bd. 7, § 342). Durch die aktive Fantasietätigkeit – insbesondere in der Aktiven → Imagination – vereinigen sich bewußte und unbewußte Psyche. Durch sukzessive Assimilation der dabei bewußt werdenden Inhalte (synthetische Behandlung der Fantasien; → Methode, synthetische) wird das Bewußtsein erweitert und der dominierende Einfluß des Unbewußten abgebaut (GW, Bd. 7, § 358). Regressions-Fantasien (→ Regression) sind dagegen passive, neurotische Träumereien (→ Neurose), die vom realen Leben wegführen. Sie entstehen aus den → Komplexen, wenn es zum Libido-Stau an einem Hindernis und nachfolgender Regression kommt (→ Energie, psychische). Der Neurotiker bleibt in dieser Fantasietätigkeit stecken, die aber auch teleologischen Wert hat, da sie der Auffindung neuer Pfade der → Anpassung dienen kann. Aufgrund dieses Wertes läßt sich der Therapeut auf die oft als „schädlich“ angesehenen Fantasien ein. Dadurch wird die in ihnen gebundene Libido dem Bewußtsein zugeführt.

Jung CG [1921] (1971) Das Typenproblem in der antiken und mittelalterlichen Geistesgeschichte. In: GW, Bd. 6, §§ 8–100. Olten, Walter

Jung CG [1921] (1994) Definitionen: Phantasie. In: GW, Bd. 6, §§ 781–792. Olten, Walter

Jung CG [1928] (1989) Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten. In: GW, Bd. 7, §§ 202–406. Olten, Walter

Jung CG [1953] (1981) Vorwort zu Wickes „Von der inneren Welt des Menschen“. In: GW, Bd. 18/II, §§ 1248f. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27)

Jung CG [1957] (1981) Gegenwart und Zukunft. In: GW, Bd. 10, §§ 488–588, hier §§ 546f. Olten, Walter

Barnim Nitsch

Fantasma. Zentraler Begriff des → Analytischen Psychodramas, dessen psychoana-

lytische Definition (frz.: fantasme, dt.: Fantasie) durch Laplanche & Pontalis (1972: 388) auch die spezifischen Äußerungsformen des spontanen Spiels im → Psychodrama und dessen Zugang zum unbewußten Subjekt zum Ausdruck bringt: „Imaginäres Szenarium, in dem das Subjekt anwesend ist und das in einer durch die Abwehrvorgänge mehr oder weniger entstellten Form die Erfüllung eines Wunsches, eines letztlich unerfüllten Wunsches darstellt“ (ebd.). Die im Behandlungsprozeß angestrebte szenische, mehrdimensionale Präsentation einer umschriebenen Fantasieinformation, wie sie im Begriff Fantasma deutlicher als im Wort Fantasie zum Ausdruck kommt, kommt dem Traumphänomen nahe, äußert sich in der Psychodynamik und im individuellen und kollektiven Übertragungsgeschehen im aktuellen therapeutischen Kontext und kann als solche objektbeziehungstheoretisch mit den Stufen der psychosexuellen Entwicklung und den Stadien der Subjektgenese in Verbindung gebracht werden (→ Objektbeziehungstheorie). Die Wirkung der unbewußten Fantasmen, die somit die Beziehung eines Subjekts zu sich selbst und zur Welt der Objekte strukturieren, ist zwar im Analytischen Psychodrama bisweilen spontan erfahrbar, muß aber im allgemeinen durch deutende Interventionen bewußt gemacht werden.

Basquin M, Dubuisson P, Samuel-Lajeunesse B, Testemale Monod G [1972] (1981) Das Psychodrama als Methode in der Psychoanalyse. Paderborn, Junfermann

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

August Rubs

Feedback (aus Sicht der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie). Grundlegende → Interventionsmethode der → Gruppendynamik und der Dynamischen Gruppenpsychotherapie, die von Lewin gemeinsam mit R. Lippitt, L. Bradford und K. Benne erstmals 1946 am gruppendynamischen Training der National Training Laboratories in Connecticut in speziellen Feedback-Sitzungen angewendet wurde.

Feedback ist eine explizite und in der Regel verbale Rückmeldung vom Rezipienten an den Kommunikator, die diesem Aufschluß über die Aufnahme und Interpretation sowie die Wirkung von Kommunikationsvorgängen gibt. Der Begriff Feedback stammt aus der Kybernetik und bezeichnet Rückkoppelungsprozesse in sich selbst regulierenden Systemen. Nach Bradford, Gibb & Benne (1972) bezeichnet Feedback die von anderen auf eine Verhaltenseinheit abgegebenen verbalen und non-verbalen Reaktionen, die zeitlich so eng wie möglich an das Verhalten anschließen und die von dem Individuum, von dem das Verhalten ausging, wahrgenommen und genutzt werden können. Feedback kann im Hinblick auf das ursprüngliche Verhalten eine Validierungsfunktion erfüllen. Es kann zur Steuerung und Orientierung des anschließenden Verhaltens dienen. Ebenso kann es Veränderungen in Verhalten, Gefühlen, Einstellungen, Wahrnehmungen und Kenntnissen des Verhaltensinitiators stimulieren. Ziele von Feedback sind die Förderung sozialer Selbst- und Fremdwahrnehmungsfähigkeit (→ Johari-Window), die Verbesserung der Kommunikationsbereitschaft, die Verdeutlichung sozialer Vorurteile und ihre Revidierbarkeit, die Entwicklung von Fähigkeiten als Gruppenmitglied und der Gruppe als sozialer Einheit. Den Zielen ist gemeinsam, daß Feedback dem Austausch von Informationen über Verhaltenswirkungen dient, um Verhaltensweisen zu beeinflussen. Dies impliziert die Gefahr der Manipulation (vgl. Wieringa, 1981). Sbandi (1970) entwickelte Kriterien für die Vergabe von Feedback (Gegenstand, Form, Kontrolle der Angemessenheit, Verhalten des Feedback-Empfängers). Die Feedback-Technik ermöglicht „objektive“ Kommunikation, v. a. im emotional-affektiven Bereich, verstärkende und nachhaltige Verhaltenskorrektur und die Einleitung eines Lernprozesses für die Bewältigung interpersonaler Konflikte (vgl. Fengler, 1975).

Bradford L, Gibb JR, Benne KD (1972) Gruppen-Training, T-Gruppentheorie und Laboratoriumsmethode. Stuttgart, Klett-Cotta [S 45]
 Fengler J (1975) Verhaltensänderung in Gruppenprozessen. Heidelberg, Quelle & Meyer, S 25]

Sbandi P (1970) Feedback im Sensitivity-Training. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 4(1): 17–18

Wieringa FC (1981) Feedback ist nicht die Wahrheit. In: Bachmann CH (Hg), Kritik der Gruppendynamik. Frankfurt/M., Fischer

Maria Majce-Egger

Feedback (aus Sicht der → Systemischen Therapie). Allgemein meint Feedback (englisch: „Rückfüttern“) eine rekursive Schleife, mittels derer der Output eines Systems – u. U. nach einer Transformation – wieder in das System als Input eingespeist wird. Feedback-Schleifen konzeptualisieren die Selbststeuerfähigkeit von Systemen, indem sie beschreiben, wie ein System auf Verstörungen reagiert. In homöostatischen Regelkreissystemen findet sich ein negatives Feedback, im Sinne eines Entgegenwirkens auf einen vom Sollwert abweichenden Systemzustand. Teufelskreismodelle lassen sich durch positive Feedback-Schleifen (Autokatalyse) kennzeichnen. Systeme, die beide Möglichkeiten vereinen, realisieren weniger triviale Verhaltensweisen, die empirisch und theoretisch mittels der → Chaostheorie beschrieben werden. Mögliche Verhaltensweisen sind Homöostase (Fixpunktverhalten), einfache und komplexe Zyklen sowie hochkomplexes, nicht vorhersagbares aber dennoch strukturiertes Systemverhalten (Chaos). Im Rahmen der Systemischen Therapie können Familiensysteme als homöostatische Systeme verstanden werden (in pathologischen Familien werden Symptome zum Schutz der Homöostase aufgebaut). Dieser Sicht kommt in der modernen Systemischen Therapie nur noch historische Bedeutung zu. Ähnlich wurden Teufelskreise zur Beschreibung von Pathologien herangezogen. Neuerdings werden in den Konzeptualisierungen psychischer Störungen und der therapeutischen Beziehungsgestaltung gemischte Feedback-Modelle genutzt. Feedback kann außerhalb eines kybernetisch-mathematischen Bezugssystems als therapeutische Intervention, d. h. als kommunikative Rückmeldung des Therapeuten an ein Klientensystem verstanden werden. Feedback wird hier als grundlegende kommunikati-

ve Hilfe zur Stärkung der Selbstregulationsfähigkeit des Klientensystems betrachtet.

an der Heiden U (1992) Selbstorganisation in dynamischen Systemen. In: Krohn W, Küppers G (Hg), Emergenz: die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 57–88

Schiepek G, Strunk G (1994) Dynamische Systeme. Grundlagen und Analysemethoden für Psychologen und Psychiater. Heidelberg, Asanger

Guido Strunk

Fehler, kognitive. → Kognitive Fehler; → Verhaltenstherapie.

Fehlleistung (→ Psychoanalyse). Mit dem Begriff Fehlleistung werden Phänomene bezeichnet, die Aufschluß geben können über die Kompromißbildung zwischen bewußter Absicht und unbewußten Wünschen. Die gewöhnlich glückende Verwirklichung einer Intention mißlingt aufgrund eines Durchbruchs unbewußter Inhalte. Die häufigsten Formen sind: Vergessen, Versprechen, Verschreiben, Vergreifen, Verlesen, Verlieren. Fehlleistungen lediglich aus der intrapsychischen Befindlichkeit zu erklären, würde bedeuten, die intersubjektive Komponente zu vernachlässigen. So ist z. B. die selektive Wahrnehmung immer auch ein Kommunikationsgeschehen, das sich in einem fiktiven Dialog folgendermaßen darstellen ließe: „Liebst Du mich?“ – „Niemand liebt Dich ... wieso ich? ... äh ... so wie ich!“

Freud S [1901] (1941) Zur Psychopathologie des Alltagslebens. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 4. Frankfurt/M., Fischer

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Michael Erb

Feld, phänomenales. → Phänomenales Feld; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Feld, psychologisches. Eine Gesamtheit gleichzeitig bestehender Tatsachen, die als gegenseitig voneinander abhängig begriffen werden, nennt man ein Feld. – Diese Definition Einsteins (1934) für die moderne Physik liegt auch dem Gebrauch des Begriffs Kraftfeld in gestalt- und feldtheoretischer Psychologie (→ Gestaltpsychologie) und der → Gestalttheoretischen Psychotherapie zugrunde (vgl. Lewin, 1963: 74ff.; Köhler, 1947; Metzger, 1975). „Psychisches“ oder „psychologisches Feld“ bezeichnet stets ein Verständnis der Psyche als eines von Person und Umwelt gebildeten Bereichs gleichzeitig bestehender und wechselseitig abhängiger Sachverhalte (vgl. Lewins Formel: $V = f \{P, U\}$). In diesem pflanzt sich die Wirkung eines Eingriffs von außen oder die Veränderung in einem Teilbereich im allgemeinen durch das Ganze fort, und es erfolgt eine Änderung seines Gesamtzustandes in Richtung auf ein Gleichgewicht zwischen den Teilen und im Verhältnis des Ganzen zu den Außenbedingungen (→ Kraftfeldanalyse). Infolge solcher Gesamtumstellungen kann eine örtliche Störung auch an einer beliebig entfernten Stelle und auf überraschende Weise zutage treten; ein Beispiel ist das Freudsche Symptom (Metzger, 1975: 321). Es muß betont werden, daß innerhalb der Gestalttheorie von „psychologischem Feld“ immer nur in bezug auf die „innere“ Welt (→ Lebensraum, nach Lewin) des einzelnen Individuums die Rede ist, nicht dagegen in bezug auf Austausch und Wechselwirkung zwischen zwei oder mehreren Individuen im Sinne getrennter physikalischer Organismen (vgl. Tholey, 1980: 183). Die Forschung über die Wirkungen verschiedener Organismen aufeinander legt nahe, hier statt von feldförmigen von kreisförmigen Regelungsprozessen auszugehen (vgl. Tholey, 1980: 183). Dieser Hinweis ist aus drei Gründen wichtig: 1. hat Perls in seiner Begründung der → Gestalttherapie mit der Postulierung eines → Organismus-/Umwelt-Feldes die Grenze gestaltpsychologisch belegbarer Sachverhalte überschritten und so fragwürdigen Weiterentwicklungen den Weg bereitet; 2. ist mit dem Populärwerden der Gruppen- und Familientherapie diese Unterschei-

dung von höchster Bedeutung: „Gruppe“ oder „Familie“ können als (unmittelbar gegebene) feldförmige Systeme nur auf der Ebene individueller psychischer Felder betrachtet werden; 3. liegt ein Mißbrauch der Gestalttheorie vor, wenn postuliert wird, daß Selbstregulation und Selbstorganisation feldförmiger Art für das gesamte Weltall mit allen seinen Teilen (von den Gestirnen bis zu Menschen, Pflanzen etc.) gilt. So nahe die Gestalt- und Feldtheorie als ganzheitlicher Ansatz solchen Auffassungen auch steht, sie können doch aus ihrer Sicht nur als über belegte und derzeit belegbare ganzheitliche Prozesse weit hinausgehende Spekulationen betrachtet werden, die, auf therapeutische Praxis angewandt, eher eine Gefahr als eine Hilfe zu realitätsgerechtem Verhalten darstellen.

- Köhler W [1947] (1975) *Gestalt Psychology*. New York, Liveright
 Lewin K (1963) *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern, Hans Huber
 Metzger W (1975) *Gestalttheorie und Gruppendynamik*. *Gruppendynamik* 6: 311–331
 Tholey P (1980) *Klarträume als Gegenstand empirischer Untersuchungen*. *Gestalt Theory* 2: 175–191

Hans-Jürgen Walter

Feldenkrais-Methode. Spezielles Verfahren zur Gestaltung von Lernprozessen („Lernen zu lernen“). Sie ist benannt nach ihrem Begründer, dem israelischen Physiker Moshè Feldenkrais. Er berücksichtigte insbesondere die Bedeutung der Schwerkraft für Verhalten. Seine Lernmethode ermöglicht, über achtsam wahrgenommene Bewegungsabläufe (Sensomotorik als Schlüssel zum Leben; Feldenkrais, 1987) das Unterscheidungsvermögen auszubilden. Diese Fähigkeit trägt wesentlich dazu bei, daß die Person besser erkennt und versteht, wie sie sich selbst sieht und sich diesem Bild entsprechend im täglichen Leben organisiert; indem Bewußtheit über das eigene Tun erlangt wird, entsteht neue Beweglichkeit (in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht) wie von selbst. Es findet ein Abbau selbstauferlegter Grenzen statt. Neue Denk- und Handlungsalter-

nativen eröffnen sich und geben Gelegenheit zu mehr Eigenständigkeit und Verantwortung. Bei der Feldenkrais-Methode werden Bewegungen verwendet, die der „ordnungssuchenden Funktion des Nervensystems“ (Feldenkrais) entsprechen, da diese für das absichtsvolle Handeln der Person von grundlegender Bedeutung sind (Handlungsrelevanz von Bewegung). Berücksichtigt wird, daß die strukturell angelegten menschlichen Bewegungsmuster (Phylogenese), wie zum Beispiel Stehen, Gehen und Greifen, individuell überformt werden (Ontogenese). So bildet sich eine eigene Bewegungsorganisation, die der im Selbstbild verankerten Körper-, Gefühls- und Denkstruktur der Person entspricht, sich gewohnheitsmäßig verfestigt und schließlich wie vererbt erscheint: „Wir handeln dem Bilde nach, das wir uns von uns machen“ (Feldenkrais). Diese Sichtweise läßt sich auch systemisch verstehen als Zirkularität von Erkennen und Tun. Angestrebt wird 1. Selbsterziehung und Autonomie, 2. Beweglichkeit im übertragenen (Handlungsfähigkeit) und 3. konkreten Sinn (Zweckmäßigkeit und Leichtigkeit von Bewegung im täglichen Leben). Diese Zielsetzung erfolgt über die Erkennung des Selbstbildes in den Dimensionen Sinnesempfinden, Fühlen, Denken und Bewegen. Methodisch wird auf das Kleinkindern eigene (Erwachsenen über Sensomotorik wieder-holbare) organische Lernen zurückgegriffen: Lernen aus eigenem Antrieb, Neugier, Wohlgefühl, Erstaunen, Achtsamkeit, Langsamkeit, Freude an Überraschungen, noch nicht-sprachgebundenem, nicht-logischem Erfassen von Zusammenhängen, absichtslosem Experimentieren und Integration scheinbar zufälliger Bewegungen in allmählich selbstbestimmte Verhaltensweisen. So entwickelt sich Bewegungsvielfalt und Bewegungsqualität. Damit einher geht eine Reorganisation und verfeinerte kortikale Kontrolle von Verhalten (Bewußtheit). Für diesen Prozeß der Reifung der Person über achtsame sensomotorische Erfahrungen gibt es zwei Verfahrensweisen. Beide finden zumeist im Liegen, aber auch sitzend, stehend und gehend statt: 1. Lektionen, in denen die Feldenkrais-Lehrenden verbal durch die

Bewegungssequenzen leiten, heißen „Bewußtheit durch Bewegung“. Sie werden zumeist als Gruppenstunden angeboten. 2. Die Einzelstunde („Funktionale Integration“) ist eine weitgehend nonverbal über die Hände des Feldenkrais-Lehrenden geführte Form taktil-kinästhetischer Kommunikation mit gegenseitiger Rückkopplung von Wahrnehmung und Bewegung. Die Feldenkrais-Methode wird in den verschiedensten Tätigkeitsbereichen der Gesellschaft angewendet (Arbeit und Beruf, Bildung, Freizeit, Kunst, Sport, Gesundheit, Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie): „Es geht dabei um Lehren und Lernen, nicht um Krankheit und Heilung“ (Feldenkrais). Verbesserung von Beschwerden oder Prophylaxe finden statt als „logische Nebenerscheinung“ eines Lernprozesses der Veränderung im Erleben und damit im Selbstbild des Klienten.

Feldenkrais M [1987] (1995) *Bewußtheit durch Bewegung*. Frankfurt/M., Insel

Pieper B, Weise S (1996) *Feldenkrais. Aufgaben, Tätigkeiten, Entwicklung eines neuen Arbeitsfeldes* (Berufsbild). Stuttgart, Feldenkrais-Gilde e.V.

Strauch R (1994) *Das Gleichgewicht des Zentauren. Wie wir die Welt wahrnehmen. Über gewöhnliche und ungewöhnliche Wahrnehmung, Feldenkrais, Bewußtsein, Denken, Lernen und unsere Wirklichkeit-Illusion*. Paderborn, Junfermann

Triebel-Thome A (1989) *Feldenkrais. Bewegung – ein Weg zum Selbst. Einführung in die Methode*. München, Gräfe und Unzer

Barbara Pieper, Sylvia Weise

Feldkräfte. → Feldtheorie; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Feldsupervision. → Supervision.

Feldtheorie (aus Sicht der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie). Die in der gestalttheoretischen Tradition stehende Feldtheorie von Kurt Lewin ist keine Theorie im üblichen Sinne, sondern eine „Methode der Analyse von Kausalbeziehungen und

der Synthese wissenschaftlicher Konstrukte“ (Lewin, 1963: 87). Lewin bevorzugt die Methode schrittweiser begrifflicher Präzisierung Hand in Hand mit experimentellen Arbeiten. Die Feldtheorie beschäftigt sich mit → Verhalten in seiner Gesamtheit: Erleben, Handeln, die Persönlichkeit und ihre Entwicklung sowie zwischenmenschliche Prozesse werden als Folge einer strukturierten, dynamischen Gesamtheit von Bedingungen aufgefaßt. Die Person und ihre Umwelt bilden einen interdependenten, unauflösbaren Systemzusammenhang, in welchem der Zustand jedes Teiles von jedem anderen Teil abhängt. Die Gesamtheit dieser Bedingungen ist das psychologische → Feld oder → Lebensraum einer Person. Das Verhalten einer Person ergibt sich aus der Totalität gemeinsam existierender Faktoren (Feldkräfte), die ein dynamisches Feld im → Hier-und-Jetzt konstituieren; es ist also eine Funktion des Lebensraumes. Die in der Physik im 19./20. Jh. entwickelte Feldtheorie (Faraday, Maxwell, Einstein) mit dem Versuch des Denkens im Vorstellungsraum von Energiefeldern, wird zu Beginn des 20. Jh. von der Gestalttheorie, die Wahrnehmungsreaktionen mit Hilfe von Feldprinzipien zu erklären versucht, aufgenommen. Lewin erweitert das Konzept, indem er jede Form psychischer Aktivität, die eine Person innerhalb des Lebensraumes zeigt, einbezieht. Die in den 20er Jahren von ihm und seinen Mitarbeitern vorbereitete und in den 30er Jahren ausformulierte Theorie (→ Topologie) findet ihre breite Anwendung in den 40er Jahren in sehr unterschiedlichen Bereichen, insbesondere in der Sozialpsychologie (→ Gruppendynamik). Wesentliche Konstrukte sind neben dem Lebensraum: psychologische Umwelt, psychologische Person, Barriere (Grenze oder Grenzzone), Bedürfnis, System in Spannung, Valenz oder Aufforderungscharakter (Wertigkeit eines Zieles im Lebensraum) und Lokomotion (Durchschreiten des Lebensraumes). Die Feldtheorie ist wie die Gestalt- und → Systemtheorie eine dynamische Theorie; der ganzheitliche Charakter und der dynamisch-interdependente Zusammenhang von Wahrnehmung, Erleben und Verhalten wird betont.

- Lang A (1979) Die Feldtheorie von Kurt Lewin. In: Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VIII, Lewin und die Folgen. Zürich, Kindler, S 51–57
- Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber
- Lewin K (1982) Feldtheorie. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta
- Lück HE (1996) Die Feldtheorie und Kurt Lewin. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Hans-Rainer Teutsch

Feldtheorie (aus Sicht der → Gestalttherapie). Dieses für die Theorie der Gestalttherapie besonders in jüngerer Zeit wichtig gewordene Grundkonzept geht vor allem auf Kurt Lewin (1963) zurück. Zwar wurden wesentliche Aspekte der Feldtheorie von der → Systemtheorie einerseits und phänomenologischen Ansätzen (Piaget, Kohlberg etc.) andererseits weiterentwickelt; im Unterschied zu diesen umfaßt die Feldtheorie jedoch sowohl subjektives Erleben als auch objektivierende Sichtweisen (→ Organismus-Umwelt-Feld; → Figur/Hintergrund). Ein Feld im gestalttherapeutischen Verständnis ist ein kontinuierliches, in sich kohärentes und dynamisches Wirkungsgefüge. Unsere Wahrnehmung des Umwelt-Feldes ist abhängig von subjektiven Bedürfnissen und Interessen, gleichzeitig ist unser Handeln vom Umwelt-Feld (→ Lebensraum) abhängig. Das „Ich“ oder „Wir“ besitzt keine unabhängige Existenz, sondern ist in das Feld eingebunden. Jedes Ereignis erhält seine Bedeutung durch die wechselseitigen Beziehungen im Feld („Interdependenz“). In der Feldtheorie manifestiert sich eine zirkuläre – gegenüber einer linear-kausalen – Denkweise. Die Wahlmöglichkeiten der Person werden überdies dadurch erheblich vergrößert, daß die Wirklichkeit nicht nur objektiv vorgegeben, sondern von den Beteiligten subjektiv mitgestaltet wird. Folglich kann sich der Therapeut in der Gestalttherapie nicht als neutrale Instanz gegenüber einem Klienten verstehen, dessen „Störungen“ oder „Pathologien“ er unabhängig von sich selbst diagnostizieren und behandeln könnte: Er hat Anteil am Auftreten dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltenswei-

sen des Klienten, der seinerseits Mitverantwortung für seine Wirklichkeit, sein Erleben und seinen Einfluß auf den Therapeuten übernehmen kann.

- Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber
- Parlett M (1999) Feldtheoretische Grundlagen gestalttherapeutischer Praxis. In: Fuhr R, Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M (Hg), Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Hogrefe, 279–293
- Portele H (1990) Feld und Interdependenz. Gestalttherapie 4(2): 17–27

Reinhard Fuhr

Feldüberlagerung (→ Körperpsychotherapie). In diesem biophysikalischen Konzept von W. Reich (1951: 17ff.) ist die „energetische Überlagerung“ der Körperenergiefelder zwischen Therapeut und Klient wie auch allgemein zweier oder mehrerer Organismen gemeint (vgl. auch Baker, 1980: 139). Bezogen auf den therapeutischen Prozeß kommt es zum energetischen Informationsaustausch, wodurch der Therapeut mittels der → vegetativen Identifikation unmittelbar die emotionale Situation des Patienten wahrnehmen kann. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, daß der Therapeut in vollem Kontakt mit seinen eigenen körperlichen Empfindungen steht. Erst dadurch ist er in der Lage, mit dem Patienten mitzuempfinden, d. h. in seinem eigenen Organismus die Wirkung bestimmter energetischer Hemmungen des Patienten mitzuerleben (Boadella, 1981: 123f.).

- Baker EF [1967] (1980) Der Mensch in der Falle. München, Kösel [bes. S 139]
- Boadella D (1981) Wilhelm Reich. Leben und Werk. Frankfurt/M., Fischer
- Reich W (1951) Cosmic superimposition. Ran-geley (Maine), Orgon Institute Press

Günter Hebenstreit

Felt Sense. Zentraler Begriff in Eugene T. Gendlins Theorie des Erlebens und der Persönlichkeitsveränderung (→ Experien-cing) im → Focusing und in der → Fo-cusing-Therapie; ein Kunstwort (deutsch etwa „gefühlter Sinn“, „gespürte Bedeu-

tung“) für das, was über die Sprache (Logik, Formen) hinausgeht. Ein Felt Sense kann sich als körperliches Gespür formen, und zwar als → Resonanz auf ein bestimmtes Thema einer Person (z. B. ein Problem, eine Fragestellung), auf einen bestimmten Erlebensinhalt (z. B. ein Traumbild, eine körperliche Empfindung, eine Vorstellung), auf eine Situation (z. B. eine Person, eine Gruppe, ein Gegenstand). Ein Felt Sense ist also immer bezogen auf ein „Etwas“, er ist das Ganze der impliziten Erlebensaspekte (→ implizit), die der → Körper in bezug auf dieses Etwas „trägt“; in ihm sind vergangene Erfahrungen und die gegenwärtige Situation implizit „enthalten“, und er kann den nächsten Schritt implizieren, der den Lebensprozeß fortsetzen wird (→ Fortsetzungsordnung). Der Felt Sense ist immer mehr als das, was die Person über Thema/ Inhalt/ Situation schon explizit weiß. Der Felt Sense geht also über das Schon-Geformte, Schon-Gewußte, Schon-Gesagte hinaus, aus ihm kommt das, was noch geformt/ gewußt/ gesagt/ getan werden will. Ein Felt Sense wird im Körper (meist im Brust-/ Bauchraum) gespürt als vage, aber bedeutungsvolle Stimmung („Befindlichkeit“; Heidegger); diese körperliche Stimmung ist meist leise und „nichts versprechend“. Wenn man aber die Aufmerksamkeit unmittelbar auf einen Felt Sense richtet (direct reference; → Experiencing) und achtsam mit ihm verweilt (→ Verweilen), kann er sich „öffnen“. Einzelne seiner impliziten Bedeutungsaspekte explizieren (entfalten) sich dann in den verschiedenen → Erlebensmodalitäten und werden damit begreifbar, ausdrückbar und verstehbar. Wenn sich ein impliziter Erlebensaspekt aus dem Felt Sense entfaltet, wenn es also zu einer Interaktion zwischen implizit gefühlter Bedeutung und expliziten Symbolen oder Ereignissen kommt, wird der Lebensprozeß weitergetragen und fortgesetzt. Dies wird als körperlicher Vorgang von Erleichterung und Energiezustrom gespürt (Felt Shift) und als Erkenntnisgewinn (Einsicht) wahrgenommen. Im Focusing ist nicht das Thema (Problem) des Klienten im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sondern der Felt Sense, der sich zum jeweiligen Thema im Körper des Klienten formt; aus

ihm entwickeln sich dann die Schritte persönlicher Veränderung.

Gendlin ET [1978] (1998) Focusing. Hamburg, Rowohlt

Gendlin ET (1978/79) Befindlichkeit: Heidegger and the philosophy of psychology. Review of Existential Psychology and Psychiatry 16(1–3): 43–71

Gendlin ET (1993) Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. Deutsche Zeitschrift für Philosophie 41(4): 693–706

Gendlin ET, Wiltschko J (1999) Focusing in der Praxis. Stuttgart, Pfeiffer

Johannes Wiltschko

Felt Shift. → Felt Sense; → Focusing.

Feministische Familientherapie. → Familientherapie, feministische.

Feministische Therapie. Darunter werden alle Beratungs- und therapeutischen Handlungsweisen verstanden, die sich am Geschlechterverhältnis als sozialer Ordnungskategorie orientieren. Die politische, theoretische, soziale, interaktionelle und internalisierte Bedeutung dieser Kategorie wird als psychosozial bestimmend erachtet; die psychischen Befindlichkeiten von beiden Geschlechtern werden im Zusammenhang mit geschlechtlicher Lebenspraxis und Benachteiligung verknüpft und interpretiert. Ein daraufhin spezifiziertes Erklärungs- und Handlungswissen wird bereitgehalten. Die Frauenforschung definiert Geschlechterverhältnis und -differenz als ein System, das die Lebenspraxis männlicher und weiblicher Individuen strukturiert, ihre Erwartungen aneinander bestimmt, charakteristische Bewältigungsmuster fördert. Geschlechterdifferenz meint ein Herrschaftsverhältnis im Sinne von Dominanz und Unterwerfung. Das Geschlechterverhältnis zieht sich in soziale Strukturen („gendered structures“), bestimmt das expressive Symbolsystem unserer Kultur (Medien, Wissenschaft, Kunst, Institutionen, Mythologien, Ideologien).

Es bezieht sich auch auf die in diesem System ausgegrenzten, verpönten Vorstellungen und Werte, die in den Fantasien vom jeweils anderen Geschlecht analysierbar sind. Die Entwicklung der feministischen Therapie ist mit der Frauenbewegung verknüpft; sie ist zu beschreiben als Kritik an therapietheoretischen, klinisch-diagnostischen Diskursen und Handlungsweisen (Kritik der basalen Werte traditioneller Therapie: Individualisierung sozialer Problemlagen, die Verknüpfung von Therapie vorwiegend mit dem Wachstums- bzw. Veränderungsparadigma, der Doppelstandard seelischer Gesundheit für Frauen und Männer, der asymmetrischen, mit Definitionsmacht ausgestatteten Interaktionsdynamik, der anthropologischen Orientierung von Therapien an der Systematik vom weißen, heterosexuellen, christlichen Mittelschichtmann). Die kulturelle Dominanz des polaren, asymmetrischen Geschlechterverhältnisses legitimiert die gegebenen Spaltungen von „privat-öffentlich“, „rational-emotional“ und „Natur-Kultur“. Damit wird für Frauen gesellschaftliche Partizipation und Repräsentanz behindert (vgl. Arbeitsteilung, Organisation von Mutterschaft, Kleinfamilie, Zwangsheterosexualität, strukturelle und häusliche → Gewalt). Die Sozialisation und individuelle Gestaltung bewußter und unbewußter Weiblichkeitsvorstellungen verläuft in „Selbstkonstitutionsprozessen“ (Bilden, 1991) und erzeugt Konflikte und Widersprüche, die für dysfunktionale Konfliktlösungsmuster prädestiniert (depressive Zustandsbilder als → erlernte Hilflosigkeit, Drogenkonsum, → Eßstörungen, Selbstwertkrisen durch Brüche im Lebenslauf, traumatische Belastungsstörungen durch Mehrfachbelastungen, Armut und Gewalt – vgl. die schleichende Traumatisierung, „insidious traumatisation“; Brown, 1992). Aus dem skizzierten Standort ergeben sich in der Frauentherapie spezifische Inhalte, die häufig Thema der Auseinandersetzung sind. Da sich Geschlechtlichkeit als ganzheitliches Geschehen realisiert, dessen Verarbeitung sich kognitiv, emotional, leiblich und interaktiv ausdrückt, gibt es keine bevorzugte Ebene der Konfliktbearbeitung, sondern das Handlungswissen ist eher eklektisch-

pragmatisch auf Problemdefinition und Zielsetzung bezogen. Die Methodik der frauenspezifischen Beratung und Therapie kann als experientiell-interaktiv bezeichnet werden. Ein Augenmerk frauenspezifischer Zugangsweisen gilt dem Leib als individueller und sozialer Ausdrucksgestalt. Leiblichkeit erfährt in der Geschlechterdifferenz besondere Zurichtungen und Besetzungen (sexualisierte Gewalt). Der Selbsthaß von Frauen wird in diesem Sinne als Repräsentanz gesellschaftlicher Verachtung und Idealisierung des Leibes gesehen. Die Leugnung der weiblichen Körperlichkeit wurde schon recht früh (von K. Horney) als Gebärneid und Angst vor mütterlicher Allmacht begriffen. Im therapeutischen Bereich spiegeln die Konflikte um die Leiblichkeit die gesellschaftliche Verachtung weiblicher Körperlichkeit wider. Die Ästhetisierung des Körpers wiederum verspricht Statusgewinn, gesellschaftliche Teilhabe und vermeintlichen Schutz in einer heterosexuellen Beziehung. Ein weiteres Thema ist die gehemmte Aggressivität von Frauen als mangelnde Bereitschaft, sich für eigene Belange einzusetzen. Therapeutinnen, die sich um die Strukturbildung weiblicher Identität im Geschlechterverhältnis bemüht haben, sehen in der Organisation der sozialen Mutterschaft einen entscheidenden Grund für die Bereitschaft von Frauen, sich anzupassen und die eigenen Belange zurückzustellen (Chodorow, 1985; Benjamin, 1990).

- Benjamin J (1990) Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Basel, Roter Stern
- Bilden H (1991) Geschlechtsspezifische Sozialisation. In: Hurrelmann K, Ulich D (Hg), Sozialisationsforschung. Weinheim, Beltz, S 279–303
- Brown LS (1992) A feminist critique of personality disorders. In: Brown LS, Ballon H (Eds), Personality and psychopathology. New York, Guilford, pp 206–229
- Chodorow N (1985) Das Erbe der Mütter. München, Frauenoffensive
- Freytag G (1994) Was ist Feministische Therapie? Zeitschrift für Frauenforschung 12(4): 74–84
- Scheffler S (1994) Konzepte und Vorstellungen vom weiblichen Begehren. Integrative Therapie 20(1–2): 123–138

Worrell J, Remer P (1992) Feminist perspectives in therapy. An empowerment model for women. New York, Wiley

Sabine Scheffler

Fetischismus. → Perversion.

Fetischistischer Transvestitismus. → Transvestitismus.

Figur / Hintergrund. Dieses zentrale Konzept der → Gestalttherapie geht auf Lewin (1917) zurück, der im Zusammenhang mit der → Feldtheorie ein ursprünglich gestalt-psychologisches Konzept auf komplexe Alltagssituationen anwandte: Wir strukturieren Erfahrungen aufgrund von Bedürfnissen durch die Differenzierung in eine oder mehrere Figuren, die sich vor einem Hintergrund abheben (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 1995: 53–64). Hintergrund ist der Teil des gesamten Feldes, der unserem Bewußtsein zugänglich ist. Der Gestalttherapie-Theorie zufolge können sich eine oder mehrere klare Figuren vor einem blassen Hintergrund herausheben, oder die Figuren bleiben schwach und diffus (starke oder schwache → Gestalt). Die Aufmerksamkeit richtet sich solange auf die Figur, bis man sich hinreichend mit ihr auseinandergesetzt hat und sie sich wieder im Feld auflösen kann. Ursprünglich ging man davon aus, daß der Organismus von selbst eine Hierarchie der auftretenden Figuren bildet (→ organismische Selbstregulierung); dieser Auffassung widerspricht, daß normalerweise komplexe Figurkonfigurationen auftauchen, die der bewußten Entscheidungsfindung bedürfen (beispielsweise zwischen verschiedenen gleichzeitig auftretenden Bedürfnissen; Wheeler, 1993: 37–43). Zwischen Figur und Hintergrund entsteht ein Spannungsfeld, aus dem sich die Bedeutung einer Erfahrung ergibt; diese ist Grundlage für unser Handeln. Die Qualität der Figurbildung und -auflösung eines Klienten dient in der Gestalttherapie als Orientierung für Prozeßdiagnostik und für die Reaktionen und Interventionen des

Therapeuten (→ Kontakt; → Organismus-Umwelt-Feld).

Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1995) Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und Modelle aus neuer Perspektive. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Lewin K (1917) Kriegslandschaft. Zeitschrift für angewandte Psychologie 12: 440–447

Wheeler G (1993) Kontakt und Widerstand. Ein neuer Zugang zur Gestalttherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Reinhard Fuhr

Fiktion (→ Individualpsychologie). Vaihingers (1929) neukantianische Philosophie des „Als Ob“, die von der Individualpsychologie rezipiert wurde, faßt subjektive Erkenntnisprozesse als Werkzeug einer pragmatisch nützlichen Lebensbewältigung auf, die keiner objektiven Verifizierung unterliegt. Bestimmend sind jene kognitiven Konstrukte, die als fiktive „Hilfsgebilde“ einen „zweckmäßigen Irrtum“ hervorbringen, der im „wilden Wirrwarr der Empfindungen“ Ordnung schafft. Für Adler entsprechen die Funktionen des → Lebensstils einem Netzwerk von Fiktionen. Zugrundegelegt sind Meinungen, in denen sich prinzipiell eine → private Logik widerspiegelt. Diese verweisen auf ein fiktives Endziel (Ideal), an dem sich die Leitlinien des Sicherungs- und → Überlebensstrebens orientieren. Im gesunden psychischen Leben steht dieses unter dem Einfluß der Gegenfiktion des common sense (→ Gemeinschaftsgefühl). Im psychopathologischen Kontext fehlt diese Korrektur, sodaß der „irrtümliche Charakter“ der „leitenden Fiktion“ verabsolutiert wird (→ nervöser Charakter).

Datler W (1996) Ist der Begriff der Fiktion ein analytischer Begriff? Einige Bemerkungen zur Mehrgliedrigkeit unbewußter Abwehr- und Sicherungsaktivitäten. In: Lehmkuhl U (Hg), Heilen und Bilden – Behandeln und Beraten. Individualpsychologische Leitlinien heute. München, Reinhardt, S 145–156

Vaihinger H [1911] (1986) Die Philosophie des Als Ob. Aalen, Scientia

Wiegand R (1995) Fiktion. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 152–156

Michael Titze

Finalität (→ Individualpsychologie). Adlers betonte Distanzierung von mechanistischen Begriffen und Menschenbildern war von der Überzeugung begleitet, daß menschliches Erleben und Verhalten nicht kausal erklärt und somit als eine unmittelbare Folge determinierender Ursachen begriffen werden kann (→ Aktivität; → Metapsychologie). Um das Erleben und Verhalten von Menschen verstehen zu können, ist es nach Adler vielmehr notwendig, nach den Zielen zu fragen, die ein Mensch als Stellung nehmendes Wesen bewußt und unbewußt verfolgt (→ Fiktion; → Lebensstil). In diesem Sinn begreift die Individualpsychologie menschliches Erleben und Handeln „als dynamisch-zielgerichtet, also unter dem Aspekt der Finalität“ (Antoch, 1981: 29). Heisterkamp (1984: 143) wies zugleich darauf hin, daß die (moralisierende) Weise, in der die klassische Individualpsychologie mitunter nach den Zielen des Erlebens und Handelns von Patienten fragte, die „Einfühlung in die belastenden Insuffizienzerlebnisse und Mangelserfahrungen“ von Patienten erschwerte und oft auch verhinderte (→ individualpsychologische Psychotherapie).

- Antoch RF [1981] (1989) Von der Kommunikation zur Kooperation. Frankfurt/M., Fischer
 Heisterkamp G (1984) „Kriegskosten“ der Finalität. In: Reinelt T, Otálora Z, Kappus H (Hg), Die Begegnung der Individualpsychologie mit anderen Therapieformen. München, Reinhardt, S 142–149
 Seidenfuß J (1995) Finalität/Kausalität. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 156–165

Wilfried Datler

Fixationsmethode (→ Hypnose). Beliebte Technik zur → Tranceinduktion, die es ermöglicht, die visuelle Aufmerksamkeit zu fokussieren. Als Fixationsobjekt kann prinzipiell alles dienen, was sich im Blickfeld befindet. Die Erlebnisse während des Fixierens, die an den Augenreaktionen ablesbar sind, werden im Sinne des → Pacings vom Hypnotherapeuten kommentiert, wodurch eine → Ja-Haltung begünstigt wird. Der nächste Schritt im Sinne des Führens

kann die offene, direkte oder indirekte → Suggestion einer vertieften Entspannung und das Schließen der Augen sein.

- Kossak H (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union [bes. S 115–127]
 Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. 2., korrig. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Hans Kanitschar

Fixierte Bilder. Im Tagtraum der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie (KIP) treten neben gesunden Anteilen naturgemäß auch Störungszeichen auf, darunter die fixierten Bilder. Es sind dies einzelne Bilder, Bildagglomerate oder szenische Abläufe, die hinsichtlich ihres Inhalts oder ihrer zugrundeliegenden Ausdrucksstruktur über längere Zeitstrecken, Tage, Wochen und Monate hinweg feststehen. Wenn sie in diesen Abständen wiederholt eingestellt werden, können sie unverändert, häufig bis ins letzte Detail fixiert, wiederkehren. Versuche zu ihrer Überwindung, die zu früh gestartet werden, führen nur selten oder nie zu ihrer Auflösung, eher vielmehr zu einer entscheidenden Wandlung im Sinne der Steigerung des → Widerstandes gegen den Versuch ihrer Überwindung. Insofern zählen fixierte Bilder zu den Verhinderungsmotiven. Fixierte Bilder signalisieren neurotische Konfliktkonstellationen und sind daher in der KIP Gegenstand therapeutischer Beobachtung und direkter oder indirekter Bearbeitung. Eine Auflösung wird im therapeutischen Prozeß durch Bearbeitung der neurotischen Konflikte auf der Bildebene und auf der Ebene des tiefenpsychologisch orientierten Gesprächs, beispielsweise durch stimmige Deutung zur richtigen Zeit, eingeleitet. Im Gegensatz zu den fixierten Bildern stellen die „fluktuierenden Bilder“ wiederum Einzelbilder, Bildaggregate oder szenische Abläufe dar, die ihren Inhalt bzw. ihren Ablauf beim Wiederaufsuchen wandeln und weiterentwickeln. Ihr Wandel kann häufig als ein Schritt in Richtung einer therapeutischen Progression der katathymen Szenen verstanden werden.

Leuner HC (1970) *Katathymes Bilderleben. Grundstufe*. Stuttgart, Thieme
Leuner HC [1985] (1994) *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie*. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Hans Kanitschar

Fixierung (→ Psychoanalyse). Freud beschreibt drei Hauptmodalitäten der kindlichen Sexualität (→ psychoanalytische Phasenlehre): die orale, die anale und die phallische. In jeder dieser Phasen wird ein bevorzugtes → Objekt libidinös besetzt bzw. eine phasenspezifische Befriedigungsart bevorzugt. Im Laufe der Entwicklung verschiebt sich die libidinöse → Besetzung von einem Körperteil der jeweils dominanten Phase auf den nächsten. Bei gelungener psychosexueller Entwicklung ist eine Integration der Partialtriebe aus diesen 3 Phasen in einer reifen genitalen Sexualität möglich. Freud bringt die Libidotheorie (1905) in Zusammenhang mit der Fixierung und erklärt einige sexuelle Aktivitätsformen bei → Perversionen mit einer Fixierung der → Libido an ein prägenitales Objekt bzw. auf eine prägenitale Aktivitätsform. Im Zusammenhang mit der Fixierung ist auch die → Regression von Bedeutung. Sie ist das Gegenteil der entwicklungsentsprechenden Anknüpfung der Libido an neue Objekte, sie ist ein Rückzug auf die → Besetzung eines früheren Zeitpunkts der Entwicklung, auf archaische Objekte, Aktivitäten und Erfahrungen.

Brenner C (1972) *Grundzüge der Psychoanalyse*. Frankfurt/M., Fischer
Freud S [1905] (1982) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. V: *Sexualleben*. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Eleonore Schneiderbauer

Fixierung (in der → Transaktionsanalyse) In der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse werden Fixierungen als ein komplexes System von Verarbeitungs- und Abwehrprozessen verstanden (Springer, 1997), bei denen die Entwicklungsstrebungen zugunsten der Aufrechterhaltung

des physischen Lebens und der Beziehungen zu anderen gehemmt werden oder zum Stillstand kommen. Fixierungen entstehen in konflikthafter Situationen mit bedeutsamen Personen, die nur mit den eigenen Mitteln, die in der entsprechenden Entwicklungsphase zur Verfügung stehen, bewältigt werden, ohne daß die Bezugspersonen entwicklungsfördernde Unterstützung (→ Cathexis-Konzepte) geben. Dadurch können notwendige Entwicklungsschritte nicht oder nur ungenügend stattfinden. Fixierungen stellen die pathogenen Anteile der Archeopsyché (→ Ich-System) dar. Sie sind mit so hoher Energie (Affekten) besetzt, daß sie von den neopsychischen Funktionen nicht angemessen modifiziert werden können und sich u. a. im Beziehungsgeschehen als Kind-Ich-Zustände (→ Ich-Zustände) entfalten. Die spezifische gegenwärtige Situation wird dann so wahrgenommen und gestaltet, wie sie den kognitiven und emotionalen Fähigkeiten entspricht, in deren Entwicklungsstadium die Fixierung entstanden ist. Fixierungen entstehen im Beziehungsgeschehen und können nicht von den → Introjektionen getrennt gesehen werden; beide Vorgänge laufen parallel ab. Ähnlich wie in der → Psychoanalyse wird auch in der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse zwischen Fixierungen an Teilobjekten, Fixierungen auf einer Organisationsstufe der Entwicklung, Fixierungen an ein Objekt oder an einen Typus der Objektwahl und Fixierungen an ein traumatisches Erlebnis unterschieden.

Berne E [1961] (1998) *Transactional analysis in psychotherapy*. New York, Grove Press
Erskine RG, Moursund JP (1991) *Kontakt. Ich-Zustände. Lebensplan. Integrative psychotherapy in action*. Paderborn, Junfermann
Springer G (1997) *Grundlagen einer phasenspezifischen Skripttheorie*. *Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse* 3(1–2): 3–33

Ingo Rath

Flooding. → Reizkonfrontation; → Exposition; → Verhaltenstherapie.

Focusing. Von Eugene T. Gendlin geprägter Name für eine bestimmte Art und Weise, mit dem eigenen, von innen gefühlten → Körper in Beziehung zu treten. „Focusing nenne ich die Zeit (ein paar Sekunden oder Minuten), in der ich mit etwas bin, das ich im Körper spüre – zwar noch vage, aber ich weiß schon, daß es etwas mit meinem Leben zu tun hat“ (Gendlin, 1993: 9). Das vage, noch unklare, aber körperlich schon Gespürte, das sich immer auf etwas im Leben bezieht, nennt Gendlin → Felt Sense. Aus dem → Verweilen mit dem Felt Sense ergeben sich Schritte der Veränderung (→ Experiencing; → Fortsetzungsordnung). Gendlin hat die Bedingungen, Haltungen und unterstützenden Verhaltensweisen für das Zustandekommen dieser Veränderungsschritte genau untersucht und beschrieben. Daraus hat sich Focusing als eine Methode entwickelt, die inzwischen in vielen persönlichen und beruflichen Bereichen Anwendung findet (Entspannung und Streßreduktion, Kreativität und Kunst, Organisation und Management, Pädagogik und Didaktik, Spiritualität und Meditation, Alltags- und Problembewältigung, Beratung und Gruppenarbeit u. v. m.). Am weitesten ausgebaut ist Focusing in der Selbsthilfe (z. B. → Partnerschaftliches Focusing), in der Psychotherapie (→ Focusing-Therapie) und als phänomenologische Methode in der Philosophie (→ After Post-Modernism; → Phänomenologie). Focusing hat seine Wurzeln einerseits im → Personenzentrierten Ansatz und in der → Klientenzentrierten Psychotherapie (Gendlin war viele Jahre Schüler und Mitarbeiter von Carl Rogers und dann sein Nachfolger an der Universität Chicago), andererseits in der phänomenologischen und existentiellen Philosophie (v. a. Dilthey, Husserl und Heidegger), aber auch in Wittgensteins Sprachphilosophie und im amerikanischen Pragmatismus. Besonders als Forschungsdirektor des sogenannten Wisconsin-Projektes hat Gendlin aus den klinischen Erfahrungen der Klientenzentrierten Therapie mit unmotivierten und psychotischen Patienten weiterführende Schlüsse hinsichtlich therapeutischer Einstellungen (→ Achtsamkeit; → Absichtslosigkeit) und Verhaltensweisen (→ Begleiten; → Frei-

raum; → Response), aber auch hinsichtlich der Formulierung einer eigenständigen Theorie des Erlebens und seiner Veränderung (→ Experiencing) gezogen. Entscheidend für die Ausarbeitung von Focusing als Methode war die von ihm und Mitarbeitern empirisch untersuchte Fragestellung, ob und wie man erfolgreiche Therapien schon frühzeitig von erfolglosen unterscheiden könne. Er fand, daß das signifikante Vorhersagekriterium weder die vom Therapeuten angewandte Technik, noch die vom Klienten vorgebrachten Inhalte sind, sondern die Art und Weise, wie sich der Klient auf sein Erleben bezieht: ob er Bezug nimmt zu den noch unklaren, aber schon gespürten Aspekten seines Erlebens (→ implizit), oder bloß zu den schon expliziten Erlebensinhalten. Da dies schon aus den Tonbandaufnahmen und Transkripten der zweiten Therapiesitzung ablesbar war, mithin „erfolglose“ Klienten schon zu Therapiebeginn identifizierbar waren, entwickelte er Methoden, diese erfolversprechende Art und Weise des Bezugnehmens zum eigenen Erleben auch für diese Klienten lehr- und lernbar zu machen. Seither wird Focusing in vielen Ländern der Welt innerhalb und außerhalb des psychotherapeutischen Kontexts unterrichtet und praktiziert.

- Cornell AW (1997) Focusing – der Stimme des Körpers folgen. Hamburg, Rowohlt
 Gendlin ET [1978] (1998) Focusing. Hamburg, Rowohlt
 Gendlin ET (1993) Focusing ist eine kleine Tür. Würzburg, DAF
 Gendlin ET, Wiltschko J (1999) Focusing in der Praxis. Stuttgart, Pfeiffer
 Iberg J [1981] (1987) Focusing. In: Corsini RJ (Hg), Handbuch der Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, S 231–258
 Siems M (1986) Dein Körper weiß die Antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung. Hamburg, Rowohlt

Johannes Wiltschko

Focusing, partnerschaftliches. → Partnerschaftliches Focusing.

Focusing-Therapie. Von Johannes Wiltschko und Klaus Renn 1988 eingeführter Name für eine personenzentrierte Form der Psychotherapie, die auf den philosophischen, psychologischen und psychotherapeutischen Arbeiten Eugene Gendlins beruht und diese weiterführt. Gendlin hat seine eigene Weiterentwicklung der → Klientenzentrierten Psychotherapie zunächst → „Experientielle Psychotherapie“ (1973), später „Focusing-Oriented Psychotherapy“ (1996) genannt. Während man → Focusing als methodisches Element in jede Art von Psychotherapie integrieren kann (wobei dieses Element natürlich auch das Ganze verändert), ist Focusing-Therapie eine bestimmte Art und Weise, andere Methoden auf der Basis des von Gendlin beschriebenen Prozesses der Persönlichkeitsveränderung (→ Experiencing) zu integrieren. Focusing-Therapie ist keine weitere psychotherapeutische Methode, sondern ein Metamodell für eine integrative, am Erleben, am Körper, am Lebensprozeß und an der Beziehung orientierte Psychotherapie. Die Focusing-Therapie entwickelt methodisch spezifische „avenues“ (Zugänge) zu den verschiedenen Modalitäten, in denen Personen erleben und handeln (→ Erlebensmodalitäten): Sie arbeitet nicht nur verbal mit dem vom Klienten verbal Geäußerten (→ Gesprächspsychotherapie), sondern auch unmittelbar körperlich mit dem nonverbalen Ausdruck und mit körperlichen Vorgängen des Klienten (mit seiner Haltung, Bewegung, Atmung, Stimme etc.; → Körper, Körperarbeit), mit → Träumen und → Imaginationen (auch mit Hilfe von kreativen Medien), mit Handlungen (Experimenten) und zunehmend auch mit → Systemen (Paare, Familien). Essentiell für Focusing-Therapie sind u. a. folgende Positionen: 1. Erlebensprozesse sind immer Beziehungsprozesse; der (interpersonale) therapeutische Beziehungsprozeß und die (intrapersonalen) Erlebensprozesse des Klienten und des Therapeuten sind ein Lebensprozeß; damit ist das Erleben des Therapeuten ein unmittelbarer Aspekt des Gesamtprozesses. 2. Der Körper impliziert den nächsten Schritt im Sinne der → Fortsetzungsordnung; der Therapeut enthält sich daher radikal jeglichen konzept-

geleiteten Dirigierens des Prozesses; er ermöglicht vielmehr der Fortsetzungsordnung durch Raumschaffen (→ Freiraum), achtsames → Verweilen und absichtsloses → Begleiten, ihre Wirksamkeit zu entfalten. 3. Das Erkennen von und Umgehen mit → strukturgebundenen Erlebens- und Verhaltensweisen des Klienten (also mit demjenigen Erleben und Verhalten, das am Experiencing-Prozeß nicht teilnimmt) ist unumgänglicher Bestandteil der Focusing-Therapie.

- Gendlin ET (1973) Experiential psychotherapy. In: Corsini R (Ed), Current psychotherapies. Itasca, Peacock, pp 317–352
Gendlin ET [1996] (1998) Focusing-Orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. München, Pfeiffer
Gendlin ET, Wiltschko J (1999) Focusing in der Praxis. Stuttgart, Pfeiffer
Wiltschko J (1991) Anfänger-Geist. Hinführungen zur Focusing-Therapie I. Würzburg, DAF
Wiltschko J (1992) Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF
Wiltschko J (1995) Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF

Johannes Wiltschko

Förderung und Heilung, Vier Wege der. → Vier Wege der Heilung und Förderung; → Integrative Therapie.

Formale Denkstörungen. → Schizophrener Formenkreis.

Formative Tendenz (→ Personenzentrierter Ansatz). Von C. Rogers im letzten Jahrzehnt seines Lebens thematisierte umfassende Tendenz des Universums, Ordnungen auf der Basis komplexer Wechselwirkungen zu entfalten (vgl. Rogers, 1979). Die üblicherweise im klientenzentrierten Ansatz als zentrales Entwicklungsprinzip formulierte → Aktualisierungstendenz des → Organismus (deren Teil wiederum die → Selbstaktualisierungstendenz ist) wäre danach nur ein Teilaspekt dieser formativen Tendenz. Vorstellungen und Konzepte solcher allgemeinen formgebenden Prinzipien

en finden sich in zahlreichen Denktraditionen unterschiedlicher Kulturen und Epochen – so z. B. das Formprinzip „Entelechie“, das dem Stofflichen (wenn auch besonders dem Organismus) seine Form gibt, bei Aristoteles und, in diesem Jh., bei H. Driesch. Die um 1950 gemeinsam von dem Psychologen C.G. Jung und dem Nobelpreisträger für Physik W. Pauli entwickelte (neuere) Konzeption sogenannter → Archetypen, als anordnende Faktoren sowohl im Bereich des Psychischen wie des Physischen, war Rogers vermutlich nicht bekannt. Doch hat er den rasanten Bedeutungszuwachs formativer Tendenzen bei unterschiedlichen Systemen in den „harten“ Naturwissenschaften zur Kenntnis genommen und sich z. B. explizit auf Prigogine bezogen, der 1977 den Nobelpreis für Chemie für eine solche Konzeption („dissipative Strukturen“) erhalten hatte. In der gegenwärtigen naturwissenschaftlichen Debatte spielt die Beschreibung und Erforschung formativer Tendenzen eine zentrale Rolle im Rahmen der → Selbstorganisationstheorien und der → Systemtheorien (vgl. Kriz, 1997).

Kriz J (1997) Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien, Facultas

Rogers CR [1979] (1981) Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. Kap. 3: Die Grundlagen eines personenzentrierten Ansatzes, S 65–84]

Jürgen Kriz

Formelhafte Vorsatzbildung (→ Autogenes Training). Dem posthypnotischen Auftrag (→ posthypnotische Suggestion) vergleichbarer Versuch, im Unbewußten eine „Absicht“, ein Verhalten zu installieren, das danach „ohne willkürlich spannendes Zutun der Versuchsperson“ (I.H. Schultz) ausgeführt wird. Ähnlichkeiten mit der Methode von Coué bestehen vor allem in der Betonung der Selbstständigkeit des Patienten, in den von den Übenden oft gewählten Formeln und in der Regelmäßigkeit des Übens. Bereits 1930 haben die amerikanischen experimentellen Psychologen Hull und Huse nachgewiesen, daß der Effekt einer im Trancezustand gegebenen Sugge-

stion 2½-fach schneller eintritt als im Wachzustand Suggestiertes (→ Trance). Im allgemeinen müssen die Formeln wochenlang fast automatisch (aber nicht „entleert“) geübt werden, bis der gewünschte Effekt (etwa: „besser Ordnung halten“) eintritt. Die Formel kann „organspezifisch“ sein, also eine Organfunktion betreffen, die für den Einzelfall erwünscht ist; sie kann Einzelverhaltensweisen im erwünschten Sinn beeinflussen, aber auch eine Persönlichkeitsveränderung zum Ziel haben, die etwa das soziale Verhalten betrifft („Ich sehe den anderen“). Man nennt diesen Bereich der → Autogenen Psychotherapie auch „Autogene Modifikation“ bzw. „Mittelstufe“.

Kraft H (1996) Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. Stuttgart, Hippokrates [bes. S 135f]

Krampen G (1992) Einführungskurse zum Autogenen Training. Göttingen, Verlag für Angewandte Psychologie [bes S 38]

Schultz IH [1932] (1970) Das autogene Training. 13. Aufl. Stuttgart, Thieme

Thomas K (1989) Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trainings (nach I.H. Schultz). Formelhafte Vorsatzbildung und Oberstufe. Stuttgart, Thieme

Heinrich Wallnöfer

Formeln (des → Autogenen Trainings. Vorstellungen, die in konditionierender Weise dazu führen sollen, daß der Übende sich Schritt für Schritt in den autogenen Zustand, zur „konzentrativen“ → „Umschaltung“ gleiten läßt („Jedes aktive Bemühen hebt die Arbeit in sich auf“). Die Ruhetönung, „Ich bin ganz ruhig“, die der Übende vor dem Erlernen des Autogenen Trainings erprobt, ist keinesfalls eine „Ruheübung“. Sie ist ausschließlich dazu bestimmt, dem Übenden und dem Trainer Einblick zu geben, wie diese individuelle Übungsperson Ruhe innerlich vergegenwärtigen kann (oder nicht kann). Die Formeln werden etwa 6mal geübt. Dann wird die „Ruheformel“ als Zielvorstellung einmal eingeblendet. Sie begleitet den Übenden durch das ganze Training. Ruhe und Entspannung sollen keine Folge der Ruhesuggestion, sondern eine Funktion der

Schwere und später der vegetativen Umschaltung sein. Die erste Formel der → Grundstufe lautet: „Der rechte Arm ist ganz schwer“ (oder der linke, je nach Händigkeit; nicht „mein“ Arm, zumal eine „Ent-Ichung“ angestrebt wird). Nach der Schwere des einen Armes, die sich sofort generalisieren kann, übt man beide Arme. Weitere Einstellungen: „Das Herz schlägt ruhig und kräftig“; „Die Atmung ist ruhig und gleichmäßig“; „Das Sonnengeflecht ist strömend warm“ (später austauschbar mit „Der Leib oder der Bauch ist strömend warm“); „Die Stirn ist angenehm kühl“. Alle Formeln müssen an die Bedürfnisse des Übenden angepaßt werden (→ Formelhafte Vorsatzbildung). Die Formeln der → Oberstufe (I.H. Schultz, K. Thomas) bzw. der analytischen Oberstufe (→ Oberstufe, analytische): Beginn mit Einstellung auf eine „freie Farbe“, der „Eigenfarbe“ („Vor meinem inneren Auge entwickelt sich eine Farbe“). Dann eine vom Übenden (oder vom Versuchsleiter) vorgegebene Farbe; „Gegenständliches“: Würfel, Kreis, Dreieck, eine „Meeres“-Übung und eine „Berg“-Übung mit selbst gewählter Formel, das „Ansehen“ einer Person, die Einstellung eines abstrakten Begriffes, das Aufkommenlassen eines Gefühls und die – für alles offene – „Frage an das → Unbewußte“. Dabei ist trotz aller Vorgaben ein „strenges Individualisieren“ unerlässlich, soll die Therapie „autogen“ bleiben.

Kraft H (1996) Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. Stuttgart, Hippokrates

Thomas K (1989) Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trainings (nach I.H. Schultz). Formelhafte Vorsatzbildung und Oberstufe. Stuttgart, Thieme

Heinrich Wallnöfer

Formenkreis, hysterischer. → Hysterie.

Formenkreis, manisch-depressiver.

→ Manisch-depressiver Formenkreis; → Psychose; → Psychosenpsychotherapie.

Formenkreis, schizophrener. → Schizophrener Formenkreis; → Psychose; → Psychosenpsychotherapie.

Fortbildung, psychotherapeutische.

Darunter wird eine Vertiefung der psychotherapeutischen → Ausbildung oder auch → Weiterbildung verstanden, wobei hier auch einzelne Veranstaltungen ohne curricularen Charakter in Betracht kommen. In einem gewissen Ausmaß kann hier von einer Berufspflicht von Psychotherapeuten ausgegangen werden, unter Beachtung methodenspezifischer Weiterentwicklungen und allgemeiner aktueller, für die Anwendung der Psychotherapie relevanter Entwicklungen und Erkenntnisse eine regelmäßige Fortbildung zu gewährleisten.

Kierein M (1992) Begriffsbestimmungen von Aus-, Weiter- und Fortbildung. Psychotherapie Forum 0: 42

Michael Kierein, Gerhard Stumm

Fortbildungssupervision. → Supervision; → Supervision, psychotherapeutische.

Fortsetzungsordnung. Gendlins Terminus „the order of carrying forward“, von J. Wiltschko mit Fortsetzungsordnung übersetzt, nimmt einen zentralen Platz in Gendlins Philosophie ein und ist auch für das Verständnis von therapeutischen Prozessen grundlegend. Im → Focusing wird die Fortsetzungsordnung unmittelbar erfahrbar. Das Konzept „Fortsetzen“ (carrying forward) bezeichnet eine bestimmte erlebte Beziehung zwischen expliziten Worten/Handlungen/Ereignissen und implizitem körperlichem Erleben (→ Felt Sense; → Experiencing): Es meint das Erleben, das wir haben, wenn Worte/Handlungen/Ereignisse einen Felt Sense verändern, weitertragen, fortsetzen. Das Fortsetzen geschieht auf wohlgeordnete Art und Weise. Ein Felt Sense impliziert bestimmte Worte/Handlungen/Situationen, d. h., er weist auf etwas hin, das noch nicht zu Ende ist, das weiter-

getragen und fortgesetzt werden muß. Die Fortsetzungsschritte folgen nicht logisch aus dem, was schon da ist, dennoch sind sie nicht diskontinuierlich, beliebig und zufällig. Auf jede (explizite) Hypothese antwortet das Erleben verschieden (→ implizit), aber spezifisch und präzise und mit mehr, als aus der Hypothese allein hätte folgen können. Die Fortsetzungsordnung ist also eine Ordnung, die nicht explizit geformt, die nicht inhaltlich, die nicht fertig ist und die viele verschiedene Fortsetzungen ermöglicht – aber nicht willkürlich, sondern immer nur ganz präzise.

Gendlin ET (1989) Phenomenology as non-logical steps. In: Kaelin EF, Schrag CO (Eds), *Analecta Husserliana*, vol. XXVI. Dordrecht, Kluwer, pp 404–410

Gendlin ET (1991) Thinking beyond patterns. Body, language and situations. In: denOuden B, Moen M (Eds), *The presence of feeling in thought*. New York, Peter Lang

Gendlin ET (1993) Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 41(4): 693–706

Gendlin ET (1994) Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen. Würzburg, DAF

Gendlin ET, Wiltchko J (1999) *Focusing in der Praxis*. Stuttgart, Pfeiffer

Johannes Wiltchko

Fragen (hypothetische, lineale, reflexive, zirkuläre, zukunftsorientierte, Wunderfrage; → Systemische Therapie). Fragen erfordern Antworten und eröffnen damit Raum für das Entwickeln neuer Sichtweisen. Fragen, die in der Systemischen Familientherapie verwendet werden, lassen sich nach Tomm (1988/89) nach den Absichten und den Annahmen, die sich dahinter verbergen, differenzieren: Fragen mit Orientierungsabsicht (orienting questions) haben das Ziel, die Befragten und ihre Situation zu verstehen. Fragen mit beeinflussender Absicht (influencing questions) haben die Absicht, zu verändern. Steht hinter der Frage eine lineare Annahme, vermutet der Fragende bei den zu klärenden Sachverhalten einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang. Zirkuläre Annahmen implizieren demgegenüber Vermutungen zirkulärer

oder kybernetischer Zusammenhänge. Aus diesen Unterscheidungen ergeben sich vier Hauptgruppen von Fragen: Lineale Fragen mit untersuchender Orientierungsabsicht und linearen Ursache-Wirkungs-Annahmen. Zirkuläre Fragen mit exploratorischer Orientierungsabsicht und zirkulären Annahmen: Es wird versucht, etwas über Muster und Zusammenhänge, die Personen, Handlungen, Wahrnehmungen, Gefühle, Ereignisse miteinander verknüpfen, herauszufinden (→ Problemsystem). Gefragt wird nach den eingeschätzten Beziehungsaspekten an- und abwesender Personen zu dem Befragten und zueinander (Beispiel: Was denkt Ihre Schwester über das Problem, das Ihr Vater mit Ihrer Mutter hat?). Die Vorteile zirkulärer Fragen bestehen u. a. darin, daß der Befragte eigene Beziehungszusammenhänge beobachtet und als Interpret gefragt wird, was zu einer Distanzierung von der unmittelbaren Betroffenheit durch das Problem beitragen kann. Mittels reflexiver Fragen bemüht sich der Therapeut auf der Basis seiner zirkulären Annahmen darum, die Befragten durch neue Ideen so anzuregen, daß sie selbst alternative Optionen erkennen und Sichtweisen ausprobieren können. Zukunftsorientierte und hypothetische Fragen sind eine bestimmte Art reflexiver Fragen, die Klienten dazu anregen, sich mehr mit zukünftigen als mit gegenwärtigen oder vergangenen Perspektiven zu beschäftigen bzw. hypothetische Möglichkeiten zu reflektieren. Die sogenannte Wunderfrage (Miracle Question) wurde von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg im Rahmen der lösungsorientierten Kurztherapie (→ Lösungsorientierung) entwickelt („Angenommen, in der Nacht passiert ein Wunder und das Problem ist weg – was wäre dann anders?“). Im Anschluß daran wird genau exploriert, was nach dem Wunder anders sein wird: eine Konkretisierungshilfe, wie sich Klienten den Zustand nach Auflösung des Problems vorstellen.

de Shazer S (1989) *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg, Carl Auer

Tomm K (1988/89) *Das systemische Interview als Intervention: Teil I: Strategisches Vorgehen als vierte Richtlinie für den Therapeuten*. Sy-

stem Familie 1(3): 145–159 [1988]; Teil II: Reflexive Fragen als Mittel zur Selbstheilung. System Familie 1(4): 220–243 [1988]; Teil III: Lineale, zirkuläre, strategische oder reflexive Fragen. System Familie 2(1): 21–40 [1989]
Tomm K (1994) Die Fragen des Beobachters: Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie. Heidelberg, Carl Auer

Sabine Klar, Gerda Klammer

Fragmentierung (→ Selbstpsychologie). Fragmentierung bedeutet Regression des Selbst in Richtung verminderter Kohäsion, durchlässigerer Grenzen, verminderter Energie und Vitalität und einer Störung des inneren Gleichgewichts. Fragmentierung kann in verschiedenen Schweregraden und nicht notwendig in jedem Sektor der Persönlichkeit auftreten. Eine kurzfristige und leichte Fragmentierung wird Desintegration genannt. Der Zustand des Selbst (self state) kann mittels → Introspektion und → Empathie erfaßt werden. Kohut (1968) beobachtete bei Patienten mit narzißtischen Persönlichkeitsstörungen (→ narzißtische Störungen), daß diese Symptome entwickelten, wenn sie sich nicht empathisch verstanden fühlten. Das Erleben der empathischen Antwort des Therapeuten kann als → Selbstobjekterfahrung verstanden werden. Da die Erfahrung eines sich auflösenden Selbst unerträglich ist, können Patienten → Sexualisierungen und Aggressivierungen (→ Aggression) als defensive Mechanismen einsetzen, um einer drohenden Fragmentierung zu entgehen. Wenn die Fragmentierung ohne Einhalt fortschreitet und sich über alle Schranken hinwegsetzt, kommt es zu einem psychopathologischen Zustand, den wir üblicherweise „Psychose“ nennen (Wolf, 1996).

Kohut H [1968] (1975) Die psychoanalytische Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. In: Kohut H, Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 173–204

Milch W, Hartmann H-P (1996) Zum gegenwärtigen Stand der Psychoanalytischen Selbstpsychologie. Psychotherapeut 41: 1–12

Wolf ES [1988] (1996) Theorie und Praxis der

Psychoanalytischen Selbstpsychologie. Frankfurt/M., Suhrkamp

Wolfgang Milch

Fraktionierte Trance (→ Hypnose). Form der Tranceinduktion, bei der der Klient wechselweise in die → Trance hinein- und wieder hinausgeführt wird, mit dem Effekt wachsender Vertiefung der Trance. Durch die Möglichkeit der Reflexion und Selbstkontrolle zwischen den Trancephasen wächst die Vertrautheit mit diesem Vorgang, und es kann relativ rasch ein ratifizierbarer Trancezustand erreicht werden. Wird vor allem zu Beginn hypnotherapeutischer Arbeit bei Klienten mit erhöhtem Selbstkontroll- und Sicherheitsbedürfnis angewandt.

Erickson M, Rossi EL, Rossi S (1986) Hypnose. München, Pfeiffer

Hans Kanitschar

Frauen, Gewalt gegen. → Gewalt gegen Frauen.

Frauengruppen (aus feministischer Sicht). Vor dem Hintergrund der antiautoritären Studentenbewegung (1968) entstanden die ersten Frauengruppen („Weiberräte“). Durch die gemeinsame Reflexion der widersprüchlichen Situation der Frauen entstand Bewußtsein darüber, daß Politik als eigene Subjektwerdung zu begreifen ist. Ausdruck davon war der zentrale Leitsatz: „Das Persönliche ist politisch.“ Mit der Untersuchung des Reproduktionsbereiches wurden als wesentliche Strategien der Frauenunterdrückung sexualisierte → Gewalt, Ehe, Mutterschaft, Liebe, traditionelle Sexualbeziehungen und sexistische Ideologien aufgedeckt. Es entstanden eine Vielzahl von Gruppen zu den verschiedensten Themen, in denen Frauen gleichzeitig an explizit theoretischen und politisch-praktischen Zielen, an ihrer unmittelbar persönlichen Selbstfindung und an den Beziehungen untereinander arbeiteten. Arbeitsprinzipien waren antihierarchische Grundhal-

tung, Parteilichkeit und autonome Organisationsformen. Es entstand eine breite Frauenselbsthilfebewegung mit einer starken Auseinandersetzung um Politik und Professionalität. Mit zunehmender Professionalisierung wurden Selbsterfahrungsgruppen theoretisch aufgearbeitet und mit therapeutischen Methoden und Reflexionen ausgestattet. Entwicklungsweisend stellten Sheila Ernst und Lucy Goodison einen Zusammenhang zwischen Selbsthilfe, Gruppenarbeit und → Feministischer Therapie her und arbeiteten ein Konzept für angeleitete Gruppen aus. Gleichzeitig wurden Frauen- und Lesbenprojekte in allen Lebens- und Arbeitsbereichen, die die autonome Organisationsform der ersten Frauengruppen weiterführten, entwickelt. Ziele von Frauenselbsterfahrungsgruppen waren und sind: Bewußtseinsänderungen durch Erkennen der eigenen Lage, Erlernen neuer Verhaltensweisen, Stärkung des Selbstbewußtseins, Schaffung und Entwicklung von Solidarität, Abbau von Ängsten und Identitätsbildung.

Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis
Heft 17 (1986) Neue Heimat Therapie. Hg.
von Sozialwissenschaftliche Forschung und
Praxis für Frauen e.V., Köln
Ernst S, Goodison L (1982) Selbsthilfe Therapie:
ein Handbuch für Frauen. Berlin, Verlag
Frauenoffensive

Margot Scherl

Free Breathing. Ein Überbegriff für verschiedene Formen der → Atemtherapie, die erweiterte Bewußtseinszustände zum Zweck der persönlichen und sozialen Integration einsetzen, wobei diese Zustände sanft über den Atem induziert werden. Free Breathing beruht auf der Erkenntnis der Wichtigkeit des spontanen und natürlichen Atemmusters, das üblicherweise im Lauf der psychischen Entwicklung der Kindheit infolge von Spannungen in den Ich-Instanzen verloren geht und durch angespannte, bewußt oder unbewußt kontrollierte Atemmuster ersetzt wird. Der erste Aspekt einer Free-Breathing-Sitzung beschäftigt sich mit der Befreiung der natürlichen Atemmuster von der bewußten oder unbewußten Kontrolle, die dem Klienten Erfahrun-

gen im physiologischen und psychologischen Bereich bringt. Der zweite Aspekt der Sitzung liegt in der Harmonisierung der persönlichen und transpersonalen Erfahrungen des Klienten durch die Integration der persönlichen und transpersonalen Ebenen des Atems, d. h. in der Harmonisierung von „ich atme“ mit „es atmet mich“ (im → Autogenen Training handelt es sich um eine Erfahrung, die durch den „formelhaften Vorsatz“ bewirkt werden soll, während bei Free Breathing diese Erfahrung spontan auftritt und nachträglich so verbalisiert werden kann). Free Breathing verwendet verschiedene körperorientierte Techniken (→ Bioenergetische Analyse / Bioenergetik), um die Aktivierung von verdrängtem Material zu verstärken, sowie Techniken aus den Bereichen der → Kunst- und → Tanztherapie, um die Integration zu unterstützen. Ausführliche wissenschaftliche Forschungen zu den physiologischen und psychologischen Wirkungen von Free Breathing, die v. a. in Moskau und St. Petersburg durchgeführt wurden, zeigten vielfältige ermutigende Ergebnisse, insbesondere bei → Depression, → Borderline-Persönlichkeitsstörungen und körperlichen Leiden.

Gorsky S (1996a) Durchbruch mit Atmen – physiologisch erklärt. Erste Österreichische Rebirther Zeitung 2: 2–7

Gorsky S (1996b) Die Evolution des Selbst. Lebensbaum und Zweite Geburt. Erste Österreichische Rebirther Zeitung 2: 8–18

Sergei Gorsky

Freies Assoziieren, freie Assoziation

(→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Freud entdeckte das Verfahren der freien Assoziation im Anschluß an seine Bemühungen, unbewußte Inhalte mit Hilfe von Hypnose und Suggestion zu erforschen. Der spontane Ausdruck sollte einen besseren Zugang ermöglichen als die Konzentration auf das Aufspüren eines pathogenen Elementes. Dieser entscheidende Schritt in Richtung auf die Eröffnung eines Freiraumes wurde allerdings dadurch seines kreativen Potentials beraubt, daß „freies Assoziieren“ zum Gebot gemacht wurde. Das

sogenannte „freie Assoziieren“ wurde in Verbindung mit der → Grundregel als Basis der Tätigkeit des Patienten in der Psychoanalyse gesehen. Ihm sollte die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ des Analytikers entsprechen. Die Freudsche Vorstellung vom → Primär- und vom → Sekundärprozeß bildet die theoretische Basis dafür. Triebderivate erreichen die Schwelle des Bewußtseins – am Übergang zwischen Primärprozeß und Sekundärprozeß – im freien Assoziieren. Die Interpretation soll diesen Schritt ermöglichen und so zum Bewußtwerden insbesondere der pathogenen Fantasien führen. „Freies Assoziieren“ in der klassischen Analyse, weil mit der Grundregel „Alles sagen zu müssen, was einem gerade einfällt“ ist allerdings „unfreies Assoziieren“ (R.D. Stolorow). Alles andere wird ja als → Widerstand gedeutet. Das heißt, die „freie Assoziation“ muß 1. von der Grundregel befreit und muß 2. in umfassendem Sinn verstanden werden: Alles, was der Patient in die analytische Beziehung einbringt, ebenso freilich wie alles, was der Analytiker beiträgt, ist als „Assoziation“ zu verstehen. Beides wird mehr oder weniger „frei“ sein. Die Ergebnisse der → Säuglingsforschung rechtfertigen die Freudsche Entdeckung und Notwendigkeit der Anwendung des freien Assoziierens: In der freien Assoziation werden durch die leichte Verschiebbarkeit der Elemente von Erleben die Bedingungen wieder hergestellt, die am Beginn des Lebens die Organisation von Erleben und damit Symbolisierung und letztendlich → psychische Struktur ermöglichen. Therapie auf der Basis der freien Assoziation bedeutet also zuerst Wiederherstellung der Bedingungen, die die „Natur“ für die Organisation von Erleben vorgibt. In einem zweiten Schritt ist damit auch die Möglichkeit der Veränderung von behindernden Organisationsformen gegeben. Dementsprechend vertritt die Selbstpsychologie den Standpunkt: Freies Assoziieren erfolgt von selbst am Ende einer Analyse Hand in Hand mit dem Aufbau und der Konsolidierung der Persönlichkeit (des Selbst) schrittweise durch ein empathisches Vorgehen, das die behinderten Bereiche der Persönlichkeit zur Entwicklung kommen läßt. Die Grund-

regel freilich behindert eben diesen Aufbau des → Selbst. Das Festhalten an ihr führt zum „unfreien Assoziieren“.

Freud S [1904] (1982) Die Freudsche psychoanalytische Methode. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 99–106

Freud S [1906] (1941) Tatbestandsdiagnostik und Psychoanalyse. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 7. Frankfurt/M., Fischer, S 1–15

Greenson RR [1967] (1975) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 45f.]

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 77f

Erwin Bartosch

Freie Gruppenassoziation. → Gruppenassoziation, freie; → Gruppenpsychoanalyse.

Freiheit (→ Daseinsanalyse). Im daseinsanalytischen Verständnis von Freiheit geht es um die Entfaltung aller tragenden Wesenszüge des menschlichen Daseins zu einer eigenständigen Existenz (Condrau, 1977). Die Möglichkeit, dem Anspruch des Begegnenden oder Zukommenden zu entsprechen oder sich ihm zu verschließen, macht den Grundzug menschlicher Freiheit aus. Damit wird klar, daß es im therapeutischen Prozeß nicht nur darum geht, die Patienten von einengenden Normen und Bindungen zu lösen, sondern vielmehr um ein Freiwerden für neue Möglichkeiten, die im Individuum schlummern, verborgen blieben, aber die Weltsicht erweitern könnten. Dieses Freisein entspricht der Weltoffenheit, das Wesen eines Begegnenden wahrzunehmen und darauf zu antworten. Die Kranken sollen sich von Vorurteilen befreien, um zu einem wahrhaftigeren und freieren Verständnis ihrer selbst offen zu werden. Menschliches Gesundsein wird als Freisein betrachtet, als die größtmögliche Freiheit, das dem → Dasein Begegnen-

de in seinem unverfälschten und vollen Bedeutungsgehalt wahrzunehmen und sich diesem gegenüber zu verhalten. Freisein bedeutet somit immer auch Übernahme von Verantwortung für sich selbst wie für den anderen, was im Mitsein begründet ist.

Condrau G (1977) Aufbruch in die Freiheit. Bern, Benteli

Heidegger M (1976) Vom Wesen der Wahrheit. Tübingen, Niemeyer

Reck HJ (1992) Daseinsgemäße therapeutische Begleitung. Daseinsanalyse 9: 263–274

Claudius Condrau

Freiheit. → Wille; → Person; → Existenzanalyse.

Freiheit, schöpferische. → Schöpferische Freiheit; → Gestalttheoretische Psychotherapie.

Freiraum. Bezeichnet im → Focusing ein körperliches Empfinden von Platz haben, Weite, Freisein, Gelassenheit, Wohlbefinden, Bei-sich-Sein; davon ausgehend bezeichnet der Begriff Freiraum ein Konzept, eine Haltung und verschiedene Methoden (Freiraum schaffen). Man unterscheidet inneren Freiraum, Beziehungs-Freiraum und äußeren Freiraum. Innerer Freiraum bedeutet: Zwischen der erlebenden Person (→ Ich) und ihren Erlebensinhalten ist freier Raum (ein „guter, richtiger“ Abstand) da, die Person ist weder von ihrem Erleben getrennt (Dissoziation), noch mit ihm eins (Identifikation). Innerer Freiraum ist Voraussetzung dafür, daß sich die Person unmittelbar auf einen Erlebensinhalt beziehen (direct reference; → Experiencing), dazu einen → Felt Sense kommen lassen und so in einen Focusing-Prozeß eintreten kann. Als Haltung kann innerer Freiraum mit der Metapher ausgedrückt werden: „Ich bin nicht das Problem (Erlebensinhalt), sondern ich habe es. Hier bin ich, und dort ist das Problem.“ Dem Focusing-Therapeuten steht eine Reihe von Methoden zur Verfügung, dem Klienten zu helfen, inneren

Freiraum zu schaffen und auch für sich selbst inneren Freiraum zu finden und zu behalten. Äußeren Freiraum schaffen bedeutet, im Raum einen „guten Platz“ zu finden, es sich auf diesem Platz „einzurichten“ und eine im Moment stimmige Körperhaltung zu suchen. Beziehungs-Freiraum bedeutet, auch interpersonal einen im jeweiligen Moment „guten, richtigen“ Abstand zu haben bzw. sich zu erarbeiten, der eine offene und freie Beziehung ermöglicht, in deren Rahmen Focusing geschehen kann (→ Focusing-Therapie).

Gendlin ET (1998) Focusing. Hamburg, Rowohlt
Wiltschko J (1992) Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF [bes. S 12–14, 29–30, 93–95]

Frank O. Lippmann

Freßsucht. → Störung mit Eßanfällen („binge eating“-Störung).

Frühdyskinesien. → Dyskinesien; → Psychopharmaka.

Frühstörungen, Frühe Störungen.

Damit sind Störungen in der Entwicklung einer Person während der ersten drei Lebensjahre gemeint, die zu ernsthaften und andauernden Schädigungen in der späteren Entwicklung führen können. Wesentlich ist dabei, daß sich in dieser frühen Phase noch kein stabiles → Selbst entwickelt hat, d. h., daß das heranwachsende Kind zu dieser Zeit noch nicht hinreichend ausgestattet ist, um sich gegenüber den belastenden Einflüssen (z. B. Traumata, chronische Verwahrlosung) schützen und wehren zu können. Es ist dadurch gezwungen, auf „primitive“ Überlebensstrategien zurückzugreifen, was auch den Schweregrad der Störung erklärt (→ Persönlichkeitsstörungen). Der Begriff stammt aus der postfreudianischen Periode der → Psychoanalyse und bezog sich zunächst auf vermutete präödpale Einflüsse auf die Entwicklung ödipaler → Neurosen (→ Ödipuskomplex; Freud, 1931). Seit den 80er Jahren wird der Begriff öfter

auch als gleichbedeutend mit „Borderline“-Entwicklung gebraucht (→ Borderline-Persönlichkeitsstörung; → Narzißtische Störungen). Von psychoanalytischer Seite wurde auf die Vagheit und die Ambiguität des Begriffs hingewiesen. Es sei dagegen wichtiger, zwischen präödpalen und ödpalen Anteilen, zwischen Entwicklungsstadien der Triebe (oral, anal etc.; → psychoanalytische Entwicklungstheorie; → psychoanalytische Phasenlehre), der Entwicklung des → Ich (psychotisch, Borderline oder normal) und der Entwicklung des Selbst (→ Narzißismus vs. Objektbeziehungen; → Objektbeziehungstheorie) zu unterscheiden. In der → Klientenzentrierten Psychotherapie wird der Begriff von Binder (1994) gebraucht, um die Folgen von Störungen der Empathie-Entwicklung (→ Empathie) für die Entwicklung der Person zu bezeichnen, oder von Biermann-Ratjen (1993), um die Folgen fehlender Anerkennung (→ Wertschätzung, unbedingte) seitens wichtiger Bezugspersonen während der ersten Lebensjahre zu betonen.

Balint M [1968] (1970) *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart, Klett-Cotta

Biermann-Ratjen E-M (1993) Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hg), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Köln, GwG, S 77–87

Binder U (1994) *Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn, Klotz

Freud S [1931] (1982) Über die weibliche Sexualität. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik*. Frankfurt/M., Fischer, S 273–292

Hochgerner M, Wildberger E (Hg) (1992) *Frühe Schädigungen – Späte Störungen. Beiträge aus der Sicht der psychotherapeutischen Schulen*. Wien, Facultas

Kohut H [1971] (1973) *Narzißismus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt/M., Suhrkamp

Lehmkuhl U, Lehmkuhl G (1987) Der Beitrag der Individualpsychologie Alfred Adlers zum Verständnis der frühen Störungen. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 32: 119–127

Lohmer M, Klug G, Herrmann B, Pouget D, Rauch M (1992) *Zur Diagnostik der Früh-*

störung. Versuch einer Standortbestimmung zwischen neurotischem Niveau und Borderlinestörung. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 37(5): 243–255

Hans Swildens

Frustration, optimale. → Optimale Frustration; → Selbstpsychologie.

Fully functioning person (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Ein von C. Rogers aufgrund von Erfahrungen bezüglich gelungener therapeutischer Prozesse beschriebenes Konstrukt des „voll sich entfaltenden Menschen“: „Ein Mensch, der gegenüber allen Elementen seines organischen Erlebens offener ist, der Vertrauen zum eigenen Organismus als einem empfänglichen Instrument entwickelt, der Bewertungen aus sich heraus vornimmt, ein Mensch, der lernt, sein Leben als fließenden, fortwährenden Prozeß zu sehen, in dem er ständig neue Aspekte seines Wesens im Strom seiner Erfahrung entdeckt“ (Rogers, 1973: 129). Dabei handelt es sich um einen Prozeß und keinen Zustand, um eine vom → Organismus gewählte Richtung und kein Ziel. Merkmale dieses Prozesses sind: Offenheit für (Selbst-)Erfahrung (Aufgeschlossenheit gegenüber äußeren wie inneren Reizen und Auflösung von → Abwehr); existentiell bedeutsames Leben (Leben im Augenblick; → Selbstkonzept deckt sich mit den Erfahrungen; Freiheit zu Wahl und Entscheidung); Abwesenheit von Starre und rigider Organisation; wachsendes Vertrauen zum eigenen Organismus (als innerer → Bewertungsinstanz anstelle äußerer Vorgaben; als Mittel, in jeder Situation die befriedigendste Verhaltensweise zu wählen). Die → organismische Selbstregulierung hat die Offenheit für Erfahrungen zur Voraussetzung, nur so eröffne sich ein Zugang zu allen relevanten Daten, wobei unter Einschaltung des Bewußtseins Reize und Bedürfnisse inklusive ihrer entsprechenden Gewichtung in einem komplexen Vorgang abgewogen werden. Der Mensch „[ist] zunehmend seine eigenen Möglichkeiten“ (ebd.: 195). Ein so lebender Mensch

ist beständig, realistisch und sozial (→ Aktualisierungstendenz). Die unter der Abwehr begrabene Rationalität des Organismus ermögliche wirkliche Entscheidungsfähigkeit. Ein so geführtes Leben, das aus der fundamentalen Zuversicht zu sich selbst als zuverlässigem Instrument der Begegnung mit dem Leben entspringe, zeichne sich durch größere Fülle und Reichtum aus. Trotz individueller Unterschiede postuliert Rogers eine gewisse Universalität dieses Prozesses, der zugleich den Gesundheitsbegriff des → Personenzentrierten Ansatzes repräsentiert und letztlich ein fiktives Ideal darstellt, im Bewußtsein, daß es in der Praxis unerreichbar ist. Jedoch erfolgt damit eine Betonung des Wachstumsprinzips und der gesunden Anteile des Menschen im Gegensatz zu einer defizit- und pathologieorientierten Ausrichtung.

Rogers CR [1961] (1973) Ansichten eines Therapeuten vom guten Leben. Der voll sich entfaltende Mensch. In: Rogers CR, Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. Teil IV/9, S 183–195]

Rogers CR [1967] (1984) Der Prozeß des Wertens beim reifen Menschen. In: Rogers CR, Stevens B, Von Mensch zu Mensch. Paderborn, Junfermann, S 37–55

Rogers CR [1969] (1974) Das Ziel, die sich verwirklichende und voll handlungsfähige Persönlichkeit. In: Rogers CR, Lernen in Freiheit. München, Kösel, S 268–286

Beatrix Teichmann-Wirth

Funktion. → Organisation; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Funktionalismus. Eine bereits im 19. Jh. formulierte, in den Sozial- wie Naturwissenschaften gleichermaßen einflußreiche Perspektive, die den Nutzen, die Funktion oder Rolle der jeweils interessierenden komplexen Systeme für die Bestandserhaltung in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Betrachtungen rückt. In den Sozialwissenschaften werden kulturelle Erscheinungen wie Institutionen, Normen, Heirats- oder Tabuvorschriften unter dem Gesichtspunkt der Funktion betrachtet, die diese für

die soziale Struktur und im weiteren Sinne für das langfristige Überleben einer Gesellschaft haben; in der Linguistik werden Kognition, Ausdruck und Konnotation unter ähnlichen Gesichtspunkten analysiert und im philosophischen Funktionalismus Ereignisse in Abhängigkeit ihrer konstituierenden Bestandteile und weiterer einflußnehmender Faktoren diskutiert. In der Psychologie ist der Funktionalismus eine zu Beginn des 20. Jh. in den USA entstandene Gegenbewegung zum psychologischen Strukturalismus, die im wesentlichen auf der darwinistischen Evolutionstheorie und der pragmatischen Psychologie von William James beruht. Psychologische Forschung sollte an der Biologie orientiert sein, geistige Fähigkeiten, empirisch-rationales Denken sowie mentale, evolutionär angepaßte, dem Bewußtsein zugrundeliegende Prozesse und nicht Erlebensinhalte untersuchen und zu praktisch anwendbaren Ergebnissen führen. Mit diesem Programm wurde der Gegenstandsbereich der Psychologie um Intelligenztests, Lernen, das Verhalten von Kindern und biologische Aspekte erweitert. In der Kognitionswissenschaft sowie der Philosophie des Geistes zählt der Funktionalismus zu den meistdiskutierten Ansätzen und wird als moderner Lösungsansatz zum Leib-Seele-Problem geführt. Geisteszustände werden dabei durch die kausale Rolle, die sie im Gesamtsystem einer Person spielen, charakterisiert und nicht etwa über mögliche verursachende physikalische Parameter wie der Aktivität eng umschriebener Gehirnareale.

Fancher R (1990) *Pioneers of psychology*. New York, Norton

Fodor J (1968) *Psychological explanation*. New York, Random House

James W [1890] (1980) *The principles of psychology*. New York, Dover

Radcliffe-Brown A (1959) *Structure and function in primitive societies*. Glencoe (Il.), The Free Press

Harald Kriener

Funktionalismus. → Energetischer Funktionalismus; → Körperpsychotherapie.

Funktion des Symptoms. → Symptom, Funktion des; → Systemische Therapie.

Funktionelle Entspannung. Von Marianne Fuchs (Fuchs, 1949, 1997) begründete „Methode der psychosomatischen Therapie bei funktionellen körperlichen und seelischen Störungen“ (Fuchs, 1996: 13) bzw. eines tiefenpsychologisch fundierten Körpertherapieverfahrens. So bezeichnet die Funktionelle Entspannung „das Leibgeschehen als die tiefste Schicht des Unbewußten. Fuchs prägte den Begriff des „leiblichen Unbewußten“ (v. Arnim, 1994: 198). Da dem verbalen Zugang zum Menschen als einer bio-psycho-geistig-sozialen Entität Grenzen gesetzt sind, sind die Möglichkeiten, Einsichten durch körperbezogene, tiefenpsychologische Psychotherapiemethoden zu gewinnen, von Bedeutung, da sie doch den Zugang zu sehr frühen, körpernahen, präverbalen, aber auch späteren und aktuellen Erlebens- und Verhaltensweisen, die sich im Körper materialisieren, ermöglichen. Durch die Arbeit mit dem Körper und dem körperlichen Geschehen ist die Funktionelle Entspannung eine wichtige Ergänzung zu verbalen, psychoanalytischen Verfahren und Gesprächstherapien und trägt zur Entwicklung einer „psychosomatischen Therapieform“ bei (Reinelt & Gerber, 1991: 129). Der therapeutische Prozeß wird durch „kontrollierte Fokussierung auf Körper-Erspürnisse“ (Uexküll et al., 1994: IV) und den Dialog mit dem Therapeuten über diese eingeleitet. Die Wahrnehmung zentriert sich auf kleine Bewegungsabläufe, die intentional durchgeführt werden oder autonom geschehen. Mit Bewegungen gehen Veränderungen von Druckverhältnissen und muskulären Spannungen einher. Das Wechselspiel feinsten merkbar werdender taktil-kinästhetischer Empfindungen wird besonders durch die mit dem Atmen verknüpfte Leibesbewegung ermöglicht. Das setzt aber voraus, daß dieses Wahrnehmen lebendiger Eigenbewegtheit nicht durch muskuläre Verspannungen und Schmerzen beeinträchtigt wird. Die Hinwendung der Wahrnehmung auf die zentrierende und bodenwärts gehende Leibesbewegung des

Ausatmens unterstützt ein Loslassen (Entspannen) auch in verspannten und blockierten Bereichen. Das erweitert Bewegungsspielräume und differenziert die Eigenwahrnehmung für die „gegliederte Ganzheit“ des Leibes (→ Subjektive Anatomie; → dynamisches Körper selbst; → Wahrnehmen, Bewegen, Rhythmus). Das rhythmensorientierte, körperzentrierte Wahrnehmen aktiviert unwillkürlich die Zwerchfelltätigkeit und damit die Ein- und Ausatmung, das Abgeben und Bekommen. In der Funktionellen Entspannung wird nicht programmatisch gearbeitet. Sie läßt innerhalb ihrer „Spielregeln“ Freiraum für kreatives Suchen und Entdecken für bislang nicht oder nicht mehr Bemerktes im Körperlichen. Folgende „Spielregeln“ bilden das didaktische Grundgerüst für das selbstfindende Suchen im Körperlichen: 1. Die Zentrierung der Wahrnehmung auf intentionale oder autonom erfolgende, mit der (Aus-)Atemphase einhergehende Veränderungen im Körperlichen. 2. Diese rhythmensorientierte Aktivität von Wahrnehmen und Bewegen (bewegt werden) wird in einem umschriebenen Bereich nicht öfter als zweimal unmittelbar hintereinander wiederholt („Weniger ist mehr!“). 3. Dem, was erfahren wurde, wird nachgespürt. Nimmt der Patient den Bereich, auf den er sich bewegend zentriert hatte, auch noch wahr, während er intentionslos verweilt? Spürt er sich dort noch – oder hat er sich schon wieder verloren? In ihrem beziehungstherapeutischen Anspruch orientiert sich die Funktionelle Entspannung am dialogischen Beziehungsmodell der medizinischen Anthropologie (Fuchs, 1989).

Arnim A v (1994) Funktionelle Entspannung. *Fundamenta Psychiatrica* 8: 196–203

Fuchs M (1949) Über Atemtherapie und entspannende Körperarbeit als Unterstützung der Behandlung vegetativer Störungen. *Psyche* 3: 538–548

Fuchs M (1989) Beziehung und Deutung in der Funktionellen Entspannung. In: Reinelt T, Datler W (Hg), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß: aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen*. Berlin, Springer, S 290–306

Fuchs M (1996) Einführung in die Funktionelle Entspannung (FE). In: Fuchs M, Elschenbroich

- G (Hg), Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 13–29
- Fuchs M (1997) Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens. 6. Aufl. Stuttgart, Hippokrates
- Reinelt T, Gerber G (1991) Der Beitrag der funktionellen Entspannung zur Analyse und zum Wandel des Lebensstils. Zeitschrift für Individualpsychologie 16: 125–129
- Uexküll T v, Fuchs M, Johnen R, Müller-Braunschweig H (Hg) (1994) Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart, Schattauer

Toni Reinelt, Gisela Gerber

Funktionelle Identität. → Energetischer Funktionalismus; → Körperpsychotherapie.

Funktionelle Störungen (FS). Frühere und synonym verwendete Bezeichnungen: psychovegetative Störungen, vegetative Dystonie, Sympathiko- und Vagotonie, vegetative → Neurose oder Ataxie, psychogene Syndrome, Organneurosen. Oberbegriff für Krankheitsbilder, hinter denen sich sowohl organische (symptomatische FS, organisch bedingt) wie psychische (essentielle FS, psychisch verursacht) Störungen als auslösende bzw. unterhaltende Faktoren verbergen können. Klassifikatorisch finden sich die essentielle FS in der ICD-10-Kategorie F45, somatoforme Störungen (→ Psychosomatische Erkrankungen). Die symptomatischen FS lassen sich durch den Nachweis der zugrundeliegenden organisch faßbaren Störungen feststellen; unkorrekterweise werden oft die essentiellen FS durch Ausschußdiagnose, also bei Fehlen organischer Veränderungen, diagnostiziert. Zu fordern sind aber: negativer Organbefund und positive Diagnose einer emotionalen Problematik. Daß aus mangelhafter Anamneseerhebung (psychosomatische → Anamnese) der essentielle FS-Patient so wie andere psychosomatische Patienten zu einer Unzahl neuer, überflüssiger Untersuchungen überwiesen wird, daß er dabei in einen kostenaufwendigen Circulus vitiosus (Delegierungskreislauf) verschiedener Am-

balanzen, Stationen und in der Praxis von Ärzten leidvoll und langjährig eingeschlossen bleibt, ist die bedauerliche Folge. Dabei sind FS-Patienten, besonders aber die essentiellen FS-Patienten, nach epidemiologischen Untersuchungen keine Sonderfälle, sondern stellen 30–50% aller Patienten dar, die einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen. Der Ausdruck „funktionell“ soll auf die Funktion des somatischen Symptoms für den Patienten hinweisen (primärer und / oder sekundärer → Krankheitsgewinn). Cremerius (1968) grenzt FS nach den betroffenen Organsystemen voneinander ab: FS von Magen und Darm, Atmung, kardiovaskuläre, Kopfschmerz, Haut, urogenitale und solche, die in Lokalisation wechseln. Zu erweitern wären jene FS der nicht-internistischen Fachbereiche (z. B. Ophthalmologie, Onkologie, Dermatologie). Ätiologie / Pathogenese: Nach dem Ansatz von Uexküll & Wick (1962) kann eine Funktionsänderung, unabhängig ob somatisch, wie z. B. Infektion, oder psychisch, wie z. B. heftiger → Affekt, → Angst und → Aggression durch subjektive Wahrnehmung und emotionale Erlebnisverarbeitung ausgelöst werden. Therapie: beginnt bereits mit der psychosomatischen Anamnese, in der, nach positiver Diagnosestellung „psychosomatisch“, auch die Analyse der Beziehung erfolgt. Entscheidend nach Abschluß der Untersuchung („so viel wie nötig, so wenig wie möglich“) ist die Mitteilung der Diagnose. FS-Patienten bedürfen einer aktiven, kontinuierlichen und vertrauensfördernden Arzt-Patient-Beziehung.

- Cremerius J (1968) Zur Frage der nosologischen Einordnung: funktionelle Syndrome. Medizinische Welt 19: 689–692
- Uexküll T v, Adler R (1995) Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg
- Uexküll T v, Wick E (1962) Die Situationshypertonie. Archiv für Kreislaufforschung 39: 236–271

Peter Gathmann

Funktionsstörungen, sexuelle. Oberbegriff für 1. sexuelle Dysfunktionen (vorwiegend bzw. ausschließlich körperliche

Ursachen) und 2. funktionelle Sexualstörungen (psychisch bedingte Beeinträchtigungen). Inhaltlich lassen sich die Funktionsstörungen danach differenzieren, in welcher Phase (Appetenz, Erregung, Orgasmus, Entspannung) diese auftreten. Nach verhaltenstherapeutischer Sicht kann die Behandlung der gestörten sexuellen Reaktion auf die vorausgehenden Reizbedingungen ausgeweitet werden, wenn diese Reizbedingungen entweder gar nie vorhanden sind, vermieden werden oder in aversiver Weise sich funktional blockierend auswirken. Überdies werden die nachfolgenden Reizbedingungen und Konsequenzen berücksichtigt (Wendt, 1991: 65). Die Verhaltensanweisungen bei der → Verhaltenstherapie sind am effektivsten, wenn beide Partner aktiv miteinbezogen werden. Lerntheoretische Prinzipien: 1. sukzessive Approximation (Stück für Stück wird ein neues adäquates Verhaltensrepertoire mit Hilfe positiver → Verstärkung aufgebaut); 2. systematische → Desensibilisierung in vivo. Durch abgestufte Konfrontationen mit den angstbesetzten sexuellen Inhalten wird die Angst reduziert und abgebaut. Verhaltenstherapeutische Behandlung: → Sensate focus (Masters & Johnson), Koitusverbot: Neun-Stufen-Programm der Selbststimulierung, Emotionales Training. Die verhaltenstherapeutische Methode des Koitusverbots hat den Sinn, das Paar von der sexuellen Versagensangst zu befreien (Bräutigam, 1989). Die Behandlung der psychisch bedingten erektilen Dysfunktion (→ Erektionsstörung; → Erregungsstörung) beginnt mit dem Verbot des Koitus. Danach wird das Paar in das Sensualitätstraining eingeführt.

Bräutigam W (1989) Sexualmedizin im Grundriß. Stuttgart, Thieme

Kockott G (1988) Männliche Sexualität: Funktionsstörungen erkennen – beraten – behandeln. Stuttgart, Hippokrates [bes. S 89]

Kockott G (1996) Sexuelle Störungen. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2: Störungen – Glossar. Berlin, Springer, S 295–312

Pollak K (1993) Das neue Lexikon der Sexualkunde. Frankfurt/M., Ullstein

Wendt H (1991) Integrative Sexualtherapie. München, Pfeiffer

Funktionstypen (Denken, Fühlen, Empfindung, Intuition). → Typologie; → Analytische Psychologie.

Fürsorge (→ Daseinsanalyse). Für die daseinsanalytische Therapie hat sich, bezugnehmend auf die Daseinsanalytik von Martin Heidegger, die Unterscheidung von zwei Formen der Fürsorge als fruchtbar erwiesen: die „einspringend-beherrschende“ und die „vorspringend-befreiende“ Fürsorge. Die einspringende Fürsorge übernimmt das, was zu besorgen ist, für den Anderen. Dieser erhält nachträglich das Besorgte als fertig Verfügbares oder entlastet sich ganz davon. In solcher Fürsorge kann er zum Abhängigen und Beherrschten werden, mag diese Herrschaft auch eine stillschweigende sein und verborgen bleiben. Eindeutig ist diese Art der Fürsorge zumindest in der Medizin im Bereich der Therapie die häufigste, sieht man von der Präventivmedizin ab. Sie entspricht durchaus unserer Konsumgesellschaft und damit dem modernen Zeitgeist. Für die Psychotherapie ist sie dort unumgänglich, wo eine eigenständige Entwicklung des Patienten nicht zu erwarten ist oder vorübergehend eine medikamentöse Brückenbehandlung notwendig erscheint. Im übrigen aber sollte im psychotherapeutischen Bereich jene Fürsorge vorherrschend sein, die eine vorspringend-befreiende genannt wird. Diese springt für den anderen nicht so sehr ein, um ihm die Sorge abzunehmen, sondern gibt ihm diese Sorge als solche erst eigentlich zurück. Sie ist nicht „Weg-Ersatz“, sondern „Weg-Weisung“ (H. Vetter). Damit erhält auch die von S. Freud empirisch gefundene Regel der analytischen Zurückhaltung ihren Sinn.

Condrau G (1992) Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Bern/Freiburg, Hans Huber/Universitätsverlag

Heidegger M [1927] (1957) Sein und Zeit. 8. Aufl. Heidelberg, Niemeyer

Vetter H (1990) „Fürsorge“. Martin Heidegger und die Psychotherapie. Wissenschaft und Glaube 3: 183–195

Gion Condrau

Christina Raviola

Future-Pacing (→ Neurolinguistisches Programmieren). Prozeß des geistigen Durchspielens und Einübens eines bestimmten Verhaltens oder inneren Zustandes in der Zukunft. Dabei wird eine konkrete mentale Vorstellung und körperliches Erleben im entsprechenden Kontext der Zukunft unter Zuhilfenahme aller → Repräsentationssysteme herbeigeführt. Im Future-Pacing wird bereits eine Veränderung der inneren Landkarte bewirkt, welche dann die Wahrscheinlichkeit der faktischen Umsetzung der neuen Möglichkeiten erhöht. Das Future-Pacing gehört zu den Standardverfahren von NLP und bildet den Abschluß jeder Veränderungstechnik.

Bandler R, Grinder J [1979] (1994) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme. 11. Aufl. Paderborn, Junfermann
Cameron-Bandler L [1978] (1985) Wieder zusammenfinden. NLP – neue Wege der Paartherapie. 2. Aufl. Paderborn, Junfermann

Brigitte Gross

- G -

Ganzheit (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). 1. „Das Erlebnis der Ganzheit ist eine äußerst einfache Angelegenheit, bei der Sie sich im Einklang mit dem Innen und Außen fühlen“ (Jung, 1973: 198). Als solches Gefühl bzw. solche Intuition der Vollständigkeit darf Ganzheit keinesfalls mit Vollkommenheit verwechselt werden. Man kann sie auch nie endgültig festhalten. Guter Kontakt mit dem → Unbewußten, z. B. durch → Traumarbeit, aktive → Imagination u. a. (→ transzendente Funktion) kann eine notwendige Voraussetzung für das Ganzheitsgefühl sein. 2. Der Begriff der Ganzheit umfaßt den bewußten und den unangebbaren unbewußten Menschen. Deswegen ist Ganzheit empirisch nicht abzugrenzen. Aufgrund der Gegensatznatur des Psychischen ist sie auch nur durch Antinomien beschreibbar (→ Gegensatzthematik). Zur Ganzheit, die Jung als → Selbst definierte, gehören auch die mit dem Konzept des → Schattens gemeinten Anteile der Psyche, dieses dissoziablen, „brodelnden Gemischs widerstreitender Impulse, Hemmungen und Affekte“, das „ferne davon [ist], eine Einheit zu sein“ (Jung, GW, Bd. 9/I, § 190; → Dissoziation). Dadurch kann Ganzheit auch bedenklich erscheinen. Kinderträume erwecken mitunter den Eindruck, daß die Psyche sich schon früh symbolische Bilder von ihrer eigenen Ganzheit macht. Ob → Individuation als Verwirklichung der Ganzheit sich zum Wohl oder Heil der Gemeinschaft und des Individuums auswirkt, ist nicht vorherzusagen. Hier spielen auch die moralischen Qualitäten des betreffenden Menschen eine Rolle.

Beebe J (1992) Integrity in depth. College Station (TX), Texas A&M University Press
Jung CG (versch. J.) GW, Bd. 4, 5, 7–14, 17, 18. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).
Jung CG (1973) Briefe, Bd. III. Olten, Walter

Andreas von Heydwoloff

Ganzheitlichkeit. Wesentlicher Begriff der → Gestalttherapie und der → Gestalttheoretischen Psychotherapie: Alle psychischen Vorgänge werden als ganzheitliche Phänomene betrachtet, für die die → Gestaltgesetze gelten. Die heuristische Trennung in verschiedene psychische Bereiche, wie in Wahrnehmung, Denken und Fühlen, ist eine bloß fiktive; so ist z. B. die Wahrnehmung immer mehr oder weniger gefühlsgefärbt. Der Neurologe Kurt Goldstein (1934) stellte, als Vertreter einer biologischen Gestaltlehre, den ganzheitlichen Ansatz des Menschen in den Mittelpunkt seiner Betrachtung, die den physiologischen Organismus wie alle psychischen Phänomene gleichermaßen umfaßt. Die ganzheitliche Betrachtung bedeutet insbesondere, daß man das zu untersuchende psychische Phänomen in seiner Einbettung, in seiner Rolle und Bedeutung in umfassenderen Zusammenhängen zu sehen hat (→ Bezugssystem). Dazu gehört die Gesamtsituation eines Menschen, seine gegenwärtige leib-seelische Verfassung, Bedürfnislage, Einstellung und Haltung ebenso wie seine Vorgeschichte, sein bisheriges Schicksal als die Gesamtheit dessen, was er bisher gelernt, eingesehen und geübt hat (vgl. Metzger, 1954).

Goldstein K [1934] (1963) Der Aufbau des Organismus. [Fotomechanischer Nachdruck von 1934]. Den Haag, Martinus Nijhoff

Metzger W (1954) Grundbegriffe der Gestaltpsychologie. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie 13: 3–15

Dieter Zabransky

Gebärde. → Leiben; → Daseinsanalyse.

Geburtstrauma. Auffassung, daß die Geburt eine einschneidende Erfahrung im Leben jedes Menschen darstellt und eine wichtige Grundprägung für die weitere seelische Entwicklung darstellt. Aus dem „ozeanischen“ (Grof) Gefühl des Allumsorgtseins im Embryonalzustand gerät das Kind zu Beginn der Geburtsphase durch die Wehentätigkeit unter enormen Druck und wird mit Existenzängsten konfrontiert, bis es nach dem anstrengenden Durchgang durch den Geburtskanal erschöpft in eine häufig streßgeladene Umgebung hineingeboren wird. Je nach Verlauf der Geburt ergeben sich traumatische Prägungen, die dann in späteren belastenden Lebenserfahrungen ihre Bestätigung und Befestigung erfahren können. Der Begriff wurde erstmals 1923 von Otto Rank in die psychoanalytische Theorie eingeführt und später von D.W. Winnicott aufgegriffen. Größere Bedeutung erlangte der Begriff allerdings erst im Bereich der Körpertherapien (Körperarbeit nach Reich; → Primärtherapie) und Atemtherapien (→ Rebirthing; → Holothropes Atmen). Zahlreiche Erfahrungsberichte aus diesen Bereichen sowie aus den Forschungen von S. Grof stärken die Auffassung, daß Erinnerungen an sehr frühe Erlebnisse (z. B. erster Atemzug) gespeichert werden können, auch wenn die Gehirnentwicklung noch nicht entsprechend weit fortgeschritten ist. Therapeutische Erfolge der genannten Methoden belegen, daß das Wiedererleben der Geburt in geeignetem Rahmen wichtige psychische Heilungsprozesse fördern kann (vgl. Grof, 1991). Grof hat die Geburtserfahrung in vier Abschnitte eingeteilt (→ Perinatale Matrizen) und systematisch verschiedenen psychischen Störungen zugeordnet und in weitere kulturhistorische Zusammenhänge eingebettet. Unterstützung fand die Geburtstraumatheorie durch die moderne Geburtsmedizin (F. Leboyer, M. Odent) und Geburtspsychologie (E. und L. Feher), welche die Bedeutung einer „sanften“, weitgehend untraumatischen Geburt für die weitere körperliche und psychische Entwicklung des Menschen bestätigen konnten (Odent, 1990).

Ray S (1991) Geburt, Tod und Transzendenz. Neue Dimensionen in der Psychologie. Reinbek, Rowohlt

Odent M (1990) Die sanfte Geburt. Bergisch-Gladbach, Bastei-Lübbe

Ray S, Mandel B (1987) Birth and relationships. Berkeley (CA), Celestial Arts

Wilfried Ebrmann

Gedächtnis, prozedurales. → Prozedurales Gedächtnis; → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie.

Gedanken, dysfunktionale. → Kognitive Fehler.

Gefordertheit der Lage. Basierend auf Köhler (1968) und Wertheimer ist es eine grundsätzliche Annahme der → Gestalttheoretischen Psychotherapie, daß der Mensch (unter angemessenen Bedingungen) fähig ist, genau das zu tun, was die Situation erfordert. Voraussetzung dafür ist, daß er die für die jeweilige Lage wesentlichen Sachverhalte wahrnehmen, von seiner → Ich-Haftigkeit Abstand nehmen und sich selbst als Teil dieser Situation begreifen kann. Der Gefordertheit der Lage „gehören“, kann daher auch heißen, momentan auf die Befriedigung von aktuellen Bedürfnissen zu verzichten, weil es die Gesamtsituation erfordert. In diesem Sinn definiert Metzger die „echte und wahre Freiheit“ eines Handelnden: „Es ist nicht die Freiheit, Beliebiges, sondern die Freiheit, das Rechte zu tun“ (1962; 75).

Köhler W (1968) Werte und Tatsachen. Berlin, Springer

Metzger W (1962) Schöpferische Freiheit. 2., umgearb. Aufl. Frankfurt/M., Kramer

Eva Wagner-Lukesch

Gefühl. → Emotionstheorie, existenzanalytische; → Emotionstheorien, verhaltenstherapeutische.

Geführtes Zeichnen. → Initiatische Therapie.

Gegenpulsation. Von Charles R. Kelley beschriebener aktiver Prozeß der Panzerung, der den Fluß der Lebensenergie (→ Radix) blockiert. Gegenpulsation besteht aus einer → Kontraktion gegen die normale Radix-Pulsation des Körpers. In der Gegenpulsation spaltet sich der Energiefluß in zwei Ströme und bildet so einen „dualen Impuls“ – ein primärer Impuls, der aus der Grundpulsation kommt, und einen sekundären, blockierenden Impuls, der dem primären Impuls entgegengerichtet ist, d. h. ein Teil des Energieflusses richtet sich gegen sich selbst. Aufgrund dieser Spaltung ist die Gegenpulsation eine Aktivität, die sich gegen die primäre → Pulsation des Organismus richtet. Gegenpulsation kann sowohl den Outstroke (→ Outstroke und Instroke; d. h. Kontakt mit der Umwelt, Entladung etc.) als auch den Instroke (d. h. Sammlung, Kontakt zum Selbst, Integration etc.) beschränken. Der Begriff wurde von Chuck Kelley geprägt, um die aktive, dynamische Qualität der Muskel- und Charakterpanzerung auszudrücken. Wilhelm Reich benutzte den Begriff der → Panzerung, um ein langzeitiges, systematisches Interferenzmuster zu bezeichnen, das die Pulsation der Lebensenergie einschränkt. Grundlage der Panzerung ist jedoch, daß pulsierende Elemente des Organismus, z. B. Muskelgruppen, ihren Pulsationsrhythmus umkehren, um die Grundpulsation zu behindern. Als Beispiel sei die Schluckbewegung genannt, die als Gegenpulsation einsetzt, wenn der Organismus einen verbalen oder nonverbalen stimmlichen Ausdruck zurückhält. Gegenpulsation ist also ein meist unbewußter, jedoch grundsätzlich aktiver Prozeß, eine „Handlung“ in der Gegenwart.

Glenn L. Müller-Schwefe R (1999) *The Radix Reader*. Mayflower (USA), Heron Press
 Kelley CR (1992) Pulsation, charge and discharge. In: *The Radix*, vol. I: personal growth work. Cali Valle, Fundacion de Psicologia Colombiana y Ciencias Afines, pp 95–101

Werner Pitzal

Gegensatzthematik (→ Analytische Psychologie). Die menschliche Persönlichkeit ist keine Einheit, sondern besteht aus

einer Vielzahl von Strömungen und Facetten (→ Ganzheit). In der → Neurose blockiert die dem → Bewußtsein entgegengesetzte Tendenz des → Unbewußten die Funktionsfähigkeit der Psyche und des Bewußtseins. Wenn diese unbewußten Tendenzen bewußt werden, löst sich die scheinbare Einheitlichkeit der Person in Gegensatzpaare bzw. eine Vielheit von Polen auf. Die Analytische Psychologie bezeichnet das Hervortreten eines unbewußt gewesenen Gegensatzes als Enantiodromie (Jung, GW, Bd. 6, §§ 716ff.). Das Gegensatzproblem ist der menschlichen Natur inhärent und vor allem ein Problem des reiferen Alters, wenn die bisherige Einstellung versagt. Nicht mehr Vater oder Mutter stehen dem Patienten im Weg, sondern er sich selber, d. h. ein unbewußter Teil seiner Persönlichkeit, der die Rolle von Vater oder Mutter weiterführt (→ Mutterkomplex; → Vaterkomplex). „Dem Menschen der zweiten [→] Lebenshälfte bedeutet die Entwicklung der im Unbewußten schlummernden Gegensatzfunktion eine Erneuerung des Lebens. Diese Entwicklung [...] geht über das Gegensatzproblem“ (GW, Bd. 7, § 91). „Denn ein Leben ohne inneren Widerspruch ist [...] erst das halbe Leben“ (Jung, 1972: 463). Dahinter steht die Selbstregulierung der Psyche, die durch Kompensation erfolgt (GW, Bd. 7, § 92). Kompensation als Ausgleichung und Ergänzung psychischer Einseitigkeiten und Gegensätze ist Ausdruck eines differenzierten Beziehungsverhältnisses zwischen Bewußt und Unbewußt. „Diese Auseinandersetzung mit dem Unbewußten ist eine Arbeit oder ein Erleiden“ (GW, Bd. 7, § 121; → transzendente Funktion). Sie wird durch → Archetypen und → Symbole vermittelt (GW, Bd. 7, § 184), wobei es u. a. zur Begegnung mit dem → Schatten kommt. Zur Gegensatzthematik gehören die Paradoxien und das Thema der → Syzygie.

Jung CG [1921] (1994) Definitionen: Enantiodromie. In: GW, Bd. 6, §§ 716–718. Olten, Walter

Jung CG [1943] (1971) Über die Psychologie des Unbewußten. In: GW, Bd. 7, §§ 1–201. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Jung CG, Jaffé A, Adler G (Hg) (1972) Briefe, Bd. 1. Olten, Walter

Barnim Nitsch

Gegenstandsverwendung (in der → Konzentrativen Bewegungstherapie). Die Einbeziehung von Gegenständen ist wesentlicher Bestandteil der Arbeit in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). Objekte werden vor allem zur Symbolisierung verwendet, die in der KBT einen zentralen Stellenwert einnimmt. Stab, Ball und Seil sind spezifisch für die KBT. Erweitert werden die symbolträchtigen Gegenstände durch die Einbeziehung von Naturmaterialien wie Steine, Muscheln, Sandsäcke und dergleichen. Der Erfahrungswert an der und über die Welt der Dinge weist ein breites Spektrum auf. Folgende Verwendung finden Gegenstände: als Realgegenstand, der in seiner Beschaffenheit, Form und Struktur zu erfahren ist; als Objekt, über das sich der Übende durch den Kontakt erfährt; als Symbol, z. B. für eine Person oder ein Gefühl; als Mittel zur szenischen Gestaltung, z. B. als Darstellung von Lebenssituationen oder inneren Zuständen; als intermediäres Objekt, z. B. im Spiel oder zur Beziehungsaufnahme; als Übergangsobjekt zur Unterstützung und Weiterführung eines inneren Prozesses außerhalb des therapeutischen Settings. Die Gegenstandswahl hängt vom Thema ab oder wird dem Übenden zum assoziativen Handeln überlassen. Durch den Handlungsvorgang gewinnt für ihn das Objekt an persönlicher Bedeutung. Die Kontaktaufnahme über den Gegenstand zur Bezugsperson (Gruppenteilnehmer oder Therapeut) und zum eigenen Körper weckt häufig frühe Erinnerungen. Wesentlich dabei ist die Selbst- und Fremdwahrnehmung, um den individuellen Handlungsspielraum zu erweitern (→ Handlungsdiallog).

Gräff C (1996) Konzentrative Bewegungstherapie in der Praxis. 2., erw. Aufl. Stuttgart, Hippokrates

Pokorny V, Hochgerner M, Cserny S (1996) Konzentrative Bewegungstherapie. Wien, Facultas

Winnicott DW [1971] (1979) Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta

Christine Gräff

Gegenteil, Verkehrung ins. → Abwehrmechanismen; → Trieb.

Gegenübertragung (aus Sicht der → Psychoanalyse). Von Freud 1910 als das Gegenstück zur → Übertragung beschrieben, die „durch den Einfluß des Patienten auf das unbewußte Fühlen des Arztes“ zustandekomme. Im Gegensatz zur Übertragung, die sofort nach ihrer Einführung zum Gegenstand der Untersuchung wurde, hafteten der Gegenübertragung über Jahrzehnte eher negative Konnotationen an. Das mag an dem Zusammenhang, in dem das Konzept eingeführt wurde, liegen. Freud forderte nämlich, „daß der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse“, und setzt fort: „Wir haben [...] bemerkt, daß jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten, und verlangen daher, daß er seine Tätigkeit mit seiner Selbstanalyse beginne, und diese, während er seine Erfahrungen an Kranken macht, fortlaufend vertiefe. Wer in einer solchen Selbstanalyse nichts zustandebringt, mag sich die Fähigkeit, Kranke analytisch zu behandeln, ohne weiteres absprechen“ (Freud, 1910: 108). Diese Worte laden nicht gerade ein, Gefühle und Fantasien, die Patienten im Analytiker auslösen (z. B. in der → Supervision) zu besprechen. Es nimmt daher nicht Wunder, daß eine Befassung mit der Gegenübertragung erst erfolgte, nachdem sie als eine für den analytischen Prozeß fruchtbringende Informationsquelle erkannt wurde. Bis dahin sollte der Analytiker möglichst objektiv, affektiv neutral und unvoreingenommen dem vom Patienten gebrachten Material begegnen. Um dies zu garantieren, wurde daher bald die von Freud geforderte Selbstanalyse durch die → Lehranalyse ersetzt. Im Rückblick wird diese – heute als überholt geltende – Einschätzung der Gegenübertragung verständlich, wollte die Psychoanalyse doch als objektive Wissenschaft akzeptiert werden (siehe auch die Spiegel-Chirurgen-Metapher für die analytische Arbeit). Erst 1950, nachdem schon mehr als drei Jahrzehnte Freuds technische Empfehlungen mehr oder weniger dogmatisch ausgelegt worden waren (siehe dazu die Übersicht über diese Epoche in Thomä & Kächele, 1985), gelang es Paula Heimann, diese enge Auffassung dahingehend zu er-

weitern, daß in der Gegenübertragung auch der aktuelle Einfluß des Patienten auf den Analytiker zum Ausdruck käme. Nun konnte der Gegenübertragung auch eine förderliche Facette abgewonnen werden. Sie öffnete der Psychoanalyse die Tür zum Verständnis der aktuellen Beziehung im analytischen Prozeß. Die im Analytiker ablaufenden Vorgänge konnten mehr und mehr als wertvolle diagnostische Hinweise auf die → psychische Struktur des Patienten bzw. auf dessen Inszenierungen genutzt werden. Die zum Teil sehr divergierenden Strömungen innerhalb der Psychoanalyse entwickelten naturgemäß auch verschiedene Gegenübertragungskonzepte. Ausweitungen des Konzepts ordnen jedwede Reaktion des Analytikers der Gegenübertragung zu, von anderen wiederum (Stolorow & Lachmann, 1985; Stolorow, 1997) wird der analytische Prozeß als ausschließlich vom Austausch zweier subjektiver Welten getragen verstanden. Durch erstere wird Gegenübertragung diffus, durch letztere überhaupt überflüssig (Bohleber, 1999). Das allen Strömungen gerade noch Gemeinsame formuliert Müller-Pozzi (1995: 36): „Die Analyse der Gegenübertragung wird [...] zum exquisten Mittel, die Übertragungen des Analysanden zu verstehen und damit zum Herzstück der psychoanalytischen Situation.“

- Bohleber W (1999) Editorial zum Sonderheft Therapeutischer Prozeß als schöpferische Beziehung: Übertragung, Gegenübertragung, Intersubjektivität. *Psyche* 53(9/10)
- Freud S [1910] (1945) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. In: Freud S, *Gesammelte Werke*, hg. von Freud A, Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O (Hg), Sigmund Freud – *Gesammelte Werke*, Bd. 8. Frankfurt/M., Fischer, S 103–115
- Heimann P (1950) On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis* 31: 1–84
- Müller-Pozzi H (1995) *Psychoanalytisches Denken*. Bern, Hans Huber
- Stolorow R (1997) Dynamic, dyadic, intersubjective systems: an evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology* 14(3): 337–346
- Stolorow R, Lachmann FM (1985) Transference: the future of an illusion. *The Annual of Psychoanalysis* XII/XIII, 1984/85. Madison (CT), International University Press, pp 19–36

Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bd. 1. Berlin-Heidelberg-New York, Springer

Oskar Frischenschlager

Gegenübertragung (aus Sicht der → Individualpsychologie). Nach Antoch (1995: 125) sieht sich der Psychotherapeut nicht bloß mit den Übertragungsneigungen von Patienten, sondern auch mit seiner eigenen unbewußten Tendenz konfrontiert, „gemäß seinem eigenen [→] Lebensstil Gefühle, Neigungen und Beziehungsimpulse im Patienten wahrzunehmen und darauf zu reagieren“. Mit Sandler et al. (1973) ist festzuhalten, daß 1. solchen Übertragungsreaktionen beständig gefolgt wird, daß 2. diese das angemessene Verstehen von Patienten sowie das Verstehen des therapeutischen Beziehungsgeschehens erheblich zu behindern drohen sowie 3., daß Gegenübertragungsgefühle aber dann, wenn sie als ein zentraler Aspekt des Beziehungsgeschehens zwischen Therapeut und Patient begriffen und analysiert werden, in den Dienst des Verstehens des unbewußten Zusammenspiels zwischen Therapeut und Patient gestellt werden können. Adler (1913: 58f.) selbst hat einige Aspekte des problematischen Zusammenspiels zwischen Übertragungs- und Gegenübertragungsneigungen beschrieben. Mit der Aufwertung der → Beziehungsanalyse in der individualpsychologischen Psychotherapie wird die Analyse der Gegenübertragung zusehends als unverzichtbarer Aspekt des psychotherapeutischen Arbeitens begriffen.

- Adler A [1913] (1974) Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In: Adler A, *Theorie und Praxis der Individualpsychologie: Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer*. Frankfurt/M., Fischer, S 48–66
- Antoch RF (1995) Gegenübertragung. In: Brunner R, Titze M (Hg), *Wörterbuch der Individualpsychologie*. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 182–183
- Matschiner-Zollner M, Presslich E, Biebl W (1999) Diagnostik und Indikation: drei Stellungnahmen zu einer Patientin. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 23: 230–247
- Sandler J, Dare C, Holder A [1973] (1988) *Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie*. 4. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta

Wilfried Datler

Gegenübertragung (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). C.G. Jung benützt den Ausdruck der Gegenübertragung zum ersten Mal 1929 (Jung, GW, Bd. 16, § 163) im Zusammenhang mit der Feststellung, daß der Patient unbewußt den Arzt beeinflusse, ihn störe. Die → Komplexe des Analysanden stecken den Arzt an. Als eine der Erscheinungen dieser gegenseitigen Beeinflussung sieht Jung die durch die → Übertragung bewirkte Gegenübertragung. In „Die Psychologie der Übertragung“ (Jung, GW, Bd. 16, § 353–539) exemplifiziert er 1946 an einem alchemistischen Text ein Schema von Beziehung und Übertragung-Gegenübertragung, das leicht auf die therapeutische Situation übertragen werden kann. Fordham (1957; zit. in Jacoby, 1987) unterschied zwischen der illusionären Gegenübertragung, in der der Analytiker eigene unbewußte Inhalte auf den Analysanden überträgt, und der syntonen Gegenübertragung, in der der Analytiker durch Fantasien und emotionelle Reaktionen auf den Analysanden unbewußte Vorgänge in diesem wahrzunehmen vermag. Ausgehend von dem grundlegenden Übertragungs-Gegenübertragungs-Schema von Jung werden heute diese Phänomene als in einem interaktiven Feld zwischen Analytiker und Analysand angesiedelt gesehen. In diesem wird Selbstregulierung möglich und damit Kreativität auf der Persönlichkeitsebene (Kast, 1995). In der archetypischen Gegenübertragung fallen dem Analytiker archetypische Bilder ein, etwa Märchenbilder (→ Märchen; → Archetypus). So zeigt sich oft der Untergrund zur herrschenden Thematik; das persönliche Problem steht dann in einem größeren Zusammenhang und in einem größeren Feld von Ressourcen.

Jacoby M (1987) Psychotherapeuten sind auch Menschen. Übertragung und menschliche Beziehung in der Jungschen Praxis. Olten, Walter

Kast V (1995) A concept of participation. In: Stein M (Ed), The interactive field in analysis. Wilmette (IL), Chiron Publications

Sedgwick D (1994) The wounded healer. Countertransference from a Jungian perspective. London, Routledge

Verena Kast

Gegenübertragung (aus Sicht der → Hypnose). Hypnospezifische Gegenübertragungen sind operational definierbar als 1. Affekt- und Verhaltensreaktionen auf die hypnospezifischen Übertragungen des Patienten und 2. biografisch determinierte Übertragungen des Therapeuten, die bei der Wahrnehmung seiner hypnosetherapeutischen Rolle und der Handhabung des hypnosetherapeutischen Instrumentariums auftreten. Hypnospezifische Gegenübertragungen entstehen ausgehend von den hohen Erfolgserwartungen und den archetypischen Rollenbildern, die Patienten in der Übertragung häufig zum Verfahren „Hypnose“ und zur Figur des „Hypnotiseurs“ entwickeln. Darüber hinaus sind die grundlegenden Prinzipien der → klinischen Hypnose selbst eine Quelle für Gegenübertragungen (Mende, 1998): 1. Das Prinzip des Vertrauens in die Existenz latenter Ressourcen und die „Fähigkeiten des Unbewußten“ nährt in der Gegenübertragung die Neigung zum überhöhten professionellen Optimismus. 2. Das Prinzip der aktiv-kommunizierenden Haltung des Therapeuten sowie 3. die Anwendung des Utilisationsprinzips bedingen Selektionsprozesse, die für Gegenübertragungen anfällig sind. Analog der hypnotischen Übertragung existiert die hypnotische Gegenübertragung in verschiedenen Ausformungen, die sich aus der Interaktion zwischen struktureller Reife des Patienten, Struktur-niveau des Therapeuten und Merkmalen der therapeutischen Situation ergeben. Brown & Fromm (1986) unterscheiden auf dem neurotischen Niveau die prägenitale Eltern-Gegenübertragung, die ödipal-sexuelle Gegenübertragung und die Geschwister-Gegenübertragung. Als Reaktion auf Übertragungen auf Borderline- und psychotischem Niveau geht es in der Gegenübertragung zumeist um die Wiederherstellung verletzter Grenzen. Identifizierte Gegenübertragungen werden in der → Hypnosetherapie diagnostisch verwertet, kontrolliert und therapeutisch genutzt (→ Utilisation).

Brown DP, Fromm E (1986) Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum

Mende M (1998) Hypnotherapeutic responses to transference in the face of therapeutic change. *Hypnos – Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine* 25(3): 134–145

Matthias Mende

Jung CG [1946] (1976) Zur Phänomenologie des Geistes im Märchen. In: *GW*, Bd. 9/1, §§ 384–455. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydewolff

Geheimnis. → Verschwiegenheitspflicht.

Geist. → Anthropologie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Geist (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). C.G. Jung folgte nicht mehr der christlichen Dichotomisierung des Menschen (Nikeanisches Konzil von 869) in einen materiellen Teil und einen immateriellen, der Geist und Seele vereinigt. Ihm galt die → Seele als die einzige unmittelbare Wirklichkeit – mit „Materie“ oder „Geist“ als Herkunftsbezeichnungen ihrer Inhalte. Geist war nun ein „funktionaler [→] Komplex, der ursprünglich als eine unsichtbare, hauchartige Gegenwart empfunden wurde“ (Jung, *GW*, Bd. 9/1, §§ 392a, 388), dynamische Manifestation und extremer Gegensatzkonflikt, der energetisches Potential schafft (Jung, 1988: 1065, 1132ff.; → Energie, psychische; → Gegensatzthematik). Beim späten Jung kommt die von Giegerich (1994) ausdifferenzierte Auffassung der Seele als → Syzygie von → Anima und Animus auf. Darin ist der Geist der Animus, dessen dialektisches Zusammenspiel mit der Anima (beides antike Wörter für Seele) Seele erst erschafft. Geist stellt sich personifiziert (z. B. als Vater, alter Weiser, → Trickster, Taube) und abstrakt (z. B. als Buch, Wort, Höhe, Wind, Blau, Licht, Ideal u. a.) dar, als Akt (z. B. als Stellungnahme, → Reflexion, Tat, Affekt, Geistigkeit u. a.), als logische Stufe des In-der-Welt-Seins (Mensch als Geist, aufgehobener Geschlechtergegensatz) und als Liebe (flüssige logische Beziehung der Gegensätze selbst; Leben hat nicht, sondern ist → Sinn; Giegerich, 1994a: 219–253).

Giegerich W (1994) *Animus-Psychologie*. Frankfurt/M., Peter Lang

Jung CG (1988) *Nietzsche's Zarathustra*. Notes of the seminar given in 1934–1939 by C.G. Jung. Ed. by James L. Jarrett. 2 vols. Princeton (NJ), Princeton University Press

Geltungsstreben (→ Individualpsychologie). Alfred Adler hat das „Geltungsstreben“ in verschiedenen Zusammenhängen gebraucht. In der „Menschenkenntnis“ von 1927 betrachtet er es als anthropologische Konstante, als ein ursprüngliches menschliches Streben nach Anerkennung und Wertschätzung. Schon das kleine Kind mache sich bemerkbar, dränge sich in den Vordergrund, versuche, „die Aufmerksamkeit der Eltern auf sich zu lenken, zu erzwingen. Das sind die ersten Anzeichen für das erwachte Geltungsstreben des Menschen, das sich unter der Einwirkung des Minderwertigkeitsgefühls entwickelt und das Kind dazu führt, sich ein Ziel zu setzen, bei dem es der Umwelt überlegen erscheint“ (Adler, 1927: 73). Diese Tendenz zur Sicherung (→ Sicherheitsstreben / Sicherungstendenz) ist allgemein menschlich und noch kein pathologischer Vorgang. Wenn jedoch das → Minderwertigkeitsgefühl des Kindes im Laufe von Sozialisation und Enkulturation vertieft wird, besteht gemäß Adler die Gefahr der Verschärfung des Geltungsstrebens. Dieses Kind setzt sich überhöhte Ziele und entwickelt so in den ersten Lebensjahren einen persönlichen → Lebensstil, der durch ein überhitztes, ehrgeiziges Streben nach Geltung charakterisiert ist. Damit ist das Fundament für eine psychische Fehlentwicklung gelegt. Der betreffende Mensch wird seines Lebens nicht froh, sondern setzt unter Mißachtung seiner tatsächlichen Kräfte alle seine psychischen Energien ein, um in den Mittelpunkt zu kommen und hervorzustechen. In der zeitgenössischen individualpsychologischen Diskussion wird der Begriff des Geltungsstrebens selten verwendet.

Adler A [1927] (1966) Menschenkenntnis. Frankfurt/M., Fischer

Kretschmer W (1995) Geltungsstreben. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 183–185

Jürg Rüedi

Gemeinschaft, therapeutische. → Suchttherapie; → Windhorse-Modell.

Gemeinschaftsgefühl (→ Individualpsychologie). Ist für die Individualpsychologie ein theoretischer Grundpfeiler; in Adlers Spätschriften wird das Maß an Gemeinschaftsgefühl zum wichtigsten Kriterium für psychische Gesundheit. Synonyme Begriffe bzw. Übersetzungen sind social interest (soziales Interesse), social feeling, community feeling und community sense. Als erster Vorläufer des Gemeinschaftsgefühls gilt das → Zärtlichkeitsbedürfnis. 1918 führt Adler das Gemeinschaftsgefühl ein (vgl. Rüedi, 1992: 68–71) und meint damit eine Gegenkraft zum → Machtstreben. In den folgenden Jahren beschäftigt er sich intensiv mit diesem neuen Begriff und entwickelt ihn weiter. 1923 nennt er als Aufgabe der Erziehung, „die Schablone des Machtstrebens zu verhindern und die Entfaltung des angeborenen Gemeinschaftsgefühls zu fördern“ (Adler, 1923: 39). Im folgenden Zitat aus dem Jahre 1926 kommt die inzwischen zentral gewordene Stellung des Gemeinschaftsgefühls deutlich zum Ausdruck: „Im Begriff ‚Mensch‘ liegt bereits unser ganzes Verständnis für das Gemeinschaftsgefühl, wir könnten uns einen Menschen, der es verloren hätte und dennoch als Mensch bezeichnet werden sollte, nicht vorstellen. Auch in der Geschichte finden wir isoliert lebende Menschen nicht. Wo immer Menschen angetroffen wurden, fand man sie in Gruppen vor, wenn die einzelnen Menschen nicht etwa künstlich oder durch Wahnsinn voneinander getrennt waren“ (Adler, 1926a: 102). Adler begründet das Gemeinschaftsgefühl somit phylogenetisch, in Übereinstimmung mit der modernen Biologie weist er auf die Bedeu-

tung der Kooperation für das Überleben hin. In ontogenetischer Perspektive ist das Gemeinschaftsgefühl zentral, weil ohne dessen Förderung im Erziehungsprozeß die gesamte Entwicklung des jungen Menschen schief laufe, die Sprachentwicklung ebenso wie die soziale oder die moralische: „Kurz, alles das, was den Menschen auszeichnet, steht mit der Entwicklung seines Gemeinschaftsgefühls in Zusammenhang“ (Adler, 1926b: 123). Ab 1928 fügt Adler dem Begriff des Gemeinschaftsgefühls neue Akzente hinzu. Er betont einerseits die Notwendigkeit, das Gemeinschaftsgefühl bewußt zu entfalten, und setzt es mit Einfühlung gleich, andererseits spricht er vom allgemeinen Nutzen, den seelisch gesunde Menschen durch ihr Handeln erzielen. Dieser sich ständig ausweitende Bedeutungsgehalt des Gemeinschaftsgefühls ist in der zeitgenössischen Individualpsychologie verschiedentlich kritisiert worden (Witte, Wiegand). Unbestritten bleibt Adlers Verdienst, mit Nachdruck auf die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehungen für die seelische Gesundheit hingewiesen zu haben, und dies 70 Jahre vor Golemans Bestseller „Emotionale Intelligenz“.

Adler A [1923] (1982) Fortschritte der Individualpsychologie. In: Adler A, Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. I: 1919–1929, hg. von Ansbacher HL, Antoch RF. Frankfurt/M., Fischer, S 33–47

Adler A [1926a] (1982) Liebesbeziehungen und deren Störungen. In: Adler A, Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. I: 1919–1929, hg. von Ansbacher HL, Antoch RF. Frankfurt/M., Fischer, S 99–118

Adler A [1926b] (1982) Schwer erziehbare Kinder. In: Adler A, Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. I: 1919–1929, hg. von Ansbacher HL, Antoch RF. Frankfurt/M., Fischer, S 119–134

Rüedi J (1992) Die Bedeutung Alfred Adlers für die Pädagogik. Eine historische Aufarbeitung der Individualpsychologie aus pädagogischer Perspektive. Bern, Haupt

Seidenfuß J (1995) Gemeinschaftsgefühl. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 185–191

Jürg Rüedi

Generalisierung (im → Autogenen Training). Ähnlich dem Prinzip der Generalisation in den Lerntheorien werden die Empfindungen im Autogenen Training von einer Extremität auf andere Körperstellen – anfangs häufig auf eine sowohl vertikal als auch lateral andere Gliedmaße – „übertragen“ (→ Formeln). Später verbreiten sie sich auf den ganzen Körper (→ Umschaltung). I.H. Schultz beschrieb das Phänomen schon sehr früh und bezog sich dabei auch auf den Begriff der Mitübung (Transfer). Dem Üben kann man das Phänomen leicht deutlich machen, wenn man ihn mit der Schreibhand und der anderen Hand gleichzeitig rasch mit Kreide eine Ziffer auf eine Tafel schreiben läßt. Was auf der einen Seite normal erlernt wurde, erscheint auf der anderen in Spiegelschrift. Die Generalisierung bezieht sich aber auch auf allgemeine Phänomene. So führt die Muskelentspannung und die lösende Beeinflussung des Vegetativums zur affektiven → Resonanzdämpfung u. a. m.

Hoffmann B (1981) Handbuch des Autogenen Trainings. München, dtv

Schultz IH [1932] (1970) Das autogene Training. 13. Aufl. Stuttgart, Thieme

Heinrich Wallnöfer

Generisches Modell der Psychotherapie (→ Psychotherapieforschung). Das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard ist ein allgemeines Prozeßmodell der Psychotherapie ohne präskriptiven Anspruch. Empirisch aus Ergebnissen der → Prozeß-Ergebnis-Forschung gewonnen, stellt es einen schulübergreifenden Raster für Forschung und Praxis mit drei Hauptkomponenten dar: 1. Inputvariablen oder Rahmenbedingungen (Versorgungssystem, Settingmerkmale, Patienten- / Therapeutencharakteristika), 2. Prozeßmerkmale (Behandlungsmodell inkl. Therapievertrag und Rollenspezifizierung, Therapeuten-Patienten-Beziehung, Interventionen, Funktionsniveau von Therapeut und Patient, unmittelbare Auswirkung der einzelnen Therapiesitzung, Prozeßablauf der Therapie) und 3. Output- oder Ergebnisvariablen (Effekte, soziale/personale Rah-

menbedingungen und soziale Beziehungen). Zentral ist das Behandlungsmodell, das schulenspezifische Rahmenbedingungen (Menschenbild, Störungstheorien, Interventionen, zwischenmenschliche Haltungen, der Therapeut) und Prozeßaspekte (Strukturierung, Prozeß, Ziele etc.) beschreibt.

Orlinsky DE (1994) Learning from many masters. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. *Psychotherapeut* 39: 2–9

Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York, Wiley, pp 270–376

Anton-Rupert Laireiter

Genital. → Psychoanalytische Phasenlehre.

Genitalität (→ Vegetotherapie, charakteranalytische). Von Genitalität im Sinne von Wilhelm Reich ist erst dann zu sprechen, wenn die Herstellung der vollen genitalen, orgastischen Befriedigungsfähigkeit erlangt wird. Genitalität geht damit über die reine Symptombetrachtungsebene hinaus (Reich, 1987). Mit der Herstellung der vollen orgastischen Befriedigbarkeit wird der charakter-neurotischen Reaktionsbasis und den Symptomen die Energie entzogen. Jede nicht orgastisch umgesetzte sexuelle Energie kann zur Quelle seelischer Erkrankungen werden, indem sie die gewöhnlichen Konflikte des Lebens fixiert (Reich, 1987). Genitalität ist demnach nicht eine psychologische Fragestellung, sondern eine psycho-physische. Es besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen genitalem und neurotischem → Charakter in bezug auf die Wahl der → Abwehrmechanismen: Während der erstere vorwiegend auf die dauernde und gelungene Sublimierung zurückgreifen kann, muß letzterer auf die Reaktionsbildung zurückgreifen. Bei der → Sublimierung liegt der Akzent auf dem Effekt der Handlung, es besteht Einklang zwischen → Ich und → Ich-Ideal, der

→ Trieb wird vom Ich übernommen und auf ein anderes Ziel gelenkt. Bei der Reaktionsbildung tritt die Handlung selbst in den Vordergrund, wirkt rigid und krampfhaft. Hier wurde das ursprüngliche Triebziel nicht aufgegeben. Daher muß es verdrängt und gleichzeitig gegenbesetzt werden, um nicht ins Bewußtsein zu dringen. Nach Reich verfügt nur eine Minderheit der Menschen über eine dauerhafte Sublimierungsfähigkeit (Reich, 1989: 172f.).

Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Günter Hebenstreit

tierten Familientherapie wird das Genogramm als Basis der → Familienrekonstruktion genutzt, um mit verschiedenen Methoden (z. B. → Familienskulptur) unbewußte Aufträge und Bindungen an die Herkunftsfamilie zu bearbeiten. In der strukturellen und strategischen Familientherapie geht es um die Darstellung von Hierarchien, Grenzen und Koalitionen, um dysfunktionale Familienstrukturen zu erkennen.

Kaiser P (1989) Familienerinnerungen. Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie. Heidelberg, Asanger

McGoldrick M, Gerson R (1990) Genogramme in der Familienberatung. Bern, Hans Huber

Roedel B (1990) Praxis des Genogrammarbeit. Dortmund, Borgmann

Hedwig Wagner

Genogramm. Graphische Darstellung eines Familienstammbaums, der in der → Familientherapie und in der Familienmedizin zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken verwendet wird. Das meist drei Generationen umfassende Genogramm ermöglicht einen raschen Überblick über komplexe Familienkonstellationen und kritische Ereignisse im Lebenszyklus der Familienmitglieder, wie z. B. Trennungen, Erkrankungen, Tod, Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten, Position in der Geschwisterreihe etc. In der praktischen Arbeit sind je nach theoretischer Ausrichtung unterschiedliche Zielsetzungen mit der Genogrammarbeit verbunden, es gibt noch keine schulenübergreifend standardisierte Darstellungsform. In der Medizin dient es dazu, Krankheitsdispositionen und eventuell Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und schwierigen Lebensereignissen zu erfassen, um sie beim Therapieplan entsprechend zu berücksichtigen bzw. auch, um präventive Maßnahmen vorzuschlagen. Aus Sicht der Mehrgenerationenperspektive (→ Familientherapie, psychoanalytische) nach M. Bowen und I. Boszormenyi-Nagy soll mit dem Genogramm das generationsübergreifende emotionale System mit den entsprechenden Regeln, Mythen, Themen und repetitiven Mustern erfaßt werden; in der wachstumsorien-

Gerontopsychiatrie. Teilgebiet der Psychiatrie (Hirsch et al., 1992), ihrem Wesen nach aber eher interdisziplinär. Obwohl zugleich mit der Psychiatrie wissenschaftlich entfaltet, hat der eigentliche Aufschwung erst nach dem 2. Weltkrieg begonnen. Öffentliches Interesse wurde z. B. in der Bundesrepublik Deutschland durch die Psychiatrie-Enquête (1975) geweckt, welches weiters durch die Empfehlungen der Expertenkommission (1988) gefördert wurde. Sie bedient sich der klinisch-psychiatrischen Urteils- und Erfahrungsebene und benutzt deren diagnostische und therapeutische Methoden bzw. entwickelt diese unter Einbeziehung der Altersvariable weiter. „Überall dort, wo bei einem älteren Menschen (ab 60.–65. Lebensjahr) die psychische Störung im Vordergrund seiner Erkrankung/Erkrankungen steht, ist die Gerontopsychiatrie zuständig“ (Hirsch et al., 1992: 4). Allerdings kann eine exakte Altersgrenze wegen der großen inter- und intraindividuellen Streuung und der erheblichen individuellen Intensitätsunterschiede nicht absolut festgelegt werden (Oesterreich, 1995). Es besteht auch eine Verflechtung zur internistischen Geriatrie und zur Altenhilfe. Weitere enge Beziehungen gibt es zur Gerontopsychologie und Gerontosozioologie. Zudem übernimmt sie Erkenntnisse weiterer Wissenschaftszweige

(z. B. Philosophie, Pädagogik, Theologie, Demografie, Architektur). Die Arbeitsweise der Gerontopsychiatrie muß daher „in Forschung, Lehre und Praxis interdisziplinär ausgerichtet sein“ (Oesterreich, 1995). Die Gerontopsychiatrie ist dynamisch und sozialpsychiatrisch orientiert. Aufgrund der Besonderheiten alter Menschen (z. B. erhebliche inter- und intraindividuelle Schwankungsbreite der körperlichen, psychischen sowie sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten, erhöhte soziale Vulnerabilität, Multimorbidität, Gefäß- und Stoffwechseleränderungen, erschwerte Adaptation, veränderte Verteilung der Flüssigkeiten, Fette und Eiweiße des Körpers, veränderte → Pharmakokinetik und → Pharmakodynamik) bedarf es auch für psychische Störungen und Erkrankungen im Alter spezifischer Untersuchungsinstrumente und mehrdimensionaler Behandlungsangebote. Hauptaufgaben der Gerontopsychiatrie sind: Grundlagenforschung psychischer Störungen und Erkrankungen im Alter, deren Prävention, Diagnostik und Assessment, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten, → Epidemiologie und Versorgung. Die gerontopsychiatrische, mehrprofessionell und multimodal ausgerichtete Versorgung vollzieht sich auf folgenden Ebenen: allgemeines psychosoziales Vorfeld (Prävention, Erkennen von Risikogruppen), ambulanter, teilstationärer (Tagesklinik) und stationärer (Altenhilfe und Klinik) Bereich. Sie koordiniert innerhalb einer Versorgungsregion die vielfältigen Einrichtungen und Dienste. Ihre Interventionen beziehen sich nicht nur auf alte Menschen, sondern auch auf deren Angehörige und andere Bezugspersonen. Öffentlichkeitsarbeit, Beratung von bestehenden und geplanten Einrichtungen der Altenhilfe und der medizinischen Versorgung sowie Vermittlung von gerontopsychiatrischer Kompetenz in Aus-, Fort- und Weiterbildung sind weitere Aufgabenbereiche.

BMf Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn

Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200 und 7/4202. Bonn, Heger

Hirsch RD, Baumgarte B, Brand A, Kortus R, Kretschmar C, Leidinger F, Loos H, Radebold H, Wächtler C (1992) Gerontopsychiatrie – zum Selbstverständnis der Gerontopsychiatrie. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Untergruppe der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie des AK der Leiter der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der BRD. Bonn

Oesterreich K (1995) Definition der Gerontopsychiatrie: Gibt es eine spezifische gerontopsychiatrische Identität? In: Hirsch RD, Kortus R, Loos H, Wächtler C (Hg), Gerontopsychiatrie im Wandel: vom Defizit zur Kompetenz. Melsungen, Bibliomed, S 1–12

Rolf Dieter Hirsch

Gerontopsychosomatik. Als Querschnittsfach Teil des Fachgebietes „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (Heuft, 1993), nimmt die Gerontopsychosomatik die gerontologischen Ergebnisse zur Kompetenz und Lernfähigkeit im Alter auf und vertritt ein Entwicklungsparadigma des gesamten Lebenslaufes. Das entwicklungspsychologische Modell versteht den somatischen Alternsprozess als „somatogenen Organisator“ der Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte des Erwachsenenlebens. Der Organisator repräsentiert das die Entwicklung im jeweiligen Lebensabschnitt führende „Organ“. Das Konzept steht in der Tradition von J. Needham („Embryologischer Organisator“), R.A. Spitz („Kritische Knotenpunkte in der Entwicklung des Kleinkindes“) und A. Freud („Konvergierende Entwicklungslinien“). Aus verhaltenstherapeutischer Sicht werden negativ konnotierte Altersstereotypen und das Gleichgewicht zwischen kognitiven und motivationalen Systemen betont. Wichtigste Behandlungsverfahren der Gerontopsychosomatik sind die psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Alterspsychotherapie sowie Entspannungsverfahren. Hauptindikationsbereiche psychoanalytischer Psychotherapie sind neurotische Konflikte, Aktualkonflikte ohne repetitives Konfliktmuster (Opera-

tionalisierte Psychodynamische Diagnostik) und Traumareaktivierungen. Altersspezifische → Verhaltenstherapie setzt sich mit irrationalen Denkstilen und Realitätsorientierungstraining (ROT) auseinander. Weitere psychotherapeutische Schwerpunkte bilden die physiologischen Alternsveränderungen (z. B. der Sexualität), die somatoformen Störungen, die oft durch den somatischen Multimorbiditätsaspekt übersehen werden, die Psychodynamik und Verhaltensrelevanz somatischer Risikofaktoren sowie Probleme der → Krankheitsverarbeitung (→ Gerontopsychotherapie). Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei dementiellen Prozessen stehen noch am Anfang.

Heuft G (1993) Psychoanalytische Gerontopsychosomatik – zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierung im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 43: 46–54

Heuft G, Kruse A, Nehen HG, Radebold H (Hg) (1995) *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik*. München, MMV Medizin-Verlag

Radebold H (1992) *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin, Springer

Gereon Heuft

Gerontopsychotherapie (Alterspsychotherapie). Unter Einbeziehung der gerontologischen Erkenntnisse Teilgebiet der Psychotherapie. Ausgangspunkt ist eine Entwicklungspsychologie des gesamten Lebenslaufs. Altern wird als ein mehrdimensionaler Prozeß mit bestimmten Besonderheiten (→ Gerontopsychiatrie) begriffen, bei welchem sich mehrere – individuell variierende – voneinander abgrenzbare Lebensabschnitte beobachten lassen. Damit verbunden stehen sehr unterschiedliche psychosoziale Aufgaben in den verschiedenen Phasen zur Bewältigung an, die zu unterschiedlichen Krisen und Störungen führen können. Da Altern zudem eine Zeit intensiver körperlicher, seelischer, aber auch sozialer Wandlungen und Wechselwirkungen umfaßt, kommt den Veränderungen im Alter nicht nur ein quantitativer sondern auch ein qualitativer Charakter zu. Allerdings können Fähigkeiten und

Fertigkeiten sowie neue Formen des Erlebens und Handelns erworben werden. Somit läßt sich definieren: Ein alter Mensch ist ein „Erwachsener“, für den innerpsychische, intra- und intergenerative Konflikte, Triebbedürfnisse und psychodynamische Gesetzmäßigkeiten wie für einen Jüngeren gelten und gleichzeitig ein von seiner körperlichen, psychischen und sozialen Vergangenheit sowie seiner kulturellen Umwelt geprägter und mit der Endgültigkeit konfrontierter Mensch, der in diesen Lebensphasen neuen Belastungen und Krisen ausgesetzt ist (Hirsch et al., 1992). Erst seit den 60er Jahren beschäftigen sich Psychotherapeuten intensiver mit Älteren. Dies ist nicht zuletzt u. a. dem wohl bekanntesten Alterspsychotherapeuten Hartmut Radebold aus Kassel zu verdanken und den seit 1989 in der Bundesrepublik kontinuierlich stattfindenden gerontopsychotherapeutischen Fachtagungen sowie alterspsychotherapeutischen Schwerpunktbildungen in der psychotherapeutischen Weiterbildung. Für die Gruppe der 50–75/80jährigen ist von den gleichen Zielsetzungen und Indikationskriterien auszugehen, wie sie für Erwachsene bestehen (Radebold, 1992). Wie bei jedem Lebensabschnitt sind die Biografie, die psychosozialen Gegebenheiten, die Auslösesituation und der aktuelle biopsychosoziale Gesamtzustand des Einzelnen sowie die „Altersvariable“, diese aber nicht verstanden als „Defizit-Variable“, zu berücksichtigen. Weniger das Lebensalter als vielmehr die Dauer der psychischen Störung oder Erkrankung ist für eine Prognose entscheidend. Erst etwa nach dem 75. Lebensjahr ist es diskutierbar, individuell sehr unterschiedlich und entsprechend den Wünschen des Älteren, Einschränkungen des Therapiezieles zu formulieren. Zielvorstellung der Gerontopsychotherapie ist: Wiederherstellung von Beschwerdefreiheit, Liebes-, Genuß-, Trauerfähigkeit sowie Kontaktvermögen und (nicht-berufliche) Arbeitsfähigkeit (Hirsch, 1997). An psychotherapeutischen Verfahren werden heute bei alten Menschen hauptsächlich durchgeführt: psychoanalytische und tiefenpsychologisch orientierte sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische (Übersichten in: Jovic & Uchtenhagen, 1995; Petzold &

Bubolz, 1979; Radebold & Hirsch, 1994). Bewährt haben sich auch Entspannungsverfahren, die oft in Kombination mit anderen Psychotherapieverfahren eingesetzt werden (→ Autogenes Training als → Basispsychotherapeutikum). Folgende Grundprinzipien sind in der psychotherapeutischen Behandlung Älterer zu beachten: multiple Problematik, Kenntnis der Phänomene des Alters und Alterns, Gewichtung der Problembereiche, Prinzip der adäquaten minimalen Intervention, Geduld (Tempo des älteren Patienten ist anders als das eines jüngeren Therapeuten) und Ausdauer, Plastizität der therapeutischen Schritte, Einbeziehung auch nichtpsychotherapeutischer Hilfen und Bezugspersonen, Förderung der körperlichen, psychischen und sozialen Kompetenzen, Erkennen der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene (älterer Patient – jüngerer Therapeut) sowie der Gerontophobie des Therapeuten.

Hirsch RD (1997) Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie älterer Menschen. In: Wenglein E (Hg), Das dritte Lebensalter. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, S 68–94

Hirsch RD, Baumgarte B, Brand A, Kortus R, Kretschmar C, Leidinger F, Loos H, Radebold H, Wächtler C (1992) Gerontopsychiatrie – zum Selbstverständnis der Gerontopsychiatrie. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Untergruppe der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie des AK der Leiter der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der BRD. Bonn

Jovic IN, Uchtenhagen A (Hg) (1995) Psychotherapie und Altern. Zürich, Fachverlag AG

Petzold H, Bubolz E (Hg) (1979) Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn, Junfermann

Radebold H (1992) Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin, Springer

Radebold H, Hirsch RD (Hg) (1994) Altern und Psychotherapie. Bern, Hans Huber

Rolf Dieter Hirsch

Geschichte der Psychotherapieforschung. → Psychotherapieforschung, Geschichte der.

Geschlecht. → weibliche Sexualität; → Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie.

Geschlechtsidentität, Störungen der. → Transsexualität; → Transvestitismus.

Geschlechtsrolle (aus feministischer Sicht). Ein Begriff der Sozialwissenschaften, der einen Katalog an individuellen Verhaltensweisen und gesellschaftlichen Erwartungen definiert, ausgehend vom biologischen Geschlecht (sex) und vom sozialen Geschlecht (gender) als den grundlegenden sozialen Ordnungskategorien. Soziologie und Psychologie weisen Geschlechtsrollen als Ergebnis sozialen Lernens aus, beeinflusst von soziokulturellen und ökonomischen Normen. Die Frauenforschung, Grundlage der → Feministischen Therapie, differenziert die Geschlechtsrolle kritisch, in Verbindung mit der Analyse der Machtverteilung und der Hierarchie zwischen den Geschlechtern sowie der Konstruktion polarer Zweigeschlechtlichkeit in der androzentrischen Gesellschaftsform „Patriarchat“ (→ androzentrische Wissenschaft). Sie zeigt, wie aus der geschlechtlichen Arbeitsteilung eingeeengte Geschlechtsrollen produziert werden und damit Frauenbenachteiligung festgelegt wird: z. B. über Verknüpfung von Hausarbeit, Erziehungsarbeit und Gebärfähigkeit der Frauen mit begrenzten, als natürlich ausgegebenen Persönlichkeitseigenschaften bzw. einer Reduzierung weiblicher Lebensentwürfe auf Gebärfähigkeit. Bewusste und unbewusste Stereotypen, Klischees und Bewertungen bezüglich der Geschlechtsrollen wurden in wissenschaftlichen Forschungen nachgewiesen. Sie bewirken z. B. „Doppelstandards von Gesundheit und Krankheit“ in psychotherapeutischen und medizinischen Settings und begünstigen abwertende Haltungen gegenüber Frauen. Broverman et al. (1970, zit. in Bilden, 1992) zeigen, wie diesen Standards männliche Normen und Sichtweisen zugrunde liegen (→ Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie). Die → Feministische Therapie hat die Er-

weiterung und Neubewertung der Geschlechtsrolle zum Ziel: insbesondere die Auseinandersetzung mit Aggression als vitaler und notwendiger Durchsetzungsfähigkeit für Frauen, die ihnen nach der herkömmlichen Geschlechtsrolle abgesprochen wird.

Alfermann D (1996) Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten. Stuttgart, Kohlhammer

Bilden H (Hg) (1992) Das Frauentherapie Handbuch. München, Frauenoffensive

Broverman I, Broverman D, Clarkson F (1970) Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 34: 1–7

Hamburger Arbeitskreis für Psychoanalyse und Feminismus (Hg) (1995) Evas Biss. Weibliche Aggressivität und ihre Wirklichkeiten. Freiburg/B., Kore Verlag

Agnes Büchele

Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie. Von der → Feministischen Therapie betonte und geforderte Sichtweise zum Verständnis und zur Analyse der therapeutischen Beziehung sowie zur kritischen Reflexion bewußter und unbewußter geschlechtlicher Verhaltensweisen der TherapeutInnen gegenüber KlientInnen, die von der Annahme ausgeht, daß jedem menschlichen Verhalten geschlechtsspezifische Bedeutung zukommt, die in unserer Kultur durch Beschränkung auf Zweigeschlechtlichkeit und geschlechtsspezifische Arbeitsteilung bestimmt ist (→ Geschlechtsrolle). Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie bezieht das reale Geschlecht der TherapeutInnen-Persönlichkeit als Wirkfaktor mit ein. Verinnerlichte (stereotype, androzentrische) Wertvorstellungen (→ Androzentrische Wissenschaft) über Geschlecht und entsprechende Verhaltensweisen bei TherapeutInnen beeinflussen die Dynamik der therapeutischen Beziehung und den gesamten therapeutischen Prozeß. Insbesondere die verlangte Neutralität von AnalytikerInnen in der therapeutischen Beziehung (→ Abstinenz) wird dadurch relativiert (die Kritik von Frauenforscherinnen konzentriert und orientiert sich besonders auf den psychoanalytischen Umgang mit Geschlechtlichkeit). Unter

dem Aspekt der Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie werden wesentliche Themen der therapeutischen Theorie und Praxis differenziert und relativiert: die spezifischen Unterschiede der körperlichen und psychosexuellen Entwicklung der Lebensphasen (Krisen der Lebensmitte, Menopause und begleitende Phänomene) bei Frauen und Männern und deren Bedeutung; die Dominanz von Müttern in den therapeutischen Theorien wird relativiert durch das Faktum der gesellschaftlich „erzwungenen“ Abwesenheit von Vätern als real anwesende Pflegepersonen, was die Idealisierung des „Männlichen“ begünstigt; die Wahl gleichgeschlechtlicher Lebens- und LiebespartnerInnen wird nicht mehr pathologisiert (→ sexuelle Orientierung der Frau).

Benjamin J (1990) Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Basel Stromfeld/Roter Stern

Chodorow N (1985) Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. München, Frauenoffensive

Rohde-Dachser C (1991) Expedition in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse. Berlin, Springer

Agnes Büchele

Geschwisterkonstellation (aus Sicht der → Individualpsychologie). Adler maß der Geschwisterkonstellation (auch: Familienkonstellation) für die Persönlichkeitsentwicklung und Psychodynamik eine wichtige Rolle zu. Er und seine Schüler stellten eine Typologie des ältesten, zweiten und jüngsten Kindes sowie des Einzel- und mittleren Kindes auf; der Stellung in der Geschwisterreihe kommt allerdings keine deterministische Bedeutung zu. Diese fünf Geschwisterpositionen unterliegen verschiedenen Variationen, Kombinationen oder Abwandlungen. Die Stellung in der Geschwisterreihe wurde vorwiegend von Adler unter einem pathogenen Aspekt betrachtet. Für Adler gab es einen Zusammenhang zwischen bestimmten Charakterzügen eines Kindes und seiner Stellung in der Geschwisterreihe. Es geht um den Ursprung der neurotischen Dispositionen, d. h., um das Erkennen von Faktoren, die in

der plastischen Entwicklungsphase dazu beitragen, stabile Ich-Funktionen zu entwickeln oder zu hemmen. Nach Ansbacher & Ansbacher (1982) ist dieser Prozeß dadurch gekennzeichnet, daß das heranwachsende Kind alle Eindrücke, die es empfängt, in Betracht zieht und sich unter deren Einfluß schöpferisch seine Meinung von sich und der Welt bildet (→ Logik, private). Nach Künkel (1934) führen nicht intrapsychische Tribschicksale, sondern eine lange Kette von zusammengehörenden Unzuträglichkeiten, Enttäuschungen und Beängstigungen zur neurotischen Struktur. Diese Einschätzung entspricht weitgehend den Ergebnissen neuerer empirischer Longitudinalstudien. Wexberg (1930) mißt dem veränderten Interaktions- und Kommunikationsverhalten durch die Geburt eines Geschwisters besondere Wichtigkeit bei. Die Stellung in der Geschwisterreihe wurde sehr differenziert und nicht nur typisierend verwandt. Die individuelle Verschiedenheit der Geschwister wird nach Rudolf Dreikurs (1969) durch die entscheidende Funktion der Konkurrenz, die zwischen ihnen besteht, erklärt, entsprechend der eher kognitiven und pädagogischen Therapieausrichtung, die er vertrat. Individuelle Entwicklung wird auf einen Wettkampf um Anerkennung und Erfolg zurückgeführt, intrapsychische Prozesse verlieren an Bedeutung. Das Konzept der Geschwisterkonstellation wurde in den letzten Jahren in der Individualpsychologie nicht wesentlich weiterentwickelt. Die Rezeption der empirischen Literatur über Zusammenhänge zwischen Aspekten der Geschwister- und der Persönlichkeitsentwicklung fand nur vereinzelt statt (Lehmkuhl, 1991).

- Ansbacher H, Ansbacher R (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München, Reinhardt
- Dreikurs R (1969) Grundbegriffe der Individualpsychologie. Stuttgart, Klett-Cotta
- Künkel F [1934] (1976) Charakter, Leiden und Heilung. Stuttgart, Hirzel
- Lehmkuhl G (1991) Selbstwahrnehmung und Psychodynamik in Familien mit verhaltensauffälligen und behinderten Kindern. Zeitschrift für Individualpsychologie 16: 130–142

Wexberg E (1930) Individualpsychologie. Stuttgart, Hirzel

Ulrike Lehmkuhl

Gesetzliche Grundlagen von Psychotherapie. Daß die Psychotherapie im Rahmen einer eigenen Berufsregelung ausgeübt werden kann, ist eine relativ neue Entwicklung. In zahlreichen europäischen Ländern wurden in den letzten 10 Jahren gesetzliche Bestimmungen geschaffen, die zum Teil den Zugang zur Psychotherapeutenausbildung regeln und zum Teil auch den entsprechenden Ausbildungsgang zum Beruf des Psychotherapeuten sowie die Ausübungsbefugnisse. Gesetzliche Regelungen existieren derzeit (Mitte 1999) in folgenden europäischen Ländern: Deutschland (seit 1999), Holland (seit 1999), Finnland (seit 1994), Großbritannien (nur für Kinderpsychotherapeuten), Slowakei (seit 1997), Italien (im Psychologengesetz von 1989) und Österreich (im Psychotherapiegesetz von 1990). Auch auf der Ebene der Europäischen Union gibt es diesbezüglich Vorstöße des Europäischen Psychotherapieverbandes. Ziel ist eine vergleichbare Regelung der Ausbildung zum Psychotherapeuten in den Mitgliedsländern der Europäischen Union, da die bisherigen gesetzlichen Regelungen miteinander nicht kompatibel sind.

Die entsprechenden gesetzlichen Regelungen sind zu beziehen über den Europäischen Psychotherapieverband (EAP), Rosenbursenstraße 8/3/8, A-1010 Wien, Österreich.

Alfred Pritz

Gesprächsführung, verhaltenstherapeutische. → Verhaltenstherapeutische Gesprächsführung.

Gesprächspsychotherapie (Synonym für → Klientenzentrierte Psychotherapie; Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie). Vor allem in Deutschland übliche Bezeichnung für das im Rahmen des → Personenzentrierten Ansatzes entwickelte

Psychotherapieverfahren. Der Begriff wurde von Reinhard Tausch geprägt und als neuer Titel für die 2. Aufl. seines 1960 erschienenen Buches „Das psychotherapeutische Gespräch. Erwachsenen-Psychotherapie in nicht-directiver Orientierung“ gewählt. Der Begriff hat sich wohl endgültig dadurch eingebürgert, daß sich die deutsche Fachgesellschaft mit dem Satzungsziel, das klientenzentrierte Konzept nach C. Rogers zu verbreiten und zu fördern, den Namen „Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)“ gegeben hat.

Tausch R [1960] (1968) Gesprächspsychotherapie. 2., gänzlich neu gestaltete Aufl. Göttingen, Hogrefe

Jochen Eckert

Gesprächspsychotherapie, prozeßorientierte. → Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie.

Gesprächspsychotherapie, zielorientierte. → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie.

Gesprächstherapie. → Gesprächspsychotherapie.

Gesprächstrance. → Konversationstrance; → Hypnose.

Gespür. → Emotionstheorie, existenzanalytische; → Gewissen.

Gestaltbegriff. Der Begriff wurde von den Begründern der → Gestalttherapie aus der → Gestaltpsychologie übernommen; dort bezieht er sich auf die Wahrnehmung von Ganzheiten – im Unterschied zur Auffassung von der Synthese/Assoziation einzelner Sinnesreize. Durch die Gestalttherapie wurde der Begriff auf Erfahrungss-

phänomene generell erweitert: Danach konstruieren Menschen ihre Wirklichkeit – ausgelöst durch innere und äußere Reize – als Ganzheiten oder Gestalten, wobei diese mehr und qualitativ anders sind als die Summe ihrer Elemente. Jedes Element erhält seine Bedeutung durch die Beziehung zur ganzen Gestalt. Je nach der → Bewußtheit der Person kann jede Gestalt wiederum als Element in umfassenderen Gestalten wahrgenommen und bedeutsam werden. Gestalt wird in der Gestalttherapie als Dynamik des Hervortretens einer Figur vor einem Hintergrund (→ Figur/Hintergrund) dargestellt. Dieser Prozeß wird durch Impulse oder Bedürfnisse im Wechselspiel mit Bedingungen des Umweltfeldes ausgelöst. Das Stück Brot wird für den Hungernden zur Figur, die er sich einverleiben möchte, um das unbefriedigte Bedürfnis zu stillen. Unabgeschlossene Gestalten drängen zur Schließung. So setzen sich unerfüllte Bedürfnisse immer wieder durch, beispielsweise Unerfülltes oder Traumatisches aus der Lebensgeschichte. Es gilt daher, sich offener Gestalten bewußt zu werden und sie auf situationsangemessene Weise zu schließen bzw. sie zu transformieren, welches dem Transponieren eines Musikstücks in andere Tonlagen ohne Veränderung seiner Grundqualität vergleichbar ist.

Meier G (1990) Ganzheit und Prägnanz. Gestalttherapie 4(2): 28–43

Nevis E (1988) Organisationsberatung. Ein Gestalttherapeutischer Ansatz. Köln, Edition Humanistische Psychologie [bes. S 15–35]

Reinhard Fulbr

Gestaltgesetze (→ Gestalttherapie; → Gestalttheoretische Psychotherapie). Die Gestaltgesetze erfassen die dynamischen Selbstordnungstendenzen, die für die Bildung, Aufrechterhaltung, Wiederherstellung und Höherentwicklung von Gestalten (Wahrnehmungsgestalten, Bewegungsgestalten, Denkverläufe, Willenshandlungen, Affekte etc.) verantwortlich sind (→ Gestaltbegriff). Weit über 100 Gestaltgesetze bzw. Gestaltfaktoren (z. B. Nähe, Gleichartigkeit, durchgehende Kurve, gemeinsames Schicksal) wurden bisher nachgewiesen.

Diese sind als Erscheinungsformen der übergeordneten allgemeinen → Tendenz zur guten Gestalt (Prägnanztendenz) aufzufassen. E. Rausch (1966: 918ff.) führt – anknüpfend an Max Wertheimers „Prägnanzstufen“ und dem von v. Ehrenfels eingeführten Begriff „Gestalthöhe“ – die große Zahl von Gestaltgesetzen auf zwei Gruppen von Prägnanzaspekten zurück. Nach H.-J. Walter (1994) wäre dementsprechend etwa eine im Sinne der Gestalthöhe reiche Persönlichkeit diejenige, welche die Welt differenziert wahrnimmt und zugleich die Differenziertheit ihrer Wahrnehmung in eine komplexe (im Gegensatz zu einer komplizierten) Ordnung bringen kann. Die Wirkung der Gestaltgesetze wurde zuerst in Untersuchungen der figuralen Wahrnehmung und des Gedächtnisses nachgewiesen. Die Geltung der Gestaltgesetze ist jedoch nicht auf diese Bereiche beschränkt. Gestaltpsychologische Forschung beschäftigte sich mit der Wirkung der Prägnanztendenz im Denken, Lernen, Problemlösen, im affektiven Leben und allgemeiner im Verhalten. So wurden auch für im engeren Sinne soziale Sachverhalte konkrete Gestaltgesetze erfaßt, z. B. mit der → Wir-Tendenz, aber auch mit den ursprünglich auf figurale Gegebenheiten bezogenen Faktoren der Nähe und Ähnlichkeit (vgl. etwa die Arbeit von Henle, 1942, über dynamische und strukturelle Determinanten der Ersatzbildung sowie Arbeiten zur Wirkung von Gestaltgesetzen in der gesunden und pathologischen Entwicklung der Persönlichkeit, z. B. Brown, 1949).

- Brown JF (1949) The psychodynamics of abnormal behavior. New York, McGraw-Hill
Henle M (1942) An experimental investigation of dynamic and structural determinants of substitution. Durham, Duke University Press
Metzger W (1968) Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments. 4. Aufl. Darmstadt, Steinkopff
Rausch E (1966) Das Eigenschaftsproblem in der Gestalttheorie der Wahrnehmung. In: W Metzger (Hg), Handbuch der Psychologie, Bd. 1 [Der Aufbau des Erkennens], 1. Hbd. [Wahrnehmung und Bewußtsein]. Göttingen, Hogrefe, S 866–953
Walter H-J (1994) Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitge-

nössischer Therapieformen. 3. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag

Gerhard Stemmerger

Gestaltkreis. → Wahrnehmen, Bewegen, Rhythmus; → Funktionelle Entspannung.

Gestaltpsychologie, Gestalttheorie.

Die Gestaltpsychologie ist wesentliche Grundlage der → Gestalttherapie und der → Gestalttheoretischen Psychotherapie. Sie entstand am Beginn dieses Jh. als Gegenposition zu den damals vorherrschenden atomistischen Strömungen in der Psychologie (Assoziationspsychologie, Behaviorismus), nach denen sich seelische Vorgänge aus einzelnen Elementen zusammensetzen, die sich losgelöst voneinander untersuchen und bewerten lassen. Demgegenüber geht die Gestaltpsychologie von der primären → Ganzheitlichkeit, Strukturiertheit und Dynamik seelischer Gegebenheiten aus. Die Gestaltpsychologie unterscheidet sich u. a. von der → Psychoanalyse, indem sie auf der Grundlage ihres erkenntnistheoretischen Standortes (→ Kritischer Realismus) einen ganzheitlich-dynamischen Ansatz mit empirisch-experimentellem Wissenschaftsanspruch verbindet. Die Gestaltpsychologie der Berliner Schule ist als Gestalttheorie weltweit bekannt geworden (Wertheimer, Köhler, Lewin, u. a.). Der historische Beginn wird gewöhnlich in der Arbeit von Max Wertheimer (1912) gesehen. Gestalttheoretische Untersuchungen betreffen eine ganze Reihe von Forschungsfeldern: Wahrnehmungsphänomene, Denken, Lernen und Gedächtnis, Willens- und Affektpsychologie, Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, Sozialpsychologie, Klinische Psychologie und Pädagogik, Psychiatrie und Neurologie, Kunst, Ökonomie sowie Fragen der Ethik und der Erkenntnis- bzw. Wissenschaftstheorie. Anwendungsfelder liegen heute vor allem im Bereich der Psychotherapie, der Pädagogik und des Sports, aber auch in Architektur und Kunst (vgl. Walter, 1996). Nach Metzger (1954) können vier Hauptbereiche der Gestalt-

psychologie unterschieden werden: 1. Gestaltpsychologie ist eine Methodenlehre. Der Mensch wird ganzheitlich betrachtet, wobei dieser Ansatz keinerlei Verzicht auf wissenschaftliche Strenge und Exaktheit bedeutet. 2. Gestaltpsychologie ist → Phänomenologie. Metzger führt hier insbesondere den gesicherten Wissensbestand von Gestalteigenschaften an: Wesenseigenschaften, Materialeigenschaften und Struktureigenschaften. In der Analyse einer Gesamtsituation ist der Weg von „oben nach unten“ zu gehen. 3. Gestaltpsychologie ist eine dynamische Theorie. Metzger bezieht sich insbesondere auf die Fülle von willens- und sozialpsychologischen Arbeiten Lewins. 4. Gestaltpsychologie ist ein psychophysischer Ansatz. Gemäß der Isomorphieannahme Köhlers besteht zwischen physiologischen Vorgängen im Gehirn und psychischen Prozessen eine strukturelle Übereinstimmung, sodaß gestalttheoretische Auffassungen und Befunde im Physikalischen wie im Psychischen Gültigkeit besitzen. Der Neurologe Kurt Goldstein entwickelte auf dieser Grundlage seine Ganzheitstheorie des Organismus.

Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber

Metzger W (1954) Grundbegriffe der Gestaltpsychologie. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie 13: 3–15

Walter H-J (1994) Gestalttheorie und Psychotherapie. 3. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag

Walter H-J (1996) Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene. Opladen, Westdeutscher Verlag

Wertheimer M (1912) Experimentelle Studie über das Sehen von Bewegung. Zeitschrift für Psychologie 61: 161–265

Dieter Zabransky

Gestalttheoretische Psychotherapie.

Wurde von Hans-Jürgen Walter begründet, der das gestalttherapeutische Verfahren (→ Gestalttherapie nach Perls) konsequent auf seine gestalttheoretischen Grundlagen stellt (→ Gestaltpsychologie / Gestalttheorie). Walter führt dazu aus: „Es wird belegt, daß die entscheidenden Konzepte, die Perls seiner Kritik an der Psychoanalyse, von der er herkommt, und seinem eigenen Ansatz zugrundelegt, der Gestalttheorie

entstammen“ (Walter, 1984: 67). Aufgrund ihres ausgearbeiteten erkenntnistheoretischen Standortes (→ Kritischer Realismus) bietet die Gestalttheorie als Metatheorie die Möglichkeit der methodischen Integration unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze (Walter, 1994). Auf der Grundlage einer kritisch-realistischen Haltung geht es in der Therapie darum, sich vorbehaltlos auf die Erlebniswelt des Klienten einzulassen. Gemäß der → Gefordertheit der Lage soll die Fähigkeit zu sachlichem und situationsgemäßem Handeln gefördert werden. Metzger bezieht sich dabei auf die Überwindung der → Ich-Haftigkeit im Kontakt zu anderen Menschen, im besonderen auf die Geltungssucht und die Ich-Bezogenheit. Mit zunehmender Fähigkeit, einerseits eigene Bedürfnisse adäquat äußern zu können und andererseits von ich-haftem Verhalten absehen zu können, erhöht sich die Beziehungsfähigkeit und damit auch die Fähigkeit, sich als Teil einer Gemeinschaft zu verstehen und aus diesem Verständnis heraus zu handeln. Der Gruppe als therapeutischem Medium kommt von daher eine zentrale Bedeutung zu (→ Wir-Tendenz). Die konkrete Aufgabe des Gestalttheoretischen Psychotherapeuten liegt darin, für den psychotherapeutischen Prozeß förderliche Randbedingungen herzustellen. Es gilt, die Eigenart des Lebendigen zu berücksichtigen, sodaß im Umgang mit Menschen schöpferische Kräfte zur Entfaltung kommen können. Walter (1994) beschreibt in einer Weiterentwicklung der Gedanken Metzgers (1962) die Therapiesituation als einen Ort → schöpferischer Freiheit. In der psychotherapeutischen Arbeit sollen widersprüchliche und abgespaltene Persönlichkeitsanteile bewußt gemacht und ihre Reintegration in die Gesamtpersönlichkeit gefördert werden. Durch das gegenwärtige Erleben in der Therapiesituation und durch die Reflexion des Erlebens werden neue Einsichten möglich (→ Kraftfeldanalyse). Der Gestalttheoretische Psychotherapeut gibt Anstöße zur Umstrukturierung und Umzentrierung des psychischen Feldes des Klienten, welche die Fähigkeit der Feldkräfte zur Selbstregulation (→ Tendenz zur guten Gestalt) erhöhen und den → Lebens-

raum differenzierter und prägnanter werden lassen. Eine vielfältige Methodik kann in der Einzel- und Gruppentherapie je nach Therapiesituation dazu eingesetzt werden, um im → Hier-und-Jetzt hemmende oder störende Gefühle, Vorstellungen und Gedanken bewußt und prägnant zu machen. Der Klient vermag insbesondere durch die Identifikation mit weniger vertrauten Aspekten seines Lebensraumes neue Einsichten zu gewinnen (→ leerer Stuhl). Die gestalttheoretisch-psychotherapeutische Methodik ermöglicht eine „phänomenale Aufspaltung“ eines Problems, welche etwa in der Aufforderung an den Klienten bestehen kann, einen → Dialog zwischen widersprüchlichen Persönlichkeitsanteilen (→ Polaritäten) zu führen. Entsprechend dem Verständnis der → Zeitperspektive und des Hier-und-Jetzt-Prinzips Lewins ist in der Gestalttheoretischen Psychotherapie die historische Auseinandersetzung mit der Vergangenheit nicht das primäre Ziel. Erinnerungen an vergangene Erlebnisse, die das freie Erleben und Handeln im Hier-und-Jetzt behindern und dadurch den Blick auf Gegenwart und Zukunft verstellen können, gehören aber selbstverständlich zum Hier-und-Jetzt („systematischer Ursachenbegriff“). Es gilt, im Psychotherapieprozeß (→ Dreiphasenmodell) die Hintergründe für blockierende Befürchtungen und Ängste im Lebensraum des Klienten zu klären, um dem „Prinzip Hoffnung“ (E. Bloch) wieder zum Durchbruch zu verhelfen, sodaß er zunehmend dazu in der Lage ist, sich seiner Situation aufrichtig zu stellen, realistische Ziele zu entwickeln und seine Kräfte und Fähigkeiten im Sinn der Selbstregulation zu entfalten.

- Köhler W (1968) Werte und Tatsachen. Berlin, Springer
 Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber
 Metzger W (1962) Schöpferische Freiheit. Frankfurt/M., Kramer
 Walter H-J (1977) Gestalt-Therapie, ein psychoanalytischer und gestalttheoretischer Ansatz. Gruppendynamik 1: 3–27
 Walter H-J (1984) Was haben Gestalt-Therapie und Gestalttheorie miteinander zu tun? Gestalt Theory 6: 55–69
 Walter H-J (1994) Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitge-

nössischer Therapieformen. 3., erw. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag
 Wertheimer M (1991) Zur Gestaltpsychologie menschlicher Werte. Aufsätze 1934–1940. Hg. u. kommentiert von Walter H-J. Opladen, Westdeutscher Verlag

Dieter Zabransky

Gestalttheorie. → Gestaltpsychologie.

Gestalttherapie. Dieses weitverbreitete Therapieverfahren wurde vom deutsch-jüdischen Emigranten-Ehepaar Fritz und Laura Perls (beide Psychoanalytiker) in den 40er Jahren zusammen mit dem sozialkritischen Schriftsteller Paul Goodman in New York begründet und verbreitete sich rasch in den USA und seit den 70er Jahren in Europa und weltweit. Das Grundlagenwerk (Perls et al., 1951) wurde auf der Grundlage einer Monografie von Fritz Perls von Goodman geschrieben und erschien 1979 erstmals auf deutsch. Entgegen den ursprünglichen Intentionen der Begründer etablierten sich seit den 70er Jahren Ausbildungsinstitute und Verbände mit standardisierten Ausbildungsrichtlinien und Zertifikatsvergabe. Einzelne Institute im deutschen Sprachraum verwenden die Bezeichnung „Integrative Gestalttherapie“, um anzuzeigen, daß sie ein für verschiedene Strömungen der Gestalttherapie offenes Modell vertreten. In Österreich ist die Gestalttherapie unter „Integrative Gestalttherapie“ und „Gestalttheoretische Psychotherapie“ gesetzlich anerkannt. Der Gestalt-Ansatz ist heute auch die Grundlage für Gestaltpädagogik und Gestaltberatung inkl. Organisationsberatung. Gestalttherapie ist ein integrativer Ansatz mit Elementen der Psychoanalyse (Freud, Horney, Sullivan, Ferenczi, Rank), → der Gestaltpsychologie (Wertheimer, Goldstein, Lewin), des Existentialismus (Buber, Tillich, Heidegger), der → Körperpsychotherapie (Reich), des Sensory Awareness (Elsa Gindler, Charlotte Selver), des Theaters (Max Reinhardt) und des Modern Dance sowie sozialkritischer Konzepte (Gustav Landauer) und östlicher Psychologien (Zen, Taoismus). Fritz Perls war auch vom

Philosophen Salomo Friedlaender (→ Schöpferische Indifferenz) stark beeinflusst. Gestalttherapie ist phänomenologisch-hermeneutisch (→ Phänomenologie; → Hermeneutik). Im Zentrum steht der Klient in seiner existentiellen Situation im direkten → Kontakt mit dem Therapeuten (→ Hier-und-Jetzt-Prinzip). Leitend ist das → dialogische Prinzip: Therapeut und Klient sind bestrebt, die jeweiligen individuellen und gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktionen zu akzeptieren und auf ihre gegenwärtige, situative Angemessenheit hin zu prüfen. Nicht bewußte → unerledigte Situationen aus der Lebensgeschichte werden im Therapiegeschehen aktiviert und (wieder) dem Bewußtsein zugänglich. Wichtigstes Anliegen ist die Erweiterung der → Bewußtheit, durch die der Klient – der → paradoxen Theorie der Veränderung zufolge – Unterstützungsmöglichkeiten im → Selbst und Umweltfeld wahrnehmen und kreativer nutzen lernt. Ziel ist persönliches und gemeinschaftliches → Wachstum durch Aktivierung der Selbstheilungskräfte (→ organismische Selbstregulierung). Der Begriff Gesundheit wird als die Fähigkeit eines Menschen definiert, seine psychischen, physischen und sozialen Bedürfnisse ohne Schaden für sich und sein Umweltfeld zu befriedigen. Die produktive Auseinandersetzung eines Menschen mit seiner Umgebung setzt nach dieser Auffassung den organischen Rhythmus von Kontakt und Rückzug und den frei-fließenden Gestaltbildungsprozeß voraus. Danach ist Gesundheit mit dem Wachstumsprozeß identisch, in dem Stabilität und Veränderung komplementär zueinander sind. Der Begriff Krankheit wird mit der Unfähigkeit verbunden, die Bedürfnisse und die Wahrnehmung des Umfeldes zu einer sinnvollen Ganzheit zu organisieren und Prioritäten sowie situationsadäquate Handlungen auszuführen. Psychische Störungen gelten als Ausdruck nicht-gelingender Versuche einer solchen schöpferischen Anpassung an die Umwelt. „Gesundheit“ und „Krankheit“ deuten nach diesem Verständnis auf gelingende bzw. nicht-gelingende Interaktionen zwischen einem Menschen und seinem Umfeld hin. Was als gesund (funktional) oder krank (dysfunktional) zu bezeichnen

ist, hängt von dessen Bedeutung im → Organismus-Umweltfeld ab. Gestalttherapie wird vielfach mit ihren Methoden und Techniken gleichgesetzt, die dem Ausdruck und der Integration subjektiven Erlebens dienen (→ experimentell; → heißer Stuhl; → leerer Stuhl; → Körperarbeit). Diese wurden vor allem von Fritz Perls entwickelt und durch aufgezeichnete Demonstrationsworkshops für Psychotherapeuten verbreitet. Demgegenüber ist Gestalttherapie nach Laura Perls eher „philosophisch und ästhetisch als technisch“ (L. Perls, 1989: 107). Grundlegend für das Verstehen psychischer Phänomene ist deren wechselseitige Beeinflussung und Prozeßhaftigkeit im Organismus-Umwelt-Feld gegenüber einer linear-kausalen Interpretation nach Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen. Weitere zentrale Konzepte, die diese Einstellungen und Verhaltensweisen unterstützen, sind → Gestalt und → Figur / Hintergrund, Kontaktfunktionen und Kontaktgrenze (Kontakt) sowie → schöpferische Anpassung.

- Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1995) Gestalt-Ansatz. Köln, Edition Humanistische Psychologie
Fuhr R, Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M (Hg) (1999) Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Hogrefe
Perls F [1947] (1987) Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart, Klett-Cotta
Perls L (1989) Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie
Perls F, Hefferline R, Goodman P [1951] (1991) Gestalttherapie. Grundlagen. München, dtv
Polster E, Polster M [1973] (1983) Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. Frankfurt/M., Fischer

Reinhard Fuhr, Nancy Amendt-Lyon

Gestaltungsprozeß (in der → Kunsttherapie). Darunter ist ein Prozeß zu verstehen, in dessen Verlauf Psychotherapeut und Klient eine künstlerische Sprache entwickeln, um die Ausdrucks- und Mitteilungsmöglichkeiten des Klienten zu erweitern. Wo neue Ausdrucksmöglichkeiten entstehen, wächst die Fähigkeit, bisher Unbewußtes, Abgespaltenes oder Verdrängtes zu integrieren. Es werden neue Bewältigungsformen und Lösungsstrategien gefunden.

Der Gestaltungsprozeß läßt sich nicht nur auf künstlerische Ausdrucksformen beschränken. „Alle Fragen der Menschen können nur Fragen der Gestaltung sein, und das ist der totalisierte Kunstbegriff. Er bezieht sich auf jedermanns Möglichkeit, prinzipiell ein schöpferisches Wesen zu sein, und auf die Fragen des sozialen Ganzen“ (Beuys, 1977). Beuys' Konzept des erweiterten Kunstbegriffs oder der „sozialen Plastik“, der Vision einer zukünftigen Gesellschaftsordnung als Gesamtkunstwerk, hat die Kunsttherapie stark beeinflusst, stellt den Gestaltungsprozeß in den Vordergrund und macht ihn auch als politischen Akt bewußt. Der Gestaltungsprozeß ist ein Wechselspiel von Wahrnehmung und Aktion, das unser Umfeld ordnet, formt, und entspricht der Innenwelt der Gefühle und Gedanken, die auf der symbolischen Ebene ein „Probehandeln“ ermöglichen. „Der bildnerische Prozeß an sich wirkt (selbst-)therapeutisch, weil er selbst-formende, selbstregulierende, integrierende und harmonisierende Prozesse fördern und initiieren kann. Im Vergleich zu Behandlungsmethoden in der Medizin entspricht dieser Ansatz nicht der Symptombehandlung, sondern der Stärkung von selbstregulativen Systemen wie dem Immunsystem, um dem Körper zu ermöglichen, selbst mit seinen Krankheiten fertig zu werden, sich selbst zu regulieren und zu heilen“ (Schottenloher, 1994: 38). Dieses Prinzip läßt sich auch auf andere Ausdrucksformen anwenden, wie zum Beispiel Musik, Tanz, Theater, Schreiben, aber auch bei der Optimierung von Bewegungsabläufen manueller oder sportlicher Tätigkeit.

- Beuys J (1977) Katalog documenta 6. Kassel, Documenta
 Franzke E (1983) Der Mensch und sein Gestaltungserleben. Bern, Hans Huber
 Menzen K-H (1990) Vom Umgang mit Bildern. Köln, Claus Richter Verlag
 Schottenloher G (Hg) (1994) Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder. München, Kösel

Andreas Chicken

Gestimmtsein. → Befindlichkeit; → Daseinsanalyse.

Gewahrsein, -werden (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Von C. Rogers werden die Begriffe Gewährwerdung („awareness“), Symbolisierung („symbolization“) und Bewußtsein („consciousness“) als Synome verstanden, welche „als symbolische Repräsentation (nicht notwendigerweise in verbalen Symbolen) eines Teils unserer Erfahrung gesehen werden. Diese Repräsentation mag verschiedene Grade von Schärfe und Klarheit aufweisen“ (1987: 24). Die Gesamtheit der → organismischen Erfahrung ist potentiell der Gewährwerdung zugänglich und wird im → Personenzentrierten Ansatz als Erlebnissfeld oder → Phänomenales Feld bezeichnet. Die allgemeine Tendenz des Individuums, seine organismische Erfahrung exakt, d. h. direkt und frei, im Gewährsein zu symbolisieren (→ Symbolisierung, exakte) und sie in das → Selbstkonzept zu integrieren, ist nach Rogers dann gefährdet, wenn die Wahrnehmung einer Erfahrung vom Individuum entweder geleugnet oder verzerrt symbolisiert wird (→ Abwehr; → Wahrnehmungsverzerrung, -verleugnung), da sie als inkonsistent mit dem Selbstkonzept und somit als → Inkongruenz zwischen wahrgenommenem Selbst und realer organismischer Erfahrung erlebt wird. Diese gestörte Dynamik des Erlebens kann nach Rogers zu Angst, Bedrohung und Desorganisation führen und Abwehr(verhalten) als „Antwort des Organismus auf Bedrohung“ (ebd.: 30) auslösen. Je nachdem, ob das Individuum der Diskrepanz zwischen Selbst und Erfahrung gewahr oder nicht gewahr ist, wird es sich als mehr oder weniger bedroht erleben.

- Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. Köln, GwG

Nora Nemeskeri

Gewalt gegen Frauen (aus feministischer Sicht). Ist gleichzeitig Ausdruck und Stabilisierungsfaktor männlicher Machtausübung gegen Frauen in patriarchalen Gesellschaftssystemen, die durch ein Machtgefälle zwischen den Geschlechtern zugunsten des Mannes charakterisiert sind. Ursa-

chen, Formen, Ausmaß und Folgen für Frauen wurden von Vertreterinnen der Frauenbewegung der 70er Jahre und später der → Feministischen Therapie analysiert. Brownmiller (1978) hat umfassend klargestellt, wie Gewalt gegen Frauen als Mittel zur Durchsetzung individueller und kollektiver männlicher Herrschaftsansprüche fungiert und mit strukturellen Mitteln (Ökonomie, Politik, Gesetzgebung, → androzentrische Wissenschaft, Sprache etc.) ebenso wie mit körperlichen und sexuellen Mitteln (Kindesmißbrauch, Vergewaltigung, Mißhandlung, Belästigung am Arbeitsplatz etc.) ausgeübt wird. Brownmiller zeigt, daß Vergewaltigung keinen sexuellen Akt, sondern Gewalt mit sexuellen Mitteln darstellt und auf Erniedrigung und Verletzung von Frauen abzielt, „eine Methode bewußter systematischer Einschüchterung, durch die alle Männer alle Frauen in permanenter Angst halten“ (Brownmiller, 1980: 22). Ebenso analysiert Rush (1982) sexuellen Kindesmißbrauch im historischen und gesellschaftlichen Kontext sowie die Rolle von Religion, Mythen, Literatur, Pornografie, Psychologie und Gesetzgebung bei der Verbrechensverschleierung. Herman (1993) beleuchtet die Entstehung der Diagnosekategorie → Posttraumatische Streßstörung und zeigt, daß Frauen mit Gewalterfahrungen an denselben Symptomen (Gefühlsverlust, Phobien, Schlafstörungen, psychosomatische Beschwerden, Selbsthaß, Kontaktprobleme, Scham- und Schuldgefühle etc.) leiden wie überlebende Kriegsveteranen, KZ- und Folteropfer. Sie werden daher im feministischen Diskurs auch „Überlebende“ genannt. Täter können anhand üblicher psychopathologischer Kategorien nicht definiert werden, ihr Hauptmerkmal ist Normalität. Herman charakterisiert Stationen zur Traumaüberwindung, die auch für feministische Psychotherapie zentral sind: heilende Beziehungen, Förderung weiblicher Bezugssysteme, Selbsthilfegruppen (→ Frauengruppen; Frauenberatungsstellen), solidarische Psychotherapie, Persönlichkeitsstärkung, Sicherheit, Erinnern, Trauern, Selbstversöhnung, Kämpfenlernen. Burgards (1991) Fallanalysen von Gewaltbeziehungen zeigen, wie Frauen sich zusätzlich zum individuellen Gewalt-

täter gegen ein Gesellschaftssystem wehren müssen, das ihre Abhängigkeit vom Mann mit vielfältigen Mitteln stabilisiert: Sozialisation, → Geschlechtsrolle, Ökonomie, Justiz, Polizei, Psychiatrie. Gegenstrategien müssen daher auf persönlicher und politischer Ebene ansetzen.

Burgard R (1991) Mut zur Wut. Befreiung aus Gewaltbeziehungen. Berlin, Orlanda Frauenverlag

Brownmiller S (1978) Gegen unseren Willen. Vergewaltigung und Männerherrschaft. Frankfurt/M., Fischer

Egger R, Fröschl E, Lercher L, Logar R, Sieder H (1995) Gewalt gegen Frauen in der Familie. Wien, Verlag für Gesellschaftskritik

Herman JL (1993) Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München, Kindler

Rush F (1982) Das bestgeheutete Geheimnis: Sexueller Kindesmißbrauch. Berlin, Orlanda Frauenverlag

Marion Breiter

Gewissen. In der → Existenzanalyse definiert als das Gespür für die Hierarchie der → Werte in einer Situation im Hinblick auf das, was die → Person insgesamt für gut und richtig hält. Als komplexes Wahrnehmungsorgan erhellt das Gewissen den personalen Lebensraum des Individuums (→ Selbst), welcher sich konstituiert zwischen der Person und ihrer Innenwelt (intimen Ursprünglichkeit), den existentiellen Raum zwischen dem Subjekt und dem Eigenwert der Objekte in der äußeren Welt, den zeitlichen Lebensraum des Gewordenseins und Werdens, und erspürt daraus, was jetzt zu tun ist (→ Sinn; integrierte Emotion; → Emotionstheorie, existenzanalytische). Gewissen ist somit die „Fähigkeit, Sinngestalten in konkreten Lebenssituationen zu perzipieren“ (Frankl, 1982: 26). Erlebnismäßig repräsentiert sich das Gewissen als das Spüren dessen, „was zu tun das Richtige (Stimmige) ist“. Das „Spüren des Richtigen“ kann durch selektive Wahrnehmung (funktionale und emotionale Faktoren) behindert, sowie durch Unaufmerksamkeit, Unachtsamkeit, Angst im Aufnehmen seines „Rufes“ verdeckt sein. So gesehen kann das Gewissen zwar selbst nicht irren, wohl aber in die Irre geführt

werden. Im existenzanalytischen Verständnis ist das Gewissen eine der beiden moralischen Instanzen. Im Unterschied zum anerzogenen → Überich („öffentliches Ich“) ist das Gewissen ein angeborenes, intimes „Sinnorgan“ (Frankl). Das Gewissen unterscheidet sich vom Gehorsam fordernden Über-Ich durch wohlwollendes Anbieten der ureigensten Lebensmöglichkeiten (→ Authentizität).

Frankl VE [1972] (1982) *Der Wille zum Sinn*. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Kühn R (1988a) Gestrafter Narzißmus? Eine existenzanalytische Anfrage an Freuds Gewissensvorstellung. *Integrative Therapie* 14(2–3): 199–208

Kühn R (1988b) Intuitive Sinnfindung. In: Längle A (Hg), *Entscheidung zum Sein*. München, Piper, S 177–190

Lilo Tutsch

Gewissensruf. → Schuld; → Daseinsanalyse.

G.I.M. → Guided Imagery and Music; → Musiktherapie.

Gipfelerlebnis. → Peak Experience.

Glaubenssätze. → Neuro-Logische Ebenen; Neurolinguistisches Programmieren.

Glaubenssystem. → Neurolinguistisches Programmieren; → Transaktionsanalyse; → Skriptzirkel.

Gleichung, persönliche. → Persönliche Gleichung; → Analytische Psychologie.

Grounding. Wichtiges diagnostisches und therapeutisches Grundprinzip der → Bioenergetischen Analyse, bei dem es um die Qualität des Kontaktes einer Person zu

ihrem Körper und, über ihre Füße, zum Boden geht; es wurde bereits 1958 von Lowen ausformuliert. Grounding, im Sinne von „Geerdet-sein“, wird verstanden als ein bewußtes gefühlsmäßig In-Kontakt-Sein mit dem eigenen Körper als Körpergefühl (sich spüren, in Kontakt mit den eigenen Körperbedürfnissen sein), als Körperbewegungsmöglichkeiten (was ermöglicht mir mein Körper an Haltungs- und Bewegungsmöglichkeiten? wo sind seine Grenzen?) und als Körperausdrucksmöglichkeiten (wie weit kann ich das, was mich innerlich bewegt, mimisch und gestisch in eine Ausdrucksbewegung für mich selbst und andere umsetzen?) und als bewußtes gefühlsmäßig In-Kontakt-Sein mit dem Boden als In-der-Welt-seinen-Stand-und-Grund-Haben im wörtlichen und übertragenen Sinn, als Verbundenheit mit der Erde und der Natur (Erde auch verstanden als Muttersymbol). Grounding im Sinne von „Erden“ bezeichnet alle jene bioenergetischen Übungen und Interventionen, die das Körper- und Bodenkontaktbewußtsein erhöhen.

Dietrich R, Pechtl W (1990) *Energie durch Übungen*. Bioenergetik. Salzburg, Eigenverlag Dietrich

Lowen A, Lowen L [1977] (1979) *Bioenergetik für Jeden*. Das vollständige Übungshandbuch. München, Peter Kirchheim

Sollmann U (1988) *Bioenergetik in der Praxis*. Streßbewältigung und Regeneration. Hamburg, Rowohlt

Otto Hofer-Moser

Grundannahmen (im → Neurolinguistischen Programmieren/NLP). Set von Annahmen über Menschenbild und Veränderungskonzept. Speist sich aus verschiedenen Wissenschaften und Therapieansätzen (u. a. → Systemtheorie, → Kybernetik, Linguistik, → Gestalttherapie, wachstumsorientierte Therapie). Grundannahmen sind im NLP vielfältig, heterogen und in ihrem Kern „konstruktivistisch“ (→ Konstruktivismus), sie beziehen sich auf verschiedene logische Ebenen. Zentrale Grundannahmen sind: 1. die Landkarte ist nicht das Gebiet; 1.1 es gibt viele mögliche Landkarten über Realität; 1.2 Verhaltensmöglichkeiten werden durch die Art der inneren

Repräsentationen von Realität beeinflusst; 1.3 Landkarten lassen sich leichter verändern als „Realität“; 1.4 Landkarten werden mit Hilfe unseres Nervensystems als Neuro-linguistische Programme konstruiert; 2. Erfahrungen haben eine (veränderbare) Struktur; 2.1 sie sind Ergebnis innerer Verrechnungen und neurologischer Muster; 2.2 sie werden über sinnesspezifische Wahrnehmung (visuell, akustisch, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch [VAKOG]) gespeichert, aktiviert und ausgedrückt (→ Repräsentationssysteme); 2.3 Musterveränderungen verändern auch unsere Erfahrung; 2.4 unangenehme Erinnerungen können so neutralisiert/„reframed“ (→ Umdeutung), angenehme Erinnerungen intensiviert/verstärkt werden; 2.5 Grenzen von Erinnerung und Imagination sind fließend; 3. Menschen verfügen (potentiell) über alle → Ressourcen, die sie brauchen; 3.1 mentale Bilder, innere Stimmen, Empfindungen und Gefühle stellen Grundbausteine dar, um erwünschte Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu entwickeln; 3.2 Strategien erfolgreicher Menschen können modelliert werden; 4. Geist und Körper sind Teile des gleichen → Systems; 4.1 Gedanken beeinflussen unsere physiologischen Prozesse (Gefühle, Atmung, Muskelspannung), diese beeinflussen ebenfalls unsere Gedanken; 5. die Bedeutung einer → Kommunikation liegt in der Reaktion, die wir erhalten; 5.1 Kommunikation mit uns selbst und anderen geschieht auch durch Gesten, Mimik, Körperhaltungen und wird ständig interpretiert; 5.2 es gibt in der Kommunikation keinen Mißerfolg, nur → Feedback; 6. das Verhalten einer Person ist die zur Zeit beste verfügbare Wahlmöglichkeit, um der Welt zu begegnen; 7. Verhaltensänderung ist ein iterativer Prozeß aus: 7.1 Zieldefinition/konkreter Zielbeschreibung; 7.2 sinnesspezifisch-konkreten Evidenzkriterien für die Zielerreichung; 7.3 flexiblem Mitteleinsatz (Ressourcen). Wir können unser Verhalten so lange variieren, bis die gewünschte Antwort eintritt.

Dilts R, Epstein T (1992) Overview of basic NLP skills and tools. Ben Lomond (CA), Dynamic Learning Publications

Krusche H (1992) Der Frosch auf der Butter. NLP. Die Grundlagen des Neurolinguistischen Programmierens. Düsseldorf, Econ

Miller GA, Galanter E, Pribram KH [1960] (1973) Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens. Stuttgart, Klett-Cotta
O'Connor J, McDermott I (1996) Principles of NLP. London, Harper Collins Publishers
Weerth R (1992) NLP & Imagination. Paderborn, Junfermann

Wolfgang Eberling

Grundannahmen-Gruppe/Grundeinstellungs-Gruppe (basic assumption group; → Gruppenpsychoanalyse; → Dynamische Gruppenpsychotherapie). Begriff, der die wunschbezogene Funktionsebene innerhalb eines Gruppenprozesses oder einer Organisation kennzeichnet. In der psychoanalytischen Gruppentherapie der Bion-Schule wird unter Grundannahmen-Gruppe der unbewußte Aspekt des Gruppengeschehens verstanden, in welchem die Mitglieder fantasiegeleitete gemeinsame Einstellungen teilen. Das Komplement zur Grundannahmen-Gruppe bildet die → Arbeitsgruppe, die die realitätsbezogene Dimension umfaßt. Bion (1961) führte den Begriff Grundannahmen-Gruppe zur Kennzeichnung jenes Modus ein, der durch starke Affektspannungen bestimmt wird, die als Valenzen der Mitglieder deutlich werden. Unter Valenz wird das motivationale Moment der „Herdeneigenschaft“, die den Einzelnen sich konkordant mit der Gruppenmehrheit verhalten läßt, verstanden. Die Wirksamkeit von Grundannahmen entdeckte Bion im Verlaufe seines „leaderless group project“. In der Grundannahme der Abhängigkeit (dependency) glauben die Gruppenmitglieder, daß sie in der Gruppe Sicherheit, Schutz und Fütterung erhalten können. In der Grundannahme von Kampf und Flucht (fight-flight) versucht die Gruppe, durch Feindbildung und Mobilisierung von Haß zur Selbsterhaltung beizutragen. In der Grundannahme der Paarbildung (pairing) hofft die Gruppe, von der Verbindung zweier Mitglieder zu profitieren. Das Wesen der Grundannahmen besteht in spezifischen Stimmungs- und Affektkonstellationen (Lemche, 1994). Zusammengefaßt ist allen drei Grundannahmen folgendes gemeinsam: Führerbezogenheit, Stärkung der

Gruppenkohäsion, Angstabwehr, Hemmung der Arbeitsgruppe, Wunschnähe, Ahistorizität, Stagnation von Entwicklung.

Bion WR [1961] (1971) Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Stuttgart, Ernst Klett

Lemche E (1994) Theoriebildung. In: Haubl R, Lamott F (Hg), Handbuch Gruppenanalyse. München, Quintessenz, S 17–27

Rice AK (1965) Learning for leadership, interpersonal and intergroup relations. London, Tavistock Publications

Erwin Lemche

Grundbedürfnisse (nach Berne; → Transaktionsanalyse). Wenn Menschen zueinander in Beziehung treten, findet ein wechselseitiger emotionaler und energetischer Austausch statt (→ Transaktion). Um zu verstehen, warum Menschen miteinander in Austausch treten, ist eine Art „motivationale Kraft“ als Konstrukt einzuführen. Nach Berne (1967) basiert die Gestaltung von Beziehungen auf drei verschiedenen Antriebsfaktoren, dem Stimulus-Hunger, dem Strokes-Hunger und dem Struktur-Hunger. Der Stimulus-Hunger ist das Bedürfnis nach Anregung und Erregung, das auf eine Reizung der Sinne angelegt ist. Störungen durch Über- oder Unterstimulierung können nach Berne (1967: 12–22) zu emotionaler, sensorischer und sozialer Deprivation führen. Der Stimulus-Hunger sublimiert sich im Laufe der Entwicklung in den Strokes-Hunger, dem Bedürfnis nach Beachtung und Zuwendung als Allgemeinbegriff jeder Art des psychischen und physischen Kontaktes (Berne, 1972). Mit den verschiedenen Arten von Strokes, deren Annahme und Abwehr beschäftigt sich das → Stroke-Konzept. Die sich selbstorganisierende Kraft der Psyche (→ Ich-System) spiegelt sich im Struktur-Hunger. Er stellt das Bedürfnis des Menschen nach innerer und äußerer Ordnung dar und ist die Triebfeder für die Entwicklung der inneren psychischen Welt und die Gestaltung der äußeren Welt (z. B. in sozialen Systemen). Die → Grundeinstellungen sind Beispiele des Bedürfnisses nach innerer Struktur, die Arten der → Zeitgestaltung solche nach äußerer Struktur.

Berne E [1964] (1967, 1983a) Spiele der Erwachsenen. Rowohlt, Reinbek

Berne E [1972] (1983b) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt/M., Fischer

Rath I (1996) Transaktionaler Austausch und Lernen. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 2(1/2): 3–30

Ingo Rath

Grundeinstellung (Synonyme: Lebensposition, Grundposition, existentielle Position). Bezieht sich in der → Transaktionsanalyse auf den Wert, den jemand sich selbst bzw. seinen Mitmenschen zuschreibt. Nach Berne (1983) pflegen Menschen aus vier möglichen Grundeinstellungen heraus → Spiele zu spielen und ihre → Skripts zu gestalten. Er bezeichnete sie umgangssprachlich als „ich bin ok – du bist ok“ („gesunde Position“), „ich bin ok – du bist nicht ok“ („arrogante / paranoide Position“), „ich bin nicht ok – du bist ok“ („depressive Position“), „ich bin nicht ok – du bist nicht ok“ („Sinnlosigkeitsposition“). English (1980) ergänzte als fünfte Position „ich bin ok – du bist ok – realistisch“. Dies ist die Okay-Position eines Erwachsenen mit der Erkenntnis von Lebenswertem und Fehlerhaftem in jedem Menschen.

Berne E [1972] (1983) Was sagen sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt/M., Fischer

English F (1980) Was werde ich morgen tun? Eine neue Begriffsbestimmung der Transaktionsanalyse. In: Barnes G (Hg), Transaktionsanalyse seit Eric Berne, Bd. 2. Berlin, Institut für Kommunikationstherapie, S 170–255

Renate Stöger

Grundformel, soziodynamische. → Soziodynamische Grundformel; → soziodynamische Rangstruktur; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Grundhaltungen, therapeutische (Basisvariablen, Kernvariablen, klientenzentriertes Beziehungsangebot). Zentrale Be-

griffe aus der Therapietheorie der → Klientenzentrierten Psychotherapie, die nicht einheitlich verwendet werden. Rogers (1991) beschreibt sechs notwendige und hinreichende Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie, von denen drei auf Seiten des Therapeuten vorliegen müssen: 1. → Kongruenz, 2. unbedingte → Wertschätzung und 3. → Empathie. Sie wurden im Zuge der empirischen Erforschung der Klientenzentrierten Psychotherapie operational definiert, d. h. es wurden Skalen zur Einschätzung des Therapeutenverhaltens entwickelt. In diesem Forschungskontext wurden aus den drei Bedingungen Therapeutenvariablen. Da die Forschung ihre Bedeutung für Veränderungen durch Psychotherapie immer wieder belegte, wurden sie auch Basisvariablen bzw. Kernvariablen genannt. Unter der Bezeichnung Grundhaltung tauchen sie in der deutschsprachigen Literatur zum einen als Anforderungen auf. Ausbleibende Therapieerfolge werden damit erklärt, daß die drei Kernvariablen nicht hinreichend „verinnerlicht“ seien. Gefordert wird eine klientenzentrierte Grundhaltung, die auch außerhalb von Psychotherapie eingenommen werden sollte (Tausch & Tausch, 1990). Zum anderen gelten die drei therapeutischen Grundhaltungen als hervorragend geeignet, eine „gute“ therapeutische Beziehung herzustellen, auf deren Basis dann – in Abhängigkeit von der Art der Störung – differentielle Therapietechniken einzusetzen seien (z. B. Tscheulin, 1983; → Klientenzentrierte Psychotherapie, differentielle). Dieses Verständnis der von Rogers abstrahierten Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozeß ist von Vertretern anderer Therapieschulen in der Form aufgegriffen worden, daß sie die drei Kernvariablen zu unspezifischen → Wirkfaktoren erklärten, deren sich Psychotherapie schon immer bediene. Im Konzept des therapeutischen Beziehungsangebotes werden die drei Grundhaltungen als einander ergänzende Aspekte ein und desselben Beziehungsanbots des Therapeuten für den Klienten angesehen, das dieser wahr- und annehmen kann (Biermann-Ratjen et al., 1997). Im → Personzentrierten Ansatz wird in der thera-

peutischen Grundhaltung die Identifizierung mit den anthropologischen und philosophischen Grundannahmen des klientenzentrierten Ansatzes gesehen, deren Kern die Überzeugung von dem Entwicklungspotential ist, das mit der → Aktualisierungstendenz und in der Begegnung von Person zu Person gegeben ist.

- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (1997) Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer
- Frenzel P, Schmid PF, Winkler M (Hg) (1992) Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie
- Rogers CR [1957] (1991) Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers C, Schmid PF (Hg), Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Matthias-Grünwald-Verlag, S 165–185
- Tausch R, Tausch A (1990) Gesprächspsychotherapie: Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und im täglichen Leben. 9. ergänzte Aufl. Göttingen, Hogrefe
- Tscheulin D (Hg) (1983) Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächspsychotherapie. Weinheim, Beltz

Jochen Eckert

Grundmotivationen, personal-existentielle. Von A. Längle 1993 in die → Existenzanalyse eingeführter Begriff zur Bezeichnung der tiefsten Motivationsstruktur der → Person in ihrem wesensmäßigen Streben nach → Existenz. Erweitert die Franklsche Motivationstheorie des → Willens zum Sinn durch die Beschreibung dreier vorangehender und ihn bedingender persönlichkeitsstrukturierender Motivationen (→ Personale Existenzanalyse). Die Grundmotivationen greifen die Grundfragen auf, vor die der Mensch in seiner Existenz gestellt ist, die als Grundbedingungen ganzheitlichen Existierens erfahrbar werden („existentielles Erlebnis“) und die die Bewältigungsbereiche der Existenz abstecken. Bereits ein teilweises Abhandenkommen der Grundmotivationen macht die Existenz defizitär. Die Veranlagung des Menschen auf Existenz hin läßt ihn die Erhaltung der Grundbedingungen erfüllter

Existenz als bewegende Grunderfahrung des In-der-Welt-seins erfahren. Sowohl theoretisch – in Analogie zu den Bedingungen (Schritten) sinnvoller Existenz und den Grunddimensionen menschlicher Fähigkeiten (→ Sinnerfassungsmethode) – als auch empirisch-praktisch wurden 4 Grundmotivationen gefunden, die dem Menschen eine vierfache Einwilligung abverlangen: 1. Halt, Raum und Schutz suchen, um in der Welt sein zu können. Induziert durch: angenommen sein (auch Orte und Körpererfahrung); verlangt: Annehmenkönnen der Bedingungen („Ja zur Welt“); ontologische Auseinandersetzung mit dem Dasein (→ Seinsgrund; → Grundvertrauen). 2. Nähe, Zeit, Beziehung, um leben zu mögen; induziert durch: Zuwendung (Zeit, emotionales Berührtsein); verlangt: Zuwendung zu Werten („Ja zum Leben“); axiologische Auseinandersetzung mit dem Leben (→ Grundwert). 3. Abgrenzung, Individualität, Wertschätzung, um selbst sein zu dürfen; induziert durch: Gesehenwerden, Wertschätzung (Respekt, Stellungnahme und Anerkennung); verlangt: Anerkennung des Eigenen durch sich selbst („Ja zum Personsein“); ethische Auseinandersetzung mit der Gemeinschaft (→ Selbstwert). 4. Tätigwerden in Hingabe an Produktivität, Erleben und Erhaltung von Werten, weil der Mensch Sinnvolles will; induziert durch: Sinnzusammenhänge (ontologischer Sinn, existentieller Sinn); verlangt: Über-einstimmung mit Situation („Ja zum Sinn“); praktische Auseinandersetzung mit dem Sinn und der Zukunft („Wohin“) der Existenz (→ Noodynamik). Störungen der Grundmotivationen stellen den ätiologischen Hintergrund der → Psychopathologie dar. Die Grundmotivationen sind somit der theoretische Rahmen für die existenzanalytische Nosologie.

Längle A (1998) Lebenssinn und Psychofrust. Zur existentiellen Indikation von Psychotherapie. In: Riedel L (Hg), Sinn und Unsinn der Psychotherapie. Rheinfelden, Mandala, S 105–123

Längle A, Probst C (1997) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien, Facultas, [bes. S 17f., 149–169]

Alfried Längle

Grundregel (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Der psychoanalytischen Grundregel liegt die Freudsche Methode der → freien Assoziation zugrunde. Die Grundregel in der klassischen Form: „Sagen Sie alles, was Ihnen gerade durch den Kopf geht, ohne irgend etwas wegzulassen, mit welchem Einwand auch immer“ strukturiert das Feld der Psychoanalyse über vier Punkte: 1. Der Patient beginnt den Dialog. 2. In Worte gefaßte Sprache ist das Medium der Kommunikation. 3. Es handelt sich um ein Gebot, das der Patient einzuhalten hat. 4. Der Zweck des Zusammenseins soll demjenigen nützen, der bezahlt. Von diesen Punkten hat heute nur mehr der vierte Geltung. Ad 1.: Der Dialog ist gerade dadurch gekennzeichnet, daß er von beiden getragen werden muß, wenn er gelingen soll. Ad 2.: Jede Form von Kommunikation, ob sie sprachlich strukturiert ist oder nicht, ist Gegenstand der psychoanalytischen Arbeit. Ad 3.: Hier liegt der Kern des Problems der „Grundregel“: Als Gebot, „alles zu sagen“, führt sie erstens zur Einsetzung einer Autorität und zweitens zur Berechtigung dieser Autorität, moralisierend zu agieren. Beides behindert massiv den analytischen Prozeß, weil gerade jene Bereiche, die in der Kindheit schädigend gewirkt haben, nicht zur Diskussion kommen können, sondern über die „Grundregel“ von beiden, Analytiker und Patient, agiert werden. Besondere Befestigung erfährt die „Grundregel“ durch das → „Arbeitsbündnis“ (Gekle, 1992). Die Selbstpsychologie sieht den Sinn der Grundregel in der Schaffung eines „Freiraumes“ durch den Analytiker und als Aufforderung an den Analytiker, alles zu nehmen, was vom Patienten kommt, um es in einem Zusammenhang mit dem aktuellen Erleben der analytischen Beziehung und der Geschichte des Patienten zu verstehen. Entscheidend ist, daß der Analytiker (nach seinen Möglichkeiten) persönlich für die Strukturierung der therapeutischen Situation Verantwortung trägt, und nicht ein Dritter eingeführt wird (z. B. die Regel oder die Analyse).

Freud S [1913] (1982) Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studien-

ausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 181–203

Gekle H (1992) Das Arbeitsbündnis ist der Stephansdom. Erkenntnistheoretische Überlegungen bei der Lektüre von Heinrich Deserinos „Die Analyse und das Arbeitsbündnis“ (1990). *Psyche* 46(6): 499–533

Erwin Bartosch

Grundstörung. → Frühe Störungen.

Grundstufe des → Autogenen Trainings. Nachdem I.H. Schultz beobachtete, daß Versuchspersonen bei Hypnoseversuchen über ein Schweregefühl im Schreibarm bei der Einleitung der → Hypnose berichteten, war seine Grundüberlegung: Wenn dieses Phänomen ausschlaggebend ist, dann müßte die – unbefußte – eigene Vorstellung der Schwere des Schreibarmes den Zustand ohne vorhergehende Hetero-Hypnose „autogen“ herbeiführen. Folgerichtig beginnt das Training nach individueller Einführung in das Ruheerlebnis, die „Ruhetönung“ (→ Formeln), mit der ersten Übung: „Der linke/rechte Arm ist ganz schwer“. Die zentrale Stellung der Schwereübung kommt aus der Überlegung, daß die quergestreifte Muskulatur dem fiktiven Ich-Mittelpunkt am nächsten steht. Herz und Kreislauf sind weitere Nahgebiete. Am entferntesten ist das Stütssystem. Durch das Phänomen der → Generalisierung ist eine Erweiterung der Formeln auf Beine etc. überflüssig, da im Laufe des Übens die Empfindungen „autogen“ auf den ganzen Körper übergehen. „Es ist unbedingt daran festzuhalten, daß immer in vollem Schweigen, auch des Versuchsleiters, geübt wird“ (I.H. Schultz). Der Übende wird zu einer passiv-kontemplativen Konzentration angeleitet, die in scharfem Gegensatz zur (für den Alltag wichtigen) aktiven Konzentration steht. Zwischen durch (stets) auftretende Gedanken werden nicht bewußt verdrängt, sondern „gelassen ignoriert“, sie sollen vorüberziehen und stören dadurch viel weniger. Wesentlich für den Effekt ist das biologische Faktum der → Ideodynamik. Die Vorstel-

lung führt zum objektiv faßbaren Geschehen, z. B. wird die Haut des Armes bei rund zwei Drittel der Übenden wirklich warm etc. Der Rest hat andere Erlebnisse, die ebenso akzeptiert werden („passivierende Einwilligung“, „Was geschieht, ist richtig“).

Krampen G (1992) Einführungskurse zum Autogenen Training. Ein Lehr- und Übungsbuch für die psychosoziale Praxis. Göttingen-Stuttgart, Verlag für Angewandte Psychologie

Schultz IH (1989) Übungsheft für das Autogene Training [neu bearb. von Lohmann R]. Stuttgart, Thieme

Wallnöfer H (1975) Psychotherapie mit Autogenem Training. *Journal für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie* 2(2–4): 233–246

Wallnöfer H (1990) Grundlagen des Autogenen Trainings nach I.H. Schultz. In: Diehl BJM, Miller T (Hg), *Moderne Suggestionsverfahren*. Heidelberg, Springer, S 237–252

Heinrich Wallnöfer

Grundstufe der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie.

Hanscarl Leuner und seine Mitarbeiter entwickelten auf dem Hintergrund jahrelanger klinischer Beobachtungen einige wiederholbare Bildmotive, die klinisch erprobt und geeignet sind, symbolhafte Projektionen in wichtigen menschlichen Konfliktbereichen anzuregen. Dabei müssen die individuellen Bedeutungsinhalte auf den jeweiligen Patienten bezogen werden und können nicht im Sinne einer kollektiv gültigen allgemeinen Symbollehre übersetzt werden. Zu den → Motiven zählen: Blume, Wiese, Bach, Berg, Haus, Waldrand. Sie können einen ersten Überblick über die innere symbolische Welt des Patienten geben. Darüber hinaus dienen sie der Orientierung des Therapeuten und strukturieren dadurch den therapeutischen Prozeß. Das Therapeutenverhalten auf der Grundstufe ist begleitend, stützend und fördernd. Es beinhaltet die Strukturierung der Wahrnehmung, indem es alle Sinnesqualitäten in das emotionale Erleben einbezieht. Das → Regieprinzip → „Nähren und Anreichern“ dient zum Umgang mit feindseligen, angstbesetzten Symbolgestalten, zu deren Neutralisierung und Wandlung; es wird u. a. in der → Krisenintervention eingesetzt. Das

Prinzip „Versöhnen und zärtlich umfassen“ ermöglicht die Integration abgespaltenen und bedrohlicher Persönlichkeitsanteile, wirkt angstreduzierend. Motive und Technik der Grundstufe können frühe Phasen der psychischen Entwicklung aufgreifen und behandeln. Durch Entfaltung und Differenzierung emotionaler Inhalte wird im Sinne einer → korrigierenden emotionalen Erfahrung ein Nachholen und Nachreifen emotionaler Defizite angestrebt. In der Mittelstufe stehen Konfliktbearbeitung, Erkenntnis und Integration im Vordergrund. Interventionstechniken sind → Symbolkonfrontation, → assoziatives Vorgehen, → Operation am Symbol, Anregung von kreativen Problemlösungen und → Probehandeln. In der Oberstufe spielt der assoziative Anteil eine größere Rolle, die Nachbearbeitung imaginativer Inhalte kann intensiver sein.

Leuner HC (1970) *Katathymes Bilderleben. Grundstufe*. Stuttgart, Thieme

Leuner HC (1980) *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Bern, Hans Huber

Leuner HC [1985] (1994) *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie*. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Martina Hexel

Grundvertrauen. Begriff der → Existenzanalyse im Rahmen der → Grundmotivationen für das tiefste und letzte Vertrauen-Können des Menschen (Grad der Vertrauensfähigkeit). Vertrauen wird definiert als Einwilligung, sich einer haltgebenden Struktur zu überlassen, um die vorhandene Unsicherheit (Risiko) zu überbrücken. Voraussetzung dafür ist Mut von seiten der Person und Haltvermittlung von seiten des Objekts. Grundvertrauen kann somit definiert werden als (unbewußt) vollzogener Akt des Sich-Einlassens auf den „letzten“ Halt – in das, was sich einem als → Seinsgrund gezeigt hat. Ihm liegt die Erfahrung zugrunde, daß immer etwas „da ist“, das auffängt und Halt gibt: 1. Selbstvertrauen: ein im letzten auf sich selbst Vertrauen-Können (Selbst-Treue – zu sich stehen; Ur-Mut – Erfahrung der nicht versiegenden „Kraftquelle Leben“; Ur-Potenz – Dasein ist

immer auch schon ein Können); 2. Weltvertrauen: → Ur-Vertrauen (Erikson, 1950) und Ur-Treue (Menschen, die in lebenswichtigen Zeiten bedingungslos zu einem gehalten haben, Urerfahrung des Versorgtseins); Strukturvertrauen – „es wird schon weitergehen“ (sich in einem Gefüge verstehen, in dem für einen geplant ist); 3. transzendentes Vertrauen: Vertrauen in etwas, das diese Welt trägt (Glaube – ist psychotherapeutisch als Haltung, aber nicht als Inhalt Thema). Erlebensbezogen läuft Grundvertrauen auf das Gefühl hinaus, daß es „nie aus ist, sondern immer irgendwie weitergeht“. Im metaphorischen Sinne ist Grundvertrauen das Vertrauen, daß das Dasein einen Grund hat und nicht „grundlos“ ist. Die Erfahrung der Unumstößlichkeit des Grundes des Daseins geschieht zeitlebens, schon vor der Geburt (daher keine Restriktion auf eine Präphase im 1. Lebensjahr). Das Fehlen eines tiefen Vertrauens in den letzten Halt hinter allen singulären Erfahrungen führt zu den existentiellen Defizienzgefühlen Unsicherheit, Angst, Verschllossenheit mit ihren entsprechenden → Copingreaktionen.

Erikson EH [1950] (1971) *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart, Klett

Längle A (1994) *Lebenskultur – Kulturerleben. Die Kunst, Bewegendem zu begegnen*. Bulletin der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse 11(1): 3–8

Alfried Längle

Grundwert. Die zweite personal-existentielle → Grundmotivation der → Existenzanalyse. Bezeichnet das subjektive Gefühl für die phänomenologisch erfaßte Qualität des Lebens und die darauf beruhende → Einstellung (Zustimmung) zum Leben (→ Lebensaffirmation). Der Grundwert besteht somit aus dem Gefühl für die eigene Leiblichkeit, der psychisch-vitalen Verfassung, des sich Fühlens in der (Um- und Mit-)Welt einerseits und den dazu bezogenen (geistigen) Stellungnahmen (Haltung, Einstellung) andererseits. Als subjektiver Pol des Grundwerts steht dabei die Lebenslust („leben mögen“) und die Entscheidung, als objektiver Pol der Eigenwert des Lebens.

Grundwert als die personale Beziehungsform zum Leben (zur pathischen Dimension des Daseins) kann in der positiven Ausprägungsform definiert werden als das tiefe Fühlen, daß es im Grunde gut ist, dazusein, weshalb eine Zustimmung zum Leben gegeben wird. Alles Werterleben hat der existenzanalytischen → Emotionstheorie zufolge den Grundwert als Bezugspunkt. Das Fehlen oder die negative Ausbildung des Grundwerts führt zu depressiven Symptomen. Die Grundwert-Induktion geschieht über Nähe-Erfahrungen mit Menschen (besondere Bedeutung der Mutter-Beziehung) und durch Kunst, mit Natur und Tieren, mit sich selbst (eigene Lebenskraft), mit Gott.

Längle A (1984) Das Seinserlebnis als Schlüssel zur Sinnerfahrung. In: Frankl VE, Sinn-voll heilen. Viktor E. Frankls Logotherapie – Seelenheilkunde auf neuen Wegen. Freiburg, Herder, S 47–63

Längle A (1991) Wertberührung. In: Längle A (Hg), Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE. Wien, GLE-Verlag, S 22–59

Alfried Längle

Grundwertinduktion. → Grundwert; → Existenzanalyse.

Gruppe. Ein dynamisches Ganzes, das durch → Interdependenz seiner Mitglieder bestimmt ist. → Dynamische Gruppenpsychotherapie nutzt die Ableitung aus der → Feldtheorie von Lewin, $P=f\{U\}$, d. h. die Person ist eine Funktion ihrer Umwelt, als theoretische Basis. Die Umwelt besteht vor allem aus anderen Personen, aus Gruppen, in denen die Personen eingebunden sind. Daher ist die Bestimmung des Ortes einer Person im → Lebensraum Voraussetzung für das Verständnis des → Verhaltens. Ihr sozialer Ort innerhalb und außerhalb verschiedener Gruppen sollte bekannt sein. Die wechselseitige Abhängigkeit der Personen einer Gruppe kommt im Spannungsfeld zwischen der Attraktion individueller Ziele und der Annahme von gemeinsamen Herausforderungen (→ soziodynamische Rang-

struktur der Gruppe nach R. Schindler) als gruppenbildende Kraft zur Wirkung. Verschiedene Gruppenarten sind z. B. „Primärgruppe“ (Familie), „Arbeitsgruppe“, „Therapiegruppe“. Die Wirkfaktoren der Therapiegruppe wurden von I. Yalom beschrieben. Gruppenteilnehmern ist es möglich, im → Hier-und-Jetzt der Therapiegruppe Erfahrungen zu gewinnen, die sie für eine ungestörtere Zukunft in ihren „Heimatgruppen“ nutzen können. Für Therapiegruppen ist deren „relative Kleinheit“ (Überschaubarkeit für alle Mitglieder) wichtig, 7–10 Gruppenteilnehmer („Kleingruppe“) sind gut arbeitsfähig. Bei über 20 Teilnehmern muß „Großgruppen“-Dynamik angenommen werden. Auch Paare entwickeln eine eigene Dynamik; Lewin spricht jedoch auch schon bei der Mutter-Kind-Dyade von Gruppe.

Fengler J (1986) Soziologische und sozialpsychologische Gruppenmodelle. In: Petzold H, Frühmann R (Hg), Modelle der Gruppe. Paderborn, Junfermann, S 33–34

Lewin K (1982) Feldtheorie. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta [bes. S 27–29, Einführung]

Rechtien W (1995) Angewandte Gruppendynamik. München, MMV Medizin-Verlag

Yalom ID [1974] (1996) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch. Dt. Neuausgabe. 4., völlig überarb. u. erw. Aufl. München, Pfeiffer

Bernhard Dolleschka

Gruppe, Entwicklungsmodelle der. → Entwicklungsmodelle der Gruppe; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Gruppe, Phasenmodelle der. → Phasenmodelle der Gruppe; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Gruppe, Psychoanalyse in der. → Psychoanalyse in Gruppen; → Gruppenpsychoanalyse.

Gruppenanalyse. → Gruppenpsychoanalyse; → Psychoanalyse in Gruppen.

Gruppenassoziation, freie (→ Gruppenpsychoanalyse). Unter freier Gruppenassoziation wird in der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie der Kommunikationsprozeß in der Gruppe verstanden, der auf Basis der → Gruppenmatrix die Kern-Beziehungskonfliktthemen der Mitglieder vermittelt. Der von S. H. Foulkes geprägte Begriff ist in Analogie zur freien → Assoziation des psychoanalytischen Standardverfahrens zu verstehen. Ursprünglich beobachtete Foulkes, daß die Diskussion in der Gruppe phänomenal von wechselnden Themen, den Okkupationen, charakterisiert ist. Dieses charakteristische, therapeutische Gruppengespräch, das entsteht, wenn Grundregel und permissive Atmosphäre ein Angenommensein gewährleisten, nannte Foulkes anfangs freifließende Diskussion („free-floating discussion“; Foulkes, 1948: 71). Das freie Gruppengespräch hat zunächst eher Konversationscharakter und richtet sich allmählich auf die gegenseitigen Beziehungen aus, wobei konflikthafte und intime Gehalte zunehmend an Raum gewinnen. Foulkes bezeichnete das Gruppengespräch als freie Gruppenassoziation, da im Zuge der Diskussion unbewußtes Material zutage gefördert wird. Die einzelnen Redebeiträge der Mitglieder sind hierbei durch eine „assoziative Verknüpfung“ (Foulkes, 1975: 114) aufeinander bezogen und thematisieren unbewußte Gruppen-Beziehungskonfliktthemen, die eine relative Majorität der Mitglieder miteinander teilt (Lemche, 1993). Gemäß des Grades der Unbewußtheit sind insgesamt fünf Ebenen der Gruppenassoziation unterscheidbar: die Aktuellebene als gegenwärtige Emotionsdynamik, die Übertragungsebene mit familiären Ödipalsituationen, die Projektionsebene mit gegenseitiger affektiver Resonanz, die Körperbildebene mit der Gruppe als Organismus und die Primordialebene in mythischen Universalsymboliken.

Foulkes SH (1948) Introduction to group analytic psychotherapy. London, Heinemann

Foulkes SH [1975] (1978) Praxis der gruppenanalytischen Psychotherapie. München, Reinhardt

Lemche E (1993) Der gestalttheoretische Aspekt und sein Einfluß auf die Interventionsweise bei S.H. Foulkes. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 29: 70–102

Erwin Lemche

Gruppenbildung (→ Gruppenpsychoanalyse). Unter Gruppenbildung werden in der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie diejenigen Mechanismen und Faktoren verstanden, die über die Ausbildung eines Kohäsionserlebens die Konstitution eines Gruppenprozesses ermöglichen. In natürlichen Gruppen beinhaltet die Gruppenbildung die Identifikation mit einer Führungsperson, die Formation eines „Wir“-Erlebens durch Abgrenzungstendenzen nach außen hin, soziale Hierarchisierungsprozesse, sowie die Etablierung gruppeneigener Normsetzungen. In therapeutischen Gruppen ist der Gruppenbildungsprozeß von der Zusammenstellung der Gruppe, der Indikation, dem Setting und der Behandlungsfrequenz abhängig. Hinsichtlich der Merkmale Diagnose und Geschlecht werden homogene vs. heterogene Gruppen unterschieden, wobei in außerinstitutionellen Settings zumeist möglichst heterogene Gruppen angestrebt werden. Um die Gruppenkohäsion zu erhöhen, werden Patienten nach dem sog. „Arche-Noah-Prinzip“ selektiert, das nach Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Persönlichkeitsstruktur, Symptom, Bildungsstand etc. zur besseren gegenseitigen Identifikationsmöglichkeit eine paarweise Parität (und damit minimale Homogenität) anstrebt. Hinsichtlich der Mischung der Gruppenbehandlung mit Einzelpsychotherapie werden „conjoint“-Gruppen (anderer Therapeut) vs. „combined“-Gruppen (derselbe Therapeut) unterschieden. In institutionell eingebundenen Behandlungen wird gemäß des Aufnahmeformat zwischen geschlossenen, slow-open (halboffenen) und offenen Gruppen differenziert. Eine Regression durch Verlagerung aggressiver Tendenzen nach außen und die mit der Ausbildung von Grenzen verbundene Kohäsion ist

jedoch in analytisch wirksamem Maße nur in geschlossenen Gruppen erwartbar. Persönlichkeitsfaktoren des Gruppenleiters tragen in erheblichem Maße zur Gruppenbildung bei.

- Foulkes SH [1964] (1986) Gruppenanalytische Psychotherapie. Frankfurt/M., Fischer
Kutter P (1989) Gruppentherapie oder Einzeltherapie: Indikation, Methoden und Ziele. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 34: 7–14
Lemche E (1994) Theoriebildung. In: Haubl R, Lamott F (Hg), Handbuch Gruppenanalyse. München, Quintessenz, S 17–27

Erwin Lemche

Gruppendynamik. Das Aufeinanderwirken von Kräften innerhalb und außerhalb der psychologischen und sozialen → Lebensräume/Felder der Personen einer → Gruppe sowie der Gruppe selbst. Als Gruppendynamik werden auch methodische Hilfen zur Beobachtung von Personen, die in Gruppen interagieren, und zur Steuerung (→ Interventionen) von Gruppen bezeichnet. „Auf dem Gebiet der Gruppendynamik sind, mehr als auf jedem anderen psychologischen Gebiet, Theorie und Praxis methodisch derart zusammengekettet, daß sich bei richtiger Handhabung Antworten auf theoretische Probleme ergeben können. Gleichzeitig wird jene rationale Annäherung an unsere praktischen sozialen Probleme gestärkt, die eine der grundlegenden Erfordernisse zu ihrer Lösung ist“ (Lewin, 1944). Die Gruppendynamik als methodische Hilfe findet Anwendung in → Dynamischer Gruppenpsychotherapie und Trainingsgruppen. Hier ist gesteigertes Wahrnehmungsvermögen für Gruppenprozesse von Bedeutung (→ Phasenmodelle der Gruppe); dieses entwickelt sich, während die Teilnehmer mehr über ihre eigenen Gefühle und Verhaltensweisen, ihre Wirkung auf andere (→ Feedback) und über ihre eigenen Beziehungen in der Gruppe erfahren. Die Verwendung des Begriffs Gruppendynamik geht auf Jacob L. Moreno zurück, die methodische Anwendung auf Kurt Lewin, der 1945 das Forschungsinstitut für Gruppendynamik am Massachusetts Institute of Technology (MIT) gründete. Die

Verbreitung der Gruppendynamik in Europa ging von der Londoner Tavistock-Clinic aus (1947). Das erste gruppendynamische Laboratorium im deutschsprachigen Raum fand 1954 in Wien statt.

- Lewin K [1944] (1982) Forschungsprobleme der Sozialpsychologie I: Theorie, Beobachtung und Experiment. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4 [Feldtheorie]. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta, S 215–235
Luft J (1977) Einführung in die Gruppendynamik. Stuttgart, Klett
Rechtien W (1990) Zur Geschichte der Angewandten Gruppendynamik. In: Gruppendynamik, Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie 21(1): 104–108

Bernhard Dolleschka

Gruppenhypnose. → Gruppentrance; → Hypnose.

Gruppenimagination. Die → Katathym-Imaginative Psychotherapie, ursprünglich von Hanscarl Leuner als Einzeltherapie entwickelt, wird seit den 70er Jahren auch als Gruppentherapie angewendet. Dabei sind verschiedene Settings möglich: 1. Einzelimagination in der Gruppe: Die Gruppenteilnehmer lassen in Entspannung jeder für sich → Imaginationen zu einem bestimmten Thema auftauchen (ca. 5–15 Minuten), eventuell unterstützt von leiser Musik. Anschließend berichten sie die Bilder, und es findet eine Aufarbeitung im Rahmen der Gruppe statt. Dieses Vorgehen wird auch im klinischen Setting angewendet, es ermöglicht viel Für-sich-Sein und ein vorsichtiges Sich-Einlassen auf das eigene Unbewußte und auf Anregungen von anderen. 2. Gemeinsame Gruppenimagination: Die Gruppenteilnehmer liegen bei der Imagination sternförmig mit den Köpfen zueinander auf dem Boden und beschreiben ihre Bilder. So beeinflussen sich die Bilder gegenseitig, und in der Imagination entwickeln sich gemeinsame Aktionen. Die Imaginationsphase von 30 Minuten Dauer wird eingeleitet durch ein Vorgespräch, in dem sich die Gruppe auf ein Thema einigt (z. B. „Bergwanderung“, „Wir

treffen uns als Tiere“, „Fahrt auf einem fliegenden Teppich“) und abgeschlossen durch eine Aufarbeitungsphase, in der die gruppenspezifischen Positionen, Konflikte und Normierungen, die Kompromißbildungen zwischen Wunsch und Abwehr und die auslösenden aktuellen Situationen besprochen werden. Dieses Standardvorgehen wurde von Kottje-Birnbacher und Sachsse (Leuner et al., 1986) methodisch ausgearbeitet. Die Gruppenimaginationen finden im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie etwa in jeder dritten Sitzung statt: Sie intensivieren die therapeutischen Möglichkeiten der Gruppe, vermitteln Einsichten in pathogene Verhaltensmuster und eröffnen neue Empfindungs- und Verhaltensspielräume. Von Wächter wurde eine Kombination von Katathym-Imaginativer Psychotherapie und Psychodrama entwickelt (Leuner et al., 1986). Rust (in Leuner et al., 1986) modifizierte das Vorgehen für die Arbeit mit psychiatrischen Patienten im stationären Rahmen. Kottje-Birnbacher entwickelte Modifikationen für die Arbeit mit schwer gestörten Patienten im ambulanten Setting.

Kottje-Birnbacher L (1987) Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Tiefenpsychologische Arbeit und strukturierende technische Parameter. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 32: 35–45

Leuner H, Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wächter M (1986) Gruppenimagination. Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Bern, Hans Huber

Leonore Kottje-Birnbacher

Gruppenkultur. Dieser Begriff der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie bezieht sich auf die erste Phase der Gruppentheorie von Bion, in der Gruppenkonflikte und Verhalten von Gruppenteilnehmern auf die Dreieit Gruppenmentalität-Individuum-Gruppenkultur zurückgeführt werden. Diese Überlegungen werden in der Theorie über die → „Grundannahmen“ fortgesetzt. „Gruppenmentalität“ ist ein Sammelbegriff „anonymer“ Beiträge der Teilnehmer, die in abgespaltener, verleugneter Form in die Gruppe eingebracht werden. Sie haben in der jeweiligen Grup-

penphase hohe Homogenität und starken Bezug zueinander. Die „Gruppenmentalität“ steht im Gegensatz zu den Wünschen der Individuen und verhindert die Befriedigung dieser. Die jeweilige Gruppenkultur einer Gruppe ist eine Kompromißbildung zwischen bewußten individuellen Wünschen und unbewußter Gruppenmentalität. Bions Beispiel: In einer Gruppenphase versuchen mehrere Teilnehmer, sie betreffende Themen zu besprechen, jeder dieser Versuche verebbt bald. Der gemeinsame „anonyme“ Beitrag zur Gruppenmentalität ist, daß über das Verebben wichtiger Themen mitgeteilt wird, daß die Gruppe unfähig ist, wichtige Themen zu diskutieren. Dies steht im Gegensatz zu den individuellen Wünschen der Teilnehmer. Als Reaktion entwickelt sich eine Gruppenkultur, in der belanglose Dinge diskutiert, Probleme aufgeworfen werden, die auch ein „Kindergartenkind“ lösen könnte. Diese Gruppenkultur (Gruppe = Kindergarten) ist ein Kompromiß zwischen Gruppenmentalität (die Gruppe ist unfähig, Wichtiges zu besprechen) und individuellem Wunsch (miteinander befriedigend zu kommunizieren).

Bion WR [1961] (1971) Erfahrungen in Gruppen. Stuttgart, Klett-Cotta

Rainer Fliedl

Gruppenmatrix (→ Gruppenpsychoanalyse). Zentrales Konzept der Gruppenanalyse von S.H. Foulkes. Der Begriff beinhaltet die Vorstellung, wonach in Gruppen sich stets ein gemeinsames seelisches Geschehen, eine allen Gruppenteilnehmern gemeinsame emotionale Konstellation einstellt, an der alle unbewußt teilhaben; wie wenn ein gemeinsames (Theater-) Stück zur Aufführung gelangte mit je unterschiedlichen Rollen, in dem alle Gruppenteilnehmer mitspielen, ohne das Drehbuch zu kennen (Sandner, 1986). Es handelt sich um ein Konzept, das von Foulkes nicht aus der Erfahrung gewonnen wurde, vielmehr aus der gestaltpsychologischen Annahme, wonach alles seelische Leben sich in Gestalten organisiert (→ Gestaltpsychologie). Unbezweifelbar ist die heuristische Frucht-

barkeit dieses Konzepts für das Verständnis von in Gruppen entstehenden kollektiven Phänomenen bzw. gemeinsamen Gruppenabwehrmaßnahmen. Kritisch haben sich mit dem Begriff der Gruppenmatrix A. Wolf und W. Schindler auseinandergesetzt: Durch die Annahme einer stets vorhandenen gemeinsamen Konstellation in Gruppen werde das vielfältige Geschehen, d. h. die individuellen Bewegungen der einzelnen, unnötig vereinheitlicht und führe zu schwer klärbaren spezifischen Gruppenabwehrmaßnahmen mit erhöhtem Angstpegel für alle Gruppenteilnehmer. Auf diese Weise werden sowohl die individuellen Bewegungen der Teilnehmer verringert als auch die gemeinsame analytische Klärungsarbeit erschwert (Schindler, 1979). Darüber hinaus werden die Behandlungstechnisch durch konzeptionell bedingte Vereinheitlichung entstehenden Gruppenphänomene als spontan entstehende gemeinsame Anliegen der Gruppenteilnehmer und als Abbild der gesellschaftlichen Realität verdinglicht. Dies wird besonders auf dem Hintergrund der Gruppenanalyse von T. Burrow deutlich, dem Foulkes wesentliche Anregungen für seine Konzeption der Gruppenanalyse verdankt (Sandner, 1998).

- Foulkes SH [1964] (1974) Gruppenanalytische Psychotherapie. München, Kindler
Powell A (1989) The nature of the group matrix. *Group Analysis* 22: 271–281
Sandner D (1986) Der Beitrag von S.H. Foulkes zur Entwicklung einer analytisch fundierten Gruppendynamik. In: Sandner D (Hg), *Gruppenanalyse*. Berlin, Springer, S 24–37
Sandner D (1998) Die Begründung der Gruppenanalyse durch Trigant Burrow. *Luzifer-Amor* 21: 7–29
Schindler W (1979) Über einige unterschiedliche Standpunkte hinsichtlich psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 14: 16–30

Dieter Sandner

Gruppenmentalität. → Gruppenkultur;
→ Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Gruppenmodelle (aus Sicht der → Gruppenpsychoanalyse). Von A. Heigl-Evers zuerst vorgeschlagene Einteilung der analytischen Gruppentherapie in Ansätze, in denen „Psychoanalyse mit einzelnen in der Gruppe“ (A. Wolf), „Psychoanalyse der Gruppe als ganzes“ (W.R. Bion) sowie „Analyse von einzelnen auf dem Hintergrund einer Gruppe“ (S.H. Foulkes) angestrebt wird. In der praktischen gruppenanalytischen Arbeit handelt es sich wohl nur um zwei Grundmodelle: Um die Betonung der Bewegungen einzelner (individuumzentrierter Ansatz) sowie die besondere Bedeutung, die dem Gruppengeschehen (gruppenzentrierter Ansatz) beigemessen wird. Der von der Konzeption her „vermittelnde“ Ansatz von Foulkes erweist sich bei näherer Betrachtung als gruppenzentrierter Ansatz, da die vorgängige Annahme eines immer vorhandenen gemeinsamen Gruppengeschehens (→ Gruppenmatrix) die Wahrnehmungseinstellung des Gruppenanalytikers auf die angenommene Gruppenkonstellation fokussiert, da nur so der Hintergrund festgestellt werden kann, auf dem die individuellen Bewegungen ihre Bedeutung erhalten. Beiden Grundansätzen ist indes gemeinsam: die Bedeutsamkeit der Pluralität der Teilnehmer (d. h. des Zusammenseins und entstehender Beziehungskonstellationen in einer Gruppe) sowie der individuellen Bewegungen der Teilnehmer (auch in dem Sinne, daß kollektive Phänomene in Gruppen überhaupt nur auf dem Hintergrund gleichförmiger oder „zusammenpassender“ individueller Bewegungen wissenschaftlich identifiziert werden können). Der theoretisch und therapeutisch wesentliche Unterschied besteht darin, welche spezifische Bedeutsamkeit in der Wahrnehmung des Gruppenanalytikers den individuellen Bewegungen der Teilnehmer bzw. dem den Teilnehmern eventuell Gemeinsamen beigemessen wird (Sandner, 1990; → Phasenmodelle der Gruppe).

- Heigl-Evers A (1972) Konzepte der analytischen Gruppentherapie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
Ruhs A, Shaked J (1986) Konzepte der Gruppe in der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: Petzold H, Frühmann R (Hg), *Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit*. Paderborn, Junfermann, S 319–337

Sandner D (1990) Modelle der analytischen Gruppenpsychotherapie – Indikation und Kontraindikation. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 26: 87–100

Schwartz EK, Wolf A (1960) Psychoanalysis in groups: the mystique of group dynamics. In: Stokvis B (Ed), *Topical problems of psychotherapy*, vol. II. Basel, Karger, pp 119–154

Dieter Sandner

Gruppenphase. → Phasenmodelle der Gruppe; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Gruppenprozeß. → Phasenmodelle der Gruppe; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Gruppenpsychoanalyse (Gruppenanalyse, Analytische Gruppentherapie). Eine Form der → Gruppenpsychotherapie, deren Ziel es ist, unbewußte seelische Prozesse im Rahmen einer therapeutischen Gruppe der bewußten Verarbeitung zugänglich zu machen. Nach vereinzelt früheren Ansätzen zur Behandlung von Patienten in Gruppen kamen die entscheidenden Impulse zur Entwicklung während und nach dem Zweiten Weltkrieg von englischen und amerikanischen Therapeuten. Die Art der Interventionen des Gruppenleiters (→ Interventionstechnik) wird von seiner theoretischen Ausrichtung mitbestimmt. Es haben sich unter den analytischen → Gruppenmodellen drei große Richtungen entwickelt: Eine Richtung beschäftigt sich in erster Linie mit der Therapie des Einzelnen in der Gruppe (Wolf & Schwartz, 1962); die entgegengesetzte Richtung betont die Analyse der Gruppe als ganzes (Bion, 1961; Argelander, 1968); eine kombinierte Haltung versucht, neben der Beschäftigung mit dem einzelnen Gruppenmitglied auch die Gruppendynamik zu berücksichtigen (Foulkes, 1964). Die analytische Gruppe zählt in der Regel 8–12 Mitglieder. Der Gruppenanalytiker deutet den Gruppenprozeß als ein Übertragungsgeschehen, d. h. als eine szenische Gestaltung von früheren

wesentlichen Bindungen und Konfliktsituationen aus der Lebensgeschichte der Teilnehmer. Um die → Übertragung erleben und handhaben zu können, werden die Mitglieder gebeten, möglichst keine Beziehungen untereinander außerhalb der Gruppe zu unterhalten. Durch die Einschränkung der realen Beziehungen und die Zurückführung von gegenwärtigen auf frühere Konflikte können die unbewußten Probleme aus den Lebensgeschichten der Gruppenmitglieder bearbeitet werden. Die Gruppenmitglieder werden vom Leiter ermutigt, sich möglichst freimütig zu äußern. Der Gruppenleiter bemüht sich seinerseits, auf die Äußerungen der Gruppenmitglieder ohne Werturteile und Affekte zu reagieren, um möglichst wenig als reale Person, sondern als Übertragungsfigur wahrgenommen zu werden. Diese unvoreingenommene Haltung des Gruppenanalytikers bildet zusammen mit der Enthaltsamkeit der Gruppenmitglieder von intimen Beziehungen untereinander die → Abstinenz in der Gruppe. Sie dient zur Erleichterung der Arbeit in der Gruppe. Die → Arbeitsgruppe (nach Bion) wird durch regressive unbewußte Gruppenfantasien beeinträchtigt. Diese → Regression in der Gruppe bildet eine Form des Widerstands gegen die Gruppenarbeit. Die Arbeit an der Übertragung und am → Widerstand ist die wichtigste analytischen Aufgabe der Gruppe. Eine andere Form des Widerstands ist das → Agieren in der Gruppe oder außerhalb, d. h. das Handeln als symbolischer Ausdruck von unbewußten Fantasien, z. B. eine unkontrollierte → Aggression in der Gruppe. Das Agieren soll nicht einfach verboten werden, sondern in seiner unbewußten Bedeutung verstanden und dadurch integriert werden. Die Übertragungsbeziehungen in der Gruppe sind durch einen hohen Grad an → Ambivalenz gekennzeichnet, d. h. sie drücken starke widersprüchliche kindliche Affekte aus. Die Gruppenarbeit zielt auf die Integration dieser heftigen Widersprüche und die Förderung von Einsicht. Das Wiederbeleben des ödipalen Dramas mit seinen heftigen Affekten betrifft auch die Beziehung zum Analytiker („Vatermord“). Das Ziel der analytischen Arbeit ist das Durcharbeiten und Auflösen der Über-

tragungsneurose, das Abschiednehmen von kindlichen Erwartungen und Illusionen, um Verantwortung für die eigenen Handlungen zu übernehmen. Dies bedeutet auch, Einsicht in die Begrenztheit des eigenen Lebens und der eigenen Möglichkeiten zu gewinnen (→ Trauer).

Argelander H (1968) Gruppenanalyse unter Anwendung des Strukturmodells. *Psyche* 22: 913–933

Bion WR [1961] (1974) Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Stuttgart, Ernst Klett

Foulkes SH (1948) Introduction to group-analytic psychotherapy. London, Heinemann

Haubl R, Lamott F (Hg) (1994) Handbuch Gruppenanalyse. München, Quintessenz

Ruhs A, Shaked J (1994) Gruppenpsychoanalyse. In: Stumm G, Wirth B (Hg), Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. 2. erw. Aufl. Wien, Falter Verlag, S 46–59

Wolf A, Schwartz EK (1962) Psychoanalysis in groups. New York, Grune & Stratton

Josef Shaked

Gruppenpsychotherapie. Das breite Wirkungsspektrum der Gruppenpsychotherapie hat dazu geführt, daß die Gruppeninteraktion von vielen Psychotherapiemethoden entdeckt und methodisch ausgearbeitet wurde (z. B. → Gruppenpsychoanalyse; → Dynamische Gruppenpsychotherapie; → Individualpsychologische Gruppentherapie; Gruppe; → Gestalttherapie; → Psychodrama; → Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie). Wesentliche Heilfaktoren in der Gruppenpsychotherapie sind (nach Yalom, 1974) das Mitteilen von Informationen, das Einflößen von Hoffnung, die Entdeckung der Universalität psychischen Leidens, die Erfahrung von Altruismus, die korrigierende Rekapitulation der primären Kleinfamilie, die Entwicklung von neuen Techniken des mitmenschlichen Umgangs und nachahmendes Verhalten. Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos ermöglicht den einzelnen Gruppenmitgliedern psychosoziale Lernerfahrungen, die in manchen Aspekten der Einzeltherapie überlegen sind, zumal sich in einer therapeutischen Gruppe auch die anderen Gruppenmitglieder neben dem

Gruppentherapeuten als Co-Therapeuten anbieten (→ Setting). Da die Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern horizontal verläuft, finden andere Identifikations- und Übertragungsprozesse als zum Gruppenleiter hin statt. Dem Gruppenleiter kommt insofern eine wichtige Funktion zu, als er für den Aufbau und die Stabilität der Gruppe eine bedeutende Rolle spielt. Beispielsweise ist die gelungene Komposition der Gruppenmitglieder eine wichtige Voraussetzung für das therapeutische Gelingen. Gruppenpsychotherapie findet sich in allen Bereichen der Psychotherapie, im stationären wie im ambulanten Setting, als Kurzgruppenpsychotherapie (Pritz, 1990) wie als langfristige Behandlungsform. Auch mehrtägige Workshops können den emotionalen Prozeß in einer Gruppe noch verdichten (→ Selbsterfahrung; → Encounter-Gruppe). Die Gruppengröße beträgt idealerweise 8–12 Personen, Unter- oder Überschreitungen dieser Ziffern sind aber häufig. Man unterscheidet zwischen homogenen Gruppen, die z. B. durch ein gemeinsames Krankheitsbild vereint sind und heterogenen Gruppen, in denen gezielt Personen mit unterschiedlicher Symptomatik miteinander arbeiten.

Kutter P (1985) Methoden und Theorien der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart, Frommann-Holzboog

Pritz A (1990) Kurzgruppenpsychotherapie. Heidelberg, Springer

Yalom ID [1974] (1996) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch. Dt. Neuausgabe. 4., völlig überarb. u. erw. Aufl. München, Pfeiffer

Alfred Pritz

Gruppenpsychotherapie, Analytische. → Analytische Gruppenpsychotherapie.

Gruppenpsychotherapie, Dynamische. → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Gruppensetting (→ Gruppenpsychoanalyse). Darunter werden die Rahmenbedingungen der gruppenanalytischen Situation verstanden, die den Möglichkeitsraum für die Entfaltung eines Gruppenprozesses und seiner psychoanalytischen Reflexion gewährleisten. Die Bedingungen des psychoanalytischen Rahmens wurden erstmals von Freud (1912) beschrieben, der Begriff des Settings entstammt jedoch der Theatersprache. Das → Setting hat den Zweck, analytische Beobachtungen und Deutungen im gegenwärtigen Raum vornehmen zu können (kurative Faktoren). Im wesentlichen entspricht das Gruppensetting dem Gestaltungsrahmen der psychoanalytischen Situation. In der Foulkesschen Gruppenanalyse wird das Setting auch als T-Situation (für transference) bezeichnet, da sich Übertragungskonflikte erfahrungsgemäß an den äußeren Randbedingungen manifestieren (Foulkes, 1964: 25, 35). Die wesentlichen Bedingungen des Settings werden über Behandlungsfrequenz und -dauer, Ort, Gestaltung des Ortes, Stunden- und Ausfallhonorare, Leitungsfunktion, analytische Abstinenz, Grundregeln und „kulturelle Atmosphäre“ (Foulkes, 1970) bestimmt. In der Gruppe zielt die analytische → Grundregel darauf ab, daß die Gruppe keine formalen Arrangements aufstellt, welche den ungehemmten Fluß von Interaktion einschränken könnte. Daneben gibt es feste Bestimmungen ohne Regelcharakter, die die Künstlichkeit des Gruppensettings aufrechterhalten sollen: Die Teilnehmer sollen einander unbekannt sein, außerhalb der Gruppe keinen Kontakt aufnehmen und nicht in realen Lebensbeziehungen miteinander stehen. Der Analytiker fungiert als Urheber und Wächter des Gruppensettings und fördert den diskursiven Austausch, gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung der Mitglieder (supportive Faktoren).

Foulkes SH [1964] (1974) Gruppenanalytische Psychotherapie. München, Kindler

Foulkes SH (1970) Dynamische Prozesse in der gruppenanalytischen Situation. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 4: 70–81

Freud S [1912] (1982) Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungs-

band: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 169–180

Lamott F (1994) Setting. In: Haubl R, Lamott F (Hg), Handbuch Gruppenanalyse. München, Quintessenz, S 49–62

Erwin Lemche

Gruppentherapie. → Gruppenpsychotherapie; → Gruppenpsychoanalyse; → Dynamische Gruppenpsychotherapie; → Individualpsychologische Gruppentherapie; → Encounter-Gruppe.

Gruppentherapie, analytische, nach dem Familienmodell. → Analytische Gruppentherapie nach dem Familienmodell.

Gruppentherapie, individualpsychologische. → Individualpsychologische Gruppentherapie.

Gruppentrance. Durch → Hypnose induzierter → Trancezustand bei den (an einem Ort gleichzeitig anwesenden) Mitgliedern einer Gruppe. Gruppentrancen sind sinnvoll zu nutzen 1. in Gruppen, in denen es um Heilung/Linderung körperlicher Beschwerden (z. B. Schmerzen) geht, 2. in Psychotherapiegruppen, 3. in Lerngruppen an Schulen, Hochschulen sowie in der beruflichen und außerberuflichen Erwachsenenbildung und 4. in Selbsterfahrungsgruppen. Personen ohne umfassende hypnotherapeutische Ausbildung und Erfahrung sollten auf die Induktion einer Gruppentrance verzichten. Es besteht die Möglichkeit unerwarteter und heftiger emotionaler Reaktionen einzelner Gruppenmitglieder, die behutsam aufgefangen werden müssen. Gruppentrancen treten allerdings häufig auch spontan auf im Zusammenhang mit sogenannten Fantasiereisen, dem Erzählen von Geschichten oder dem gemeinsamen Hören von meditativer Musik sowie bei (z. B. religiösen) Gruppenritualen. Auch beim gemeinsamen

Meditieren einer Gruppe gehen die Mitglieder in der Regel in Trance. Diese spontanen Trancen in einer Gruppe unterscheiden sich im allgemeinen jedoch von einer absichtlich induzierten Gruppen-*trance*: Bei der expliziten → *Tranceinduktion* ist der vom einzelnen Mitglied erlebte Gruppen-*druck*, in → *Trance* zu gehen, ungleich stärker als wenn die Mitglieder einer Gruppe lediglich einer Erzählung lauschen (*Fantasie-*reise**, *Märchen* o.ä.). Bei der *Induktion* einer Gruppen-*trance* kommt es besonders darauf an, die *Suggestionen* so allgemein zu formulieren, daß möglichst jedes Mitglied der Gruppe sein persönliches Erleben in den Formulierungen wiederfindet.

Klippstein H (Hg) (1994) Das Vergessen vergessen. Hypnotherapeutische Gruppeninduktionen nach Milton H. Erickson. Heidelberg, Carl Auer

Riebensahm H (1985) Anwendung Erickson-scher Sprachmuster als rhetorische Strategien in Lerngruppen. *Hypnose und Kognition* 2(2): 44–55

Hans Riebensahm

Guided Imagery and Music (G.I.M.).

Von Helen Bonny (1978) in den USA entwickelte Technik einer → *Rezeptiven Musiktherapie*. Vom Therapeuten ausgesuchte und auf den momentanen Zustand des Patienten abgestimmte Musik (meist *E-Musik*) wird dem Patienten im entspannten Zustand vorgespielt. Die beim Musikhören entstehenden inneren Bilder („*images*“), Gefühle, Erinnerungen etc. werden als Brücke zum Unbewußten interpretiert und verbal, aber auch mit künstlerischen Medien bearbeitet. Im Unterschied zu anderen *Imaginationstechniken* sprechen Patient (*Traveler*) und Therapeut (*Guide*) während des Prozesses des Musikhörens; Musik wird nicht als Hintergrund zur geleiteten *Imagination* benutzt. Der psychotherapeutische Umgang mit dieser Technik bewirkt tiefgreifende Prozesse. Bei Psychotikern und anderen Patienten mit *Realitätsverlust* kontraindiziert.

Bonny H (1978) *Facilitating G.I.M. sessions*. G.I.M. monograph vol. 1. Baltimore (MS), ICM Books

Kiel H (1993) *Guided Imagery and Music – ein Konzept der rezeptiven Musiktherapie*. *Musiktherapeutische Umschau* 14(4): 217–322

Elena Fitzthum

Guiding. Methode des → *Begleitens* im → *Focusing*; deutsch wörtlich „führen“, „leiten“. *Guiding* hat immer die Form von Vorschlägen, Einladungen. Der Klient entscheidet, ob er sie annehmen und aufgreifen möchte oder nicht. Dem *Guiding* geht in der Regel ein Wahrnehmen, Anerkennen, Verstehenwollen und Zurücksagen dessen voraus, was der Klient gerade erlebt und ausdrückt (→ *Listening*). *Guiding* bezieht sich nicht auf die Inhalte des vom Klienten Geäußerten, sondern auf den Erlebensprozeß, v. a. auf die Qualität (→ *Achtsamkeit*; → *Freiraum*) und die Richtung (→ *Erlebensmodalitäten*) der Aufmerksamkeit. *Guiding* geschieht häufig in Form von Fragen, die der Therapeut dem Klienten vorschlägt, damit dieser sie an seinen im jeweiligen Moment gespürten → *Felt Sense* richtet (z. B.: „Wenn Sie jetzt auf Ihr körperliches Gefühl achten und es fragen, was jetzt als nächstes ‚richtig‘ wäre, was würde es antworten?“). Komplexere Formen des *Guiding* werden Experimente genannt (z. B. Vorschlag, etwas verbal Geäußertes körperlich auszudrücken).

Cornell AW (1993) *The guide's manual*. Berkeley (CA), *Focusing Resources* [Eigenverlag]

Siems M (1986) *Dein Körper weiß die Antwort*. *Focusing als Methode der Selbsterfahrung*. Hamburg, Rowohlt

Wild-Missong A (1997) *Neuer Weg zum Unbewußten*. *Focusing als Methode klientenzentrierter Psychoanalyse*. 3. Aufl. Würzburg, DAF, S 33–42]

Wiltshko J (1995) *Focusing-Therapie*. *Studientexte* 4. Würzburg, DAF

Johannes Wiltshko

Gute Absicht (*Positive Intention*). In der modellhaften Vorstellung des → *Neurolinguistischen Programmierens* (*NLP*) geht man davon aus, daß inneres und äußeres Verhalten von einzelnen Teilen (→ *Parts*, d. h. *Subsystemen*) der Gesamtperson hervorgerufen und gesteuert werden. Jeder Teil

der Gesamtperson hat eine konstruktive Funktion, und es liegt somit dem von ihm gesteuerten Verhalten eine, oft im Unbewußten liegende, positive Intention zugrunde. Dies gilt auch für Verhalten, welches im aktuellen Lebenskontext als störend, quälend oder unpassend erlebt wird. Auch Krankheitssymptome sind in diesem Sinn als Verhalten anzusehen. Beim Versuch, ein unerwünschtes Verhalten oder Symptom zu ändern, darf nicht übersehen werden, daß es nur ein Mittel darstellt (also ein Weg ist), die zugrundeliegende positive Intention zu erfüllen. Es ist wichtig, die Intention von der Konsequenz oder Auswirkung eines Verhaltens zu trennen. Die dahinterstehende Intention ist oft, die Gesamtperson vor Verletzung oder schmerzlichen Gefühlen zu schützen. Manchmal soll auch eine andere Person im Familiensystem geschützt werden oder die Schutzfunktion bezieht sich auf eine geliebte Systemperson im sogenannten Ursprungssystem (→ Loyalität). Jede Änderung im Verhalten muß die positive Intention dahinter beachten, soll diese Änderung erfolgreich sein (→ Ökologie).

Andreas C, Andreas T [1994] (1995) Der Weg zur inneren Quelle. Core-Transformation in der Praxis. Neue Dimensionen des NLP. Paderborn, Junfermann

Bandler R, Grinder J [1982] (1988) Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann

Cameron-Bandler L [1978] (1992) Wieder zusammenfinden. NLP – neue Wege der Paartherapie. 6. Aufl. Paderborn, Junfermann

Brigitte Gross

- H -

Habituation (→ Verhaltenstherapie). Abnahme einer Reaktionsbereitschaft (Orientierungsreaktion) auf einen mehrmals dargebotenen Reiz (vgl. Sokolov, 1963), auch im Sinne einer Veränderung der Reaktionsbereitschaft auf diesen Reiz. Es handelt sich dabei um einen aktiven Lernvorgang, da ein zuvor gezeigtes Verhalten aktiv unterdrückt wird (Pauli et al., 1996). Der Prozeß ist von Ermüdung (Nachlassen von Spannung und Reaktionsstärke nach häufigem Ausführen eines Verhaltens) und Löschung (Wegfall der Verstärkung und dadurch Abnahme der Reaktionshäufigkeit) abzugrenzen. Auffälligkeiten im Habituationsprozeß finden sich bei verschiedenen Störungen (z. B. → Angststörungen, Aufmerksamkeitsstörungen); eine Reihe verhaltenstherapeutischer Methoden (→ Reizkonfrontation, Selbstverbalisationstrainings, Entspannungsmethoden) hat geplante Veränderungen der Habituationsbereitschaft als Ziel.

Pauli P, Rau H, Birbaumer N (1996) Biologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 67–81

Sokolov EN (1963) Higher nervous functions: the orienting reflex. Annual Review of Physiology 25: 545–580

Ulrike Demal

Haftung für → Behandlungsfehler. Verantwortlichkeit für Schäden, die durch unsachgemäße (psychotherapeutische) Behandlung zugefügt worden sind. Der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin hat die für die psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Kenntnisse zu besitzen (Ausbildung bzw. Fort- und Weiterbildung) und die psychotherapeutische

Behandlung nach bestem Wissen und Gewissen sowie nach dem Stand der psychotherapeutischen Wissenschaft lege artis durchzuführen. Ein Behandlungsfehler liegt daher insbesondere dann vor, wenn die psychotherapeutische Behandlung nicht nach dem Stand der psychotherapeutischen Wissenschaft erfolgt. Führt der Behandlungsfehler beim Patienten zu einem Schaden, kommen zivilrechtliche oder auch strafrechtliche Haftung in Betracht. Zivilrechtliche Haftung kann eintreten, wenn der Psychotherapeut dem Patienten durch einen Behandlungsfehler eine gesundheitliche Schädigung (etwa eine massive psychische Beeinträchtigung) durch schuldhaftes (vorsätzliches oder auch nur fahrlässiges) und rechtswidriges (Außerachtlassen des Gebotes der gewissenhaften Behandlung nach den Regeln der psychotherapeutischen Wissenschaft) Verhalten zugefügt hat. Sie zieht Schadenersatzpflicht (Heilungskosten, Verdienstentgang und Schmerzensgeld) nach sich. Durch einen Behandlungsfehler herbeigeführte fahrlässige Körperverletzung bzw. Gesundheitsschädigung kann darüber hinaus auch strafrechtliche Folgen (straferrechtliche Verurteilung zu einer Geld- oder Freiheitsstrafe) nach sich ziehen.

Homm M, Kierein M, Wimmer A (1996) Rechtliche Rahmenbedingungen für die selbständige Ausübung der Psychotherapie. In: Homm M, Kierein M, Popp R, Wimmer A (Hg), Rahmenbedingungen der Psychotherapie. Bibliothek Psychotherapie, hg. von Sonneck G, Bd. 6. Wien, Facultas, S 83ff

Aigner G, Emberger H, Fössl-Emberger K (1991) Die Haftung des Arztes. Justiz- und Verwaltungsstrafrecht. Wien, ÖAK Verlagshaus der Ärzte

Johanna Schopper

Hakomi-Therapie. Eine körperorientierte, tiefenpsychologische Therapieform, entwickelt von Ron Kurtz auf dem Hintergrund der neoreichianischen Körpertherapien, des systemischen Denkens von Gregory Bateson und der östlichen Weisheitslehren des Buddhismus und Taoismus. „Hakomi“ (der Begriff stammt aus der Hopi-Sprache) bedeutet „Wer bist Du?“ und ist ein Informationsmodell (im Unterschied zu Reichs Energiemodell; → Energie): Untersucht wird, wie wir unsere Erfahrung organisieren und welche unbewußten inneren Überzeugungen (= „Kernüberzeugungen“) dieser Erfahrung zugrundeliegen. „Das Ziel der Therapie besteht [...] in einer Veränderung, die bewirkt, daß sämtliche Erfahrungen anders organisiert werden und damit in einer Veränderung der Art und Weise, wie wir Erfahrungen machen“ (Kurtz, 1994: 210). Die 5 Hakomi-Grundsätze formulieren Essenz und Grundhaltung: 1. Innere Achtsamkeit ist der Bewußtseinszustand, in dem die gegenwärtige Erfahrung untersucht wird – in einer offenen Haltung ohne Bewertung wird beobachtet, was von selbst geschieht, ohne es verändern zu wollen. 2. Gewaltlosigkeit bezeichnet eine Haltung, die nichts erzwingt, sondern mit dem geht, was natürlich, leicht und wirksam ist. 3. Organizität bezeichnet die systemische Selbstorganisation alles Lebendigen und das uns innewohnende Selbstheilungspotential. 4. Körper/Psyche/Geist – Einheit betont die Wechselwirkung zwischen diesen drei Bereichen; Zugang zu den Kernüberzeugungen kann über alle drei Bereiche gleichwertig erfolgen. 5. Einheit verweist auf die Wechselbezüge von allem, was existiert; alle Eigenschaften eines Menschen werden akzeptiert und als Teil eines sinnvollen Ganzen erkannt. Methoden und Techniken: 1. Zugang zu den Kernüberzeugungen vor allem über den Körper und durch „Sonden“; das sind Sätze, die der Therapeut sagt („Du bist hier willkommen“; „Was immer Du fühlst, ist in Ordnung“; „Du bist ein guter Mensch“), während der Klient im Zustand innerer Achtsamkeit seine körperliche, emotionale, mentale Reaktion darauf untersucht; 2. Das Modell der Körper- und Charakterstrategien (→ Charakter) nach Reich und

Lowen: Therapeut und Klient können mithilfe der unterschiedlichen Sätze untersuchen, auf welche Themen der Klient am stärksten reagiert, und dadurch klären, in welcher Charakterstrategie der Klient sich gerade befindet; 3. → Abwehr und → Widerstand gelten als wichtige Schutzmechanismen und werden unterstützt, wodurch Sicherheit entsteht und das → Unbewußte zur Mitarbeit gewonnen wird; 4. Transformation der einschränkenden Überzeugungen und Eröffnung neuer Möglichkeiten u. a. durch Arbeit mit dem „Inneren Kind“: Einführung des „Magischen Freundes“, wodurch fehlende förderliche Kindheitserfahrungen nachgeholt werden; 5. Ressourcenarbeit.

Johanson G, Kurtz R (1993) *Sanfte Stärke. Heilung im Geiste des Tao te king*. München, Kösel

Kurtz R (1985) *Körperzentrierte Psychotherapie: die Hakomi-Methode*. Essen, Synthesis

Kurtz R (1994) *Hakomi. Eine Körperorientierte Psychotherapie*. München, Kösel

Weiss H, Benz D (1987) *Auf den Körper hören. Hakomi-Psychotherapie, eine praktische Einführung*. München, Kösel

Lisa Haberkorn

Halbwertszeit (→ Psychopharmaka). Die Eliminationsgeschwindigkeit (→ Pharmakokinetik) der meisten Pharmaka ist nicht konstant, sondern proportional zur jeweiligen Plasmakonzentration (Eliminationskinetik 1. Ordnung). Sie ist bei hoher Konzentration schnell, bei niedriger langsam. Es bleibt jedoch jene Zeitspanne konstant, die benötigt wird, damit die jeweilige Konzentration um die Hälfte abnimmt. Diese Zeitspanne heißt Halbwertszeit. Nach Verstreichen einer Halbwertszeit sinkt die Konzentration auf die Hälfte, nach zwei Halbwertszeiten auf ein Viertel etc. Nach fünf Halbwertszeiten ist die Konzentration auf ca. 3% des Ausgangswertes gesunken und die Elimination eines Pharmakons praktisch vollständig abgeschlossen.

Brosch W (1996) *Psychopharmaka. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und andere professionelle Helfer*. Wien, Orac

Forth W, Henschler D, Rummel W, Starke K (1992) Pharmakologie und Toxikologie. 6. Aufl. Mannheim, BI-Wissenschaftsverlag

Werner Brosch

Halluzinationen. Wahrnehmungen ohne gegenständliche Grundlage. Einfache (elementare) Halluzinationen (Geräusche, Blitze) werden von komplexen (Stimmen, Gesänge, Bilder, szenische Abläufe, Gerüche) unterschieden, wobei jede Sinnesqualität betroffen sein kann: akustische Halluzinationen (häufig bei Schizophrenie; → schizophrener Formenkreis), optische Halluzinationen (häufig im Delirium), Geruchshalluzinationen, Geschmackshalluzinationen, Berührungshalluzinationen (häufig im Kokainentzug), leibliche Halluzinationen. Die Art der Trugwahrnehmung sagt nichts über die zugrundeliegende Ursache aus. Pseudohalluzinationen sind bildhafte Erlebnisse von der Art plastischer Vorstellungen, deren Trugcharakter erkannt wird. Sie unterscheiden sich von Vorstellungen durch die volle Wahrnehmungsadäquatheit, Detailliertheit, Konstanz für eine gewisse Zeit und die Unabhängigkeit von Willensakten. Bei Illusionen (Verkennungen) wird gegenständlich Vorhandenes durch Umgestaltung für etwas anderes gehalten („verkannt“).

Jaspers K (1973) Allgemeine Psychopathologie. 9. Aufl. Berlin, Springer

Scharfetter C (1985) Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. 2. Aufl. Stuttgart, Thieme

Werner Brosch

Halluzinationen. In der → Hypnose können Halluzinationen ohne pathologische Ursache spontan oder als Ergebnis von → Suggestionen in jedem → Repräsentationssystem auftreten. Positive Halluzination bezeichnet das Phänomen, daß die betreffende Person aufgrund von Suggestion ein Objekt in der Außenwelt wahrzunehmen glaubt, das objektiv dort nicht vorhanden ist. Bei der negativen Halluzination wird etwas Vorhandenes offenbar nicht wahrgenommen. Eine solche → Dissoziation kann

therapeutisch verwertet werden, wenn es darum geht, unnötige angstmachende Reize posthypnotisch auszublenden, z. B. in Prüfungssituationen (→ posthypnotische Suggestion).

Peter B (1993) Hypnotische Phänomene. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. Berlin, Springer, S 24–64

Hans Kanitschar

Halluzinogene (→ Sucht). Verschiedene natürliche, halbsynthetische und synthetische Drogen beeinflussen die Bewußtseinslage, verändern zeitbegrenzt Sinneswahrnehmungen und lösen vorübergehend Zustände aus, wie sie bei Schizophrenie vorkommen (Bedeutung für die Psychoserecherche). Bekannteste Substanzen: LSD (Lysergsäurediäthylamidtartrat-25): 1943 entdeckt von Albert Hofmann (vgl. Hofmann, 1973); Pilzinhaltstoffe: Mescaline, Psilocybin, Psilocin, Amanita muscaria, Muskatnuß, Nachtschattengewächse. Wirkung: veränderte Sinneswahrnehmungen (Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Wahrnehmung taktiler Reize), Beeinträchtigung der Kritikfähigkeit, der Realitätsprüfung und des Zeitempfindens. Folgen chronischen Konsums: Toleranzentwicklung, Gefahr des Auslösens einer chronischen Psychose des → schizophrenen Formenkreises (irreversibel). Flash back: in Dauer, Intensität und bezüglich des Zeitpunktes des Auftretens unkontrollierbares Auftreten von Rauschzuständen, wegen der Auswirkungen im Alltag des Konsumenten gefürchtetes Geschehen; Beeinträchtigung höherer Hirnleistungen, wie Konzentrationsfähigkeit; akute Gefahr: Selbstverletzungen, Unfälle oder Gewalthandlungen, bedingt durch die fehlende Realitätsprüfung.

Brosch R, Juhnke G (Hg) (1993) Sucht in Österreich. Wien, Orac [bes. S 123–129]

Hofmann A [1973] (1993) LSD – mein Sorgenkind. Die Entdeckung einer „Wunderdroge“. München, dtv/Klett-Cotta

Rätsch C (1998) Enzyklopädie der psychoaktiven Pflanzen. Aarau, AT Verlag

Schmidbauer W, v Scheidt J [1971] (1998) Handbuch der Rauschdrogen. Überarb. u. erw. Neuausgabe. Frankfurt/M., Fischer

Renate Brosch

Haltung. → Einstellung; → Existenzanalyse.

Haltung, phänomenologische. → Phänomenologische Haltung; → Existenzanalyse.

Handlungsdialog. Die therapeutische Situation in der → Konzentrativen Bewegungstherapie ermöglicht dem Patienten, Spielraum (im Sinne D. Winnicotts) zu entwickeln, in dem Erfahrungen mit sich selbst, dem umgebenden Raum, mit Gegenständen (→ Gegenstandsverwendung) und anderen Menschen (Gruppenteilnehmer/Therapeut) als Handlungsdialog gemacht werden können. Methodisch (→ bewegungstherapeutische Methodik) erfolgt ein Wechsel zwischen Wahrnehmen seiner selbst und der Umwelt (sensorische Aktivierung) und Bewegen (motorische Aktivierung), verbunden mit emotionaler Bewegtheit einerseits und Bedenken/Versprachlichen (kognitive Aktivierung) des Handlungserlebens. Im konzentrativen Handlungsdialog wird dadurch der Weg vom körperlichen Agieren zum Handeln als eine der Erinnerung dienende Assoziation (Becker, 1981) hergestellt. Handlungsdialoge werden je nach Situation zugleich mit Versprachlichung oder ohne Worte und/oder mit geschlossenen Augen angeboten. Somit entsteht, ähnlich der → freien Assoziation in tiefenpsychologischen Verfahren, eine Handlungs- bzw. Bewegungsassoziation, die pathologisches Verhalten auf der Handlungsebene erlebbar macht, damit ich-syntones in ich-dystones Erleben überführt werden und im Handlungsdialog mit dem Therapeuten und/oder Gruppenmitgliedern zu korrigierendem Erleben weiterentwickelt werden kann. Je nach psychodynamischer Gegebenheit und Störungsniveau kann der Handlungsdialog auch direkte Körperberührung (→ Berührung) beinhalten. Je größer der Störungsanteil, desto strukturierter der Handlungsdialog; bis hin zu ganz freien Handlungssituationen, die (bei geringer Störung) assoziativ entwickelt werden. Um eine

Erfahrung dauerhaft im Bewußtsein zu verankern, muß sie sprachlich repräsentiert werden. Von daher kommt der verbalen Bearbeitung in der Konzentrativen Bewegungstherapie eine besondere Bedeutung zu. In der Gruppe erfolgt diese im Anschluß an eine Erfahrungssequenz. In der Einzeltherapie wechseln die verbale Ebene und die leiblich-sinnenhafte Erfahrungsebene im Kontext des Beziehungsgeschehens (Handlungsdialog) einander ab. Erster und oft ausreichender Schritt ist die genaue Beschreibung und Benennung einer Erfahrung. Durch die Genauigkeit der Beschreibung wird oft der Sinn unmittelbar deutlich. Die Handlung bzw. die gemachte Erfahrung deutet sich selbst (Evidenzerleben). Möglich ist aber auch eine sprachliche Bearbeitung wie Anreicherung mit ähnlichen symbolischen oder realen Bezügen bzw. Verbinden mit aktuellen und lebensgeschichtlichen Themen, Assoziationen, die sich aus den verwendeten Worten ergeben. Die verbale Bearbeitung kann auch zum nächsten Erfahrungsangebot führen.

Becker H (1981) Konzentrativen Bewegungstherapie. Stuttgart, Thieme
Gräff C (1983) Konzentrativen Bewegungstherapie. Stuttgart, Hippokrates
Winnicott DW [1971] (1979) Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta

Markus Hochgerner, Evelyn Schmidt

Health-Belief-Modell. → Bedingungsmodell; → Kontrollüberzeugungen.

Hebephrenie. → Schizophrener Formenkreis.

Hedonismus. Von griech. *hédoné* = Lust. Ethische Grundposition, nach der der größtmögliche Gewinn an Lust das eigentliche Motiv, letzte Ziel und sittliche Kriterium des menschlichen Handelns ist. Die Ursprünge des Hedonismus liegen in der antiken griechischen Philosophie. Während Aristipp (ca. 400 v. Chr.) im individu-

ellen körperlichen Genuß das höchste Gut des Menschen erblickte, gab Epikur (ca. 300 v. Chr.) der geistigen Lust gegenüber der Sinneslust den Vorzug. Epikurs Ideal ist die heitere Ruhe, die aus dem Sieg über die Furcht vor den Göttern und dem Tod sowie der Befriedigung der elementaren Lebensbedürfnisse erwächst. In der Neuzeit findet das hedonistische Prinzip außer in der Ethik auch in der Psychologie Anwendung. Die psychoanalytische Theorie von S. Freud betrachtet den Ablauf seelischer Vorgänge als automatisch durch das Lustprinzip reguliert. Glück als eigentlicher Lebenszweck des Menschen bedeutet Abwesenheit von Schmerz und Unlust sowie das Erleben starker Lustgefühle. Im Gegensatz zum psychologischen Hedonismus verfolgt der klassische Utilitarismus (J. Bentham, J. St. Mill), als bedeutendste Theorie innerhalb des ethischen Hedonismus, nicht mehr das individuelle Glück, sondern das „größte Glück der größten Zahl“. Kritiker des hedonistischen Prinzips wenden ein, daß Lustgewinn nur eines unter verschiedenen Lebenszielen – und vermutlich nicht das wichtigste – ist.

- Birnbacher D, Hoerster N (Hg) (1976) Texte zur Ethik. München, dtv
Hochkeppel W (1988) War Epikur ein Epikureer? Aktuelle Weisheitslehren der Antike. München, dtv
Höffe O (Hg) (1975) Einführung in die utilitaristische Ethik. Klassische und zeitgenössische Texte. München, Beck
Hossenfelder M (1996) Antike Glückslehren: Kynismus und Kyrenaismus, Stoa, Epikureismus und Skepsis. Stuttgart, Kröner
Patzig G (1994) Bemerkungen zum „Lustprinzip“. In: Patzig G, Gesammelte Schriften I. Göttingen, Wallstein, S 118–126

Alfred Simon

Heilfaktoren (aus Sicht der → Integrativen Therapie). Das Adjektiv „heil“ entspringt dem Alt- und Mittelhochdeutschen. Es bedeutet soviel wie „gesund, unverehrt, gerettet“, und das „Heil“ kann mit Glück und Gesundheit übersetzt werden. Heilfaktoren sind die Erzeuger dieses Zustandes. Die 14 von Petzold formulierten Faktoren fassen wesentliche aus der Forschung abgeleitete Variablen systematisch

zusammen, deren Einflüsse wiederholt belegt wurden. Dabei werden zuerst eher allgemeine – manchmal auch als unspezifische → Wirkfaktoren bezeichnete (Märtens & Petzold, 1998) – und später für den integrativen Ansatz spezifische Faktoren beschrieben (Petzold, 1993): 1. Einfühlendes Verstehen, Empathie; 2. emotionale Annahme und Stütze; 3. Hilfen bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung; 4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft; 5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung; 6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit; 7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung; 8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen; 9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte; 10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte; 11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs; 12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d. h. „persönlicher Souveränität“; 13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke; 14. Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen. Therapeutische Grundorientierungen und Arbeitskontexte haben einen moderierenden Einfluß auf die Präferenz der Faktoren aus Therapeutesicht (Brummund & Märtens, 1997). Grundsätzlich ergibt sich die „heilende Wirkung“ eines oder mehrerer Faktoren immer nur „im Prozeß“ aus den spezifischen Merkmalen, die die Behandlung einer Störung auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstruktur in einem lebensweltlichen Bezug erfordert. Sie ist also nicht a priori festgelegt, sondern Heilfaktoren werden in der Integrativen Therapie prozessual erarbeitet und kommen mit Blick auf die durch Probleme, Ressourcen und Potentiale bestimmten Therapieziele (Petzold et al., 1998) zum Einsatz.

- Brummund I, Märtens M (1998) Die 14 Heilfaktoren im Urteil der Praktiker. In: Petzold HG (Hg), Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Düsseldorf, FPI-Publikationen, S 448–466

Märtens M, Petzold HG (1998) Wer und was wirkt in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? Integrative Therapie 24(1): 98–110

Petzold HG (1993) Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold HG, Sieper J (Hg), Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Paderborn, Junfermann, S 267–340

Petzold HG (1994) Unterwegs zu einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft: „Integrative Therapie“ und ihre Heuristik der „14 healing factors“ – theoriegeschichtliche, persönliche und konzeptuelle Perspektiven und Materialien. In: Weiig N (Hg), Differenzierung und Integration. Köln, Kohelet Press, S 6–83

Petzold HG, Leuenberger R, Steffan A (1998) Therapieziele in der Integrativen Therapie. In: Petzold HG (Hg), Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Düsseldorf, FPI-Publikationen, S 142–188

Michael Märtens

Heilung und Förderung, Vier Wege der.

→ Vier Wege der Heilung und Förderung; → Integrative Therapie.

Heißer Stuhl. So nannte Perls in der → Gestalttherapie den Platz, der sich vor oder neben ihm in der Gruppenrunde befand, und auf den er den Klienten bat, der mit ihm „arbeiten“ wollte. Dieses Verfahren war bei Perls, der eine Art Einzeltherapie in der Gruppe praktizierte (Perls, 1974: 80), noch die Regel. Es wird aber auch heute noch, durchaus im Rahmen gruppenzentrierter Arbeit, angewandt. Der Vorteil ist, daß der Klient, schon bevor ihm der Therapeut seine volle Aufmerksamkeit zuwendet, ein Verhalten verwirklichen muß, welches das Ziel gestalttherapeutischer Arbeit vorwegnimmt: Er muß sich entschieden haben, seinen „sicheren“ Platz in der Runde mit einem exponierten Platz zu vertauschen, der von ihm fordert, mit dem Therapeuten direkt in → Kontakt zu treten und „im Jetzt zu bleiben“. „Meine Funktion als Therapeut ist es, euch zum Gewahrsein des [→] Hier-und-Jetzt zu verhelfen und euch jeden

Versuch, daraus auszubrechen, zu versagen“ (Perls, 1974: 81). Auf dem „heißen Stuhl“ ist es die Aufgabe des Klienten, auf Empfindungen, auf Gefühle und deren Veränderung im aktuellen Kontakt mit dem Therapeuten (oder Gruppenmitgliedern), auf willkürliche und unwillkürliche motorische Vorgänge, auf widersprüchliche Verhaltensweisen und unter Umständen gegensätzliche Wünsche und Vorstellungen zu achten und sich auf dem Wege ausdrücklicher Identifizierung mit ihnen ihrer Bedeutung zunehmend bewußt zu werden. Konkret fordert der Therapeut dazu auf, die „Leere im Kopf“, der „Druck im Bauch“ u. . m. zu sein und als das eine oder andere zu sprechen, z. B. als „Leere“ mit dem „Druck“ oder als „verschlagen-unterwürfiger Versager“ (Underdog) mit dem „hochmütigen Besserwisser“ (Topdog). Dabei kann, nicht zuletzt auch bei der Bearbeitung von Träumen und der Identifikation mit Traumteilen (→ Traum), Gebrauch von der Technik des → „leeren Stuhls“ gemacht werden. Im weiteren Sinn wird heute der Platz, auf dem der Klient gerade sitzt, als „heißer Stuhl“ verstanden, sobald er sich entschieden hat, an sich zu arbeiten.

Perls F (1974) Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart, Klett-Cotta

Walter H-J (1994) Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen. 3. erw. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag

Hans-Jürgen Walter

Heldenarchetyp. Aus Sicht der → Analytischen Psychologie ein psychisches Muster, das die suchende Sehnsucht des → Unbewußten nach dem Licht des → Bewußtseins symbolisiert (Sonnenheld; Jung, GW, Bd. 5, § 299; → Archetypus). Heroisches Bewußtsein ist jung, tugendhaft, unabhängig, zielstrebig, kämpferisch, stark und konstituiert seinen Gegensatz als weiblich (archetypische Mutter) und als Feind (→ Konstellation). Der Heldenarchetyp ist insbesondere eine zentrale abendländische Dominante, u. a. in Herkules, Siegfried, den heiligen Drachenttern Georg und Michael, Superman und Rambo personifiziert (→

Personifizieren; → Mythen). → Inflation des Bewußtseins durch den Heldenarchetyp und dessen → Projektion (Heldenkomplex) verursachen seit Menschengedenken viel Leid, da zum → Schatten des Helden zwanghafte Männlichkeit, Entfremdung vom Weiblichen und die Tötung der → Imagination gehören. Bei der Idee von der therapeutischen Ich-Stärkung gilt es, die Gefahr des Ausagierens des Heldenarchetypus bewußt zu halten (→ Wille).

Hillman J (1973) The great mother, her son, her hero, and the puer. In: Berry P (Ed), Fathers and mothers. Five papers on the archetypal background of family psychology. Zürich, Spring Publications, pp 75–127

Jung CG [1911/12, 1952] (1973) Symbole der Wandlung. Olten, Walter [bes. Zweiter Teil, V.–VIII., §§ 251–682]

Andreas von Heydwofff

Helfer-Konferenz. → Konsultation; → Systemische Therapie; → Mehrfachtherapie.

Helfer-Syndrom, „Helfer, hilflose(r)“. → Burnout-Syndrom.

Helfersystem. In der → Systemischen Therapie werden verschiedene soziale Systeme unterschieden (→ Problemsystem). Ein Helfersystem umfaßt alle Personen, die als Helfer mit einem Klientensystem direkt oder indirekt befaßt sind. Ein Helfersystem schließt damit auch nicht persönlich in der Therapie anwesende Helfer mit ein, wie z. B. Supervisoren, Ergo- und Physiotherapeuten, Ärzte, Pfleger. Parallel zur Definition des Helfersystems wird das Klientensystem beschrieben, als alle direkt oder indirekt in therapeutischer Behandlung befindliche Personen. Ludewig (1991) unterscheidet das hilfesuchende, das klinische und das Therapiesystem. Je nach beschriebenen System gelten unterschiedliche therapeutische und theoretische Implikationen.

Imber-Black E (1990) Familien und größere Systeme. Im Gestrüpp der Institutionen. Heidelberg, Carl Auer

Ludewig K (1991) Grundarten des Helfens. Ein Schema zur Orientierung der Helfer und der Helfer der Helfer. In: Brandau H (Hg), Supervision aus systemischer Sicht. Salzburg, Otto Müller, S 54–68

Guido Strunk

Hermeneutik. In einem engeren Sinn ist Hermeneutik die Lehre und Theorie des Verstehens, der Auslegung von Texten, die zunächst im Rahmen der „Geisteswissenschaften“ (Theologie und Jurisprudenz) entstand. Eine weitere Auffassung von Hermeneutik versteht diese jedoch nicht bloß als Disziplin, sondern als Wesensmerkmal menschlichen Daseins überhaupt, insofern dieses geschichtlich geprägt ist – verstehend eignen wir uns Fremdes an. Gerade weil wir uns dem Fremden nur durch unsere Vorurteile nähern können, kann sich ein „Gespräch“ entfalten: Am Fremden überprüfen wir diese Vorannahmen immer wieder; durch die Prüfung am Detail korrigieren wir dabei unsere Auffassung des Ganzen (hermeneutischer Zirkel). Hermeneutisches Verstehen ist vom kausalen Erklären zu unterscheiden: Ziel ist nicht die Zuordnung von Phänomenen zu allgemeinen Gesetzen, sondern die Rekonstruktion von Sinnzusammenhängen. Möglich ist das, weil die zu verstehenden Phänomene selbst schon als Verstehen aufgefaßt werden können: In der zu interpretierenden Äußerung ist bereits versucht worden, die Welt verstehend zu erschließen. Das zu Verstehende und der Verstehende stehen also trotz der produktiven Differenz auch in einem Kontinuum der „Wirkungsgeschichte“ (vgl. Gadamer, 1972), die im allgemeinen als sprachlich aufgefaßt werden kann. Psychotherapie ist hermeneutisch, insofern der therapeutische Prozeß intersubjektiv und sprachlich ist; sie beschäftigt sich mit dem Verstehen von Beziehungstexten. Eine Auffassung therapeutischen Verstehens als Hermeneutik unterscheidet sich von „Einführung“ insofern, als der Fremdheit in der Kommunikation dabei eine entscheidende und produktive Rolle zugesprochen wird.

Gadamer HG (1972) Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Tübingen, Mohr

Ricœur P (1969) Die Interpretation. Frankfurt/M., Suhrkamp

Thomas Slunecko

Hermeneutik. → Daseinsanalytische Hermeneutik.

Hermeneutische Empathie. Das empathische Verstehen (→ Empathie) in der → Klientenzentrierten Psychotherapie wird in erster Linie in seiner Ausrichtung an der phänomenologischen Erkenntnismethode (→ Phänomenologie) dargestellt. Als Kunstlehre des Verstehens in den Geisteswissenschaften gilt seit Dilthey die → Hermeneutik. In diesem Sinn ist es unumgänglich, auch die hermeneutische Dimension des Verstehens in der Psychotherapie zu thematisieren. Ansätze dazu finden sich in Rogers' Bestimmung der Empathie. Neben der grundlegenden Orientierung am → inneren Bezugsrahmen des Klienten wird sie als geprägt von der Intuition des Psychotherapeuten und ausgerichtet auf das, was beim Klienten noch „am Rande des [→] Gewahrseins“ ist, verstanden. Daraus ergibt sich, daß das empathische Verstehen des Therapeuten über das je gegebene Selbstverstehen des Klienten in gewisser Weise hinausgeht. In der Begegnung mit und dem Berührtsein von etwas Inkongruentem (→ Inkongruenz) soll ein neues kongruenteres Erleben und Selbstverständnis ermöglicht werden. Die hermeneutische Dimension der Empathie sieht Keil (1997) in der Tatsache begründet, daß inkongruentes Erleben tendenziell negative Resonanzen bei Kommunikationspartnern hervorruft. Demnach bieten vor allem die kongruenten, (noch) nicht-akzeptierenden und (noch) nicht-verstehenden Reaktionen des Psychotherapeuten den hermeneutischen Schlüssel zum Erfassen der Inkongruenzen des Klienten. Unter der Voraussetzung von einfühelndem Störungswissen sowie unter Einbezug der lebensgeschichtlichen Perspektive können daraus Gestalt, Entstehung und individuelle Not-Wendigkeit der Inkongruenzen im Leben des Klienten intuitiv erschlossen werden. Dies gilt aller-

dings nur unter der Voraussetzung, daß die Resonanz des Therapeuten kongruent, d. h., nicht von eigener Problematik her belastet ist. Wenn dies nicht der Fall ist, verweisen die emotionalen Reaktionen weniger auf Inkongruenzen des Klienten als vielmehr auf die des Psychotherapeuten.

Keil W [1995] (1997) Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person* 1(1): 5–13

Rogers CR [1975] (1980) Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers C, Rosenberg R (Hg), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Stuttgart, Klett-Cotta, S 75–93

Wolfgang Keil

Hierarchisierung (→ Verhaltenstherapie). Ein in vielen verhaltenstherapeutischen Verfahren (→ Desensibilisierung, systematische; → Verstärkung; → Selbstmanagementtherapie; → Problemlösungstraining) benutztes Therapieprinzip. Man versteht darunter die Zergliederung eines Therapiezieles in Unterziele sowie die Zuordnung von einzelnen Schritten zu diesen Unterzielen, wobei diese Schritte in eine Ordnung nach zunehmender Schwierigkeit (z. B. 0 = angenehme Situation, sehr entspannt; 100 = schwierigste / problematischste Situation, extrem ängstlich) oder auch nach Annäherung (zeitlich / örtlich) an das Oberziel gebracht werden (de Jong-Meyer, 1994). Bei der Durchführung unterscheidet man folgende Schritte: Exploration der generellen Zielsetzung (Voraussetzung ist eine → Verhaltensanalyse), Zergliederung des Ziels in Unterziele bzw. Erarbeitung von Voraussetzungen, die die Erreichung des Ziels wahrscheinlich machen, Einbettung der Hierarchie in das therapeutische Gesamtkonzept, Modifikation von Hierarchien (Maercker, 1996).

de Jong-Meyer R (1994) Hierarchiebildung. In: Linden M, Hautzinger M (Hg), *Verhaltenstherapie*. Berlin, Springer, S 165–169

Maercker A (1996) Systematische Desensibilisierung. In: Margraf J (Hg), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 293–300

Ulrike Demal

Hier-und-Jetzt-Prinzip. Kurt Lewin, grundlegender Theoretiker der → Gruppendynamik und der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie, unterscheidet innerhalb der → Feldtheorie zwischen aristotelischem Denken (vergangene oder zukünftige Ereignisse verursachen gegenwärtige) und galileischem Denken (alle dynamischen Ereignisse der augenblicklichen Situation beeinflussen die gegenwärtige Situation). Die Beobachtung der gegenwärtigen Situation mit ihren Vektoren, den Kräften, Potenzen (Besetzungen), Richtungen und der persönlichen Entwicklung des → Lebensraumes (differenzierend vorwärts oder regressiv) kann zu vielfachen Erkenntnissen und dadurch zu Veränderung in der Gegenwart führen. Die Vergangenheit kann dabei nur indirekt eine Stellung in den Kausalketten haben, deren Geflecht die augenblickliche Situation schafft (→ Persönlichkeit). Die Beobachtung des „Hier-und-Jetzt“ geht auf S. Freud zurück, der schon 1912 über den Prozeß der → Übertragung schreibt, daß das Stocken der → freien Assoziationen jedesmal mit einem Einfall zusammenhängt, der sich mit der Person des Arztes oder etwas zu ihm Gehörigen beschäftigt. In „Jenseits des Lustprinzips“ sieht Freud die Untersuchung und Analyse der Übertragung als Hauptaufgabe. Die ahistorische Betrachtungsweise in Einzel- und Gruppenpsychotherapie wird aus einem geschichtlichen Blickwinkel ausführlich bei I. Yalom dargestellt.

Freud S [1912] (1982) Zur Dynamik der Übertragung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 157–168

Lewin K [1935] (1982) Dynamische Theorie der Persönlichkeit. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 5. Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta

Yalom ID (1974) Die ahistorische Einstellung – historische Entwicklung. In: Yalom I, Gruppenpsychotherapie. München, Kindler, S 167–178

Heiner Bartuska

Hier-und-Jetzt-Prinzip (in der → Gestalttherapie). Ist ein Grundpfeiler gestalttherapeutischer Praxis. Hierin finden sich

Einflüsse des Existentialismus (Buber), des Taoismus und der antiken Philosophie. Schon Horaz forderte „carpe diem“ („ergreife den Augenblick“). In Abgrenzung zum „archäologischen Interesse“ der orthodoxen → Psychoanalyse lenkte Fritz Perls die therapeutische Aufmerksamkeit auf die Gegenwart (Perls, 1979: 81), denn die Schwierigkeiten des Klienten wie auch seine Potentiale beziehen sich auf gegenwärtige Probleme. Die → Bewußtheit des innerpersönlichen und des zwischenmenschlichen Geschehens wie auch der Sachgesetzmäßigkeiten des → Feldes führt zu einem existentiellen → Kontakt mit sich selbst und mit der Umwelt. Was im Hier-und-Jetzt dem Bewußtsein zugänglich wird, ist auch der Veränderung zugänglich (→ paradoxe Theorie der Veränderung). Die Gegenwart gilt als die einzige reale Zeit in dem Sinne, als sie unmittelbar erlebt wird und Handeln nur in der Gegenwart stattfindet. Geübt wird ein „mittlerer Modus“ zwischen aktiv und passiv (→ schöpferische Indifferenz), welcher Achtsamkeit gegenüber den eigenen Impulsen wie auch gegenüber den Gegebenheiten des Feldes (des jeweiligen Umweltausschnittes) erlaubt. Bei ausreichendem Vertrauen in die eigenen Kräfte wächst die Fähigkeit des Klienten, sich dem Geschehen ohne übermäßiges Kontrollbedürfnis zu überlassen.

Höll K (1992) Philosophische und politische Aspekte der Gestalttherapie. In: Krusch R, Ullrich M (Hg), Zum Leben finden. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S 29–62

Naranjo C (1979) Zentrierung im Jetzt. Integrative Therapie 3: 165–191

Perls F (1979) Grundlagen der Gestalttherapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. München, Pfeiffer

Kathleen Höll

„Hilfloze(r) Helfer“. → Burnout-Syndrom.

Hilflosigkeit, erlernte. → Erlernte Hilflosigkeit; → Verhaltenstherapie.

Hilfs-Ich (Mitspieler; → Psychodrama). Sind für die Dauer des Spiels die Träger einer Übertragung. Sie stellen tatsächliche Personen, Symbolfiguren, Gefühle, Gegenstände etc. dar. Die → Rolle wird ihnen z. B. vom → Protagonisten zugeschrieben oder auch persönlich gewählt. Sie sind aktiv beteiligt und übernehmen Ich-Funktionen für den Protagonisten. Jedes Mitglied kann auch die Rolle eines Forschers übernehmen. Für den Protagonisten ist es durch das Hilfs-Ich möglich, mit einem Teil der Umwelt bzw. seinem eigenen Ich in therapeutische Interaktion zu treten (Zeintlinger-Hochreiter, 1996: 198). Nach dem Spiel müssen sich die Hilfs-Iche wieder von der Rolle befreien und die Übertragung erkennen können („derolling“). Bei Psychotikern ist die Einbindung von Ausbildungskandidaten eine gute Möglichkeit, da sie gelernt haben, die Hilfs-Ich-Rollen einzunehmen. Der Therapeut ist primär ein Hilfs-Ich, das den Patienten ein Rollenangebot macht („role-giver“), woraus sich die wechselseitigen Rollenerwartungen herausbilden können. Schon die Mutter kann als Hilfs-Ich, Interaktionseinheit und Interaktionsmatrix oder soziale Plazenta und Urmuster aller Tele-Prozesse (→ Tele), also einer gelingend-wechselseitigen Perspektivenverschränkung, aufgefaßt werden.

Schönke M (1991) Funktionsträger der Therapievvariablen im Psychodrama. In: Vorweg M, Alberg T (Hg), Psychodrama. Leipzig, Barth, S 13–32

Zeintlinger-Hochreiter K (1996) Kompendium der Psychodrama-Therapie. Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J.L. Moreno. Köln, inScenario

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Hilfs-Objekte. → Monodrama.

Hoffnung und Krebs. → Krebs und Hoffnung; → Psychoonkologie.

Holding (function). Terminus, der von Winnicott eingeführt wurde und eine ähnliche mütterliche Funktion beschreibt wie

→ Containing, sich jedoch mehr auf die physiologischen Gegebenheiten – wie Hautsensibilität, Berührung, Körpertemperatur, Gehörwahrnehmung und visuelle Wahrnehmung – bezieht. Die Haltefunktion der Mutter bewahrt das Kind nicht nur vor der körperlichen Gefahr des Fallens und der psychischen Gefahr des Zerfallens, sondern ermöglicht ihm durch kontinuierliche mütterliche Fürsorge Integration und psychisches Wachstum. Ein minimaler Fehler in diesem Bereich führt zum Gefühl des unendlichen Fallens. Der Analytiker hält den Patienten meistens durch seine Worte und zeigt ihm dadurch, daß er seine tiefsten Ängste versteht.

Winnicott DW (1979) The maturational process and the facilitating environment. London, Hogarth Press [bes. pp 44f.]

Eva Wolfram

Holismus. → Ganzheitlichkeit; → Humanistische Psychologie; → Aktivität; → Machtstreben; → Individualpsychologie; → Verhaltensmedizin; → Integrative Therapie.

Holografisches Weltbild. Ein auf den Neurochirurgen und Hirnforscher Karl H. Pribram (1971) und den Physiker David Bohm (1950) zurückgehender Begriff, der die Funktionsweise des Hologramms einer neuen Betrachtung naturwissenschaftlicher Phänomene und insbesondere der Funktion des Gehirns zugrundelegt. Der Begriff des holografischen Weltbildes wurde Teil eines neuen Paradigmas in den Naturwissenschaften und von vielen Autoren der → Transpersonalen Psychologie aufgegriffen (vgl. Talbot, 1992; Wilber, 1988). Beim Hologramm (erstmal 1947 von Denis Gabor beschrieben) handelt es sich um eine besondere Art eines optischen Speichersystems, wobei auf einem lichtempfindlichen Film lediglich Wellen- und Interferenzmuster aufgenommen werden. Beleuchtet man dieses holografische Filmnegativ von hinten mit einem Laserstrahl, so sieht man davor ein eingeschränkt dreidimensionales Bild. Selbst wenn die Foto-

platte in kleinere Teile zerbrochen wird, kann aus jedem dieser Teile das vollständige ganze Bild rekonstruiert werden, allerdings unschärfer, d. h. das Ganze ist im Teil enthalten. Karl Pribram (1971) beschreibt in „Languages of the brain“ die Funktionsweise des Gehirns analog der eines Hologramms: Die Speicherung des Gedächtnisses z. B. erfolgt ähnlich wie bei einer holographischen Platte breit gestreut im Gehirn. Bei Beschädigung des Gehirns bleibt ein Teil des Speichers intakt, von dem aus das gesamte Gedächtnis rekonstruiert werden kann. Auch paranormale Phänomene wie Präkognition, Telepathie und Psychokinese scheinen nun eine physikalische Grundlage zu haben: Da der Teil das Ganze enthält, kann der Mensch über sein Gehirn, seinen Geist Zugang zu sämtlichen Informationen erhalten. Die Begrenztheit von Raum und Zeit löst sich auf, die Getrenntheit aller Dinge scheint unhaltbar zu sein. Diese Erfahrung wird von spirituellen Traditionen (→ Spiritualität) als → mystische Erfahrung (→ Mystik) beschrieben. Bohm (1987) spricht von der eingefalteten Ordnung aller Dinge, dem Urgrund allen Seins und der expliziten Ordnung, wie die Welt uns im Alltag entgegentritt. Das holografische Weltbild trägt auf diese Weise zu einem Verständnis der transpersonalen Sichtweise bei, indem es den Menschen als Teil eines größeren Ganzen beschreibt und ihm über diesen Teil das Ganze zugänglich ist.

Bohm D (1987) Die implizite Ordnung. München, Goldmann

Pribram K (1971) Languages of the brain. Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall

Talbot M (1992) Das holographische Universum. München, Droemer-Knaur

Wilber K (Hg) (1988) Das holographische Weltbild. München, Scherz

Hans Peter Weidinger

Holotropes Atmen. Vor über 20 Jahren von Stanislav und Christina Grof entwickelt. Holotrop bedeutet: sich zur Ganzheit hinbewegend. Grof meinte damit auch, daß „wir in unserem alltäglichen Bewußtseinszustand nicht wirklich ganz sind; wir sind fragmentiert und identifizieren uns nur mit

einem kleinen Bruchteil dessen, was wir in Wahrheit sind“ (Grof, 1997: 25). Beim Holotropen Atmen wird durch beschleunigtes Atmen und evokative Musik ein außergewöhnlicher → Bewußtseinszustand erreicht, der tiefe Heilungsprozesse in Gang setzt. Holotrope Erfahrungen wurden bewußt seit Tausenden von Jahren von vielen Kulturen induziert und gepflegt: durch rhythmisches Tanzen, Trommeln, Singen, Meditation, Wechsel der Atmung und rituellen Gebrauch von psychedelischen Substanzen. Grof erweiterte aufgrund seiner intensiven Forschungsarbeit mit außergewöhnlichen Bewußtseinszuständen die herkömmliche westliche Auffassung der Psyche radikal um zwei große Bereiche. Neben holotropen Erfahrungen auf der biografischen Ebene erleben Menschen auch den Zugang zum Geburtsbereich (→ perinatale Matrizen; → Geburtstrauma) und zur transpersonalen Ebene (Transzendierung der normalen persönlichen Grenzen des Körpers und Ichs; vgl. → kollektives Unbewußtes und → Archetypen nach Jung). Die holotrope → Atemarbeit leistet deshalb auch wichtige Beiträge zur → Transpersonalen Psychologie und zum Verständnis von → „spirituellen Krisen“ (Grof & Grof, 1990). Eine holotrope Atemsitzung, die mindestens zwei Stunden dauert, wird von keinem bestimmten „Thema“ geleitet: Wichtig ist das Loslassen von jeglichen Erwartungen und Konzepten am Beginn der Sitzung. Grof spricht von einem inneren Radarsystem, das eine automatische Selektion des relevantesten und emotional aufgeladesten Materials aus dem → Unbewußten vornimmt und an die Oberfläche bringt. Holotropes Atmen wird in Einzelsitzungen und Gruppen angeboten.

Grof S (1987) Das Abenteuer der Selbstentdeckung. München, Kösel

Grof S (1997) Kosmos und Psyche. An den Grenzen menschlichen Bewußtseins. Frankfurt/M., Krüger

Grof S, Grof C (1990) Spirituelle Krisen. Chancen der Selbstfindung. München, Kösel

Barbara Tösch

Homöostase. Der aus der Physiologie (W. Cannon) stammende Begriff wurde erstmals

von D.D. Jackson (1968) auf Familiensysteme angewandt und bekam in der strategischen und strukturellen Familientherapie die Bedeutung von Gleichgewichtszuständen in Systemen. Positive Rückkoppelungsmechanismen (→ Feedback aus systemischer Sicht) führen zu Ungleichgewicht, während negative Feedback-Prozesse auf Stabilität in Beziehungsgefügen abzielen. In einer Familie mit einem funktionalen „homöostatischen Plateau“ findet ein harmonisches Wechselspiel zwischen Stabilität und Wandel statt. Eine „rigide“ Familie kann oft nur über die Symptombildung eines Mitglieds (→ identifizierter Patient) ihre Homöostase aufrechterhalten. Bei jedem Symptom läßt sich also fragen, welche Funktion es zur Aufrechterhaltung des familiären Gleichgewichts erfüllt.

Elkaim M (1980) Von der Homöostase zu offenen Systemen. In: Duss von Werdt J, Welter-Enderlin R (Hg), *Der Familienmensch*. Stuttgart, Klett-Cotta, S 150–155

Jackson DD (1968) Family interaction, family homeostasis and some implications for conjoint family psychotherapy. In: Jackson DD (Ed), *Therapy, communication and change*. Palo Alto, Science and Behavior Books, pp 121–163

Andrea Brandl-Nebabay

Homosexualität. Bezeichnung für gleichgeschlechtliche Sexualorientierung bei Frauen und Männern. Diese kann sich in Empfindungen, Einstellungen, Sexualverhalten und Partnerwahl manifestieren. Homosexuelle Tendenzen gibt es bei vielen Menschen; ein nicht genau bestimmter Prozentsatz empfindet und lebt ausschließlich oder vorwiegend homosexuell. Homosexuelle wurden und werden zum Teil heute noch in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen (Religion, Recht, Arbeitswelt, Medizin und Psychologie etc.) diskriminiert. Seitdem Homosexualität zu einem Gegenstand medizinischer und psychologischer Diskurse geworden ist, wird die Frage, ob es sich bei Homosexualität um eine behandlungsbedürftige Störung handelt, heftig und kontroversiell diskutiert. Basierend auf pathologisierenden Theorien wurde vielfach das Ziel von Psychothe-

rapie mit Homosexuellen darin gesehen, daß diese eine heterosexuelle Orientierung entwickeln sollten. In den letzten drei Jahrzehnten kam es sowohl zu einem Wandel in der gesellschaftlichen Bewertung als auch zu einer vorurteilsfreieren Beschäftigung mit Homosexualität innerhalb von Psychologie und Psychotherapie. Vermehrt werden nichtpathologisierende Positionen vertreten und Theorien entwickelt, die die speziellen Entwicklungslinien zu einer unneurotischen, also „normalen“ Homosexualität aufzeigen (Morgenthaler 1984; Gissrau, 1993). Dieser veränderten Sicht der Homosexualität wird auch in den internationalen Diagnoseschlüsseln (z. B. ICD, DSM) Rechnung getragen. Nach heutigem Wissensstand bedarf die homosexuelle Orientierung als solche keiner psychotherapeutischen Behandlung. Homosexuelle nehmen Psychotherapien – ebenso wie nicht-homosexuelle Klienten – wegen verschiedenster Symptome und Leidenszustände in Anspruch. Es gibt aber auch einige homosexuellenspezifische Problembereiche. Während des Coming-Out – also während der Lebensphase, in der Homosexuelle beginnen, ihre Orientierung selber zu erkennen und nach außen zu erkennen zu geben, – kann es zu konflikthafter Auseinandersetzungen sowohl mit verinnerlichten homophoben Tendenzen als auch mit wichtigen Bezugspersonen kommen. Dies kann zu Selbstvorwürfen, Selbstwertproblemen, depressiven Reaktionen und anderen Symptomen führen. Auch psychische Verletzungen aufgrund erlittener Diskriminierungen, Schwierigkeiten in lesbischen und schwulen Paarbeziehungen sowie psychische Probleme in Verbindung mit HIV und AIDS können für Homosexuelle Gründe sein, Psychotherapie zu beanspruchen. All diese Bereiche verlangen im Rahmen von Psychotherapie eine nichtpathologisierende, vorurteilsfreie Haltung zur Homosexualität sowie ein gewisses Maß an Kenntnis des Spezifischen der äußeren wie inneren Welten Homosexueller.

Cabaj RP, Stein TS (1996) *Textbook of homosexuality and mental health*. Washington, American Psychiatric Press

Gissrau B (1993) *Die Sehnsucht der Frau nach der Frau*. Zürich, Kreuz

Morgenthaler F [1984] (1994) Homosexualität, Heterosexualität, Perversion. Köln, Campus
Rauchfleisch U (1994) Schwule, Lesben, Bisexuelle. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Wolfgang Till

Horizontale Verhaltensanalyse. → Verhaltensanalyse, horizontale; → Verhaltenstherapie.

Hospizbewegung. In den 60er Jahren löste Elisabeth Kübler-Ross in den USA eine Bewegung aus, die sich gegen die impliziten Standards wandte, nach denen Sterbende behandelt wurden (Kastenbaum, 1975). Die „death-awareness-movement“ gab den Anstoß zur Hospizbewegung, die zunehmend auch in den deutschsprachigen Ländern Bedeutung gewinnt. Ziel der Hospizbewegung ist es, Sterben als Teil des menschlichen Lebens zu begreifen. Sterbende sollen vor Ausgrenzung bewahrt werden; sie sollen durch eine ärztliche und pflegerische und dabei menschliche Betreuung möglichst lange zu Hause leben und auch dort sterben können. Eine Verwirklichung dieser „Philosophie“ wird in den Hospizen angestrebt. Vorbild wurde das St. Christopher's Hospice, eine Klinik in London (Saunders, 1977). In den USA handelt es sich zumeist nur um institutionalisierte Programme. Die Betreuung wird der ganzen Familie als Einheit zuteil; sie erstreckt sich auch auf den Prozeß des → Trauerns. Hospiz bedeutet ein umfassendes Angebot psychosozialer Dienste, die von einem interdisziplinären Team organisiert werden und den Familien 24 Stunden am Tage und sieben Tage in der Woche zur Verfügung stehen (DuBois, 1980). Über 100.000 Patienten werden jährlich in den USA von Hospiz-Einrichtungen betreut. Studien bestätigen, daß Patienten dieser Programme vergleichsweise weniger Angst-, Hilflosigkeits-, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle erleben (Buckingham, 1982/83). Eine umfassende Bewertung der Hospiz-Fürsorge wurde in der National Hospice Study vorgenommen (Mor et al., 1988).

Buckingham RW (1982/83) Hospice care in the United States: the process begins. *Omega* – Journal of Death and Dying 13: 159–171
DuBois PM (1980) The hospice way of death. New York, Human Science Press
Kastenbaum R (1975) Towards standards of care for the terminally ill. Part II: What standards exist today? *Omega* – Journal of Death and Dying 6: 289–290
Mor V, Greer DS, Kastenbaum R (1988) The hospice experiment. Baltimore, The John Hopkins University Press
Saunders C (1977) Dying they live: St. Christopher's hospice. In: Feifel H (Ed), *New meanings of death*. New York, McGraw-Hill, pp 153–179

Randolph Ochsmann

Humanistische Psychologie. Sieht sich neben der → Psychoanalyse und dem → Behaviorismus als „Dritte Kraft“ in der Paradigmenvielfalt in Psychologie und angrenzenden Wissenschaften. Sie strebt eine Erneuerung des psychologischen und sozialwissenschaftlichen Denkens im Geiste des Humanismus und Existentialismus (→ Existenzphilosophie) an. Ihre Entstehungsmotive lagen im Interesse an der Erforschung des Gesunden und Schöpferischen im Menschen. Der humanistische Anspruch betont die Einzigartigkeit des Menschen, seine Wahlfreiheit und seine Fähigkeit zur Wertsetzung und → Selbstverwirklichung. Existentialistische Einflüsse liegen im besonderen Interesse an Themen wie Liebe, Autonomie, Vergänglichkeit und Tod, Einsamkeit, Sinnfindung bzw. an der phänomenologischen Aufarbeitung dieser Themen. Europäische Protagonisten kommen aus dem Bereich der Psychiatrie, Psychologie und der Sozialwissenschaften. Ihre praktischen und intellektuellen Wurzeln liegen teilweise in der Psychoanalyse mit starkem Interesse an der → Phänomenologie und dem Existentialismus (Binswanger, Boss, Laing, Jaspers). Der amerikanische Strang dieser Bewegung entstand auf einer eher pragmatischen und weniger philosophischen Basis. Als Repräsentanten sind hier Carl Rogers, Abraham Maslow, Rollo May, weiters Fritz Perls, Eugene Gendlin und Sidney Jourard zu nennen. Heute findet man neoanalytisches, adlerianisches und

jungianisches Gedankengut ebenso wie Einflüsse aus der → Gestaltpsychologie und Lewin'schen → Feldtheorie. Weiters sind Anregungen aus der existentialistischen Philosophie und Psychiatrie europäischer Prägung und der Husserl'schen Phänomenologie enthalten. Besonders in den letzten Jahren fließen auch Überlegungen aus der fernöstlichen Philosophie und dem Bereich der → Systemtheorie ein. Die Entwicklung der Humanistischen Psychologie ist daher als Verdichtungsprozeß vielfältiger Einflüsse zu charakterisieren. Zu den zentralen Denkfiguren der Humanistischen Psychologie gehören Vorstellungen wie Selbstverwirklichung, Wachstumsorientierung, bewußtes Erleben im Hier-und-Jetzt, → Authentizität, Ganzheitlichkeit und Beziehungsfähigkeit. Der Mensch wird mit einem Potential an Entwicklungsmöglichkeiten ausgestattet gesehen, das er in Beziehung zu und freier Auseinandersetzung mit anderen Personen identifizieren und realisieren kann. Der Einfluß von Umweltfaktoren und biologisch bedingten Entwicklungsbedingungen und Motivationsfaktoren wird dabei nicht geleugnet. Theoretische Vorstellungen und praktische Ansätze konzentrieren sich jedoch auf die Fähigkeit des Menschen, seinen Freiheits- und Entwicklungsspielraum eigenverantwortlich zu erweitern. Anwendungen der Humanistischen Psychologie findet man vor allem im Bereich der Psychotherapie (→ Klientenzentrierte Psychotherapie nach C.R. Rogers, → Gestalttherapie nach Fritz und Lore Perls) und in der Pädagogik (z. B. schülerzentrierter Unterricht). Darüber hinaus hat die Humanistische Psychologie Theoriebildung und Grundlagenforschung (z. B. Konzept des → Selbst) ebenso wie forschungsmethodologische Entwicklungen (z. B. qualitative Forschung) angeregt und beeinflusst.

Bühler C, Allen M (1973) Einführung in die Humanistische Psychologie. Stuttgart, Klett-Cotta
 Hutterer R (1996) Paradigmatische Grundlagen der Humanistischen Psychologie. In: Ahlers C, Brandl-Nebehay A, Datler W, Hexel M, Hinsch J, Hutterer R, Hutterer-Krisch R, Picker H, Pohler G, Reiter L, Steinlechner M, Stephenson T, Stumm G, Wagner H (Hg), Einführung in die Psychotherapie. Wien, WUV, S 155–175

Hutterer R (1998) Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Wien, Springer
 Quitmann H (1991) Humanistische Psychologie. Zentrale Konzepte und philosophischer Hintergrund. Göttingen, Hogrefe
 Völker U (Hg) (1980) Humanistische Psychologie. Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Weinheim, Basel

Robert Hutterer

Humor. Wurde bereits in den 20er Jahren von Freud als hochstehender → Abwehrmechanismus („die siegreich behauptete Unverletzlichkeit des Ich“) diskutiert und von Adler als eine die Therapie fördernde Grundhaltung gewürdigt (Bernhardt, 1985). Frankl, der eigentliche Pionier des therapeutischen Humors, betonte, daß nichts den Patienten so sehr von sich selbst distanzieren lasse, wie der Humor und sich der durch die → paradoxe Intention eingeleitete Einstellungswandel gerade in der Humorreaktion anbahne. In den 60er Jahren rückte dann Farrelly (Farrelly & Brandsma, 1985) den Humor seinerseits ins Zentrum der Provokativen Therapie und zeigte, wieviel mehr an therapeutischer Herausforderung Klienten zugemutet werden kann, wenn es humorvoll geschieht. Aber auch wichtige Vertreter und Pioniere anderer Therapierichtungen hielten Humor für ihre therapeutische Arbeit bedeutsam, wie z. B. Berne, Ellis, Beck, Lazarus und Watzlawick, oder waren für ihren humorvollen Stil bekannt, wie M. Erickson oder Whitacker. Aktualisiert durch die Ergebnisse der noch relativ neuen Lachforschung (Gelotologie) haben sich während der letzten 10 Jahre Veröffentlichungen zu Lachen und Humor auch in der psychotherapeutischen Fachliteratur vervielfacht. Während sich das physiologische Potential u. a. darin zeigt, daß Humor das Immunsystem beeinflusst, daß Lachen Schmerz reduzieren, Stressabbau, Durchblutung und Verdauung fördern oder helfen kann, den Blutdruck zu senken, wirkt das emotionale, kognitive und kommunikative Potential des Humors (Titze et al., 1994) nur dann konstruktiv, wenn die wichtigsten Grundbedingungen, vor allem → Empathie und → Wertschätzung, oder die Bereitschaft von Therapie-

ten, auch die eigene Position gegenüber Klienten humorvoll beleuchten und relativieren zu können, erfüllt sind (Hain, 1996). Therapeutischer Humor induziert oft einen leichten → Trancezustand (Konfusions-technik), initiiert innere → Suchprozesse und kann die therapeutische Wirkung von → Metaphern, → Umdeutungen oder → Suggestionen verstärken. Innerhalb des Bezugsrahmens des Klienten eröffnen gemeinsam mit dem Therapeuten entwickelte humorvolle Fantasiereisen oft schnellen Zugang zu neuen → Ressourcen und Perspektiven (Inframing). Prophylaktisch avanciert der Humor als lernbare Fähigkeit zur „coping strategy“ und somit von der Intervention zum therapeutischen Ziel.

- Bernhardt JA (1985) Humor in der Psychotherapie. Weinheim, Beltz
 Farrelly F, Brandsma J (1985) Provokative Therapie. Berlin, Springer
 Frings W (1996) Humor in der Psychoanalyse. Stuttgart, Kohlhammer
 Hain P (1996) Humor als therapeutische Intervention. Hypnose und Kognition 13(1-2): 251-256
 Titze M, Eschenröder C, Salameh W (1994) Therapeutischer Humor – ein Überblick. Integrative Therapie 20(3): 200-234

Peter Hain

Hypermnésie (gesteigerte Erinnerungsfähigkeit). Als → Trancephänomen in der Klinischen → Hypnose ähnlich wie die → Amnesie entweder spontan oder als Folge von → Suggestionen auftretend. Hypermnestische Phänomene finden bei der Aufarbeitung lebensgeschichtlicher Ereignisse, z. B. verdrängter Traumata (dissoziierte Traumata), ihre Anwendung. In hypnotischer → Altersregression können beispielsweise mittels emotionaler Stimuli (→ Affektbrücke) frühere Erfahrungen wiederbelebt und so therapeutischer Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Es gibt allerdings keine verlässlichen Kriterien, um einen objektiven Realitätsgehalt der Erinnerungen nachzuweisen, ohne äußere Informationsquellen heranzuziehen (→ Pseudoeinbildung).

- Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie. Aufbau, Beispiele, Forschungen. München, Pfeiffer [bes. S 333-366]

- Kossak HC (1993) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union

Hans Kanitschar

Hypnoanalyse (→ Hypnose). Hypnotherapeutischer Ansatz, der auf unterschiedlichen Wegen versucht, hypnotische Techniken und psychoanalytische Methoden synergistisch zu verbinden. Diese Pole werden je nach Autor unterschiedlich betont. Lewis Wolberg bildete die Hypnoanalyse zu einem System heran, in dem Phasen stagnierenden → Widerstands in einer Psychoanalyse durch geeignete, hypnotische Interventionen abgekürzt werden. John Watkins entwickelte spezifische, hypnoanalytische Techniken wie die → Affektbrücke oder die „ego-state therapy“. Erika Fromm erweiterte die Hypnoanalyse zu einem individualisierten, auf der → Ich-Psychologie fußenden Therapiesystem, in dem aufdeckende, hypnotische Techniken wie auch klassische, analytische Interventionen und die Förderung des Copings je nach Lage eingesetzt werden. Hypnoanalytische Techniken sind: 1. Abreaktion in Hypnose (auch → Katharsis genannt); 2. → Altersregression (Spezialform: Affektbrücke); 3. Befragung des Unbewußten mittels ideomotorischer Signale (→ Ideodynamik); 4. hypnotische Träume und hypnotisch induzierte Nachträume mit oder ohne Themenvorgabe; 5. freies Assoziieren in Hypnose; 6. projektive Verfahren wie „Kristallkugelschauen“, automatisches Schreiben, Malen in Hypnose etc. Wirkfaktoren der Hypnoanalyse sind: 1. Die intensive, symbioseähnliche, reale und gegenseitige Nähe zwischen Patient und Therapeut, die neben mobilisierenden (Übertragung, Widerstände) auch reparative Funktionen hat, den Widerstand des Patienten beruhigen kann und dem Therapeuten einen empathischeren Einblick in den Patienten erlaubt; 2. die mit der Auflockerung der Ich-Grenzen verbundene Plastizität der Erlebnisstrukturen (erhöhte Suggestibilität, affektive Aufnahmefähigkeit von Deutungen); 3. die Regression im Dienst des Ich; 4. eine affektive und kognitive Fokussierung auf das behandelte Thema; 5.

die Trancelogik; 6. der explorative Einbezug von Suggestionen; 7. die Möglichkeit einer Verschiebung der Übertragungsphänomene auf die inneren Bilder. Daneben finden die klassischen, psychoanalytischen Methoden (Übertragungs- und Widerstandsdeutung, Traumanalyse) im wachen Gespräch Anwendung. Den tiefenpsychologischen Orientierungsrahmen können verschiedene analytische Zugänge wie Libidotheorie, Ich-Psychologie oder → Objekt-Beziehungstheorie liefern. Die Zweigleisigkeit der Arbeit, im Wachzustand und in Hypnose, und die dadurch bedingte Doppelrolle des Therapeuten in der Übertragung ermöglichen einen Zugang zu den pathogenen Konflikten von zwei Seiten her.

Brown D, Fromm E (1983) *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum

Kinzel C (1993) *Psychoanalyse und Hypnose. Auf dem Weg zu einer Integration*. München, Quintessenz

Peter B (1992) *Hypnoanalyse. Der Beitrag von Erika Fromm*. *Hypnose und Kognition* 9(1–2): 58–84

Watkins JG (1992) *Hypnoanalytic techniques. The practice of clinical hypnosis*, vol. II. New York, Irvington

Wolberg L (1964) *Hypnoanalysis*. Second edition. New York, Grune & Stratton

J. Philip Zindel

Hypnoid (hypnoider Zustand). Darunter wird in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie (KIP) jener psychophysische Entspannungszustand verstanden, der durch Herabsetzung und „Abblendung“ des wachen Bewußtseins mit Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Innenvorgänge gekennzeichnet ist. Im hypnoiden Zustand ist eine sonst schwer überschreitbare Schwelle gesenkt: die Wahrnehmung von Körpersensationen und Gefühlen, der Fantasieproduktion und damit auch des Tagtraumes. Tagtraumimaginationen und Hypnoid sind eng miteinander verschränkt. Die leichte Entspannung erleichtert das Auftreten von → Imaginationen, diese rufen deren Vertiefung hervor etc. Ein Kreisprozeß entwickelt sich in Richtung eines ausgeprägten Katathymen Bilderlebens. Im

hypnoiden Zustand ist auch die → Suggestibilität des Klienten erhöht. Im Unterschied zur → Hypnose und zum → Autogenen Training ist der KIP-Therapeut bestrebt, suggestive Einflüsse möglichst zu vermeiden.

Leuner HC [1985] (1994) *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie*. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Leuner HC, Wilke E (1990) *Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin*. Bern, Hans Huber [bes. S 64f]

Hans Kanitschar

Hypnose. 1. Veränderter Bewußtseinszustand (→ Trance), der durch → Tranceinduktion oder Selbstinduktion (→ Selbsthypnose) systematisch herbeigeführt wird. Wurde Hypnose früher weitgehend mit dem Zustand des → Somnambulismus gleichgesetzt, verbindet man heute mit dem Wort Hypnose Trancezustände verschiedener Ausformung und „Tiefe“. Diese sind durch Veränderung von Sensorik und Motorik (→ Ideodynamik), von Wahrnehmung der Kategorien von Zeit und Raum und dem möglichen Auftreten weiterer → Trancephänomene gekennzeichnet. Trancezustände unterscheiden sich nachweisbar sowohl vom Wachzustand als auch vom Schlaf (→ Physiologie der Hypnose). 2. Gesamtvorgang des Hineinführens, der Nutzung und Beendigung einer hypnotischen Trance; nach Revenstorf (1993) in acht Abschnitte gegliedert: 1. Herstellung des → Rappports, 2. Orientierung, 3. Fokussierung der Aufmerksamkeit, 4. Intensivierung der Vorstellung, 5. Vertiefung, 6. Ratifizierung der Trance, 7. Nutzung der Trance, 8. Reorientierung. Die Punkte 1. bis 6. können als Tranceinduktion angesehen werden. Geschichtliches: Hypnose geht auf die ältesten Formen psychischer Einflußnahme auf den Menschen zurück. Trance- und Versenkungstechniken wurden schon in antiken Kulturen zu Heilungszwecken angewandt. Auch in Naturreligionen wie dem Schamanismus in seinen zahlreichen Erscheinungsformen bilden Tranceerfahrungen die Quelle und das Medium von Heilungsvorgängen. Der Arzt Franz Anton

Mesmer (1734–1815), der durch „magnetische“ Striche über die Körper seiner Patienten verschiedene (Trance-)Phänomene auslöste und Heilungen herbeiführte, vermeinte, ein Fluidum, das er „animalischen Magnetismus“ nannte, sei das dabei wirksame Agens. Es war dies der erste Versuch, veränderte Bewußtseinszustände mit ihren nicht-alltäglichen Reaktionsweisen durch eine wissenschaftliche Theorie zu erklären. Der „Mesmerismus“, dessen Phänomene vom Marquis de Puységur (1751–1825) als Wirkungen eines „magnetischen Schlafes“ schon psychologisch erklärt wurden, verbreitete sich in Europa und in der „Neuen Welt“. 1843 prägte der englische Augenarzt James Braid, der sich diesen Phänomenen von der neurologischen Seite näherte, zuerst den Begriff „Neurohypnologie“ (Nervenschlaf) und schließlich, in Anlehnung an Hypnos, den griechischen Gott des Schlafes, das Wort „Hypnotismus“. Der Hypnotismus wurde gegen Ende des vorigen Jh. von Jean Martin Charcot („Pariser Schule der Salpetriere“), von Pierre Janet und insbesondere von Hyppolite Bernheim („Schule von Nancy“) eingehender erforscht und beschrieben. Bernheim analysierte insbesondere die Phänomene der Suggestion. Die Entwicklung der Hypnose des 20. Jh. geht auf die Schule von Nancy zurück. Führende Persönlichkeiten auf diesem Gebiet waren August Forel (Schweiz), Krafft-Ebbing (Österreich), Bechterew und Pawlow (Rußland), Langen und Johannes Heinrich Schultz (Deutschland). I.H. Schultz entwickelte in den 30er Jahren das → Autogene Training als standardisierte Form der Selbsthypnose. In den USA wurde von Erika Fromm, L. Wolberg und J. Watkins die → Hypnoanalyse entwickelt. Die moderne Hypnotherapie geht wesentlich auf Milton Erickson zurück. Anwendungsbereiche der Hypnose: 1. Als eigenständiges Psychotherapieverfahren (→ Hypnosetherapie, Hypnotherapie); 2. Hypnose in Verbindung mit anderen Psychotherapiemethoden wie Verhaltenstherapie, Familientherapie etc.; 3. Hypnose als unterstützende Technik (→ Hypnose, klinische) zur Entspannung, Beruhigung, Schmerzkontrolle etc. im Gesundheitsbereich sowie zur Leistungssteigerung, z. B. im Sport; 4. im

angloamerikanischen Raum wird Hypnose unter bestimmten Voraussetzungen auch im forensischen Bereich (z. B. bei Zeugenaussagen) eingesetzt; 5. die Darbietung von Hypnosephänomenen als Bühnenattraktion (wird von seriösen Fachleuten aus ethischen Gründen abgelehnt). Aufgrund von negativen Nachwirkungen durch unsachgemäße Anwendung ist Bühnenhypnose in einigen Ländern, wie z. B. Schweden und Israel, gesetzlich verboten.

Bongartz B, Bongartz W (1998) Hypnose. Wie sie wirkt und wem sie hilft. Zürich, Kreuz
Ellenberger HF [1970] (1985) Die Entdeckung des Unbewußten. Zürich, Diogenes
Kossak HC (1933) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union
Wallnöfer H (1993) Das Phänomen Hypnose. Imagination 15(1): 29–51

Hans Kanitschar

Hypnose, klinische. → Hypnose, die von dazu speziell ausgebildeten Fachleuten im Gesundheitsbereich zu Heilungszwecken eingesetzt wird. Als → Hypno(se)therapie oder als Intervention mit hypnotischen Techniken kann Hypnose in den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens angewandt werden: bei Psychoneurosen, bei psychosomatischen Erkrankungen, bei chronischen Leiden, Autoimmunerkrankungen, bei lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Krebs und AIDS, als Analgesieverfahren z. B. in der Zahnheilkunde, der Geburtshilfe oder bei Operationen u. a. m. Im Unterschied zu anderen – oft unsachgemäßen – Anwendungen der Hypnose (als Bühnenattraktion, in Shows etc.), bei denen Wirkungen und mögliche Gefahrenquellen nicht genau abgeschätzt werden können, sind bei klinischer Hypnose die Ausbildung der Praktizierenden, der berufsethische Rahmen und die sachgemäße Anwendung auf wissenschaftlicher Basis zu gewährleisten.

Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie. München, Pfeiffer
Revenstorf D (Hg) (1993) Klinische Hypnose. 2., korrig. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer

Hans Kanitschar

Hypnose, Physiologie der. → Physiologie der Hypnose.

Hypnoseinduktion. → Tranceinduktion.

Hypnosephänomene. → Trancephänomene.

Hypnosetherapie, Hypnotherapie.

Wird einerseits als eigenständiges Verfahren, andererseits in Verbindung mit anderen Psychotherapiemethoden eingesetzt. Das Charakteristikum der Hypnosetherapie ist der reflektierte Einsatz von → Suggestion und die Arbeit mit Klienten in einem veränderten Bewusstseinszustand, der → Hypnose oder hypnotischen → Trance. Trance kann im therapeutischen Gespräch als → Konversationstrance auftreten oder durch → Tranceinduktion eingeleitet werden. In der Hypnose werden → Trancephänomene im Sinne des therapeutischen Prozesses genutzt. In der Hypnosetherapie wird der Mensch in seinem entwicklungs- und lerngeschichtlichen, systemischen und zukunftsorientierten Rahmen gesehen. Die Erkenntnisse der Tiefenpsychologie, der Lerntheorie sowie der systemisch-konstruktivistischen Sichtweisen liefern das Verständnis sowohl für die → Ätiologie von Störungen und Leidenszuständen als auch für die Zielrichtung psychotherapeutischen Handelns. In der Hypnosetherapie können drei Modi der Intervention unterschieden werden: 1. Der zukunfts- und lösungsorientierte Modus umfaßt Techniken der zeitlichen und dynamischen → Progression in Trance und im Wachzustand. Zukunftsprojektion, Probehandeln, positive Entwürfe zur Erweiterung der Entwicklungsmöglichkeiten können durch Stimulieren von → Suchprozessen, durch → Utilisation von Trancephänomenen, persönlichen Haltungen und → Ressourcen der Klienten, das Verwenden von → Metaphern und In-Gang-Setzen von unbewußten Prozessen der Neustrukturierung und Lösungsfindung gefördert werden. Dabei

können auch paradoxe, provokative und humoristische Elemente (→ Humor) eingesetzt werden, um starre Haltungen aufzulockern. Dieser Arbeitsmodus setzt beim Klienten eine relativ stabile Persönlichkeitsstruktur und hinreichend Ressourcen voraus. Sind diese (noch) nicht in ausreichendem Maße verfügbar, müssen sie zuerst durch ichtstärkende und übende therapeutische Arbeit freigelegt bzw. aufgebaut werden. 2. Im ichtstärkend-übenden Modus werden Ressourcen freigelegt, stimuliert, aufgebaut und reintegriert. Durch die psychophysisch regenerierende Wirkung des → trophotropen Reaktionsmusters in Trance erfahren die Klienten auch narzißtische Stärkung. Die differenzierenden Lernerfahrungen in den Dimensionen Nähe – Distanz, Vertrauen – Abgrenzung, Kontrolle – Delegation in der therapeutischen Beziehung und in Tranceszenarien, auch unter Verwendung von → Imaginationen, → Symbolen und Metaphern ermöglichen die Zunahme an Stabilität und Kontrolle des Selbst. Dabei wird auf bereits vorhandene Fähigkeiten der Klienten aufgebaut. Die Utilisation von hypnotischen Phänomenen unterstützt diese Prozesse. Durch Arbeit mit Teilen (→ Teile-Arbeit) können dissoziierte Selbstanteile reintegriert werden. Schließlich ermöglicht die Anwendung von → Selbsthypnose in vielfältiger Hinsicht die Entfaltung von Fähigkeiten, den Aufbau von Ressourcen und die Stärkung persönlicher Autonomie. 3. Im aufdeckend-analytischen Modus werden neben der Analyse von bislang unbewußten Zusammenhängen, Inhalten und Motivationsstrukturen auch Ereignisse aus Vergangenheit und Kindheit (z. B. Traumen) reaktualisiert und bearbeitet. Angewendet werden tiefenpsychologische und hypnoanalytische Techniken wie → Affektbrücke, → Altersregression, Hypnoprojektion, → Hypermnese, → Zeitverzerrung, → posthypnotische Suggestion, → Amnesie u. a. In diesem Modus, der ebenso wie der lösungsorientierte Modus Ich-Stärke und Ressourcen voraussetzt, kommen schließlich integrierenden Vorgehensweisen wie kreativer Problemlösung und Reorganisation früherer Erfahrungen in Trance wesentliche Bedeutung zu. Hypno(se)therapie wird bei Neurosen,

Angstsyndromen, Verhaltensstörungen, in der Kinder- und Jugendlichen-therapie, bei Abhängigkeiten, sexuellen Störungen, dissoziativen Störungen, psychosomatischen und chronischen Erkrankungen, Schlafstörungen und Schmerzsyndromen, in der Altherapie und in der Rehabilitation, bei → Borderline-Persönlichkeitsstörungen und → Psychosen, Autoimmunerkrankungen, in der Onkologie und AIDS-Behandlung u. a. eingesetzt. Hypno(se)therapie ist bei entsprechenden Voraussetzungen auch als lösungsorientierte Kurztherapie (→ Lösungsorientierung) einsetzbar.

Böls E (1991) Hypnose und Hypnosetherapie. In: Stumm G, Wirth B (1991) Psychotherapie – Schulen und Methoden. 2., erw. Aufl. Wien, Falter, S 198–206
Bongartz W, Bongartz B (1998) Hypnosetherapie. Göttingen, Hogrefe
Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie. München, Pfeiffer
Erickson MH, Rossi S (1986) Hypnose. München, Pfeiffer
Kanitschar H (1995) Hypnose als Psychotherapie. Imagination 17(4): 5–15
Kossak HC (1993) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union
Revenstorf D (Hg) (1993) Klinische Hypnose. 2., korr. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer
Rossi EL (Hg) (1995) Gesammelte Schriften von Milton Erickson, Bd. 1–6. Heidelberg, Carl Auer

Hans Kanitschar

Hypnosetiefe. → Trancetiefe.

Hypnotherapie. → Hypnosetherapie; → Hypnose; → Klinische Hypnose.

Hypnotika (→ Psychopharmaka). Schlafmittel (griech. hypnos = Schlaf); ein Überbegriff für biochemisch recht unterschiedliche Substanzen, die über eine zentrale Dämpfung eine schlafanstoßende bis schlaf-erzwingende Wirkung haben können. Eine klare Abgrenzung von → Sedativa einerseits und → Narkotika andererseits ist nicht möglich, da das Ausmaß der Dämpfung bei vielen Substanzen nur eine Frage der Dosis

ist (→ pharmakologische Wirkungen; → Dosis-Wirkungs-Beziehung). Klinisch werden Einschlafmittel (mit kurzer Wirkdauer) von Durchschlafmitteln (mit längerer Wirkdauer) unterschieden. Alle Schlafmittel führen zu Gewöhnung bzw. Abhängigkeit und können beim Absetzen ein Absetzsyndrom bzw. Entzugserscheinungen verursachen.

Finzen A (1995) Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. 11., überarb. u. erw. Aufl. Bonn, Psychiatrie-Verlag
Benkert O, Hippus H (1995) Psychiatrische Pharmakotherapie. 6. Aufl. Berlin, Springer

Heidrun Ziegler

Hypnotische Altersprogression. → Altersprogression, hypnotische.

Hypnotische Altersregression. → Altersregression, hypnotische.

Hypnotische Amnesie. → Amnesie, (post)hypnotische.

Hypnotische Anästhesie. → Anästhesie, hypnotische.

Hypnotische Sprachmuster. → Sprachmuster, hypnotische; → Hypnose.

Hypnotisierbarkeit. Wird meist mit → Suggestibilität synonym verwendet. Definiert ist die Hypnotisierbarkeit als die Fähigkeit einer Person, sich auf den Trancezustand (→ Trance) und auf → Suggestionen einzulassen; gemessen wird Hypnotisierbarkeit klinisch (Augenrolltest) oder mit den verschiedenen Hypnotisierbarkeitsskalen. Im Rahmen dieser Skalen wird eine → Hypnose mittels vorgegebenem Text eingeleitet und die Reaktion auf Test-Suggestionen gemessen. Solche Testsug-

gestionien sind z. B.: Geräusch einer Mücke wahrnehmen, Hitzehalluzinationen, Armkatalepsie. Für Kinder gibt es einen eigenen Test (London, 1963). Die Frage, ob die Hypnotisierbarkeit ein Persönlichkeitsmerkmal ist oder eine erwerbbarer Fähigkeit, ist ungeklärt. Zusätzlich dürften Situation und Motivation ebenfalls eine Rolle spielen. Unbestrittene Tatsache ist, daß die Fähigkeit zur Fokussierung der Aufmerksamkeit bei Schwer-Hypnotisierbaren weniger verfügbar ist als bei Gut-Hypnotisierbaren (Karlin, 1979). Suggestibilität wird manchmal in der Bevölkerung als eine Schwäche angesehen. Eine gewisse gegenseitige Beeinflussbarkeit macht das Zusammenleben von Menschen aber erst möglich. Eine völlig fehlende Suggestibilität ist pathologisch (Langen, 1972). Es konnte kein Geschlechtsunterschied festgestellt werden, wohl aber ist die Suggestibilität – bei großen individuellen Unterschieden – altersabhängig (Kinder sind hochsuggestibel; im Erwachsenenalter bleibt die Suggestibilität stabil; im Alter nimmt sie ab).

Karlin RA (1979) Hypnotizability and attention. *Journal of Abnormal Psychology* 88: 92–95

Langen D (1972) Kompendium der medizinischen Hypnose. Basel, Karger

London P (1963) The childrens hypnotic susceptibility scale. Palo Alto, Consulting Psychologists Press

Weitzenhoffer AM, Hilgard ER (1962) Stanford hypnotic susceptibility scale, form C. Palo Alto, Consulting Psychologists

Henriette Walter

Hypothesen. Die Übertragung der kybernetischen Epistemologie Gregory Batesons auf die klinische Praxis der → Systemischen Familientherapie führte zu neuen Methoden der Informationssammlung und -verarbeitung und zu neuen Interventionsformen in menschliche Systemen. Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität wurden von der Mailänder Gruppe (Selvini-Palazzoli, Prata, Boscolo, Cecchin; → Mailänder Modell) als die drei Grundprinzipien zur Durchführung von → Familientherapie postuliert. Sie beschreiben eine Hypothese als eine Grundannahme, von der ausgegangen wird, oder aber spezifi-

scher als Idee über das Zusammenwirken des familiären Systems, als die Idee über das jeweilige „Familienspiel“. Beim Erstellen einer Hypothese werden alle aus Beobachtung und Befragung gewonnenen Daten miteinander verknüpft. Es ist ein Prozeß, der einige Permutationen durchläuft, während sich das Interview – ausgehend von der aktuellen Beschreibung des Problems – entfaltet. Rückmeldungen verändern die ursprünglichen Annahmen, neue Ideen entstehen. Sowohl verbale wie auch non-verbale Rückmeldungen werden als Parameter für die Gültigkeit einer Hypothese verwendet. Dieser kontinuierliche Prozeß der Konstruktion von Hypothesen erfordert vom Therapeuten ein ständiges Rekonzeptualisieren seiner eigenen Vorannahmen. Eine Hypothese wird dann als systemisch angesehen, wenn sie alle Komponenten des beobachteten Systems beinhaltet und eine Erklärung dafür bietet, wie sie sich aufeinander beziehen. Diese Erklärung ist weder falsch noch richtig, sondern einfach ein Arbeitsinstrument.

Boscolo L, Bertrando P (1994) Die Zeiten der Zeit. Heidelberg, Carl Auer

Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L, Penn P (1988) Familientherapie – Systemtherapie. Das Modell. Theorie, Praxis und Konversationen. Dortmund, Modernes Lernen

Billie Rauscher-Gföbler

Hypothetische Fragen. → Fragen; → Systemische Therapie.

Hysterie. In der Psychiatrie des späten 19. Jh. beschrieb dieser Begriff, abgeleitet vom griechischen Wort für Gebärmutter, den psychischen Zustand vornehmlich von Frauen, die über körperliche Beschwerden ohne erkennbare Ursachen klagten, im besonderen über Störungen der sensorischen oder motorischen Funktionen, und oft zu Gefühlsausbrüchen neigten. Die → Psychoanalyse hat ihre Wurzeln in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit den sogenannten hysterischen Patienten (Freud & Breuer, 1895). Freud lernte von Charcot, die

traumatische Neurose männlicher Unfall-
opfer der Hysterie, die man bis dahin nur
den Frauen zugeschrieben hatte, gleichzu-
stellen – ein Vergleich, der dem Wiener
medizinischen Establishment unakzeptabel
erschien (Ellenberger, 1985). In seiner Arbeit
mit Breuer entwickelte Freud die Ansicht,
daß Hysterie, ebenso wie die Phobien und
die Zwänge, Erkrankungen sind, in denen
psychische Konflikte in körperlicher Form
ausgedrückt werden. Konzepte wie das →
Unbewußte, psychische → Abwehr, → Ver-
drängung, → Konversion u. a. wurden for-
muliert, um zu erklären, warum psychische
Probleme diese physischen Auswirkungen
haben. Nachdem sie die Theorie fallengelassen
hatten, sexuelle Entbehrung würde →
Neurosen verursachen, nahmen Freud
und Breuer an, daß ein sexuelles → Trauma
am Grunde der Hysterie liege (→ Ver-
führungstheorie). 1897 begann Freud diese
Theorie zu modifizieren und kam zur An-
sicht, daß die meisten Neurosen durch
einen intrapsychischen → Konflikt zwi-
schen ödipalen Triebwünschen und der
unbewußten Angst vor der angedrohten
Kastration verursacht sind. Heute neigen
Psychoanalytiker dazu, die Hysterie als eine
Weise posttraumatischer Streßverarbeitung
(→ Posttraumatische Streßstörung) zu
sehen und sowohl nach traumatischen als
auch nach intrapsychisch überformten Be-
deutungen zu suchen, die allen Formen von
Psychopathologie zugrunde liegen. Heinz
Kohut (→ Selbstpsychologie) führt in sei-
nem Werk aus, daß ödipale Konflikte nur in
solchen Familien pathogen werden, in
denen frühere Bedürfnisse nach Verständ-
nis und Abstimmung von seiten der Eltern
nicht entsprechend (phasenspezifisch) er-
füllt wurden. In solchen Familien wird die
sexuelle Entwicklung des Kindes zu einer
Gelegenheit weiterer pathogener Einwir-
kungen im Sinn von Übergriffen oder von
Vernachlässigung. Sexuelles Verlangen wird
dann als besonders konflikthaft oder be-
schämend erlebt.

Ellenberger H [1970] (1985) Die Entdeckung
des Unbewußten. Zürich, Diogenes
Freud S, Breuer J [1895] (1952) Studien über
Hysterie. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg.
von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O,
Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 75–312

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst.
Frankfurt/M., Suhrkamp

Donna M. Orange

[Übers.: Erwin Bartosch, Andrea Harms]

Hysterie (aus Sicht der → Existenzanalyse).
Eine Störung des personalen Umgangs mit
sich und der Welt, die sich psychisch als →
Neurose oder → Persönlichkeitsstörung
niederschlägt, mit den Hauptcharakte-
ristika: Freiheitsdrang (Nicht-Einhalten
von Grenzen), schnelle Adaptabilität (Labi-
lilität), distanzierte Beziehung zu anderen
und zu sich selbst (innere Leere, Fühl-
losigkeit, Abspaltungen, körperliche Disso-
ziationen), Mittelpunktstreben und Selbst-
bezogenheit mit übertriebener und wech-
selhafter Affektivität, auf Wirkung und
Erscheinen Bedachtsein (Veräußerlichung).
Das existentielle Grundthema der Hysterie
ist das Finden des Eigenen und seiner
Grenzen (Störung des → Selbstwerts, der
dritten → Grundmotivation), was sich im
Verhältnis der eigenen → Person zu den
anderen und in der Auflehnung gegen die
Begrenztheit und Enge menschlicher →
Existenz niederschlägt. Hysterie entsteht
durch äußeren Druck, chronische Mißach-
tung und Entwertung der Person, (Grenz-)
verletzungen der Intimsphäre und kann
auch eine angeborene Komponente (im
Sinne vererbter Persönlichkeitseigenschaft)
haben. Dies erzeugt psychodynamisch Ge-
fühle von Enge, Druck, Pein, Grauen und
Ekel, Verlassenheit und Einsamkeit, die auf
einem in der Regel nicht fühlbaren (anäs-
thesierten, verdrängten) Schmerz als tief-
ster psychischer Ursache der Hysterie beru-
hen. Die hysterischen → Copingreaktionen
sind Auf-Distanz-Gehen, Aktivismus (Über-
spielen), Zorn/Ärger/Groll, Spaltung, Dis-
soziation und Leugnung. Die Therapie be-
ginnt mit Settingfragen, Bearbeiten der
therapeutischen Beziehung und Ernstneh-
men des Patienten, ist in der nächsten
Phase erklärend, übend und beschreibend
(Grenzen einhalten, Reflexion der Wirkung
auf andere, Unzufriedenheiten etc.), ehe sie
sich dem Aushalten des tiefen Schmerzes in
der intimen Selbst-Begegnung und dem
Aufbau einer eigenen Wertschätzung (Selbst-
wert) zuwendet.

Hysterischer Formenkreis

Frankl VE [1947] (1986) Die Psychotherapie in der Praxis. München, Piper, S 212–218

Freitag P (1996) Hysterie – eine Selbstwertstörung. Überblick über das existenzanalytische Verständnis der Hysterie. Existenzanalyse 13(2): 13–22

Alfried Längle

Hysterischer Formenkreis. → Hysterie.

ICD (International Classification of Diseases, Kap. V). → Diagnose.

World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Ich (aus Sicht der Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Freuds Werk durchzieht von Anfang bis zuletzt eine Spannung zwischen dem Ich als handelnder Person und „dem Ich“ als psychischer Instanz, als Teil des psychischen Apparates. Im Zuge der zunehmenden Differenzierung seiner → Metapsychologie gewann „das Ich“ als psychische Instanz immer mehr an Bedeutung. Diese Bewegung beginnt mit der Aufgabe der → Verführungstheorie (1897) und hat die zweite Theorie des psychischen Apparates zur Folge (1923), in der Ich, → Es und → Überich voneinander unterschieden werden. Indem Freud die Verführungstheorie aufgab, entschied er sich dafür, menschliches Verhalten und Erleben aus dem Individuum allein heraus zu erklären und die Bedingungen des Aufwachsens, das Kommunikationsangebot der Eltern (oder anderer wesentlicher Bezugspersonen), in ihrer Bedeutung für die Persönlichkeitsbildung zu vernachlässigen. Die komplizierten und nie stringenten Theorien über „das Ich“ haben darin ihre Ursache. So sehr es Freuds Verdienst ist, der Größenvorstellung, wir wären „Herr im eigenen Haus“, die dringend nötige Absage erteilt zu haben, so sehr goß er das Kind mit dem Bade aus, indem er menschliche Motivation in ein von Trieben bestimmtes Es verlegte, demgegenüber ein vergleichsweise schwaches Ich den Erfordernissen der Außenwelt gegenüber (→ Realitätsprinzip) vermittelnd oder abweh-

rend (der unbewußte Anteil des Ich, z. B. die → Abwehrmechanismen) agiert. Ob wir es nun „das Ich“ nennen oder „unser Erleben von uns selbst“, es ist der Niederschlag unserer Geschichte, wie sie uns widerfahren ist und wie wir sie mitgestaltet haben (→ Trauer; Trauerarbeit). Die Kränkung akzeptieren zu müssen, unter Bedingungen aufgewachsen zu sein, die mögliches Wachstum verhindert haben und daß den Eltern dafür nicht einmal Schuld zu geben ist, weil sie in einem System der Geschichte zu einem bestimmten Zeitpunkt der Entwicklung dieses Systems stehen, ist viel größer. Wir sind nicht „Herr im eigenen Haus“ – aber in einem viel umfassenderen Sinn. Es sind Systeme, in die wir eingebunden sind, die unser Schicksal bestimmen und innerhalb derer wir unseren Beitrag – unser Mitspielen – liefern können. Die Ohnmacht angesichts der Vernetztheit, die immer zu einem guten Teil nicht bewußt ist und die auch die Begrenztheit unserer Möglichkeiten bestimmt, ist die eigentliche Kränkung. Die Systeme, die zur Bildung der Persönlichkeit führen, beschreibt auf empirischer Grundlage heute die → Säuglingsforschung. Über Hartmann, die → Ich-Psychologie und Kohut wurde der Begriff „Ich“ schrittweise im Verlauf eines Jhs. zum Erleben eines Subjektes innerhalb seines Kontextes. Das Ergebnis dieses Weges ist die → Intersubjektivität (Orange et al., 1997). „Das Ich“ wird heute ersetzt durch das Erleben, ein Subjekt zu sein – was bedeutet: Erleben (besonders auch unbewußt) zu organisieren – in der Weise der eigenen Geschichte und des Kontextes, in dem wir stehen.

Atwood GE, Stolorow RD (1993) Faces in a cloud. Northvale (NJ)-London, J. Aronson [bes. chap. 2]

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg),

- Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330
- Hartmann H [1939] (1960) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Psyche* 14(2): 83–163
- Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) Working intersubjectively. Contextualism in psychoanalytic practice. Hillsdale (NJ), The Analytic Press
- Tolpin M (1971) On the beginnings of a cohesive self. *Psychoanalytic Study of the Child* 26: 316–352

Erwin Bartosch

Ich (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). „Der Ichkomplex ist beim normalen Menschen die oberste psychische Instanz: wir verstehen darunter die Vorstellungsmasse des Ichs, welche wir uns von dem mächtigen und immer lebendigen Gefühlston des eigenen Körpers begleitet denken“ (Jung, GW, Bd. 3, § 82f.). In dieser Definition von 1907 unterscheidet C.G. Jung den Ichkomplex vom Ich. Das Ich wird von ihm in der Folge als die Gesamtheit der primär autonomen Ichfunktionen verstanden, die den Ichkomplex und die übrigen → Komplexe, die dem Ichkomplex assoziiert sind, reflektieren. Die Vorstellung vom Körper wird als wesentliche Basis des Ichkomplexes erlebt. Der Ichkomplex ist für Jung der zentrale Komplex; die Lebensthemen, die mit diesem Komplex verbunden sind, sind das Thema der Identität, die Gefühle, die ihn begleiten, das Selbstgefühl und das Selbstwertgefühl. Die Entwicklung des Ichkomplexes ist das Thema der Entwicklungspsychologie (Kast, 1990). Der Ichkomplex ist aber insofern ein spezieller Komplex, als ihm in der Regel alle anderen Komplexe mehr oder weniger assoziiert sind. Jeder Komplex hat einen Ichpol. Im Bewußtwerden und schöpferischen Gestalten werden die autonomen Komplexe verarbeitet und verändern sich. Ihre Energie wird weitgehend dem Ichkomplex zugeführt, was zu einer guten Kohärenz des Ichkomplexes und damit zu Ichstärke führt. Der Ichkomplex verliert an Kohärenz, wenn Komplexe verdrängt, besonders aber, wenn durch traumatische Erfahrungen Komplexe abgespalten werden (→ Dissoziation, → Trauma). Verliert der Ich-

komplex seine Kohärenz, werden auch die Ichfunktionen gestört, und es kommt zu Erinnerungslücken, Fehlwahrnehmungen etc. Die Themen, die unter → „Narzißmus“ abgehandelt werden, sind Themen des Ichkomplexes (→ Typologie).

- Jung CG [1907] (1971) Über die Psychologie der Dementia Praecox. In: GW, Bd. 3, §§ 1–316. Olten, Walter
- Jung CG [1934] (1976) Allgemeines zur Komplextheorie. In: GW, Bd. 8, §§ 194–219. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).
- Kast V (1990) Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. Olten, Walter [bes. S 179ff.]
- Kast V (1994) Vater-Töchter, Mutter-Söhne: Wege zur eigenen Identität aus Vater- und Mutterkomplexen. Stuttgart, Kreuz [bes. S 40ff.]

Verena Kast

Ich (im → Focusing). Das Ich wird von E.T. Gendlin (1994) nicht als Objekt definiert, da es dadurch verlorengehe. Das Ich könne mit nichts anderem gleichgesetzt werden, hinter es könne man nicht zurückgehen. Dennoch könne man über das Ich weiter nachdenken, indem man sich auf sich selbst, auf das eigene Erleben, bezieht. „Das Ich“ wird als substantivischer Begriff deshalb von Gendlin auch nicht verwendet, stattdessen spricht er z. B. metaphorisch davon, daß in jeder Person immer „jemand drin“ sei, der einen anschaut und der mit sich auskommen muß und versucht, ein Leben zu leben, es zu erhalten und fortzusetzen (→ Fortsetzungsordnung). Diesen „Jemand da drinnen“ könne man immer „positiv anfühlen“ und ihm „Gesellschaft leisten“ (→ Begleiten), wie krank, verrückt oder kriminell ein Mensch auch sei. Das Ich hat (Erlebens-)Inhalte (z. B. Gefühle), es ist selbst kein Inhalt. Hingegen ist das Selbst nach Gendlin ein Inhalt (ein Komplex von Inhalten), den das Ich haben kann (oder auch nicht). Zu Inhalten, die jemand hat, kann er eine innere Beziehung aufnehmen (direct reference; → Experiencing; → Freiraum). Wilschko (1994) hat die Beziehungen zwischen dem Ich und einigen Grundbegriffen des Focusing (Inhalt, Selbst, → Felt Sense, Freiraum) weiter untersucht und dabei u. a. vom Ich das Ego unterschieden,

als ein mit Inhalten identifiziertes und daher partiell verdinglichtes, → strukturgebundenes Ich. Das Ich hat einen Inhalt, das Ego ist ein Inhalt. Insofern kann Focusing als Prozeß verstanden werden, in dem das Ego immer wieder von Identifikationen mit Inhalten befreit (→ Partialisieren) und zu einem freien, beziehungsfähigen Ich wird (das sich immer wieder von Neuem mit Inhalten identifizieren wird und muß).

Gendlin ET (1993) Focusing ist eine kleine Tür. Würzburg, DAF

Gendlin ET (1994) Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen. Würzburg, DAF [bes. S 113–133]

Wiltshko J (1994) Haben Sie schon einmal ein „Selbst“ gesehen? Zur Phänomenologie des Ichs. In: Keil W, Hick P, Korbei L, Poch V (Hg), Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie. Bergheim, Mackinger, S 13–27

Johannes Wiltshko

Ich. → Person; → Selbst; → Existenzanalyse.

Ich-Bild. → Intuitive Diagnostik; → Transaktionsanalyse.

Ich-Entwicklung (→ Psychoanalyse). Die psychoanalytische Theorie von der Persönlichkeit erklärt die Entwicklung des Ichs, indem sie in ihm einen adaptiven Apparat sieht, der sich vom → Es aus im Kontakt mit der äußeren Realität differenziert und das Ich als Produkt von Identifizierungen definiert, die zur Bildung eines vom Es besetzten Liebesobjekts im Inneren der Person führen. In der Psychoanalyse wird mit Ich die Instanz bezeichnet, die Freud in seiner zweiten Theorie des psychischen Apparats vom Es (Triebreservoir) und vom → Überich (Gewissen) unterscheidet. Topisch gesehen ist das Ich ebenso von den Ansprüchen des Es abhängig wie von den Befehlen des Über-Ichs und den Forderungen der Realität; obwohl es als Mittler der Interessen der ganzen Person auftritt, ist seine Autonomie doch nur relativ. Psychodynamisch ge-

sehen stellt das Ich im neurotischen Konflikt in besonderem Maße den Abwehrpol der Persönlichkeit dar; es verwendet eine Reihe von → Abwehrmechanismen, die mit der Wahrnehmung eines unlustvollen Affekts begründet werden. Weitere wichtige Ich-Funktionen: Realitätsprüfung, die interne Selbstregulierungsfähigkeit, die Frustrationstoleranz, die Fähigkeit zur Signalangst, die Affekttoleranz und -differenzierung, die Selbst-Objekt-Differenzierung. Für die gesunde und lebensstüchtige Persönlichkeit ist ein gut entwickeltes Ich wesentlich.

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Freud A [1936] (1974) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, Kindler

Freud S [1938] (1968) Abriß der Psychoanalyse. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 17. Frankfurt/M., Fischer, S 63–108

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Margarethe Grimm

Ich-Funktionen. → Ich-Psychologie; → Psychoanalyse.

Ich-Ideal, Ideal-Ich (→ Psychoanalyse). Freud bezeichnet in der Arbeit „Zur Einführung des Narzißmus“ (1914) damit eine intrapsychische Beurteilungsinstanz narzißtischen Ursprungs, unterscheidet die beiden Begriffe aber nicht genau. In „Das Ich und das Es“ (1923) werden „Ichideal“ und „Überich“ synonym verwendet, hier wird das Ichideal als eine Art Vorläufer des → Überich verstanden. Spätere Autoren differenzieren die Begriffe in das Ichideal als frühe Formation, deren Wurzeln in einer Phase liegen, in der das → Ich noch nicht organisiert ist (Nunberg, 1959: 151) und das daher als eine Art Entwurf des Ichs verstanden werden kann, und in das Begriffspaar Idealich / Überich, das eine spätere, auch abstraktere Instanz darstellt. Die beiden Begriffe werden heute wohl überwiegend

phänomenologisch verwendet. Theoretisch sind sie aus der → Triebtheorie erwachsen, deuten aber den Übergang zu einem erst später erforschten Gebiet der → Idealisierung an – in frühkindlicher Zeit als ein Konstituens des → Selbst und später als Teil aller Beziehungen, auch der therapeutischen (Kohut, 1977; → Selbstpsychologie).

Freud S [1914] (1982) Zur Einführung des Narzißmus. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 37–68

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp

Nunberg H [1932] (1959) Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage, Bern, Hans Huber

Gerhard Pawlowsky

Ichhaftigkeit / Sachlichkeit. Aspekt, dem in der → Gestalttheoretischen Psychotherapie hoher Stellenwert zukommt: der → Gefordertheit der Lage entsprechend handeln (Sachlichkeit), von rein persönlichen Interessen (Ichhaftigkeit) absehen können, sich als Teil eines Ganzen verstehen (Wirhaftigkeit) und dadurch erhöhte Beziehungsfähigkeit erlangen. Künkel (1982) beschreibt den Begriff „Ichhaftigkeit“ als auf eigene Wirkung bedacht sein, alles Handeln auf persönliche Zwecke ausrichten, geleitet von starren Ich-Idealen (fehlerlos, gut, arm sein, leiden etc.). Ichhafte Verhaltensweisen sind etwa Gleichgültigkeit und Fanatismus; es entstehen bloße Scheingemeinschaften. Für Wertheimer (vgl. Walter, 1991) gilt Künkels „Sachlichkeit“ als Gefordertheit, als wichtiges Kennzeichen des freien Menschen, dessen Handeln von einer in der Umwelt wahrgenommenen Sachlage ausgeht, der sich Ziele setzt, die über das eigene Ich hinausreichen, der eigene Interessen als Teil der Gesamtsituation sieht. Dadurch kann er lebendig, flexibel, produktiv sein. Menschlichkeit / Wirhaftigkeit sind demnach die sachlichen Verhaltensweisen Menschen gegenüber –

eine Haltung, nach der man das eigene Beste nicht auf Kosten anderer zu erreichen sucht (vgl. Adler, in Metzger, 1975: 32). Wirhaftigkeit bedeutet tolerante Achtung der Interessen anderer, zugleich Entfaltung eigener Möglichkeiten als unentbehrlicher Teil einer Gruppe. Es bedeutet nicht Anpassung an beliebige Gruppenforderungen, sondern tun, was der Gruppe zuträglich ist, etwa auch nichtkonformes Verhalten (vgl. Metzger, 1975). Diese Haltung – sich vorbehaltlos und ehrlich mit dem, was ist, auseinanderzusetzen – ist therapeutisches Ziel, eng verknüpft mit Gerechtigkeit und demokratischem Handeln.

Künkel F [1957] (1982) Einführung in die Charakterkunde. 17. Aufl. Stuttgart, Hirzel

Metzger W (1975) Psychologie und Pädagogik zwischen Lerntheorie, Tiefenpsychologie, Gestalttheorie und Verhaltensforschung. Bern, Hans Huber

Walter H-J (1991) Zur Aktualität Max Wertheimers. In: Wertheimer M, Zur Gestaltpsychologie menschlicher Werte. Aufsätze 1934–1940, erg. u. kommentiert von Walter H-J. Opfaden, Westdeutscher Verlag, S 171–209

Brigitte Lustig

Ichkomplex. → Ich; → Analytische Psychologie.

Ich-Psychologie. Grundet in Freuds → Strukturmodell (1923, 1926), in der die Herrschaft des → Ich über die beiden anderen psychischen Instanzen, das → Es und das → Überich zum ersten Mal als Ziel der → Psychoanalyse und als primäres Kriterium psychischer Gesundheit gesehen wurde. Die autonomen Funktionen (Wahrnehmung, Intention, Planung, Intelligenz, Denken und Sprache) definieren das Ich, und man nahm an, sie würden sich in einem Bereich entwickeln, in dem die drängenden Bedürfnisse des Es neutralisiert wären, sodaß das Ich sich relativ konfliktfrei entwickeln könne (Hartmann, 1937). → Abwehrmechanismen (Anna Freud) schützen das verletzte Ich vor der bewußten Wahrnehmung sexueller und aggressiver Impulse, die andernfalls Angst hervorrufen und die Ich-

Entwicklung behindern würden. Eine gesunde → Ich-Entwicklung, so dachte man in diesem Zusammenhang, würde ausreichende Realitätsprüfung und Anpassung an die äußere Realität, entsprechenden Umgang mit den Triebabkömmlingen, reife Objektbeziehungen, angemessene Abwehrformen sowie autonome und integrative Funktionen einschließen. Seit den späten 30er Jahren etwa bis 1980 war die Ich-Psychologie die vorherrschende Richtung des psychoanalytischen Denkens in den USA. Sie wurde zu einer Art allgemeiner „Theorie des Psychischen“. Innerhalb dieser Sicht gewannen M. Mahlers Studien der Trennungs- und Individuationsprozesse besondere Bedeutung. Einige „klassisch“ orientierte Analytiker wurden durch ihre Theorien zur Erforschung der präödpalen Entwicklung angeregt. Seit damals haben die britischen → Objektbeziehungstheorien genauso wie die → Selbstpsychologie und andere Beziehungstheorien die von der Ich-Psychologie vorgenommene → Idealisierung von Unabhängigkeit und Autonomie in Frage gestellt. Die → Säuglingsforschung hat Mahlers Annahme einer normalen autistischen Phase beim Säugling zurückgewiesen (→ Symbiose).

- Freud A [1936] (1974) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, Kindler
- Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330
- Freud S [1926] (1982) Hemmung, Symptom und Angst. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M., Fischer, S 227–308
- Hartmann H [1937] (1960) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Psyche* 14(2): 83–163
- Mahler M, Pine F, Bergman A [1975] (1978) Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt/M., Fischer

Donna M. Orange [Übers.: Erwin Bartosch]

kelt sich als Reaktion auf Anforderungen und Erwartungen anderer Personen. Entsprechende Beziehungserfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen werden im → Ich-System eingefaltet, strukturiert und können in spezifischen Situationen im Hier-und-Jetzt als Zustände des Ichs entfaltet werden. Eine bestimmte Gruppierung von Zuständen des Ichs wird als Ich-Rolle bezeichnet, wenn sie sich im Wechselspiel der individuellen Autonomiebestrebungen und den sozial vorgegebenen Möglichkeiten und Beschränkungen im transaktionalen Austausch mit der Umwelt (→ Transaktion) entwickelt, strukturiert und verfestigt. In der Transaktionsanalyse werden folgende sechs Rollen definiert, die in einer spezifischen individuellen Kombination und Besetzung die Gesamtpersönlichkeit darstellen (Rollenmodell des Ichs): kritische und nährnde Eltern-Rolle, Erwachsenen-Rolle, angepaßte, rebellische und freie Kind-Rolle. Die Rollen des Ichs werden durch Verhaltensbegriffe beschrieben, im Gegensatz zu den → Ich-Zuständen, die als Muster des Erlebens und Fühlens mit entsprechenden Verhaltensmustern definiert sind. So ist jemand in der angepaßten Kind-Rolle, wenn er einem Gegenüber in angemessener oder unangemessener Weise gehorsam, fügsam und angepaßt ist. Im Rollenmodell liegt der Fokus der Analyse des Beziehungsgeschehens auf der Verhaltensbeobachtung und Interpretation des Verhaltens (→ Transaktionsanalyse, verhaltensorientierte). Allerdings kann durch eine Analyse der unangemessenen Anteile einer Rolle ein Übergang zum Ich-Zustandsmodell erreicht werden.

- Berne E [1961] (1981) Transactional analysis in psychotherapy. New York, Grove Press
- Christoph-Lemke C, Rath I, Springer G (1995) Das Paradigma der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse. *Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse* 1(1–2): 13–42
- Rath I (1995) Ich-System, Ich-Zustände und Ich-Rollen. *Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse* 1(1–2): 43–62

Ingo Rath

Ich-Rolle (in der → Transaktionsanalyse). Ein Persönlichkeitszug (z. B. sich angepaßt, gehorsam und fügsam verhalten) entwik-

Ich-System (in der → Transaktionsanalyse). Die Psyche wird in der Transaktionsanalyse als ein sich selbst organisierendes System aufgefaßt und als Ich-System definiert (Rath, 1992). Es stellt den konzeptuellen Hintergrund dar, durch den die Persönlichkeit des Menschen in ihrer Struktur und Dynamik beschrieben und erklärt wird. Das Ich-System korrespondiert mit dem Begriff des Ichs der → Ich-Psychologie und mit Konzepten der → Objektbeziehungstheorien, sodaß kompatible Übergänge zu den psychoanalytischen Theorien möglich sind. Die tiefenpsychologische → Transaktionsanalyse geht davon aus, daß sich im transaktionalen Austausch (→ Transaktion) das Ich-System entwickelt und sich im Hier-und-Jetzt entfaltet. Diese Entfaltungen sind als Phänomene des Erlebens und Verhaltens wahrnehmbar und wurden von Federn (1953) als Zustände des Ichs bezeichnet. Berne (1957) hat diese Phänomene als → Ich-Zustände beschrieben und klassifiziert. Die Ich-Zustände stellen den phänomenologischen Ausdruck des Ich-Systems dar. Das Ich-System ist ein sich selbst organisierendes System mit differenzierenden und integrierenden Tendenzen, das Prozesse der Selbsterhaltung wie Heilung, Anpassung und Homöostase und Prozesse der Selbsttranszendenz wie Lernen, Entwicklung und Evolution beinhaltet. Die Grundfunktionen des Ich-Systems sind: transaktionale Austauschprozesse mit der Umwelt, Strukturierungsprozesse der inneren und äußeren Welt, Verarbeitung von Erfahrungen und Entfaltung dieser im Ich-System, Reaktion auf äußere Gegebenheiten und Entfaltung in den Zuständen des Ichs. Das Ich-System dient der Bewältigung und Abwehr innerer und äußerer Gegebenheiten und wird in Anlehnung an Berne (1961) in die Subsysteme Neopsyche, Archeopsyche und Exteropsyche gegliedert. Diese Subsysteme werden im Unterschied zu Berne nicht als physiologische Organe betrachtet, sondern als Konstrukte, mit denen intrapsychische und interpersonale Prozesse erfaßt und beschrieben werden. Die Neopsyche verarbeitet mit ihren Funktionen die neuen Erfahrungen und modifiziert die gespeicherten Erfahrungen in Verbindung mit der

Realität. In der Archeopsyche sind jene Anteile der Erfahrungen gespeichert, die aus der eigenen Problemlösungsfähigkeit gewachsen sind, in der Exteropsyche jene Anteile, die in der Problemlösungssituation von externen Quellen übernommen werden.

- Berne E [1957] (1991) Das Ich-Bild. In: Berne E, Transaktionsanalyse der Intuition. Paderborn, Junfermann, S 131–152
- Berne E [1961] (1981) Transactional analysis in psychotherapy. New York, Grove Press
- Federn P [1953] (1978) Ichpsychologie und Psychosen. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Rath I (1992) Ansätze zur Entwicklung einer stimmigen Theorienlandkarte der Transaktionsanalyse – wissenschaftliche Überlegungen zu den Grundlagen der Transaktionsanalyse. Zeitschrift für Transaktionsanalyse in Theorie und Praxis 9(2/3): 90–120
- Rath I (1995) Ich-System, Ich-Zustände und Ich-Rollen. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 1(1–2): 43–62

Ingo Rath

Ich-Triebe. → Trieb; → Psychoanalyse.

Ich-Zustand. In der → Transaktionsanalyse ist ein Ich-Zustand „ein durchgängiges Muster von Fühlen und Erleben, das direkt mit einem ebenso durchgängigen Muster von Verhalten verbunden ist“ (Berne, 1966: 364; übers. von I.R.) und stellt, tiefenpsychologisch betrachtet, die phänomenologische Entfaltung des → Ich-Systems (bestehend aus Neopsyche, Archeopsyche und Exteropsyche) im Hier-und-Jetzt dar. Berne unterschied zunächst zwischen angemessenen und unangemessenen (pathologischen) Ich-Zuständen. Wenn die archeopsychisch und exteropsychisch verarbeiteten und gespeicherten früheren Erfahrungen durch die Neopsyche in Verbindung mit der äußeren Realität so modifiziert werden, daß sie angemessen und hilfreich zur Lebensbewältigung genutzt werden können, so bezeichnet man diese Entfaltungen des Ich-Systems als angemessene Ich-Zustände. Gelingt diese Modifizierung nicht, werden die Entfaltungen im Hier-und-Jetzt als nicht angemessene Zu-

stände des Ichs wahrgenommen. Auf dem Hintergrund dieser Unterscheidung entwickelte Berne das Ursprungsmodell der Ich-Zustände. Die angemessenen Ich-Zustände werden als Erwachsenen-Ich-Zustand, die unangemessenen je nach der Herkunft der zugrundeliegenden Lernerfahrungen als Eltern-Ich-Zustand bzw. als Kind-Ich-Zustand bezeichnet. Der Eltern-Ich-Zustand enthält jene unangemessenen Ich-Zustände, die sich phänomenologisch als von externen Quellen (z. B. Eltern) übernommen zeigen. Die Kind-Ich-Zustände zeigen sich phänomenologisch als regressive Elemente und psychische Reaktionen aus früheren (Entwicklungs-)Phasen. In den späteren Jahren hat Berne die Ich-Zustände nach ihrer Herkunft klassifiziert und als Strukturmodell bezeichnet.

Berne E (1966) *Principles of group treatment*. New York, Grove Press

Christoh-Lemke C, Rath I, Springer G (1995) Das Paradigma der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse. *Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse* 1(1-2): 13-42

Rath I (1995) Ich-System, Ich-Zustände und Ich-Rollen. *Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse* 1(1-2): 43-62

Ingo Rath

Ideal-Ich. → Ich-Ideal.

Idealisierende Übertragung. → Selbstobjektübertragung; → Selbstpsychologie.

Idealisierung (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Wurde als Begriff von Freud (1914) eingeführt. Die introjierten Elternimages, die den Kern des → Ich-Ideals bilden, erfahren vor ihrer → Introjektion eine Idealisierung und gelangen so zu jener Vollkommenheit und Omnipotenz, die ihre motivationale Bedeutung ausmachen. Das Ich-Ideal ist jedoch auch das Erbe früherer (primärer) narzißtischer Vollkommenheit, in der das → Ich sich selbst idealisiert (bzw. liebt). Die Kleinianische → Objektbeziehungstheorie sieht in der Idea-

lisierung einen (neben anderen) wesentlichen → Abwehrmechanismus, womit sich der Säugling in der → paranoid-schizoiden Position (bis zum 6. Lebensmonat) vor seinen vernichtenden unbewußten Fantasien zu schützen sucht. Das idealisierte Gute wird mittels → Spaltung von dem verfolgenden, bösen (Partial-)Objekt (→ Objekt; gute/böse Brust) getrennt gehalten. Kernberg (1989) betrachtet die Idealisierung ebenfalls als typischen Abwehrmechanismus, besonders bei → narzißtischen und → Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die Idealisierung gilt ihm als → Abwehr oral-aggressiver Triebregungen, idealisierende → Übertragung versteht er als Pseudoabhängigkeit. Zugrunde liegen Feindseligkeit und Mißtrauen, weshalb Idealisierungen grundsätzlich immer als → Widerstand gedeutet werden müssen. Im Gegensatz zu Kernberg betrachtet Kohut (1977) die Idealisierung als wesentlichen heilungsfördernden Faktor, der im Laufe der Behandlung einer zunehmenden Realitäts-sicht bezüglich der Person des Therapeuten weicht und nicht gedeutet werden soll. In der normalen Entwicklung zum reifen → Narzißmus werden Idealisierungen (idealisierte Elternimago) für notwendig erachtet, um einen kohäsiven Selbstzustand erreichen zu können. Idealisierungsbedürfnisse in der Übertragung werden daher als Selbstobjektbedürfnisse und nicht als Abwehr verstanden.

Freud S [1914] (1982) Zur Einführung des Narzißmus. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. III: *Psychologie des Unbewußten*. Frankfurt/M., Fischer, S 37-68

Kernberg OF [1989] (1996) Eine ich-psychologische Objektbeziehungstheorie der Struktur und Behandlung des pathologischen Narzißmus – ein Überblick. In: Kernberg OF (Hg), *Narzißtische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Schattauer, S 248-254

Kohut H [1977] (1979) *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/M., Suhrkamp

Hans-Peter Hartmann

Identifikation. → Identifizierung; → Psychoanalyse.

Identifikation, projektive. → Projektive Identifikation; → Abwehrmechanismen; → Psychoanalyse.

Identifikation, vegetative. → Vegetative Identifikation.

Identifikationsfeedback (→ Psychodrama). Element der → Integrationsphase im Psychodrama; erfolgt im allgemeinen im Anschluß an das → Rollenfeedback der Mitspieler. Das Identifikationsfeedback geht von der im → Rollenspiel dargestellten Person aus, macht aber die eigenbiografische Resonanz deutlich, es verweist (psychoanalytisch gesprochen) auf die → Übertragung in der → Gegenübertragung. Es ist zugleich das → Sharing des mitspielenden Teils der Psychodramagruppe. Beispielweise sagt ein Mitspieler, der die Rolle des Ehemannes dargestellt hat, daß er sich sehr gut mit der Protagonistin (→ Protagonist) identifizieren konnte. In seiner Ehe sei es so, daß seine Frau in Streitsituationen die Türen schmeiße und weggehe. Er sei dann genauso wie die Protagonistin im Spiel hilflos und mit seiner Wut allein gelassen, da der Konflikt nicht ausgetragen und gelöst werden könne.

Erlacher-Farkas B (1996) Beschreibung der praktischen Monodramarbeit. In: Erlacher-Farkas B, Jorda C (Hg), Monodrama. Wien, Springer, S 95–117

Zeintl-Hochreiter K (1996) Kompendium der Psychodrama-Therapie. Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J.L. Moreno. Köln, inScenario

Michael Wieser; Klaus Ottomeyer

Identifizierter Patient (Indexpatient, Symptomträger, Sündenbock). In der strukturellen → Familientherapie versteht man darunter jenes Familienmitglied, das mit seinen Symptomen bzw. seinem Verhalten den Anlaß gibt, eine Psychotherapie aufzusuchen. Die Störung des Klienten wird im Zusammenhang mit pathologischen Familienstrukturen gesehen: z. B. Konflikte der

Eltern werden auf das Kind umgeleitet (→ Triangulation), oder eine anstehende Weiterentwicklung im familiären Lebenszyklus scheitert. Die Erkrankung eines Adoleszenten verhindert unter Umständen die Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben, aber auch den möglicherweise leidvollen Abschied von Elternfunktionen. Das vom Problemträger präsentierte Symptom hat für das familiäre System die Funktion, die → Homöostase aufrecht zu erhalten, bewirkt gleichzeitig aber auch den veränderungsinduzierenden Schritt zur Therapie. Die Funktion der Symptome des identifizierten Patienten ist also widersprüchlich. Einerseits halten sie eine pathologische Form der Homöostase aufrecht, geben aber auch die Chance zur Veränderung. Wird der Sinn des Symptoms für das System nicht erkannt und bei der Behandlung berücksichtigt, besteht die Gefahr des Symptomwandels, d. h. ein anderes Familienmitglied entwickelt u. U. ein Symptom, das die homöostatische Funktion aufrechterhält.

Carter B, McGoldrick M (Ed) (1980) The family life cycle. New York, Gardner Press

Minuchin S (1974) Familie und Familientherapie. Freiburg, Lambertus

Minuchin S, Fishman H (1981) Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg, Lambertus

Hedwig Wagner

Identifizierung (→ Psychoanalyse) bezeichnet einen psychischen Mechanismus, der sowohl für die normale Entwicklung der intrapsychischen Struktur konstituierend ist als auch als → Abwehrmechanismus einer pathologischen Konfliktbewältigung dient. Freud (1921) betont die Konstituierung des Subjekts durch Identifizierung. Als idealistische Identifizierung sieht er sie vor der libidinösen Objektbesetzung als frühe Gefühlsbindung, während ihr in der Lösung des ödipalen → Konfliktes die Rolle des Substituts einer aufgegebenen Objektwahl zukommt. Identifizierung verfährt nach dem Modus der oralen Einverleibung und ist beteiligt an der Ausbildung eines differenzierten Beziehungssystems: die narzißtische, ich-bildende Funktion und die

Beziehungsfunktion treffen zusammen, Selbst- und Objektbesetzung bedingen einander. Identifizierung kann sowohl die Assimilation von → Objekten als auch von Teilobjekten, Eigenschaften, → Affekten, Idealen und Dingen anstreben. Im Vergleich der → Internalisierungen entspricht die Identifizierung nach der Inkorporation und → Introjektion einem reiferen Ich mit ausreichender Toleranz gegenüber → Ambivalenzen und steht als Abwehrmechanismus im Zusammenhang mit reiferen Psychoneurosen. Die Identifizierung eines anderen mit sich und die gegenseitige Identifizierung findet in psychoanalytischen → Beziehungstheorien Beachtung, insbesondere in der Dynamik von → Übertragung und → Gegenübertragung im → psychoanalytischen Prozeß. Identifizierung als interpersonaler Abwehrmechanismus z. B. drückt sich als Gleichheit von Ängsten und Wünschen aus, während sich → projektive Identifizierung als polarisierende Gegnerschaft zeigt (Bauriedl, 1980).

- Bauriedl T (1980) Beziehungsanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp
 Freud S [1921] (1982) Massenpsychologie und Ich-Analyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. IX: Fragen der Gesellschaft/Ursprünge der Religion. Frankfurt/M., Fischer, S 61–134
 Mentzos S (1982) Neurotische Konfliktverarbeitung. München, Kindler

Edith Frank-Rieser

Identifizierung mit dem Angreifer

(→ Psychoanalyse). Bezeichnet einen speziellen Abwehrtypus (→ Abwehrmechanismen) aus → Introjektion und → Projektion im Dienste von → Überich-Bildung und → Abwehr. Nach S. Ferenczi (1932) unterwirft sich das Subjekt dem Willen des Aggressors und introjiziert dessen → Schuldgefühle. Anna Freud (1936) beschreibt diese Abwehr als Identifizierung mit dem Angreifer selbst, seinen Attributen oder dessen → Aggression. Vorweggenommene wie auch vergangene Gefahr kann so zu introjizierter Aggression werden. Die Übernahme der Aggressionsmacht wird durch die Projektion von Schuldgefühlen ergänzt. Die Verin-

nerlichung der gesamten Beziehungssituation stellt Überich-Ansprüche an die Stelle des Außenaggressors und trifft zunehmend mit der Wahrnehmung eigenen Verschuldens zusammen.

- Ferenczi S [1932] (1972) Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind: In: Ferenczi S, Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 2. Frankfurt/M., Fischer, S 303–316
 Freud A [1936] (1974) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, Kindler

Edith Frank-Rieser

Identität. Nach Erikson (1971) bildet sich Identität über eine Vielzahl von → Identifizierungen im Laufe der Kindheit und Jugend, wobei sie dennoch mehr als die Summe dieser Identifizierungen ist. Anerkennung des Individuums durch den Anderen oder durch Gruppen mit immer wieder zu vollziehenden Abgrenzungen des Individuums von diesen tragen zur Bildung eines eigenen Positionsmusters innerhalb der Gesellschaft bei. Im Unterschied zum Identitätsgefühl steht das Selbstgefühl, das nach de Levita ein Sammelbegriff für alle Gefühle und Empfindungen ist, die sich auf das → Selbst beziehen. Das Identitätsgefühl betrifft eher die Gefühle über den Platz des Individuums zwischen den anderen.

- De Levita D (1971) Der Begriff der Identität. Frankfurt/M., Suhrkamp
 Erikson EH (1971) Einsicht und Verantwortung. Die Rolle des Ethischen in der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Fischer

Eleonore Schneiderbauer

Identität, funktionelle. → Energetischer Funktionalismus; → Körperpsychotherapie.

Identitätsarbeit. Das Konzept der Identität hat in der → Integrativen Therapie einen zentralen Stellenwert. Auf der Grundlage des Leib-Selbst (→ Leiblichkeit; → Leibsozialisation), des ontogenetisch ältesten Elements der Persönlichkeit (Petzold, 1992: 528ff.), werden die primären Ichfunktionen (Wahrnehmen, Fühlen, Den-

ken, Erinnern, Wollen, Handeln) und die sekundären (Synthetisieren, Demarkation, Kreativität, Ambiguitätstoleranz, Rollendistanz) ausgebildet, die sich im zweiten und dritten Lebensjahr zu einem kohärenten Ich zusammenschließen, welches in der Lage ist, eine Identität zu synthetisieren, indem das Ich „Bilder über das Selbst“ aus dem Selbsterleben gewinnt und dem Selbst attribuiert (Identifikationen), weiterhin Fremdattributionen (Identifizierungen) – zumeist geschlechtsspezifisch – in Sozialisationsprozessen aus dem Außenfeld wahrnimmt und diese mit den Selbstbildern abgleicht. Dabei kommt es zu einer basalen psychophysiologischen Auswertung und Markierung (marking) des Wahrgenommenen in der Amygdala, einer emotiven Bewertung (valuation) im Hippocampus und einer kognitiven Einschätzung (appraisal) der Informationen über das Selbst im präfrontalen Kortex. Die wahrgenommenen und bewerteten Selbst- und Fremdattributionen werden nachfolgend internalisiert. Das beständige Balancieren von Fremd- und Selbstattributionen in komplexen Auswertungs- und Bewertungsvorgängen (Petzold, 1998; Haußer, 1997), in Differenzierung und Integration lebensweltlicher Einflüsse, die zu einer „hinlänglich konsistenten Identität“ vernetzt und verwoben werden, werden als „Identitätsarbeit“ bezeichnet. Identität ist in totalitären Kontexten gefährdet (Petzold, 1996). In komplexen, postmodernen Lebenswelten und akzelerierten Veränderungsdynamiken gewinnt sie die Qualität einer „patchwork-identity“ (vgl. Petzold, 1998). Die Empathie für sich selbst und die wachsende Kompetenz des „sozialen Sinnverstehens“ (d. h. Exzentrität, → Mehrperspektivität und „Sinnerfassungskapazität“) ermöglichen eine gegenüber biografischen Determinierungen und gesellschaftlichen Ansprüchen „emanzipierte Identität“ (Petzold, 1992: 534). Das integrative Identitätskonzept sieht Identitätsprozesse in fünf Dimensionen, „Säulen der Identität“ genannt, die durch eine spezifische Identitätsdiagnostik (Kames, 1992) erfaßt und in der Therapie gezielt bearbeitet werden: 1. Leiblichkeit, 2. soziales Netzwerk, 3. Arbeit/Leistung/Freizeit, 4. materi-

elle Güter und Sicherheiten, 5. Werte. Die vom Ich gestiftete und wahrgenommene Identität wirkt zurück auf das Leib-Selbst und führt zu leiblichen Habitualisierungen. Konsistenzzwang (T.W. Adorno), Stigmatisierung (E. Goffman) und Ressourcenmangel gefährden Identität; kreative Interaktion, Freiräume und Ressourcenvielfalt bauen sie auf (Petzold, 1998). Integrative Therapie befaßt sich mit Identitätsprozessen, Identitätsentwicklung und -schäden auf allen Ebenen.

- Haußer K (1983) Identitätsentwicklung. New York, Springer
Kames H (1992) Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI). Integrative Therapie 18(4): 363–386
Petzold HG (1992) Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen. In: Petzold HG, Integrative Therapie. Bd. 2: Klinische Theorie. Paderborn, Junfermann, S 333–395
Petzold HG (1996) Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, „Kulturarbeit“ – Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlaß der Tagebücher von Victor Klemperer, dem hundertsten Geburtstag von Wilhelm Reich und anderer Anstöße. Integrative Therapie 22(4): 371–450
Petzold HG (1998) Identität, Genderfragen, Soziotherapie. Gestalt und Integration, Sonderausgabe]

Johanna Sieper

Identitätsprinzip. → Ambivalenzprinzip; → soziodynamische Grundformel; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Ideodynamik (→ Hypnose). Ursprünglich 1873 von Carpenter beobachtet, 1890 von W. James als Gesetz formulierter und experimentell (EEG, EMG) nachweisbarer, psychophysiologischer Zusammenhang: Beobachtete oder vorgestellte Bewegungen neigen dazu, in minimaler Form und unbewußt ausgeführt zu werden (Ideomotorik; Beispiel: Chevreul'sches Pendel – ein Versuch, mittels dessen gezeigt werden kann, daß Pendelbewegungen von unbewußten Muskelbewegungen der Versuchsperson herrühren.) In gleicher Weise passen sich auch Wahrnehmungen (Ideosensorik),

Vasomotorik, vegetative Reaktionen und sogar endokrine Tätigkeiten aktiven Vorstellungen an (Ideoplastie). Die aktive Vorstellung braucht nicht bewußt zu sein. In der Hypnose bildet die Ideodynamik die Grundlage wichtiger hypnotischer Phänomene wie Armlevitation (→ Levitation) oder → Katalepsie. Wichtigste therapeutische Anwendungen der Ideomotorik: 1. Ideomotorische Befragung: Zum Zweck der Aufklärung unbewußter Ursachen von Symptomen und der Suche nach unbewußten Lösungsstrategien werden in Hypnose entsprechende Fragen an das „Unbewußte“ gestellt. Diese werden über unwillkürliche Bewegungen wie Fingerzucken, unbewußte Kopfbewegungen und dergleichen beantwortet, wobei verschiedenen Fingern bzw. Bewegungen „Ja“, „Nein“, o. ä. Antworten zugeordnet werden. Cheek und LeCron (1968) entwickelten systematische ideomotorische Befragungsstrategien im Rahmen von hypnoanalytischen Kurztherapien (→ Hypnoanalyse); 2. Automatisches Schreiben: In Hypnose wird eine Dissoziation der Schreibhand suggeriert. Diese soll dann ohne Zutun bewußter Vorstellungen Inhalte niederschreiben, die gewissermaßen direkt aus dem Unbewußten stammen. Die Ideosensorik wird beispielsweise in der Hypnotherapie von Schmerzzuständen zur Anästhesie oder Umwandlung von Schmerz in Druckempfindung angewandt.

- Barnett EA (1981) Analytical hypnotherapy. Kingston, Junica
 Cheek DB, LeCron LM (1968) Clinical hypnotherapy. New York, Grune & Stratton
 Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union [bes. S 216ff.]
 Peter B (1990) Hypnotische Phänomene. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. Berlin, Springer, S 24–64

J. Philip Zindel

Ideologie. Eine Weltanschauung, die nicht aus Wahrheitsgründen aufrecht erhalten wird, sondern aus (materiellen und politischen) Interessen. Ideologie funktioniert immer innerhalb eines gesellschaftlichen Systems, wobei die ideologische Verzerrung selber wieder gesellschaftliche Ziele hat – Rechtfertigung der bestehenden

Herrschaftsverhältnisse und Verschleierung sozialer Widersprüche. Ideologie ist damit die aus objektiven Gründen verzerrte Wahrnehmung der Welt („falsches Bewußtsein“); sie ist vom korrigierbaren Irrtum genauso zu unterscheiden wie von einer allgemein menschlich bedingten Relativität der Erkenntnis. Ob allerdings alles Wissen (einschließlich der Wissenschaft) ideologisch ist (vgl. Mannheim, 1952) oder nur das, welches die bestehenden Verhältnisse stützt (vgl. Bourdieu, 1992), ist umstritten. Daß die Ideologie einfach als „Überbau“ die gesellschaftlichen Zustände (gar die ökonomische „Basis“) „widerspiegelt“ hat sich aber als zu simplifizierend erwiesen, auch sind die großen Ideologien heute im Schwinden, was zu Weiterentwicklungen (→ Diskursanalyse; Sozialkonstruktivismus, Postmoderne) geführt hat. Die Behauptung, etwas sei Ideologie, setzt immer zugleich die Kritik dieser Ideologie voraus, d. h. das Aufzeigen der realen Motive (der Interessen) und dadurch die Zerstörung der scheinbaren Selbstverständlichkeit, die für die Funktionsweise der Ideologie unabdingbar ist. Insofern die Ideologie durch gesellschaftliche Verhältnisse konstituiert ist, ist Ideologiekritik immer auch Gesellschaftskritik – noch einen Schritt weitergedacht, wird die Kritik hier praktisch, d. h. sie agiert selber im gesellschaftlichen Feld, wird selbst zu einer politischen Intervention. Mit dem Konzept von Ideologiekritik wird die Psychotherapie an die gesellschaftliche Realität angekoppelt: Nicht nur die gesellschaftlich-ideologischen Kontexte verschiedener therapeutischer Modelle, sondern auch ideologische Strukturen der konkreten therapeutischen Situation (Machtbeziehungen) müssen reflektiert werden.

- Bourdieu P (1992) Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg, VSA-Verlag
 Lenk K (1984) Ideologie. Ideologiekritik und Wissenssoziologie. Frankfurt/M., Campus
 Mannheim K (1952) Ideologie und Utopie. Frankfurt/M., Suhrkamp

Thomas Shunecko

Ideomotorik. → Ideodynamik.

Imagination

Ideomotorische Signale. → Signale, ideomotorische; → Hypnose.

Ideosensorik. → Ideodynamik.

Idiografisch. → Nomothetisch / Idiografisch.

Illusion. → Halluzination.

Imagination. Meint in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie den induzierten und vom Therapeuten begleiteten Tagtraum. Imagination kennzeichnet das Vermögen eines bildhaft anschaulichen Vorstellens. In einem engeren Sinne ist es die → Projektion eines innerseelischen Geschehens in symbolisch bildhafter Form. Nach Freud ist das Imaginieren eine genetisch frühe Stufe des Denkens, nämlich eines Denkens in Bildern. Es hat Bezug zur → Regression und zum → Primärprozeß. Imaginationen sind ein entwicklungsge-schichtlich frühes Ausdrucksmittel, das über starken affektiven Gehalt und integrative Potenz verfügt. Wegen ihrer großen Kraft spielen sie in zahlreichen Therapieverfahren eine Rolle. In der Katathym-Imaginativen Psychotherapie bilden Imaginationen allerdings die Basis einer erlebnisgetragenen, tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Hier sind sie in einen dialogischen Prozeß eingebettet: Der Patient ist im Tagtraum nicht alleine, er wird vom Therapeuten begleitet. Als unaufdringlicher und verläßlicher Begleiter gibt der Therapeut dem Patienten Anregungen und steht ihm in den sich spontan entwickelnden Situationen bei. Der Patient wird aufgefordert, seine innere Welt bildhaft darzustellen, seine sonst vielleicht nur diffus gespürten Körpergefühle, Bedürfnisse, Ängste, Erwartungen und Verhaltensschemata aus sich hinaus in die Bilder hineinzuprojizieren, sie anzuschauen und dem Therapeuten mitzuteilen. In der Imagination bilden sich unbewußte Konflikte symbolhaft ab. Die Imagi-

nation verdeutlicht die innere Situation des Patienten. Der Raum der Imagination wird durch Entspannung und intensive emotionale Begleitung als geschützter Erlebnis- und Entwicklungsraum herausgehoben. In ihm eröffnen sich Freiheiten des Wahrnehmens, Fühlens und Handelns. Der Patient erlebt seine Empfindungs- und Verhaltensweisen im katathymen Bild in einer Quasi-Realität gespiegelt, kann sie neu durchdenken und seine realen Bezüge angemessener gestalten. Imaginationen sind vom Innen und Außen, vom Gestern und Heute bestimmt und weisen aus der Gegenwart in die Zukunft.

- Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330
- Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) (1997) Imagination in der Psychotherapie. Bern, Hans Huber
- Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie 3. Aufl. Bern, Hans Huber
- Wilke E (1996) Katathym-imaginative Psychotherapie – eine spezielle Form tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hg), Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin, Springer, S 77–124

Andrea Loebenstein

Imagination. In der → Hypnotherapie wird die Imagination als eine der wichtigsten geistigen Fähigkeiten des Menschen betrachtet und als → Trancephänomen und Medium für therapeutische Veränderungen vielfältig genutzt: Spontane Imaginationen in → Trance liefern über → Symbole Informationen über unbewußte Strukturen und Prozesse. In dialogisch geführten Trancen werden Imaginationen auf früheren Altersstufen oder zu positiven Zukunftsentwürfen entwickelt (→ Altersregression; → Altersprogression). Im lösungsorientierten Modus der → Hypnose entstehen mit Hilfe von → Ressourcen kreative Imaginationen zur Problemlösung. Was vorstellbar ist, besitzt eine größere Chance, einmal verwirklicht zu werden. Imaginationen bewirken auch minimale motorische und senso-

rische Reaktionen (→ Ideodynamik; → Physiologie der Hypnose) und besitzen in diesem Zusammenhang eine therapeutisch wertvolle autosuggestive Komponente. Bei der Arbeit mit → Metaphern und Geschichten kommen Angebote an Imaginationen von Therapeutenseite: Symbolisch eingekleidete Problem Darstellungen und Lösungswege ermöglichen es dem Klienten, bewußt und/oder unbewußt das persönlich Relevante aus dem Angebot zu entnehmen und innerlich neue Wege zu beschreiten.

Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union [bes. S 281–294]

Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. 2., korrig. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Rosen S (1985) Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. Hamburg, Isko-Press

Hans Kanitschar

Imagination, Aktive (→ Analytische Psychologie). Mit Imagination bezeichnet man aus der Sicht der Analytischen Psychologie die Tätigkeit unserer Vorstellungskraft, unserer Einbildungskraft, der → Fantasie etc. Die Imagination verbindet Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart und überwindet auch den Raum. Imaginationen beziehen ihre Elemente aus der äußeren Welt, ordnen sie aber nach Bedürfnissen der inneren Welt, der → Psyche. Fantasiebilder können auch geborgt werden und nach den eigenen Bedürfnissen umgeschaffen werden, etwa → archetypische Bilder, wie wir sie aus → Märchen kennen. Im Narrativ, dem vorstellungsbezogenen Sprechen, stellt sich ein gemeinsamer imaginärer Raum her, in dem Therapie sich abspielt, denn dieser imaginäre Raum kann als Projektionsfläche gesehen werden, als Übertragungsfeld, als Übungsfeld. Man kann die Imagination ins Zentrum der Aufmerksamkeit stellen. Dadurch wird die Abhängigkeit vom Analytiker geringer. Eine ähnliche Idee verfolgte C.G. Jung mit der Aktiven Imagination. Jung ging davon aus, daß die → Komplexe Ausgangspunkt von Imaginationen sind (GW, Bd. 8, § 131ff.). Die Fantasien müssen wahr- und ernstgenommen werden, damit

die konstellierte Komplexe (→ Konstellation) bearbeitet werden können. Jung gab Anweisungen, die auftauchenden Bilder möglichst objektiv wahrzunehmen und ihren Fluß nicht zu unterbrechen. Damit aus diesem imaginativen Prozeß aber eine Aktive Imagination wird, muß das Ichbewußtsein die Spaltungsfähigkeiten aktivieren und sehr bewußt in eine dialogische Auseinandersetzung mit dem Fantasieprodukt gehen. Das Ichbewußtsein soll auf die Imagination reagieren und dann wieder so weit die Bewußtseinsschwelle senken (→ Abaissement), daß die mehr unbewußten Bilder wieder fließen. Jung meinte, so analysiere man das → Unbewußte, gebe dem Unbewußten aber auch eine Chance, das Bewußtsein zu analysieren (Jung, 1972, Bd. II: 195). In der sehr anspruchsvollen Aktiven Imagination gibt man der Dynamik der → Symbolbildung, wie sie Jung sieht, und damit der Kreativität Raum. Die Aktive Imagination gibt die Möglichkeit, sich mit heftigen Affekten konstruktiv auseinanderzusetzen und macht unabhängig vom Analytiker. Man arbeitet eigenverantwortlich im imaginären Raum.

Chodorow J (1997) Jung on active imagination. London, Routledge

Hillman J (1986) Die Heilung erfinden. Zürich, Schweizer Spiegel Verlag, S 119–132

Jung CG [1916] (1976) Die transzendente Funktion. In: GW, Bd. 8, § 131–193. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Jung CG (1972/73) Briefe, Bd. I–III. Olten, Walter

Kast V (1988) Imagination als Raum der Freiheit. Dialog zwischen dem Ich und dem Unbewußten. Olten, Walter

Verena Kast

Imaginative Verfahren (in der → Verhaltenstherapie). Vorstellungs- und Fantasieübungen werden vor allem als ergänzende Strategien im verhaltenstherapeutischen Prozeß eingesetzt. Kanfer et al. (1996) bezeichnen sie als besonders wirksame Möglichkeiten im therapeutischen Setting, weil sie den Klienten dazu führen, die ganze Bandbreite seines sensorisch-perzeptuellen Systems auszuschöpfen. Durch die Vorstellungstechniken werden alle Sin-

ne angesprochen, Emotionen durchlebt sowie kognitive Prozesse angeregt. Verhaltenstherapeutische Imagination verläuft strukturiert und wird – nach einer einleitenden Phase der Entspannung – durch den Therapeuten initiiert und begleitet. Je nach Ziel der Fantasieübung werden konkrete Anleitungen gegeben, Fragen zur Verdeutlichung der Vorstellung gestellt oder Aufgaben vereinbart. Nach Beendigung der Übung erfolgt eine gemeinsame Bearbeitung des Erlebten. Innerhalb der Verhaltenstherapie ergeben sich eine Reihe von Anwendungsbereichen für Imagination: Vorstellungsübungen erleichtern die Ziel- und Wertklärung im Rahmen des → Selbstmanagements, sie ermöglichen eine Stabilisierung von neu erlerntem → Verhalten durch die lebhafte Vorstellung der Verhaltensmuster und der damit verbundenen Gedanken und Gefühle, ein Probehandeln in der Vorstellung und damit verbunden die Verarbeitung der erwarteten Konsequenzen. Ein bekanntes Verfahren der Verhaltenstherapie, das mit imaginativen Elementen arbeitet, stellt die systematische → Desensibilisierung (in sensu) dar, bei der durch die Vorstellung der angstbesetzten Inhalte alle Komponenten der Angst erlebt und gezielt bearbeitet werden. Ein weiterer wichtiger Anwendungsbereich besteht in der Bearbeitung traumatisierender Erlebnisse und der Behandlung daraus resultierender Störungen.

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2. überarb. Aufl. Berlin, Springer [bes. S. 407]

Lazarus AA [1978] (1979) Innenbilder. München, Pfeiffer

Lutz R (1996) Euthyme Therapie. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 335–351

Rosemarie Sigmund

Imitationslernen. → Modellernen; → Verhaltenstherapie.

Immanente Reflexion. → Reflexion, immanente; → Analytische Psychologie.

Impasse. → Engpaß (aus Sicht der → Gestalttherapie).

Implikation (→ Hypnose). Dieses hypnotische Sprachmuster ist eine „Einflechtung“, also die Einbeziehung einer Sache in eine andere, in der Philosophie die Bezeichnung für die logische „wenn-so“-Beziehung. Es werden bei einer Implikation auf indirektem, da verstecktem Weg, Inhalte als gegeben suggeriert. Die Implikation kann eine Vorannahme sein oder eine eingebettete, mitgemeinte, einbezogene, eingeschlossene, oft unbemerkte oder indirekte Kausalität, Frage, Aufforderung oder Erlaubnis. Vorannahmen (Präsuppositionen) sind „Unterstellungen“, also Fakten, mit denen etwas vorausgesetzt wird („Ich bin gespannt, wann Sie merken werden, wie Sie dieses Problem lösen“). Die Möglichkeit des Erfolges oder Mißerfolges wird ersetzt durch die Implikation, daß das Problem gelöst wird, sodaß es nur mehr um das „Wie“ geht. „Noch unmöglich“ impliziert, daß es möglich wird. Das Wort „auch“ impliziert, daß etwas auch bei anderen zutrifft: „Auch die Hypnose verwendet Implikationen“ impliziert, daß diese auch in anderen Methoden verwendet werden.

Ladenbauer W (1994) Was ich von der Hypnose für das Katathyme Bilderleben gelernt habe. In: Gerber G, Sedlak F (Hg), Katathymes Bilderleben innovativ. München, Reinhardt, S 184–208

Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. 2., korrig. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Wolfgang Ladenbauer

Implizit (→ Focusing). Begriff von Gendlin für jene Aspekte des Erlebens (→ Experiencing), die schon gespürt, aber noch nicht gewußt sind; sie sind implizit wirksam (implicit functioning) und bestimmen den größten Teil unseres Erlebens und Verhaltens. Da sie schon gespürt werden können (also nicht „unbewußt“ sind), kann man sich auf sie unmittelbar beziehen (direct reference). „Das implizite, gefühlte

Erlebensdatum (direct referent) ist ein Spüren des Körper-Lebens. Als solches kann es unzählige organisierte, wohlgeordnete Aspekte haben, aber das bedeutet nicht, daß diese Aspekte begrifflich geformt, konzeptualisiert, explizit wären. Implizites, körperliches Erleben ist vorbegrifflich“ (Gendlin, 1964: 9). Implizites Erleben ist unvollständig und „wartet“ auf Symbole (oder Ereignisse), mit denen es auf organisierte (preorganized) Weise (→ Fortsetzungsordnung) interagieren kann. Implizites Erleben ist die „Quelle“ für neue, frische Schritte des Sagens, Denkens und Handelns; das Bezugnehmen auf und das achtsame → Verweilen mit den impliziten, körperlich gespürten Bedeutungen (→ Felt Sense) ist die wichtigste Voraussetzung für das Zustandekommen des persönlichen Veränderungsprozesses (→ Körper).

Gendlin ET [1964] (1992) Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Würzburg, DAF

Gendlin ET (1993) Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. Deutsche Zeitschrift für Philosophie 41(4): 693–706

Gendlin ET (1994) Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen. Würzburg, DAF

Johannes Wiltshcko

Impotenz, orgastische. → Orgastische Potenz.

Improvisation (→ Musiktherapie). Wesentlichste Grundlage musiktherapeutischer Techniken der → Aktiven Musiktherapie. Während in den musiktherapeutischen Gründerjahren die musiktherapeutische Improvisation noch wenig Erwähnung findet, haben seit 1971 Autoren wie Nordoff, Robbins, Priestley oder Schmölz (vgl. Weymann, 1996) die Bedeutung dieser Grundtechnik sowie Konzeptionen im Rahmen der Einzel- und Gruppenmusiktherapie zur Diskussion gestellt. Unterschieden werden: 1. strukturierte Improvisation (Regelspiele), 2. thematische Improvisationen (klangliche Gestaltung eines Themas – Darstellung, Aktualisierung), 3.

kommunikative Improvisation (musikalischer Dialog – Interaktion), 4. freie Improvisation (analog zur → freien Assoziation – unbewußte Inhalte/Prozesse).

Hegi F (1986) Improvisation und Musiktherapie. Paderborn, Junfermann

Weymann E (1996) Improvisation. In: Decker-Voigt H, Knill PJ, Weymann E (Hg), Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Hogrefe, S 133–137

Dorothee Storz

In-der-Welt-sein. → Ek-sistenz; → Daseinsanalyse.

Indexpatient. → Identifizierter Patient; → Familientherapie, strukturelle; → Familientherapie, strategische.

Indifferenz, schöpferische. → Schöpferische Indifferenz; → Gestalttherapie.

Indikation zur → Psychoanalyse. Indikation (lat.) oder Heilanzeigen bezeichnet den Grund, aus dem bestimmte Heilmittel oder Behandlungsmethoden angezeigt erscheinen, während die → Kontraindikation die Gegenanzeige zu einer Behandlungsmethode bedeutet. Freuds (1905) 4 Punkte, die Psychoanalyse betreffend, sind prinzipiell gültig: gewisser Bildungsgrad, einigermaßen verlässlicher Charakter, Gedrängtsein durch Leiden, individuell zu bestimmende Altersgrenze (auch Jugendliche seien gut behandelbar). Für Zustände von Verworrenheit und tiefgreifender Verstimmung müsse das Verfahren abgeändert werden. Indikation für Psychoanalyse auch, um Einsicht in Herkunft und Mechanismus einer Erkrankung zu gewinnen – Junktum zwischen Heilen und Forschen (Freud, 1927). Derzeit für psychoanalytische Behandlungsansätze geltende Indikationskriterien: die Persönlichkeitsstruktur, klinisch diagnostizierbar durch Einschätzen der Ich-Funktionen (Bellak et al., 1973) oder die noch in Ausarbeitung

begriffene operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD, 1996). Weitere Faktoren für die Indikationsstellung sind: Umweltvariablen, Introspektionsfähigkeit sowie die Fähigkeit, eine Probedeutung annehmen zu können – dies insbesondere bei zeitlich oder inhaltlich begrenzten psychoanalytischen Psychotherapien. Relevant für die Indikationsstellung ist die Frage, welches → Setting für einen bestimmten Patienten in einer bestimmten Situation angemessen ist: Psychoanalyse (Standardmethode), expressive psychoanalytische Psychotherapie oder stützende psychoanalytische Psychotherapie, z. B. in akuten → Krisen, bei psychotischen Patienten (Kernberg et al., 1993), Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, stationäre oder ambulante Psychotherapie.

OPD Arbeitskreis (Hg) [1996] (1998) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD. Grundlagen und Manual. 2., korr. Aufl. Bern, Hans Huber

Bellak L, Cediman K, Hurwick M (1973) Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals. New York, Wiley

Freud S [1905] (1982) Über Psychotherapie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 107–119

Freud S [1927] (1982) Nachwort zur Frage der Laienanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 342–349

Kernberg O, Salzer MA, Harold W, Koenigsberg H, Carr A, Appelbaum C, Appelbaum A (1993) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern, Hans Huber

Schuster P, Springer-Kremser M (1994) Anwendungen der Psychoanalyse. Wien, WUV

Marianne Springer-Kremser

Indikation zur Psychotherapie. Umfaßt sowohl 1. den Grund, warum Psychotherapie angebracht erscheint, als auch 2. Patienten-/Klientenvariablen als Eingangsbedingung. Psychotherapie erscheint angebracht: 1. bei Leidenszuständen, die entweder in einer massiven Beeinträchtigung von Lebens- und Beziehungsqualität und/oder der Arbeits- und Beziehungsfähigkeit

begründet sind oder sie bedeuten, bzw. deren Beeinträchtigung bewirken (→ Psychosen, → Persönlichkeitsstörungen, → Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Ängste, Zwänge, Süchte, Depressionen etc.); bei funktionellen Störungen, die keine somatische Ursache haben, an denen psychosoziale Faktoren ursächlich beteiligt sind, die die Aufrechterhaltung der Beschwerden fördern oder deren Behandlung entgegenwirken; bei → psychosomatischen Erkrankungen zur Linderung bzw. Besserung der Symptome und zur Bearbeitung jener psychosozialer Faktoren, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung beteiligt sind; als Begleitmaßnahme somatischer Erkrankungen zur Linderung, Beseitigung bzw. Vorbeugung psychischer Beeinträchtigungen, die sich als Folge von somatisch-diagnostischen oder somatisch-therapeutischen Maßnahmen einstellen können; in Krisensituationen zur Unterstützung der Verarbeitung traumatischer Ereignisse und wenn die momentane Bewältigungskapazität überfordert ist. Geht man nicht nur davon aus, daß → Psychotherapie ausschließlich eine Krankenbehandlung ist, ist sie auch dann angezeigt, wenn es um Individuation, Entfaltung der Persönlichkeit und das Entdecken unausgeschöpfter innerer Potentiale im Sinne von Selbsterfahrung geht. 2. Patienten-/Klientenvariablen: intakte Ich-Funktionen (Denken, Wahrnehmung, Gedächtnis, Realitätssinn, Frustrationsfähigkeit), äußere und innere Ressourcen, Fähigkeit zur Einsicht in psychosoziale Zusammenhänge und psychische (Mit-)Bedingtheit des Leidenszustandes, Motivation zur Veränderung und Leidensdruck. Differentielle Indikationsstellungen, d. h., welcher Therapiemethode für welche Störung/Erkrankung klare Priorität zukommt, scheinen durch empirische Forschung kaum belegbar (Grawe et al., 1994; → Differentielle Psychotherapieforschung). Die Bedeutung der Patient-Therapeut-Interaktion (→ Interaktionsforschung) im diagnostischen Erstgespräch (interaktionelle Diagnostik) wurde für die Akzeptanz (bzw. Motivation dazu) erkannt.

Baumann U (Hg) (1981) Indikation zur Psychotherapie: Perspektiven für Praxis und

- Forschung. München, Urban & Schwarzenberg
- Bergin AE, Garfield SL (Ed) (1994) Handbook of psychotherapy and behavior change. Fourth edition. New York, Wiley
- Cierpka M (1996) Die Ziele und Indikationsüberlegungen der Therapeuten. In: Cierpka M (Hg), Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin, Springer, S 59–86
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe
- Heigl F (1987) Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Für die Praxis des Arztes, Psychotherapeuten und klinischen Psychologen. 3., durchges. Aufl. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Schneider W (Hg) (1990) Indikationen zur Psychotherapie. Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme. Weinheim, Beltz
- Strotzka H (Hg) (1978) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. 2. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg

Jutta Fiegl

Indirekte Suggestion. → Suggestion; → Hypnose.

Individualpsychologie. Individualpsychologie bezeichnet jene Tradition innerhalb der → Tiefenpsychologie, die 1911 aus der Auseinandersetzung Alfred Adlers mit S. Freud hervorgegangen ist. Zum Menschenbild der Individualpsychologie: Mit der Bezeichnung „Individualpsychologie“ wollte Adler „das personenbezogene Ganzheitliche ebenso wie das individuell Typisierende individualpsychologischer Menschenkenntnis hervorheben: In allen Eigenheiten und Auffälligkeiten“ eines Menschen steckt demnach „stets die ganze Person als steuerndes Aktzentrum; und so verschiedenartig die Aufgaben und Probleme, die Situationen und Personen sind, mit denen es der einzelne zu tun bekommt, stets reagiert er in einer nur für ihn typischen [...] Art und Weise“ (Wiegand, 1995: 247; → Einheit der Persönlichkeit; → Lebensstil). Im Zentrum des individualpsychologischen Menschenbildes steht zugleich die Annahme, daß jeder Mensch ständig in bewußter und unbewußter Weise bestrebt ist, das subjektive Erleben von „Mangel“ zu überwinden (→ Mangellage; → Kompensation). Was ein

Mensch jeweils als Mangel erlebt, welche Ziele er zur Überwindung seines Mangelerslebens verfolgt und welche Aktivitäten er dabei setzt, gründet in der Art der Auseinandersetzung, die ein Mensch bislang mit sich und der Welt geführt hat. Im Zuge solcher Auseinandersetzungen bildet jeder Mensch komplexe Tendenzen der → Apperzeption aus. In diesen wurzelt die lebensstiltypische Art, in der ein Mensch wahrnimmt und handelt (→ Aktivität; → Finalität). Da sich jeder Mensch vor der bewußten Wahrnehmung von bedrohlichen Erlebnisinhalten mit Hilfe unbewußter Abwehr- und Sicherungsaktivitäten zu schützen versucht, ist dem Einzelnen ein Gutteil dieser Aktivitäten nicht bewußt (→ Abwehr, aus Sicht der Individualpsychologie; → Sicherheitsstreben). Auch krankheitswertige Symptombildungen sind Folge und Ausdruck solcher Abwehr- und Sicherungsversuche. Adler beschrieb vornehmlich, wie Menschen das bewußte Erleben von → Minderwertigkeitsgefühlen zu vermeiden versuchen und sich die vordergründige → Fiktion schaffen wollen, besonders attraktiv, mächtig oder überlegen zu sein (→ Geltungsstreben; → Machtstreben; → nervöser Charakter; → Psychosomatik). In der jüngeren individualpsychologischen Literatur werden allerdings vielgestaltige Formen des Erlebens von Mangel thematisiert, u. a. auch das belastende Verspüren von innerpsychischen Konflikten oder die Angst vor dem bewußten Gewahrwerden von bedrohlichen Gefühlen wie jenen der Lust, Scham, Schuld oder Trauer. Zur Geschichte der Individualpsychologie: Von 1911 bzw. 1913 an nahm Adlers Individualpsychologie eine Entwicklung, die sich von jener der Psychoanalyse zunächst deutlich abhob (Handlbauer, 1984; Bruder-Bezzel, 1999). Als viele Individualpsychologen vor dem Nationalsozialismus flüchten mußten, führten sie im Ausland vornehmlich jene Ansätze Adlers fort, die später verschiedenen Theorien der kognitiven und humanistischen Psychologie nahe stehen sollten. Besonders erfolgreich war dabei Rudolf Dreikurs in den USA. F. Birnbaum und O. Spiel blieben als Nicht-Juden hingegen in Wien, trafen regelmäßig mit dem Psychoanalytiker A. Aichhorn zusammen und schufen damit eine Basis für die

Weiterführung eines originär tiefenpsychologischen Selbstverständnisses von Individualpsychologie nach 1945 (Spiel, 1977: 160). Jüngere Entwicklungen innerhalb des psychoanalytischen Mainstreams konvergierten mit traditionellen Standpunkten der Individualpsychologie, regten einige Weiterentwicklungen innerhalb der individualpsychologischen Theoriediskussion an und unterstützten – gemeinsam mit verschiedenen wissenschaftlichen Aktivitäten von Personen wie R. Kausen, W. Spiel oder E. Ringel – die Ausbreitung einer psychoanalytischen Identität von Individualpsychologie, die sich heute vor allem in Italien sowie im deutschsprachigen Raum ausmachen lässt (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 1995). Diesem Selbstverständnis zufolge wird die Individualpsychologie als eine eigenständige „tiefenpsychologische Schule in der Tradition der Psychoanalyse“ begriffen (Schmidt, 1995: 106). Dem entspricht der Umstand, daß die Alfred-Adler-Institute in Deutschland als psychoanalytische Ausbildungsinstitute anerkannt sind. Zur Methodik der Psychotherapie: Auch in der psychotherapeutischen Praxis der zeitgenössischen europäischen Individualpsychologie spiegelt sich die aktuelle Theorieentwicklung der Individualpsychologie wieder (→ individualpsychologische Psychotherapie). Der Tradition der Individualpsychologie entsprechend stehen Individualpsychologen verschiedenen Varianten des Settings, der Dauer und der Frequenz von Psychotherapie besonders interessiert gegenüber. Sie schenken der unbewußten Selbstwertregulation von Patienten sowie dem Zusammenspiel zwischen lebensgeschichtlich ausmachbaren und aktuellen Lebensbezügen besondere Beachtung; sie bemühen sich um eine Haltung des tiefenpsychologischen Verstehens (→ Deutung) und der → Ermutigung; sie beachten in besonderer Weise die förderlichen oder entwicklungshemmenden sozialen Beziehungen, in denen Patienten stehen; und sie neigen im Sprechen über Patienten und psychotherapeutische Prozesse zu erlebnisnahen Formulierungen (→ Metapsychologie).

Ansbacher HL, Ansbacher RR (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systemati-

sche Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. 3., erg. Aufl. München, Reinhardt

Antoch RF (1994) Beziehung und seelische Gesundheit. Frankfurt/M., Fischer

Bruder-Bezzel A (1999) Die Geschichte der Individualpsychologie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Handlbauer B (1984) Die Entstehungsgeschichte der Individualpsychologie Alfred Adlers. Wien, Geyer

Handlbauer B (1990) Die Adler-Freud-Kontroverse. Frankfurt/M., Fischer

Lehmkuhl U, Lehmkuhl G (1995) Zur Theorieentwicklung der Individualpsychologie. In: Bell K, Höhfeld K (Hg), Psychoanalyse im Wandel. Gießen, Psychosozial-Verlag, S 246–263

Schmidt R (1995) Die Weiterentwicklung der Individualpsychologie im deutschsprachigen Raum in den Jahren von 1970 bis heute. In: Schmidt R, Kausalität, Finalität und Freiheit. Perspektiven der Individualpsychologie. München, Reinhardt, S 79–127

Spiel W (1977) Aufstieg, Krise und Renaissance des Wiener Vereins für Individualpsychologie. In: Ringel E, Brandl G (Hg), Ein Österreicher namens Alfred Adler. Wien, Österreichischer Bundesverlag, S 155–165

Wiegand R (1995) Individualpsychologie. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 246–249

Wilfried Datler

Individualpsychologische Erziehungsberatung. → Erziehungsberatung, individualpsychologische.

Individualpsychologische Gruppentherapie. Adler hat mit seinen öffentlichen → Erziehungsberatungen, der Einführung von Begriffen wie → Gemeinschaftsgefühl, privater → Logik oder → Minderwertigkeitsgefühl interaktionelle und damit Gruppenprozesse genutzt und beschrieben (vgl. Gfäller, 1988, 1995). Obwohl man nicht von einer eigenständigen, klar abgegrenzten individualpsychologischen Gruppentherapie sprechen kann (Schmidt, 1996: 193), entwickelten sich daraus zwei Richtungen, die sich an unterschiedlichen Konzepten orientieren: zum einen an der → Gruppenpsychoanalyse von S.H. Foulkes, der in-

dividualpsychologische Wurzeln hatte, zum anderen am klassisch-individualpsychologischen, zielorientierten Arbeiten mit Lösungen und Stärken. Die an der Gruppenpsychoanalyse orientierte individualpsychologische Gruppentherapie arbeitet mit → Übertragung und → Widerstand und erkennt in der Dynamik des Hier-und-Jetzt den Ausdruck unbewußter Konflikte und Defizite der Patienten. Im therapeutischen Prozeß wird das soziale Unbewußte in die Dynamik der Gruppe übersetzt, also bewußt gemacht, damit Empfindungen erfahren und mit anderen geteilt werden können. Der wichtigste Faktor für Veränderungen ist die Gruppeninteraktion selbst. Übertragung wird in der Gruppe von den komplexen Interaktionen vieler verschiedener Personen hervorgerufen, die sich auf unterschiedlichen Stufen der → Regression befinden. Übertragungsdeutungen beschäftigen den Gruppenanalytiker nur wenig, die Erlangung von zusehends tiefer werdenden Kommunikationsweisen ist das Ziel. Eine wichtige Regel für den Gruppenleiter besteht daher darin, daß er nur deutet, um die Kommunikation der Gruppe zu verbessern. Auch sind Verknüpfungen zwischen vergangenen und gegenwärtigen Erlebnissen nicht von zentraler Bedeutung. Die Vergangenheit wird nicht gesucht, sondern entsteht im Hier-und-Jetzt der Gruppensituation und wird dann als wichtiger Teil der analytischen Arbeit gesehen. Der Umgang mit → Gegenübertragung erfolgt einzig und allein als Übertragungsdeutung. Ein direktes Besprechen der Gefühle und Reaktionen des Therapeuten wird vermieden. Die zielorientierte und an den Stärken der Patienten ausgerichtete Variante der individualpsychologischen Gruppentherapie orientiert sich nicht an der Pathologie, sondern einzig und allein an den Stärken der Patienten und an Gesundheit als Ziel. Der Gruppenleiter fördert aktiv individuelle Lösungen und Lösungsansätze innerhalb des Gruppenprozesses und sichert sie. Regressionförderndes wird tunlichst vermieden, Übertragung sofort angesprochen und nicht weiterentwickelt. Widerstand wird positiv konnotiert. Die Bedürfnisse der Gruppe und die Übertragungsmuster werden auf der Basis psychoanalytischer Diagnostik erfaßt.

Gfäller GR (1988) Die Gruppenpsychoanalyse von S.H. Foulkes und ihre Beziehung zur Individualpsychologie Alfred Adlers. Zeitschrift für Individualpsychologie 13: 231–245

Gfäller GR (1995) Gruppenpsychotherapie. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 217–223

Schmidt R (1995) Die Arbeit mit der Gruppe. In: Schmidt R, Kausalität, Finalität und Freiheit. Perspektiven der Individualpsychologie. München, Reinhardt, S 171–205

Schmidt R (1996) Individualpsychologische Gruppenanalyse. Zeitschrift für Individualpsychologie 21: 190–203

Kurt B. Gümther

Individualpsychologische Psychotherapie. Als Mitbegründer von Sigmund Freuds Mittwoch-Gesellschaft zählte Adler zu den ersten psychoanalytisch arbeitenden Psychotherapeuten. Im Unterschied zu Freud arbeitete Adler im Sessel-Sessel-Setting, weniger zurückhaltend sowie stark fokussierend. Zugleich findet man bei Adler zwei Arbeitshaltungen nebeneinander: eine konfrontativ-aufdeckende und eine begleitend-einfühlsame (Bruder-Bezzel, 1995: 261). In der zeitgenössischen Literatur der deutschsprachigen Individualpsychologie werden enge Bezüge zwischen Adlers therapeutischem Vorgehen und jüngeren psychoanalytischen Therapiekonzepten herausgearbeitet, welche für die Arbeit mit sogenannten frühgestörten bzw. Borderline-Patienten entwickelt wurden. Zugleich wird aber auch Kritik an Adlers Tendenz geäußert, mitunter zu stark erklärend und manipulativ gearbeitet zu haben. Letzteres führte innerhalb der jüngeren Individualpsychologie zu einer verstärkten Wertschätzung des hochfrequenten analytischen Arbeitens im Sessel-Couch-Setting (→ Beziehungsanalyse; → Deutung; → Finalität). Im Unterschied zur stärker kognitiv orientierten Individualpsychologie, die in Amerika weite Verbreitung gefunden hat, läßt sich daher mit Bezugnahme auf den deutschsprachigen Raum festhalten, daß Individualpsychologen heute mit der gesamten Bandbreite psychotherapeutischer Methoden arbeiten, die gegenwärtig für psychoanalytisch-therapeutische Therapie-

verfahren beschrieben werden (Mertens, 1990: 192ff.). Die hochfrequente, langfristige Analyse von Erwachsenen zielt in besonders differenzierter Weise auf das Deuten und Bewußtwerden von Unbewußtem ab und findet zusehends im Sessel-Couch-Setting bei zwei bis vier Therapiesitzungen pro Woche statt. Von zentraler Bedeutung ist dabei ein zurückhaltendes Auftreten des Therapeuten, die Aufforderung an den Patienten, frei zu erzählen, was ihm in den Sinn kommt, sowie das Bemühen um ein allmähliches Verstehen des bewußten und unbewußten lebensstiltypischen Erlebens und Handelns im Hier-und-Jetzt, besonders das Verstehen von → Übertragung und → Widerstand, → Abwehr und Sicherung unter Einbeziehung biografischer Perspektiven (→ Apperzeption, tendenziöse). Unter Berücksichtigung der jeweiligen Indikation zur Psychotherapie, den gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen und den aktuell gegebenen Möglichkeiten wird auch in anderen Settings gearbeitet, wobei die spezifische methodische Gestaltung der psychotherapeutischen Arbeit vom je entfalteten tiefenpsychologischen Verständnisrahmen abhängig gemacht wird. Kritisch wird zur Zeit der Einsatz von körperorientierten Methoden diskutiert (Presslich, 1997). Individualpsychologische Psychotherapie wird nicht nur mit Erwachsenen, sondern auch in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Familien, Paaren und Gruppen sowie im Grenzbereich zwischen Psychotherapie und Beratung geleistet (→ Erziehungsberatung; → Gruppenpsychotherapie, individualpsychologische).

Antoch RF (1995) Psychotherapie. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 398–400

Bruder-Bezzel A (1995) Gibt es *eine* individualpsychologische Technik? Zur Theorie in der Frühzeit der Individualpsychologie. Zeitschrift für Individualpsychologie 20: 259–272

Mertens W (1990) Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd. I. Stuttgart, Kohlhammer

Presslich E (1997) Borderline-Störungen: Wenn Gefühle abgespalten werden müssen. Zeitschrift für Individualpsychologie 22: 32–37

Rogner J (1994) Ein Jahr nach Abschluß einer analytischen Adlerianischen Psychotherapie.

I: Vergleich mit Personen, die eine Psychotherapie beginnen; II: Veränderungen der Symptomatik. Zeitschrift für Individualpsychologie 19: 191–202, 318–326

Wilfried Datler

Individuation (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Jung hat als erster einen Entwicklungsprozeß der zweiten → Lebenshälfte postuliert. Dieser wurde definiert als Individuationsprozeß, den man heute nicht mehr nur auf die zweite Lebenshälfte beschränkt sieht: als Prozeß, der dazu führen soll, daß der Mensch im Laufe des Lebens immer mehr der wird, der er eigentlich ist. Das heißt, immer authentischer zu werden, immer mehr sich selbst, immer mehr „ganz“ (→ Ganzheit). Der Individuationsprozeß ist aber auch ein Prozeß, der zu mehr Abgrenzung, zu mehr Autonomieerleben führt, durch eine bewußte Auseinandersetzung mit dem kollektiven Bewußtsein, mit Rollen und Normen, durch eine altersgemäße Ablösung von den Elternkomplexen (→ Mutterkomplex; → Vaterkomplex) und durch eine Auseinandersetzung mit → Komplexen überhaupt. Jung bezeichnet den Individuationsprozeß einerseits als internen, subjektiven Integrationsvorgang, d. h., in diesem Prozeß stehend, lernt der Mensch immer mehr Seiten an sich kennen und tritt mit ihnen in Kontakt, verbindet sie mit dem Bild von sich selbst, z. B. durch Rücknahme von → Projektionen. Andererseits ist der Individuationsprozeß ein interpersoneller, intersubjektiver Beziehungsvorgang (Jung, GW, Bd. 16, § 445). Die Beziehung zum → Selbst und zum Mitmenschen bedingen einander. Das Zentrum, das diesen Individuationsprozeß intendiert, potentiell enthält und bewirkt, ist das → Selbst. Individuation ist ein Prozeß und letztlich auch ein Ziel. Als Ziel ist Ganzwerden eine Utopie. Der Prozeß indessen erfüllt die Dauer des Lebens mit → Sinn (ebd., § 400). Dieser Prozeß besteht in einer kontinuierlichen dialogischen Auseinandersetzung zwischen → Bewußtsein und → Unbewußtem. Bewußte und unbewußte Inhalte werden im → Symbol zu etwas Drittem, etwas Neuem (→ transzendente Funktion). Es ist

ein schöpferischer Prozeß, die Basis der Theorie der Jungschen Therapie. Im Verlauf dieses Prozesses werden einige besonders wichtige → Archetypen – wie → Anima und Animus – und die vielfältigen Bilder des → Schattens belebt.

Jung CG [1921] (1994) Definitionen: Individuation. In: GW, Bd. 6, §§ 743–748. Olten, Walter

Jung CG [1946] (1971) Die Psychologie der Übertragung. In: GW, Bd. 16, S 167–170 u. §§ 353–539. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Kast V (1994) Vater-Töchter, Mutter-Söhne: Wege zur eigenen Identität aus Vater- und Mutterkomplexen. Stuttgart, Kreuz

Verena Kast

Induktion. → Tranceinduktion; → Trance; → Hypnose.

Inflation. Die → Analytische Psychologie versteht darunter eine Aufgeblasenheit des → Bewußtseins, „eine die individuellen Grenzen überschreitende Ausdehnung der Persönlichkeit“ (Jung, GW, Bd. 7, § 227). Ursache der Inflation sind Identifizierungen mit Amt und Titel oder „bedeutsame Phantasien“ (ebd., § 228), die aus dem → kollektiven Unbewußten stammen. „Inflation ist paradoxerweise ein Unbewußtwerden des Bewußtseins. Dieser Fall tritt ein, wenn letzteres sich an Inhalten des Unbewußten übernimmt und die Unterscheidungsfähigkeit, diese *conditio sine qua non* aller Bewußtheit, verliert“ (GW, Bd. 12, § 563). „Hierin zeigt sich die charakteristische Wirkung des → Archetypus: Er ergreift die Psyche mit einer Art Urgewalt und nötigt zur Überschreitung des menschlichen Bereiches. Er veranlaßt Übertreibung, Aufgeblasenheit, Unfreiwilligkeit, Illusion und Ergriffenheit im Guten wie im Bösen“ (GW, Bd. 7, § 110; → Religion). Inflation entsteht, wenn es nicht gelingt, zwischen dem → Ich und den Figuren des Unbewußten zu unterscheiden. „Die Inflation [...] vergrößert den blinden Fleck im Auge“ und „es ist als eine psychische Katastrophe zu werten, wenn das Ich vom → Selbst assimiliert wird. Das Bild der →

Ganzheit verharret im Unbewußten“ (GW, Bd. 9/II, §§ 44–47). Inflation ist Selbstüberhebung, wird durch Minderwertigkeitsgefühle kompensiert und geht dabei oft mit Selbstwertzweifeln und Zuständen von Selbstunsicherheit einher. Sie kann zu einem hypomanen oder depressiven Zustand führen. Ursächlich kommt auch eine Schwäche des Ich-Komplexes in Frage.

Jung CG [1928] (1989) Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten. In: GW, Bd. 7, §§ 202–406. Olten, Walter

Jung CG [1937] (1972) Die Erlösungsvorstellungen in der Alchemie. In: GW, Bd. 12, §§ 332–565. Olten, Walter

Jung CG [1951] (1976) Aion. Beiträge zur Symbolik des Selbst. In: GW, Bd. 9/II. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Barnim Nitsch

Initiatische Therapie. Entwickelt von Gräfin und Grafen Dürckheim, wird in der Regel der → Transpersonalen Psychotherapie zugeordnet. Als Dürckheim sich 1952 in Todtmoos-Rütte (Schwarzwald) niederließ, fing eine langjährige Zusammenarbeit mit seiner späteren Frau, Maria Hippus, an. Maria Hippus hat nach dem Zweiten Weltkrieg dort als Psychologin, anfänglich grafologisch, gearbeitet. Aus der Grafologie heraus entwickelte sie das „Geführte Zeichnen“, eines der beiden Hauptmedien der Initiatischen Therapie. Dürckheim, inspiriert durch seine intensive Auseinandersetzung mit dem Zen-Buddhismus, entwickelte die „Personale Leibtherapie“, heute vielfach „Initiatische Leibtherapie“ genannt, als zweites Hauptmedium der Initiatischen Therapie. Die Initiatische Therapie ist nicht nur durch Zen, sondern auch maßgeblich durch die Tiefenpsychologie von C.G. Jung und E. Neumann inspiriert. Außerdem fließen Elemente der westlichen → Mystik und der Ganzheits- und → Gestaltpsychologie mit ein. Eine der Grundvorstellungen ist, daß eine initiatische (oder Seins-)Erfahrung einen inneren Prozeß auslösen kann: „den initiatischen Weg“. In einer Seinserfahrung ergibt sich eine Durchlässigkeit für die immanente → Transzendenz. Das Ziel des initiatischen Weges ist die Verwirklichung eines mehr dauer-

haften „Bezugs zur Transzendenz“ mittels einer „Bereinigung des → Unbewußten“. Das therapeutische Angebot in Einzel- und Gruppenstunden wird aus diesem Grunde mit „Exercitiae ad integrum“ ergänzt, wie zum Beispiel Aikido, Tai-Chi, Yoga, Übungen mit dem Schwert und das Za-Zen. Außerdem wird der Alltag als Übungsfeld miteinbezogen. Im „Geführten Zeichnen“ werden nach vorbereitendem Zeichnen von Urformen mit verschlossenen Augen in absichtsloser Grundhaltung bewußtseinsnahe und -reife Themen wie „von selbst“ aus der Tiefe hervorgeholt und sichtbar. Ähnliches geschieht in der Arbeit mit Tonerde. Auch in der Leibtherapie wird nach anfänglicher Zentrierung Prozeßarbeit geleistet, in dem Sinne, daß Schattenmaterial durch gezielte Berührungen bearbeitet wird, → Anima- und Animusaspekte integriert werden und eine „Ich-Selbst-Achse“ (E. Neumann) erstellt wird. Auch in Träumen werden die im Hinblick des Individuationsprozesses (C.G. Jung; → Individuation) relevanten Themen manifest. Deswegen finden sie in allen Medien der Initiatischen Therapie Beachtung.

Dürckheim K (1974) Im Zeichen der großen Erfahrung. München, Barth

Hippius M Gräfin Dürckheim (1996) Geheimnis und Wagnis der Menschwerdung. Schaffhausen, Novalis

Jacobi J (1971) Die Psychologie von C.G. Jung. Freiburg, Walter

Neumann E (1974) Ursprungsgeschichte des Bewußtseins. München, Kindler

Zundel E, Loomans P (1994) Psychotherapie und religiöse Erfahrung. Freiburg, Herder

Pieter Loomans

Inkongruenz. Zentraler Begriff der Persönlichkeitstheorie und Störungslehre der → Klientenzentrierten Psychotherapie für die konfliktthaltige innerpsychische Diskrepanz, die entsteht, wenn Erfahrungen vom Individuum nicht korrekt symbolisiert und als → Selbst-Erfahrungen wahr- und angenommen werden können. Nach Rogers ist das grundlegende → Bedürfnis nach positiver Beachtung für das sich entwickelnde → Selbst so wesentlich, daß es sich unter bestimmten Bedingungen

mehr an relevanten Bezugspersonen als an der eigenen organismischen Bewertung (→ Bewertungsinstanz, innere) seines Erlebens orientiert. Wenn Selbsterfahrungen des Individuums von den relevanten Anderen eben nur unter Bedingungen und somit unterschiedlich anerkannt und verstanden werden, so entwickeln sich auch die Selbstachtung und das Selbstverstehen des eigenen Erlebens analog selektiv. Im Selbst haben sich damit → Bewertungsbedingungen etabliert. Die Person begegnet ihren Erfahrungen nicht mehr mit bedingungsloser Anerkennung. Sie lebt nun in einem Zustand der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung und damit in einem Zustand von psychischer Fehlanpassung und latenter Bedrohtheit. Die Inkongruenz ermöglicht es dem Selbst, seine konsistente Struktur zu bewahren; zugleich dient es aber auch dem organismischen Bedürfnis, das in gewisser Weise – nämlich verzerrt oder unbewußt – zum Ausdruck gebracht wird. In diesem Sinn sprechen Rogers und andere Autoren von einer Spaltung oder Dissoziation der als grundlegend angenommenen → Aktualisierungstendenz gegenüber der von ihr abgeleiteten → Selbstaktualisierungstendenz. Um der Bedrohung durch jede neue, den Bewertungsbedingungen widersprechende Erfahrung entgegenzuwirken, kommt es zu weiteren Prozessen der → Abwehr mit analoger → Wahrnehmungsverzerrung oder -leugnung. Neuere Autoren (z. B. Swildens, 1993) unterscheiden daher zwischen einer primären und einer sekundären Inkongruenz. Während die primäre Inkongruenz, die im Lauf der Selbstentwicklung entsteht, mittels funktionierender Abwehrprozesse latent bleibt, entsteht die sekundäre Inkongruenz, wenn die Wahrnehmung relevanter Erfahrungen sich nicht mehr so wie bisher unter Kontrolle halten läßt und sich eine neurotische Symptomatik entwickelt. Inkongruenz gegenüber → organismischen Erfahrungen bildet den Hintergrund für viele Formen von Selbstentfremdung, so wie für alle → Neurosen und → Psychosen, soweit sie psychische Störungen darstellen. Der wenigstens ahnungsweise Zugang zur eigenen Inkongruenz wird als Indikationskriterium für Klientenzentrierte Psycho-

therapie angesehen. Der Abwehrprozeß kann umgekehrt werden und das Individuum kann der eigenen Inkongruenz gewahr werden, wenn es von signifikanten Anderen mittels empathischem Verstandenwerden (→ Empathie) bedingungslose positive Beachtung (→ Wertschätzung, unbedingte) erlebt.

- Panagiotopoulos P (1993) Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag Rogers zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hg), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1. Köln, GwG, S 43–55
- Rogers CR [1951] (1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer [bes. Kap. XI]
- Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG
- Schmid PF (1992) Herr Doktor, bin ich verrückt? In: Frenzel P, Schmid PF, Winkler M (Hg), Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S 83–126
- Swildens H (1993) Primäre und sekundäre Inkongruenz in der Praxis. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hg), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1. Köln, GwG, S 121–132

Wolfgang Keil

Inkorporation. Technik der → Hypnose, durch die während einer → Tranceinduktion oder → Trance Reize mit Störpotential in den Verlauf integriert und womöglich auch genutzt werden können. Wenn ein Klient während einer Tranceinduktion häufig schlucken muß, ermöglicht ihm die Äußerung des Therapeuten: „Es ist ganz normal, daß man einige Male schluckt, während man in Trance geht“, sein spontanes Schlucken als Anzeichen einer beginnenden Trance einzuordnen. Äußere Reize wie Verkehrslärm mit Hupgeräuschen können beispielsweise durch metaphorische → Suggestionen, die Meeresrauschen und Möwengeschrei beinhalten, in die Trance inkorporiert werden, was einer → Umdeutung der akustischen Wahrnehmung entspricht. Die Suggestion einer Vertiefung der Trance durch das Erleben eines Meeresstrandes kann dazu beitragen, die umgedeuteten Geräusche für den Tranceprozeß zu nutzen (→ Utilisation).

- Alman B, Lambron P (1995) Selbsthypnose. Heidelberg, Carl Auer, S 88–94
- Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. 2., korr. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Hans Kanitschar

Inkorporation. → Internalisierung; → Psychoanalyse.

Innere (organismische) Bewertungsinstanz. → Bewertungsinstanz, innere (organismische); → Personenzentrierter Ansatz.

Innere(r) Kritiker. Begriff im → Focusing, der jene → strukturgebundenen Erlebensphänomene bezeichnet, die die Person und/oder ihre Erlebensinhalte und/oder Handlungen kritisieren, antreiben, abwerten etc. Diese Phänomene werden ähnlich beschrieben mit den Konzepten des → Überichs (→ Psychoanalyse) und → Eltern-Ichs (→ Transaktionsanalyse). Innere Kritiker werden oft als innere Stimmen wahrgenommen, die das, was die Person erlebt, „von oben“ angreifen. Innere Kritiker reduzieren → Freiraum, verunmöglichen das → Verweilen mit einem → Felt Sense und damit das Kommen von Veränderungsschritten „von unten“. Daher ist es zunächst wichtig, die inneren Kritiker zu identifizieren und von anderen Erlebensphänomenen unterscheiden zu lernen, ferner, sich von ihnen zu distanzieren (Freiraum) und immer wieder auf das Verweilen mit dem Felt Sense zurückzukommen. In der → Focusing-Therapie wird der Klient darüber hinaus auch eingeladen, sich in einer bestimmten Weise mit inneren Kritikern als strukturgebundenen Teilpersönlichkeiten auseinanderzusetzen (z. B. in den inneren Kritiker „von hinten“ wie in eine Handpuppe hineinschlüpfen und erleben, wie es dieser Teilperson wirklich geht) und mit dem kritisierten Persönlichkeitsanteil (häufig ein „inneres Kind“) Beziehung aufzunehmen und ihn zum Thema eines Focu-

sing-Prozesses zu machen. Phänomenologisch werden die innere Kritiker als meist laute, immer gleichförmige innere Stimmen unterschieden vom „Gewissen“, das leise und differenziert vernehmbar ist.

Gendlin ET (1993) Focusing ist eine kleine Tür. Würzburg, DAF

Gendlin ET [1996] (1998) Focusing-Orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode. München, Pfeiffer

Wild-Missong A (1997) Neuer Weg zum Unbewußten. Focusing als Methode klientenzentrierter Psychoanalyse. 3. Aufl. Würzburg, DAF

Carola Krause, Ulrike Röder

Innerer Bezugsrahmen („inner frame of reference“; → Klientenzentrierte Psychotherapie). 1959 von Rogers als „die subjektive Welt des Individuums“ definiert (Rogers, 1987: 37). Er umfaßt „die gesamte Breite von Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die der Gewährwerdung zugänglich sind“ (ebd.). Der innere Bezugsrahmen ist ein wesentliches Element der klientenzentrierten Therapietheorie, er verknüpft die Einstellungen des Psychotherapeuten (→ Grundhaltungen, therapeutische) mit der Welt des Klienten in einer definierten Weise: „Diese innere Welt kann niemals durch einen anderen erfahren werden, es sei denn durch empathisches Einfühlen, jedoch auch dann niemals ganz“ (ebd.). Damit wird auch der Paradigmenwechsel in der klientenzentrierten Therapietheorie beschrieben, der (ab den 50er Jahren) die → Empathie ins Zentrum der therapeutischen Wahrnehmung rückt: Das Gegenüber ist die Wahrnehmung von einem äußeren Bezugsrahmen her, die für die wissenschaftliche Beobachtung und Hypothesenprüfung, aber auch für die Betrachtung aller leblosen und lebendigen Objekte gilt.

Rogers CR [1951] (1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer [bes. Kap. 2 und 3]

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Gerhard Pawlowsky

Innerer Dämon. → Dämon, innerer; → Transaktionsanalyse.

Innerer Monolog. → Monolog, innerer; → Psychodrama; → Monodrama.

Inneres Arbeitsmodell. Der Begriff stammt aus der → Bindungsforschung und bezieht sich auf die verinnerlichten Bindungserfahrungen, die das Kind von Geburt an (vorerst) mit der Mutter oder der primären Bezugsperson, später mit anderen wichtigen Bezugspersonen macht. Dabei wird aus den vielen bindungsbezogenen Beziehungserfahrungen mit der Mutter, also vor allem Erfahrungen mit Trennung, mit den Reaktionen der Mutter in angstmachenden oder das Kind überfordernden Situationen eine Art Durchschnittserfahrung gebildet. Daraus ergeben sich in gewissem Ausmaß Erwartbarkeiten des elterlichen Verhaltens in den genannten Situationen. Diese zunehmend stabiler werdenden Arbeitsmodelle („inner working models“; Bowlby, 1969; Main et al., 1985) haben vor allem Orientierungsfunktion und sind eng verwandt mit dem psychoanalytischen Konzept der psychischen Repräsentanz einerseits und D. Sterns (1986) → RIGs andererseits. Zum Unterschied von diesen allgemeinen Vorstellungen von verinnerlichter und damit zu einem Teil der → psychischen Struktur gewordenen Erfahrung erstreckt sich der Geltungsbereich der inneren Arbeitsmodelle nur auf bindungsrelevante Bereiche des Erlebens.

Bowlby J [1969] (1975) Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Frankfurt/M., Fischer

Main M, Kaplan N, Cassidy J (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In: Bretherton I, Waters E (Eds), Growing points of attachment theory and research, vol. 50. Chicago, University of Chicago Press, pp 66–104

Stern DN [1986] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Oskar Frischenschlager

Inneres Kind. → Innere(r) Kritiker; → Hakomi-Therapie.

Inneres Paarmodell. → Paarmodell, inneres; → Familientherapie.

Instinkt. → Trieb; → Triebtheorie; → Psychoanalyse.

Institutionssupervision. → Organisationssupervision; → Supervision.

Instroke. → Outstroke und Instroke; → Pulsation.

Integration (→ Gestalttherapie; lat. integer: ganz, vollständig, unverletzt). Vor allem Fritz Perls bezog sich immer wieder auf die „Spaltung“ der Menschen bzw. ihre mangelnde Integration. Er führte beides auf die europäische Tradition einer dualistischen Philosophie zurück, die das Denken und die Gefühle vom Körper trennt. Die politische Geschichte (Zentralismus, Bürokratie, Technokratie) und die religiöse Erziehung führten zusätzlich zur Unterdrückung allzu vieler Persönlichkeitsaspekte und damit zu einer merklichen Störung der natürlichen → Selbstregulation, zu der Menschen genauso wie andere Lebewesen fähig sind. Die Spaltung in zulässige und in verpönte Impulse wirkt sich auf Sprache, Motorik, Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung aus und macht sich als Widerstreit zwischen spontanem und überlegtem Verhalten bemerkbar, für Perls das hervorstechende Merkmal unserer Zeit überhaupt (Perls, 1946). Voraussetzung für eine Rücknahme dieser gesellschaftlichen Spaltungsphänomene wäre eine integrative Sprache, die die Einheit betont, indem die Phänomene nicht als Gegensätze, sondern als → Polaritäten verstanden werden, die einander ergänzen. Die gestörte Selbstregulation wird in der Gestalttherapie durch Üben der

→ Bewußtheit gefördert. Überlegte Handlungen werden zugunsten der spontanen relativiert, das Gefühl einer wahrhaft befriedigenden → Selbstaktualisierung wird möglich – in einer „Anerkennung aller vitalen Funktionen“ (Perls).

Perls F [1946] (1969) Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. Kap. 8]

Perls F (1992) Die Integration der Persönlichkeit. Theoretische Möglichkeiten und therapeutische Erwägungen. In: Perls F, Gestalt – Wachstum – Integration, hg. von Petzold H. Paderborn, Junfermann

Polster E, Polster M (1975) Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. München, Kindler

Kathleen Höll

Integrationsphase (Abschluß-, Feedback-, Nachbesprechungs-, Gesprächsphase im → Psychodrama). Führt nach einem psychodramatischen Spiel zurück in die Hier-und-Jetzt-Realität. Das alleinige Aufdecken von Konflikten kann deren Auflösung noch nicht bewirken. Das Erlebte soll integriert werden, indem die Regressionen und Übertragungen durchgearbeitet und die erwachsene Ich-Funktion wiedererlangt werden. Diese Phase ist eher verbal und rational, obwohl das emotionale → Sharing ihr unverzichtbarer Bestandteil ist. Die momentane emotionale Befindlichkeit und das im Spiel Erlebte werden besprochen. Verständnis und Integration sollen erreicht werden. Es werden aber auch besser passende Bilder, Neu-Symbolisierungen für die prekären, bislang teilweise sprachlosen Lebensentwürfe gefunden (z. B. vom Bild des reinen „Opfers“ einer Situation zum Bild des mitverantwortlichen „Täters“ oder Mitgestalters einer Situation). Die Integrationstechniken dienen auch der Integration des → Protagonisten in die Gruppe. Die Integrationstechniken sind für das Psychodrama weniger spezifisch als die Handlungs- oder Spieltechniken. Gruppenanalytische, gruppendynamische, gesprächstherapeutische und andere Methoden können einfließen. Spezielle Techniken sind das → Sharing, das → Rollenfeedback und das → Identifikationsfeedback.

Ernst M (1986) Das Konzept der Gruppe im Psychodrama. In: Petzold H, Frühmann R (Hg), Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit, Bd. 1. Paderborn, Junfermann, S 283–317

Haidar A (1994) Die Gruppe im Psychodrama. In: Hochgerner M, Wildberger E (Hg), Die Gruppe in der Psychotherapie. Beiträge aus der Sicht sieben psychotherapeutischer Methoden und spezifische Anwendungsweisen. Wien, Facultas, S 79–83

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Integrative Bewegungstherapie und Leibtherapie (IBT).

Von Hilarion Petzold seit 1965 im Rahmen seiner Arbeit zu einer → Integrativen Therapie entwickeltes Verfahren leiborientierter Psychotherapie. Es ist von seiner eigenen Bewegungsbiografie, seinen breiten Interessen, Studien und klinischen Arbeiten sowie von seiner Lehrtätigkeit geprägt. Metatheoretische Quellen der IBT sind phänomenologische und strukturalistische Leibphilosophien (G. Marcel, M. Merleau-Ponty, M. Foucault, H. Schmitz; → Phänomenologie; Strukturalismus). Mit ihnen wird der Mensch als „personales Leibsubjekt in der Lebenswelt“ gesehen. Theoretische Quellen kommen aus der Psychotherapie tiefenpsychologischer und kognitiv-behavioraler Orientierung und aus der Psychomotorik als der mit Bewegung, Wahrnehmung/ Handlung und Koordination befaßten Disziplin der Psychologie, wobei ihre Ausrichtung am Paradigma der Sozialökologie, der „ökologischen Psychologie“ und „dynamic systems theory“ (J. Gibson, S. Kelso) entwicklungspsychologische (E. Thelen), neurowissenschaftliche und psychoneuroimmunologische Perspektiven einbezieht (G. Edelman, A. Damasio, J. LeDoux; → Psychoneuroimmunologie). Weiterhin wird konsequent Bezug auf „developmental longitudinal research“ (M. Rutter), auf die empirische → Psychotherapieforschung und auf bewegungswissenschaftliche Untersuchungen zur Gesundheitsförderung und Krankenbehandlung genommen (z. B. → Runningtherapie). Die IBT unterscheidet sich theoretisch und methodisch deutlich von den „Bioenergie-orientierten“, reichianischen → Körperpsychotherapien, aber auch von

rein experientiell oder tiefenpsychologisch ausgerichteten Methoden der Bewegungstherapie. IBT wird in drei indikationspezifisch miteinander verbundenen → Behandlungsmodalitäten praktiziert: der übungszentriert-funktionalen, der erlebniszentriert-stimulierenden und der konfliktzentriert-aufdeckenden. Praxeologische und behandlungsmethodische Quellen für die konfliktzentrierte Modalität: die aktive → Psychoanalyse Ferenczis, Dramatherapie (J.L. Moreno, V.N. Iljine), psychophysiologische, emotionale Tiefenarbeit, Thymopraktik genannt (H. Heintz, I. Orth). Quellen der erlebniszentrierten Modalität: Methoden der Pantomime, körperorientierte Theaterarbeit (K. Stanislavsky, J. Grotowski), Tanz, Expression Corporelle. Quellen der übungszentrierten Modalität: die Budo-Künste, Kung Fu, Aikido, die der Begründer der IBT von Jugend auf praktizierte, mit ihrer hervorragenden interaktiven Bewegungsschulung, Atem- und Zentrierungsarbeit, weiterhin die Wahrnehmungs-/Spürarbeit der Gindler-Schule. Vielfältige Methoden der Atembehandlung und Entspannungstherapie (→ Integrative Entspannung) wurden in der IBT zur eigenständigen Methodik der Isodynamik/Isotonik ausgearbeitet, welche als bottom-up-approach muskuläre und respiratorische Entspannung und Aktivierung – beides Wirkmöglichkeiten der Methode – mit mentalem Training und imaginativen Ansätzen der Relaxation und Stimulierung (top-down-approach) verbindet. Gerade in der Behandlung von posttraumatischem Stress oder Polytraumatisierungen mit Dysregulationen der Amygdala und der Relaxation-Response, wie sie z. B. im Hintergrund vieler → Borderline-Persönlichkeitsstörungen stehen, und bei anderen Streßerkrankungen (→ Burnout; → Posttraumatische Streßstörung; Jobstress-Psychosomaten) wird man bei konfliktzentriert-aufdeckender Therapie ohne moderne Entspannungsbehandlung nicht auskommen (van der Mei, 1997). Die IBT ist auf die Kombination von bimodalen/ multimodalen Vorgehen spezialisiert. Sie hat deshalb ein breites Indikationsspektrum, das psychiatrische Erkrankungen – einschließlich der chro-

nifizierten (Indikation: übungszentriert) – umfasst, wie sie auch „affektive, Angst-, somatoforme und Anpassungsstörungen“ (DSM-IV) behandelt (Indikation: konfliktzentriert, zuweilen multimodal). Dissoziative und schwere → Persönlichkeitsstörungen werden in der IBT meist in bimodaler Kombination konfliktzentriert und übungszentriert (z. B. Lauf- bzw. Entspannungsprogramme) angegangen, weil häufig schwerwiegende psychophysiologische Dysregulationen vorliegen, die von verbal orientierten Therapeuten oft nicht hinreichend diagnostiziert und behandelt werden. Störungen z. B. der Entspannungs- und Erholungsfähigkeit, chronifizierte stress physiology müssen aber in Richtung einer wellness physiology verändert werden. Zuweilen werden noch soziotherapeutische Maßnahmen flankierend notwendig (→ Netzwerktherapie). IBT als breiter Behandlungsansatz ist auf Bedingungen von Pathogenese und Salutogenese gerichtet, berücksichtigt belastende und protektive Faktoren in der klinisch-kurativen Therapie und eignet sich weiters für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention.

- Hausmann B, Neddermeyer R (1996) *Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis*. Paderborn, Junfermann
- Petzold HG (1993) *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. 3 Bde. Paderborn, Junfermann
- Thelen E, Smith LB (1994) *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. Cambridge (MA), MIT-Press
- van der Mei SH, Petzold HG, Bosscher RJ (1997) *Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie*. *Integrative Therapie* 23(3): 374–428
- Vermeer A, Bosscher RJ, Broadhead GD (1997) *Movement therapy across the lifespan*. Amsterdam, Free University Press

Hilarion Petzold

Integrative Bewegungstherapie und Leibtherapie (IBT) in der Psychiatrie.

Das diagnostisch und interventiv breite Spektrum an therapeutischen, klinischen,

rehabilitativen Techniken macht die → Integrative Bewegungstherapie (IBT) zum geeigneten Therapieverfahren in der ambulanten und stationären Psychiatrie. Die Therapieziele orientieren sich an der Zieltaxonomie der → „Vier Wege der Heilung“ unter Berücksichtigung von krisenintervenitorischen Kriterien (→ Krisenintervention) der Restrukturierung des desintegrierten Ichs, der Bezogenheits- und Interaktionserfahrung und des Wirklichkeitsbezugs (Scharfetter, 1989). Bei den Interventionsstrategien ist allgemein die Adaption der → Behandlungsmodalität und der Dosierung an den Zustand und die Fähigkeiten der Patienten zu beachten. Aufkommende Aggressionen können z. B. im regelgeleiteten Spiel erlebbar und im anschließenden verbalen Austausch gruppendynamisch aufgearbeitet werden. Nähe und Distanz in Interaktionen wird durch Einsatz von Übergangs- und Intermediär-objekten, wie Bälle, Decken etc. (Hausmann, 1987) auch für sehr kontaktgestörte Menschen dosierbar. Im Falle des → Gruppensettings dienen Experimente zu zweit, in der Klein- oder Gesamtgruppe der Vermittlung basaler Interaktions-, Koordinations-, Kooperations- und Solidaritätserfahrung oder der Begegnung (Ko-respondenz). Voraussetzung zur Gruppenindikation ist ausreichend Ich-Stärke und Ich-Konsistenz, welche unter Berücksichtigung der Qualität der therapeutischen Beziehung auch in der Krise eine partielle Übernahme von Eigenverantwortung ermöglicht. Das Einzelsetting dient der Stützung bei spezifischen Beeinträchtigungen (Soziophobien, Panikattacken etc.), oder aber der Vertiefung von Einzelprozessen oder -themen gemäß dem ersten der „Vier Wege der Heilung“. Bei der Suche von Bedeutung und Sinn des Erlebens aus der Exzentrität durch Verbalisieren des Erfahrenen lässt der Grad an Beeinträchtigung des Leib-, Sprach- und Weltbezuges durch die Krankheit das Niveau des Symbolsystems erkennbar werden. Das Spektrum reicht von der stummen Geste über die Symbolisation, etwa im Bild, bis zur Bearbeitung von Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsphänomenen (→ Übertragung; → Gegenübertragung). Einem erkrankten Menschen zu

begegnen, heißt, mit ihm gemeinsam den Grund und Sinn seiner → Krise jenseits von Kategorien psychiatrischer Nosologie zu erfassen suchen, mit ihm gemeinsam Ziele und Genesungswege zu evaluieren (→ Mehrperspektivität). Kontraindikationen betreffen bestimmte Techniken bezüglich einiger Krankheitsbilder und -zustände: So sind z. B. provokative und imaginative Techniken für Patienten im psychotischen Zustand nicht indiziert. Auch Körperinterventionen bedürfen einer kritischen Reflexion.

Bettinaglio A (1993) Integrative Therapie und Aikido in der Behandlung psychiatrischer Patienten. Integrative Bewegungstherapie 19(2): 10–23

Hausmann B (1987) Arbeit mit Seilen in der Integrativen Bewegungstherapie mit Psychosepatienten. Integrative Therapie 13(2–3): 269–274

Petzold HG [1988] (1996) Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. 3., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann

Scharfetter C (1989) Die Indikation zu leib- und bewegungstherapeutischen Verfahren in der Psychiatrie. Integrative Therapie 15(1): 16–24

Antonio Bettinaglio

Integrative Bewegungstherapie und Leibtherapie (IBT) in der → Psychosomatik. Das Bewegungskonzept und die → Behandlungsmodalitäten in der → Integrativen Bewegungstherapie (IBT) eignen sich aufgrund der körperorientierten Schwerpunkte, nonverbaler Kommunikation und Interaktion vor allem für den Bereich → psychosomatischer Erkrankungen, z. B. für Störungen im Bereich der Bewegungsorgane, bei Herz- und Kreislauferkrankungen etc. Da gerade die zunehmende Häufigkeit von Schmerzen und Funktionsstörungen der Bewegungsorgane, vor allem des Achsenorgans (Wirbelsäule), häufig ohne verursachende strukturelle Störungen bestehen, zugrundeliegende emotionale Konflikte dem Bewußtsein schwer zugänglich sind, und viele Patienten starke Ambivalenzen zu psychosomatischen Sichtweisen zeigen, erweist sich der Einsatz der IBT gerade in bezug auf Akzeptanz und Motivation hilfreich und effizient. Ver-

schiedene Modalitäten, z. B. übungszentriert-funktionale Arbeitsweisen, erschließen sich durch vielfältige Verknüpfungen zu Vorerfahrungen aus Physio- und Sporttherapie (→ Running Therapy) leichter und eröffnen erfahr- und spürbare Dimensionen des eigenen Leibes. Die Möglichkeit des fortlaufenden Einsatzes der erlebniszentriert-stimulierenden Modalität in Interaktionen zur Evokation des leiblich gespeicherten emotionalen Materials schafft die Voraussetzung bewußter Verarbeitung und Integration somatisierter Konflikte. Der mitlaufende Prozeß phänomenologischer → Bewegungsdiagnostik ermöglicht durch Rückmeldung des Therapeuten das Verbalisieren von Erlebnisqualitäten und bahnt erfahrbare Verbindungen von Leib/Bewegung/Gefühl. IBT in der Psychosomatik setzt Schwerpunkte in Einzelbehandlung und in der Gruppenarbeit im halboffenen oder geschlossenen Setting. Hierbei ermöglicht die Handhabung der differentiellen Modalitäten in Einzel-, Partner-, Klein- und Großgruppenarbeit, innere Prozesse anzustoßen und soziales Lernen durch Auslösen von Eigenresonanz erfahr- und erlebbar zu machen. Im klinischen Bereich, mit seinen begrenzten zeitlichen Vorgaben und ambivalenten Motivationslagen der Patienten, ist ein thematisch strukturiertes Vorgehen erforderlich, um ausreichend tragfähige Gruppenkohäsionen zu begründen. Hierbei bietet sich der Einsatz flexibel zu handhabender Ordnungsfelder an, die entsprechend dem Gruppenprozeß variiert werden und sechs Themenblöcke umfassen: Anamneseerhebung; psychosomatische Zusammenhänge (Alltagserfahrungen); Modalitäten wie funktionale Körperarbeit; erlebnisaktivierende Angebote, Kontaktübungen (Schwerpunkte Intensitäten/Qualitäten), Abschied. Damit werden folgende Zielsetzungen abgedeckt: Aufzeigen/Verstehen psychosomatischer Zusammenhänge, Förderung von Eigenkompetenz/-verantwortung, Förderung gesamtleiblicher Wahrnehmung und Selbstregulationsfähigkeit – einer „wellness physiology“ – Reduktion von „stress physiology“ (van der Mei et al., 1997); Förderung von Verständnis der Auswirkungen biografischer Prozesse, Vermittlung von Spaß/Freude an innerer/äußerer Bewegung,

Aufzeigen der Auswirkungen von Entfremdungsphänomenen, Förderung von Achtsamkeit im Umgang mit Zeit, Leistungsvermögen, Leistungsdenken, Überforderung, Umfeld, Alltag, Mitmenschen.

- Heinl H (1997) Ein Integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems. *Integrative Therapie* 23(3): 316–330
- Höhmman-Kost A (1991) *Bewegung ist Leben*. Paderborn, Junfermann
- Orth I (1996) Heilung durch Bewegung. *Integrative Bewegungstherapie* 6(2): 44–54
- Sarno JE (1996) *Von Rückenschmerzen befreit*. München, Hugendubel
- van der Mei S, Petzold HG, Bosscher RJ (1997) Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 23(3): 374–429

Jörg K. Merholz

Integrative Entspannung. Verbindet Komponenten verschiedener Entspannungsmethoden systematisch und indikationsspezifisch und ordnet sie in Analogie zur Ontogenese des integralen Leibgedächtnisses von einfach zu praktizierenden, mehr auf die sensumotorisch-propriozeptive Dimension abzielenden Techniken bis hin zu komplexere Gedächtnisleistungen erfordernden Ansätzen. Durch sukzessive Anwendung der Techniken wird neben tonusregulierenden Effekten die Sensitivierung für körperliche und imaginative Vorgänge sowie die Akzeptanz für neue leibliche Erfahrungen und der Erwerb von Bewältigungsmöglichkeiten für psychophysiologische Störungen intendiert. Die Fähigkeit zur Tonusregulation wird als notwendige vitale Grundfunktion angesehen. Tonus umfasst sensorische, motorische oder viszerale Spannung sowie emotionales und geistiges Gespannt- oder Entspanntsein. Entspannungstechniken zielen als Interventionen auf einen Eutonus ab, eine dynamische, lockere Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegeladene Gelöstheit. Ihre Wirksamkeit wird anhand eines heuristischen integrativen Modells beschrieben, das leibtheoretische Wahrnehmungs- und Gedächtniskonzepte

mit Modellen der Imaginationsforschung verknüpft. Demnach stimulieren spezifische Entspannungstechniken durch sukzessive Fokussierung der Awareness auf die unterschiedlichen Kontakt- und Integrationsfunktionen jeweils spezifisch das „integrale Leibgedächtnis“ und führen zu Tonusveränderungen. Beim Vorliegen einer Streßphysiologie (z. B. bei chronischen Verspannungen) wird nach dem Streßmodell der Pathogenese im Gesamtbehandlungsplan das bimodale Vorgehen der → Integrativen Therapie, in dem übungszentriert-funktionale Methoden neben erlebniszentrierter und konfliktzentrierter Therapie praktiziert werden, trimodal durch agogische, soziotherapeutische und netzwerktherapeutische Maßnahmen flankiert. In der Auswahl der Entspannungstechnik wird berücksichtigt, welche Komponenten von „Top-down-Strategien“ (von der Vorstellung zum Körper und zur Emotion) und „Bottom-up-Strategien“ (von körperlichen Übungen zu Emotionen und Vorstellungen) für den Klienten am geeignetsten erscheinen bzw. auf welche Kontaktfunktion die initiale Fokussierung der Awareness erfolgen soll (Perzeption, benigne Atmosphären, memorisierbare Bilder oder Szenen, semantisch-verbal, expressive Funktion, Handlungsaufforderungen). Es werden Kombinationen tonusstärkender und relaxierender Komponenten ausgewählt. Bei früh geschädigten Patienten mit erheblichen Mängeln oder Verzerrungen von Wahrnehmungen oder Sensibilität und/oder Abspaltungen im Erleben des Leibes oder von Leibregionen wird vom Einsatz relativ komplexer Techniken aufgrund der Gefahr maligner Konfluenz abgesehen. Stattdessen werden identitätsstabilisierende Interventionen verwendet.

- Orth I (1996) Heilung durch Bewegung. *Integrative Bewegungstherapie* 6(2): 44–54
- Petzold H (1990) *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Paderborn, Junfermann
- Petzold H (1996a) *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. In: Petzold HG, Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke, Bd. I, 1 und I, 2. 3., rev. Aufl. Paderborn, Junfermann
- Petzold H (1996b) Krankheitsursachen im Erwachsenenleben. *Integrative Therapie* 22(2–3): 288–318

Voutta-Voss M (1997, 1998) Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 7(1): 27–34 [Teil I] + 8(1): 27–38 [Teil II]

Michael Voutta-Voss

Integrative Gestalttherapie. → Gestalttherapie.

Integrative Kinder- und Jugendlichen-therapie (IKT). Verbindet tiefenpsychologisch-leibzentrierte, behavioral-übende und systemisch-lebensweltbezogene (ökologische) Perspektiven und Behandlungsmethoden; basierend auf der → Integrativen Therapie von H.G. Petzold wurde sie seit Anfang der 70er Jahre als Form klinisch angewandter Sozial- und Entwicklungspsychologie entwickelt (Metzmacher et al., 1996) mit deutlichem Bezug zur empirischen → Säuglingsforschung (Petzold, 1994) und zur longitudinalen Entwicklungs- und Sozialisationsforschung (Petzold, 1993). Ihr Ziel ist u. a. die Herstellung eines Übergangs- und Möglichkeitsraumes, in dem Kinder/Jugendliche gemeinsam mit dem Therapeuten (und gegebenenfalls Angehörigen) ihre Probleme und Ressourcen erzählend, spielend, handelnd in Szene setzen (Integrative Therapie als narrative und aktionale Praxis), um darüber zu struktur- bzw. schemaverändernden Bindungserfahrungen zu gelangen. IKT versucht, drei verschiedene Grundhaltungselemente zu realisieren: „Halten“, „Fördern“, „Entwerfen“, d. h. mit dem Klienten/Patienten eine hinreichend gute Zukunft und soziale Anschlussfähigkeit auszufantasieren und anzustreben (Ressourcenorientierung), je nach Indikation und Prozeßverlauf mit vielfältigen Methoden und Techniken zur Beeinflussung des kindlichen Spiels und Ausdrucksverhaltens: psychodramatisches → Rollenspiel, → kreative Medien, → Integrative Bewegungs- und Leibtherapie etc. Symptom-, Struktur- und Systemdiagnostik ermöglichen Prozeßanalyse und Indikationsstellung aufgrund dreier methodischer Ansätze: sozioökologische Kontextanalyse, tiefenhermeneutische Bedeutungs-

erschließung, soziales Sinnverstehen. Sie erlauben Hypothesenbildungen zu den „affordances“ des Kontextes, determinierenden situativen Faktoren (Mikroökologie, Netzwerk, Convoy), zur Symptomen- und innerseelischen Strukturbeschaffenheit (Schemata, Skripts, Narrative), zur Dynamik des interaktionalen Beziehungs- und Bindungsgeschehens im therapeutischen bzw. lebensweltlichen Kontext. Unter pathogenetischer Perspektive werden Probleme und Schädigungen (Defizite, Traumata, Störungen, Konflikte) erfaßt und gleichzeitig unter salutogenetischer Sichtweise gemeinsam mit dem Patienten/Klienten und seinen Angehörigen → protektive Faktoren und Risikofaktoren sowie Potentiale, Ressourcen, Bewältigungskompetenzen exploriert. Die Verbindung von sozioökologischer (systemischer/behavioraler) Analyse, tiefenhermeneutischem und sozialem Sinnverstehen erlaubt Therapeuten zu entscheiden, welche der obengenannten Grundhaltungselemente in welcher Dosierung wann angewendet und welche Strategien → sozialökologischer Praxis und verhaltens- und schemaverändernder Interventionen auf dieser Basis entwickelt und eingesetzt werden.

Metzmacher B, Petzold HG, Zaepfel H (Hg) (1996a) *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*, Bd. 1. Paderborn, Junfermann

Metzmacher B, Petzold HG, Zaepfel H (Hg) (1996b) *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*, Bd. 2. Paderborn, Junfermann

Petzold HG (1993) *Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung*, Bd. 1. Paderborn, Junfermann

Petzold HG (1994) *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung*, Bd. 2. Paderborn, Junfermann

Petzold HG, Ramin G (1987) *Integrative Therapie mit Kindern*. In: Petzold HG, Ramin G (Hg), *Schulen der Kinderpsychotherapie*. Paderborn, Junfermann, S 427–490

Bruno Metzmacher

Integrative Paartherapie. → Paartherapie, integrative.

Integrative Therapie. Wurde begründet von Hilarion G. Petzold Mitte der 60er Jahre als Ansatz systematischer → Methodenintegration und -überschreitung anhand der Metastruktur eines „Tree of Science“ für die Psychotherapie (Petzold, 1992: 447–697): 1. Metatheorie (Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Kosmologie, Anthropologie, Gesellschaftstheorie, Ethik, Ontologie); 2. realexplikative Theorien (Allgemeine Therapietheorie, Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits-/Krankheitslehre, spezielle Therapietheorie, Theorie der Therapieforschung); 3. Praxeologie (Prozeßtheorie, Forschungspraxeologie, Interventionstheorie, Methodenlehre, Theorie der Institutionen, Praxisfelder, Zielgruppen); 4. Praxis (in Dyaden, Gruppen, Institutionen) (Petzold, 1992: 476; 1998: 91f.). Damit wurde erstmals ein wissenssoziologisch umfassend angelegtes, systematisch strukturiertes und zugleich offenes Therapiesystem erarbeitet. Dem „neuen Integrationsparadigma“ in Psychotherapie, Klinischer Psychologie (Norcross & Goldfried, 1992) und den Erkenntnissen der Psychotherapieforschung verpflichtet (Petzold & Märtens, 1998), hat die Integrative Therapie eine Behandlung des Menschen als „Ganzem“ mit und in seinem Umfeld und lebensgeschichtlichen Zusammenhang zum Ziel, gemäß ihrer „anthropologischen Grundformel“: „Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen, ein Leibsobjekt, verschränkt mit dem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum und fähig, ein Selbst, Ich und personale Identität auszubilden. Er steht über seine Lebensspanne hin in einem Prozeß beständigen Wandels – verstanden als Differenzierung, Integration und Kreativität – indem er sich selbst als Mann und als Frau, seine bewußten und unbewußten Strebungen, seine sozialen Beziehungen und seine ökologische Bezogenheit immer besser verstehen lernt, um auf diese Weise einen reichen, persönlichen Lebenssinn zu gewinnen, den er mit anderen teilt“ (Petzold, 1996: 283). In metahermeneutischer Perspektive (→ Metahermeneutik) erfolgt eine ganzheitliche und differentielle Betrachtungsweise mit Konzepten wie → Korrespondenz, → Intersubjektivität, → Leib-

lichkeit, → Identität, System, → Kontext/Kontinuum, Figur/Grund, → Mehrperspektivität, komplexer Bewußtheit, sozio-ökologischer Wahrnehmung, kognitivem, emotionalem und sozialem Lernen u. a. Theoretische und methodische Grundlage der hierzu erforderlichen, vielfältigen Interventionen ist die „Klinische Philosophie“ der Integrativen Therapie (1991) und die klinisch-psychologisch und sozialwissenschaftlich fundierte „Integrative Klinische Theorie“ (1992). Sie bezieht sich auf allgemeinspsychologische, psychophysiologische, kognitivistische, tiefenpsychologische Konzepte und die „klinische Entwicklungspsychologie“, Baby-/ Kleinkindforschung (→ Säuglingsforschung), life span developmental psychology und vergleichende Psychotherapieforschung (Petzold & Märtens 1998; → Lebensspanne; → Differentielle Psychotherapieforschung). Auf dieser Grundlage wurde ein Integrationsmodell entwickelt, in dem „Aktive Psychoanalyse“ (Ferenczi), „Gestalttherapie“ (Perls), „Psychodrama“ (Moreno) sowie kognitive, behaviorale und leib- und kreativtherapeutische Ansätze zu einem methodenüberschreitenden, tiefenhermeneutischen und erlebnisaktivierenden Verfahren verbunden werden, in dessen Rahmen unterschiedliche Modelle, Methoden, Techniken, Medienanwendungen und Behandlungsformen erarbeitet wurden, z. B. → Integrative Kindertherapie, fokale Kurzzeittherapie, Langzeitbehandlung (Petzold, 1993). Sie alle, z. B. Gestaltanalyse als Einzeltherapie, Integrative Gruppen – und → Netzwerktherapie, Arbeit mit → kreativen Medien, → Integrative Bewegungstherapie und Leibtherapie, kognitive, emotionszentrierte und behaviorale Ansätze, Wege der Imagination und → Meditation, sind immer zugleich Körpertherapie, Psychotherapie, Nootherapie, Soziotherapie und ökologische Intervention (Petzold, 1988: 188f.). Durch Leibzentriertheit, Netzwerkorientierung sowie ein breites Methodenspektrum ist Integrative Therapie besonders geeignet für die Behandlung schwerer → Persönlichkeitsstörungen, psychosomatischer bzw. somatoformer Störungen, traumatischer/ posttraumatischer Streßsyndrome (→ Posttraumatische Streßstörung),

psychosozialer Belastungen und Lebensprobleme, aber auch für das Lösen von Problemen, Entwicklung von Ressourcen, Potentialen, für Selbstverwirklichung und „persönliche Souveränität“ (Petzold, 1998: 271ff.). Sie ist auf Förderung von sozialem Engagement, ökologischer Bewußtheit und auf einen humanen Umgang der Menschen miteinander gerichtet (Rahm et al., 1993; Petzold & Sieper, 1993).

Norcross JC, Goldfried MR (Eds) (1992) Handbook of psychotherapy integration. New York, Basic Books

Petzold HG [1988] (1996) Integrative Leib- und Bewegungstherapie. 2 Bde. 3., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann

Petzold HG (1991–93) Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 1: Klinische Philosophie (1991); Bd. 2: Klinische Theorie (1992); Bd. 3: Klinische Praxeologie (1993). Paderborn, Junfermann

Petzold HG [1993] (1996) Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold HG, Sieper J (Hg), Integration und Kreation. 2 Bde. 2. Aufl. Paderborn, Junfermann, S 267–340

Petzold HG (1996) Krankheitsursachen im Erwachsenenleben – Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. Integrative Therapie 22(2/3): 288–318

Petzold HG (1998) Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Paderborn, Junfermann

Petzold HG, Märtens M (1999) Wege zu effektiver Psychotherapie. Opladen, Leske + Budrich
Rahm D, Otte H, Bosse S, Ruhe-Hollenbach H (1993) Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn, Junfermann

Hilarion G. Petzold

Integrative Therapiestrategien. → Vier Wege der Heilung und Förderung.

Integratives Atmen. Darunter wird der Einsatz von verschiedenen Atemtechniken mit dem Ziel der Integration von Körper, Seele und Geist verstanden. Der Atem wird als Schnittstelle dieser verschiedenen Erfahrungsebenen des Menschen genutzt, da

er eine relativ leicht beeinflussbare autonome Körperfunktion darstellt, deren Aktivität eng mit psychischen Befindlichkeiten zusammenhängt und von alters her auch eine starke geistige und meditative (→ Meditation) Komponente beinhaltet. Die Befreiung des Atems von Blockierungen wird als wichtiger Schritt zur psychischen Heilung und zum Ganzwerden der Person verstanden. Integratives Atmen bedient sich in der Praxis einer Kombination aus verschiedenen Ansätzen der → Atemarbeit, die je nach der situativen Verfaßtheit des Klienten eingesetzt werden. Unterschiedliche → Settings werden genutzt, um das Atemmuster des Klienten optimal zu verbessern und ihn damit aus psychischen Fixierungen zu lösen. Ohne Druck und ohne Vorgabe einer bestimmten Richtung wird die in der Atmung des Klienten angelegte Tendenz zur Vertiefung und Verstärkung unterstützt. Dazu kann Musik, verbale Instruktion, massageartige Berührung und körpertherapeutische Intervention eingesetzt werden. Die angestrebte Vertiefung der Atmung kann je nach Persönlichkeitsstruktur oder situativer Verfaßtheit entweder in beruhigende oder in kathartische, gefühlsintensivierende Richtung wirken, wobei eine Sitzung auch unterschiedliche Phasen durchlaufen kann. Üblicherweise wird eine integrative Atemsitzung verbunden mit einem einführenden, problemklärenden und einem abschließenden Gespräch, bei dem auch psychotherapeutische Methoden zum Einsatz kommen können, da sich integratives Atmen als sinnvoll kombinierbar mit anderen therapeutischen Ansätzen erwiesen hat. Die Indikation der Methode ist weit gefaßt, weil sich die Veränderung des Atemmusters auf verschiedene Systeme im körperlich-seelischen Bereich auswirkt. Aus der Praxis sind viele positive Wirkungen im Bereich verschiedener gesundheitlicher Probleme, Streßreduktion, verschiedene psychische Störungen bis hin zur persönlichkeits-erweiternden Selbsterfahrung und transpersonalen Öffnung belegt. Eine besonders wertvolle therapeutische Wirkung liegt in dem am Ende einer Sitzung häufig auftretenden positiven Körpergefühl.

- Manné J (1997) Soul therapy. Berkeley, North Atlantic Books
Minett G (1997) Rebirthing – Heilung für Körper und Seele. München, Droemersch Verlagsgesellschaft. Th. Knaur Nachf.
Morningstar J (1994) Breathing in light and love. Your call to breath and body mastery. Milwaukee, Transformations Incorporated

Wilfried Ehrmann

Integrierte Emotion. → Emotionstheorie; → Personale Existenzanalyse.

Integrität. Seinskonzept in der → Bewegungsanalyse, unter dem der Aspekt des Selbsterlebens verstanden wird, der sich durch Bewegungserfahrungen im Bereich des geschlechtlichen → Körperkonzepts vermittelt und das Zusammenwirken des kinästhetischen, formalen und funktionalen Körperkonzepts voraussetzt. Das psychomotorische → Bewegungssyndrom ermöglicht Kernerfahrungen, die sich auch auf das eigene Geschlecht beziehen und somit die Konsolidierung der geschlechtlichen Identität unterstützen. Das geschlechtliche Körperkonzept festigt sich durch die Adoleszenz und bietet dann das Selbstverständnis der Integrität, d. h. „die unterschiedlichen Aspekte der eigenen Identität handelnd umzusetzen und dadurch zu bestätigen“ (Rick, 1996: 87).

- Rick C (1996) Bewegungsanalytische Therapie. Gontenschwil, Institut für Bewegungsanalyse

Ursula Lischke

Intellectualisierung (→ Psychoanalyse). Rational gefaßter Umgang eines Subjektes mit seinen → Affekten und Konflikten zu deren besserer Bewältigung. Anna Freud (1936) sieht in der Intellectualisierung der Triebvorgänge (→ Trieb) eine frühe menschliche Erwerbung zur Verhütung innerer Gefahr, vergleichbar der ständigen Aufmerksamkeit des → Ich gegenüber äußeren Gefahren. In der psychoanalytischen Behandlung wird Intellectualisierung ebenso wie ihr Gegenstück einer übermäßigen Emotionalisierung als → Widerstand

gegen die → Grundregel spürbar. Bleibt die Intellectualisierung als Bildung kognitiver Modelle und Vorstellungen im Erkenntnisprozeß nicht ausreichend an emotionale Erfahrung gebunden, bildet sich abstrahierte Realität, die – nachträglich emotionalisiert – als konstruierte Emotionalität die Stelle wirklicher emotionaler Erfahrung einnimmt (Gruen, 1986).

- Freud A [1936] (1974) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, Kindler
Gruen A (1986) Der Verrat am Selbst. München, dtv

Editb Frank-Rieser

Intention, paradoxe. → Paradoxe Intention; → Existenzanalyse; → Logotherapie.

Intention, positive. → Gute Absicht; → Neurolinguistisches Programmieren.

Intentionalität. → Selbst-Transzendenz; → Existenzanalyse.

Interactive Focusing. → Partnerschaftliches Focusing.

Interaktion, themenzentrierte. → Themenzentrierte Interaktion (TZI).

Interaktionelle Orientierung. Spezielle Variante der → Klientenzentrierten Psychotherapie, bei welcher primär nicht an den (innerpsychischen) Beschwerden und Symptomen des Klienten, sondern an dessen (interaktionellen) Kommunikations- und Beziehungsmustern gearbeitet wird. Dem liegt das Konzept zugrunde, daß das → Selbst des Individuums keine ursprüngliche Konstante, sondern immer eine Resultante der jeweiligen Interaktionssituation darstellt. Der „äußere Dialog“ konstituiert den

„inneren Dialog“. Verschiedenartige Beziehungen können jeweils unterschiedliche Aspekte des eigenen Selbst begründen und zugänglich machen oder auch den Prozeß der Selbstentwicklung stagnieren lassen. Die Psychotherapeutin kann daher die seelischen Probleme des Klienten verstehen, indem sie dessen interaktionelle Muster bzw. deren Rigidität und Widersprüchlichkeit in der Psychotherapie manifest werden läßt. Im Unterschied zum Alltagsdialog muß dazu in der Psychotherapie der Beziehungsebene anstatt der Inhaltsebene Priorität eingeräumt werden. Dabei darf der Psychotherapeut nicht auf die vom Klienten angebotene Beziehungsform komplettär eingehen, muß diese aber mittels seiner emotionalen Resonanz deutlich machen. Eine solche „a-soziale Reaktion“ kann Widerstand und Angst beim Klienten hervorrufen, schafft aber letztlich für ihn den Freiraum, die Stereotypen seiner Kommunikation und deren funktionalen Zusammenhang mit seinen Problemen zu erfassen und zu verändern.

van Kessel W, van der Linden P (1993a) Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie: der interaktionelle Aspekt. GwG-Zeitschrift 24(90): 19–32

van Kessel W, van der Linden P (1993b) Der interaktionell-orientierte Therapeut bei der Arbeit (Teil 2). GwG-Zeitschrift 24(91): 18–27

Wolfgang Keil

Interaktionsforschung, klinische. Darunter werden inhaltlich und methodisch unterschiedliche Ansätze der neueren → Psychotherapieforschung zusammengefaßt, die in den letzten Jahren von Autoren verschiedener therapeutischer Ausrichtungen entwickelt worden sind. Gemeinsam ist ihnen das Interesse, emotionale Prozesse in Psychotherapien, ausgehend von beobachtbaren interaktiven Verhaltensweisen, z. B. der Mimik von Klient und Therapeut, zu untersuchen. Eine wichtige methodische Grundlage sind Videoaufnahmen, welche eine differenzierte Beschreibung solcher interaktiver Verhaltensweisen erlauben. Bisher sind drei Bereiche von besonderer Bedeutung: Ein erster thematischer Schwerpunkt liegt bei der Untersuchung klinischer

Patientengruppen in verschiedenen sozialen Interaktionen (z. B. Gespräche mit Familienangehörigen oder professionellen Interviewern). Das Ziel ist ein besseres Verständnis der Beziehungsdynamik im Hinblick auf die Entwicklung spezifischer Behandlungsmethoden (z. B. Krause, 1981). Eine zweite Forschungslinie beschäftigt sich mit der Evaluation von Therapieprozessen (→ Evaluationsforschung) anhand nonverbaler Indikatoren. Für eine → Persönlichkeitsstörung typische Ausdrucksphänomene werden herausgearbeitet und deren Veränderungen im Verlauf einer erfolgreichen Therapie erfaßt (z. B. Ellgring, 1989). Der dritte Forschungsschwerpunkt ist in die → Prozeß-Ergebnis-Forschung einzuordnen. Verbale und nonverbale Aspekte der therapeutischen Interaktion werden in Hinblick auf ihre Bedeutung als → Wirkfaktor für den psychotherapeutischen Prozeß erfaßt und beschrieben. Mikroanalysen von Einzelfällen (→ Einzelfallforschung) zeigen, daß neben sprachlichen Interventionen nonverbale Phänomene wie Blicke, Lächeln oder Lachen eine wichtige Rolle für die Aufrechterhaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung spielen.

Bänninger-Huber E (1996) Mimik – Übertragung – Interaktion. Die Untersuchung affektiver Prozesse in der Psychotherapie. Bern, Hans Huber

Ellgring JH (1989) Nonverbal communication in depression. Cambridge, Cambridge University Press

Krause R (1981) Sprache und Affekt. Stuttgart, Kohlhammer

Eva Bänninger-Huber

Interdependenz (→ Gruppendynamik; → Dynamische Gruppenpsychotherapie). Konstrukte der → Feldtheorie von Lewin, die den Grad der wechselseitigen Abhängigkeit von Person und Umwelt im → Lebensraum und von innerpersonalen sowie motorischen Regionen einer Person als Teil eines dynamischen Feldes zu erfassen und zu beschreiben versuchen. Die Bedeutung einer Einzeltatsache ist durch deren Ort im Feld bedingt, „d. h. verschiedene Teile des Feldes sind wechselseitig abhängig“ (Lewin, 1982, Bd. 4: 207) oder interde-

pendent. Bennis & Shepard (1956) beschreiben die Gruppenentwicklung (→ Entwicklungsmodelle der Gruppe) in einer Phasenabfolge von → Dependenz, → Konterdependenz und Interdependenz. Interdependenz bezeichnet die Gruppenphase, in der nach anfänglicher Idealisierung der Gruppe („romantisches“ Wir-Gefühl) realistische Beziehungen aufgebaut werden und die Gruppe „arbeitsfähig“ wird.

Bennis W, Shepard H (1956) A theory of group development. *Human relations* 9: 415–437

Lewin K (1982) Feldtheorie und Experiment in der Sozialpsychologie. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4 [Feldtheorie]. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta, S 187–211

Hans-Rainer Teutsch

Intermedialer Transfer (→ Kunsttherapie). Als Intermedialer Transfer bezeichnet man ein Konzept aus der Ausdruckstherapie, das auch in der → multimedialen → Kunsttherapie angewendet wird. „Wenn man in einem bestimmten Ausdrucksmedium arbeitet und dann direkt zu einem anderen Medium übergeht, wobei die Erfahrungen und Ergebnisse des vorangegangenen Prozesses miteinbezogen werden, wird dieser Wechsel „intermedialer Transfer“ genannt“ (Knill, 1979: 82). Eine verbale Reflexion findet bei dieser Arbeitsweise in der Regel erst am Schluß des gesamten Prozesses statt, sodaß der unmittelbare künstlerische → Ausdruck in den verschiedenen Kommunikationsmedien ununterbrochen im Fluß bleibt. Das Experimentieren mit unterschiedlichen Medien bewirkt sowohl eine medienspezifische Selbsterfahrung als auch eine Sensibilisierung für das einzelne Medium in Abgrenzung zu anderen Medien. Zusätzlich weckt der wirkungsvolle Wechsel der Medien ein gesteigertes Empfinden für Übergänge und das Erleben des Verbindens von Unterschieden, die in ihrer Eigenart bestehen bleiben dürfen. Alle Sinne werden umfassend angeregt (→ Synästhesie) und die kreativen Ausdrucksmöglichkeiten (→ Kreativität) vertieft und erweitert. Die einzelnen Medien haben eine unterschiedliche sozialpsychologische Wirkung: So hat z. B. visuell-

optisches Gestalten wie Malen eine mehr individualisierende, hingegen Tanz eine mehr interaktive Wirkung. „Wenn ein Transfer in ein anderes Medium des künstlerischen Ausdrucks eine reflektierte und integrative Verarbeitung fördert, spricht man von „intermedialer Verarbeitung“ (Knill, 1979: 103).

Knill PJ (1979) Ausdruckstherapie Halle/Westfalen, Ohlsen

Siegrid Schneider-Sommer

Intermediale Verstärkung (→ Kunsttherapie). Dieser von Paolo Knill geprägte Begriff besagt, daß der → intermediale Transfer dazu dienen kann, ein Erlebnis zu intensivieren, in Berührung mit bisher unentdeckten Gefühlen zu kommen, einen stärkeren → Ausdruck bzw. eine umfassende → Katharsis zu erreichen und den Gruppenprozeß zu intensivieren. Entsprechend diesen Zielen sind (in Kenntnis der schwerpunktmäßigen Wirkung der einzelnen Medien) Anregungen zum → multimedialen Transfer in Erwägung zu ziehen. In der Praxis wird ein schrittweiser Transfer bevorzugt, der eine allmähliche Entwicklung der oben angeführten Ziele in Hinblick auf ihre Verstärkung ermöglicht.

Knill PJ (1979) Ausdruckstherapie. Halle/Westfalen, Ohlsen

Stella Mayr

Internalisierung (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Zentrale Denkfigur zur Entwicklung des Subjekts bzw. des → Selbst. Internalisierung meint Entwicklungsprozesse, in denen durch Lernen am Modell Eigenschaften bedeutender Bezugspersonen in das Selbst aufgenommen werden, wobei die intersubjektiven Beziehungen zu intrasubjektiven Beziehungen umgewandelt, assimiliert und zu → psychischer Struktur des Subjekts/Selbst integriert werden. Die Diskussion über die Abgrenzung des Begriffes Internalisierung von den verwandten Begriffen Inkorporation, → Introjektion und → Identifizierung ist noch zu keinem endgültigen Ergebnis gekommen.

men. Meist werden diese Begriffe unterschiedlichen Reifegraden des strukturbildenden Prozesses (und der → Abwehr) zugeordnet, wobei die Entwicklungslinie von Fantasien körperlich oraler Einverleibung (Inkorporation) über mehr undifferenzierte und grobe Verinnerlichungen mit und ohne Bezug auf Körper und Körpergrenzen (Introjektion) bis zur Identifizierung als der reifsten Form der Assimilation verläuft. Heute wird Internalisierung überwiegend als Überbegriff für alle Formen der Hereinnahme verwendet. Der Gedanke einer Verinnerlichung des verlorenen Objekts zur Wiederherstellung der Einheit mit ihm taucht erstmals in „Trauer und Melancholie“ (Freud, 1917) auf. In der Folge wird daraus zunehmend ein allgemeines Modell zur Entwicklung psychischer Struktur. Psychische Instanzen werden als Sedimente von Objektbeziehungen beschrieben, das → Ich als „Niederschlag aufgegebenen Objektbesetzungen“ (Freud, 1923), das → Überich als Verinnerlichung elterlicher Forderungen und Verbote. Schließlich versteht Kernberg die verinnerlichten Objektbeziehungen auch als wesentliche Organisatoren der Trieb- und Affektentwicklung (Kernberg, 1976). Im theoretischen Verständnis der Psychoanalyse sind es Objekt- und Liebesverlust, die das Kind zur Internalisierung des Objektes veranlassen. Ähnlich ist für die → Selbstpsychologie ein vorübergehender Verlust des → Selbstobjektes in seiner das Selbst regulierenden Funktion Anlaß zu einer „umwandelnden Verinnerlichung“ („transmuting internalization“; Kohut, 1977). Dadurch werden tröstende und spannungsregulierende Funktionen der Mutter allmählich zum Bestandteil der inneren Struktur des Kindes. Im Unterschied zu den übrigen psychoanalytischen Theorien wird aber die Einbettung solcher → „optimalen Frustrationen“ in ein ausreichend empathisches und von → Responsivität getragenes Selbstobjektmilieu als (notwendige) Voraussetzung für die Entwicklung eines vitalen Selbst gesehen.

Freud S [1917] (1982) Trauer und Melancholie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 193–212

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Kernberg OF [1976] (1981) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp

Armin Vodopiutz

Internet-Abhängigkeit (Internet Addiction Disorder [IAD], Online Addiction, Pathological Internet Use [PIU], Pathologischer Internet-Gebrauch [PIG], „Internet-Sucht“; → Computer-Abhängigkeit; → Cybertherapie). 1995 (durch den amerikanischen Psychiater Ivan Goldberg), zunächst in scherzhafter Absicht geprägter Begriff, mit dem eine neue Form nicht-substanzgebundener Abhängigkeit (→ Sucht; → Suchtformen) bezeichnet wird, die in exzessiver Internet-Nutzung besteht (O'Reilly, 1996; Döring, 1997; Seemann et al., 1999). Obwohl der Begriff inflationär gebraucht wird, sind Eigenständigkeit, Ätiologie und diagnostische Einordnung dieser Störungsform klärungsbedürftig (vgl. Zimmerl et al., 1998): IAD wird zur Zeit (allerdings fast ausschließlich innerhalb der USA) als Impulskontrollstörung mit psychophysiologischer Grundlage (ähnlich der → Spielsucht nach DSM-IV und der → Arbeitsucht; → Diagnostik) gesehen und diskutiert (Young, 1998), wobei die Aufnahme dieser diagnostischen Kategorie in das (kommende) DSM-V, unter dem Titel „Cyber Disorders“, denkbar ist. Als IAD-Subtyp wurde eine spezifische Abhängigkeitsentwicklung von sexuellen Online-Aktivitäten beschrieben („Cybersexual Addiction“; wobei für Männer eher die pornografischen Internet-Inhalte, für Frauen eher „erotische Chats“ und „Cyber Affairs“ Abhängigkeitspotential entfalten sollen). Bei der IAD-Entwicklung spielen offenbar lediglich die hoch-interaktiven Internet-Applikationstypen eine bahnbildende Rolle (v. a. Online-Diskussionen [IRC] und Fantasy-Spielumgebungen [MUD]). IAD-Symptome: 1. exzessiv ausgedehntes Online-Verweilen (länger als ursprünglich geplant, mit

Schuldgefühlen); 2. wiederholte vergebliche Anstrengungen, die Internet-Nutzung zu kontrollieren bzw. zu reduzieren (Kontrollverlust); 3. Toleranzphänomen (Dosissteigerung – z. B. Beschäftigung mit Internet-nahen Aktivitäten auch im Alltag – bei gleichzeitiger Effektabschwächung); 4. Entzugserscheinungen (psychische Irritabilität, „Craving“, Angstzustände, depressive Verstimmungen). IAD-Folgen: soziale Auffälligkeit und Störungen sozialer Beziehungen (Isolation, virtuelle statt reale Sozialkontakte, Partnerschaftskonflikte, Vernachlässigung von Ausbildung oder Beruf), Schlafreduktion, Schlafentzug und Erschöpfungszustände, Rückenschmerzen, Sehstörungen, schmerzhaft motorische Einschränkungen an den Händen, finanzielle Überschuldung. Mögliche IAD-Risikogruppen (Zimmerl et al., 1998): unreife Ich-Strukturbildung, introvertierte Persönlichkeitsvarianten; insbesondere aber hohe Komorbidität mit Depressionen, → narzißtischen Störungen und → Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie verschiedenen Suchtformen (was die Frage aufwirft, ob IAD nur eine Facette im Rahmen anderer – tieferliegender – Störungen ist). → Prävalenz von IAD: geschätzte 1–5% aller Internet-Benutzer in den USA (Young, 1998); verlässliche Daten liegen noch nicht vor, da alle bisherigen IAD-Studien nicht den methodologischen Qualitätsstandards epidemiologischer Studien (→ Epidemiologie) entsprechen (ausschließlich Internet-Befragungen, die via Selbstselektion und „Selbstdiagnose“ der Studienteilnehmer die Prävalenz überschätzen und deren Ergebnisse durch Konfundierungseffekte – z. B. anfänglich hohe Nutzungszeiten bei Internet-„Einsteigern“ – invalidiert sind). Therapeutische Strategien und Angebote bei IAD: Vorgeschlagen wurden – in Analogie zur Behandlung der Spielsucht – Gruppentherapie, Verhaltensmodifikation sowie systemisch-therapeutische Ansätze. Im Internet selbst existieren diverse Foren und Selbsthilfegruppen (Internet Addiction Support Group [IASG], Netaholics Anonymous etc.), in den USA und in Deutschland (München) bereits IAD-spezialisierte Einrichtungen.

Döring N (1997) Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In: Batinic B (Hg), Internet für Psychologen. Göttingen, Hogrefe, S 421–458

O'Reilly M (1996) Internet addiction: a new disorder enters the medical lexicon. Canadian Medical Association Journal 154(12): 1882–1883

Seemann O, Seemann MD, Baghai T, Rupprecht R, Laakmann G (1999) Internet-Abhängigkeit. Münchner Medizinische Wochenschrift 141(10): 112–114

Young KS (1998) Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. Cyber Psychology & Behavior 1(3): 237–244

Zimmerl H-D, Panosch B, Masser J (1998) „Internetsucht“ – eine neumodische Krankheit? Versuch einer Antwort anhand einer Untersuchung der Applikation: Chatroom. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 21(4): 19–34

Martin Voracek

Internet und Psychotherapie. → Cybertherapie; → Internet-Abhängigkeit; → Computer-Abhängigkeit.

Interpersonelle Psychotherapie (IPT).

Manualgeleitete Kurztherapie (beschränkt auf 12–16 Stunden), ursprünglich von Klerman u. a. als eine spezifische Methode für die Behandlung von depressiven Personen (→ Depression) entwickelt. Später wurde das Verfahren auch an andere Zielgruppen wie Adoleszente, Bulimie-Patienten (→ Bulimia nervosa), Dysthymiker und AIDS-Kranke angepasst (Klerman & Weissman, 1993; Markowitz, 1998). Allgemein betrachtet, handelt es sich bei der IPT um eine Integration von verhaltenstherapeutischen (→ Verhaltenstherapie) und psychodynamischen Aspekten. Die IPT betrachtet die Depression als eine Krankheit, bei der sowohl genetische Faktoren als auch entwicklungspsychologische, umweltbedingte und mit der Persönlichkeitsstruktur zusammenhängende Faktoren eine Rolle spielen. Die Behandlung orientiert sich an der Symptombildung und an der sozialen Anpassung. Die Persönlichkeit selber bleibt außer Betracht. Der Begriff „interpersonal“ bezieht sich nur auf die interpersonalen Beziehungen des Patienten außerhalb der

Therapie; die therapeutische Beziehung kommt in der Behandlung nur zur Sprache, wenn eine negative → Übertragung vorliegt. Die ursprüngliche Methode wurde im Rahmen des „Treatment of Depression Collaborative Research Program“ untersucht. In dieser Studie wurden die Ergebnisse der IPT mit kognitiver Verhaltenstherapie, mit Psychopharmaka-Behandlung mit unterstützenden kurzen Gesprächen, in denen auch den Nebenwirkungen Aufmerksamkeit geschenkt wurde, und mit einer Placebogruppe verglichen. Bei ernsthaften Depressionen zeigte sich die IPT fast ebenso erfolgreich wie Psychopharmaka und signifikant erfolgreicher als → Kognitive Therapie und die Kontrollgruppe. Ein Überblick findet sich in Elkin (1994).

Elkin I (1994) The NIMH treatment of depression collaborative research program. Where we began and where we are. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York, Wiley, pp 114–139

Klerman GL, Weissman MM (1993) *New applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, American Psychiatric Press

Markowitz JC (1998) *Interpersonal Psychotherapy of dysthymic disorder*. Washington, American Psychiatric Press

Schramm E (1996) *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart, Schattauer

Jan H. P. de Vries

Interpretation. → Deutung.

Interpunktion. Begriff, mit dem Gregory Bateson und Don D. Jackson in Anlehnung an Konzepte des Linguisten B.L. Whorf im Rahmen ihrer Interaktionsstudien das Zustandekommen von unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen von Interaktionsabläufen in sozialen Systemen bezeichneten (→ Kommunikationsregeln). Kontinuierlich ablaufende Ereignisse und Verhaltenssequenzen werden von den beteiligten Personen individuell unterteilt und strukturiert, woraus aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen und Wahrnehmungen individuell unterschiedliche Strukturen und Ursache-Wirkungs-Zusammen-

hänge hergestellt werden (Person A: Wenn B das tut, so folgt daraus, daß ich jenes tue, sodaß wir dann darüber in Streit geraten. Person B: Ich muß jenes tun, weil ich weiß, daß A so denkt, sodaß daraus jenes folgt etc.). Das eigene Verhalten wird meist als Reaktion auf ein anderes gedeutet, ohne die Rahmenbedingungen der eigenen Erkenntnisprozesse zu hinterfragen. Demnach werden in der → Systemischen Therapie die eigenen Interpunktionen und die damit zusammenhängenden Bedeutungszuschreibungen fokussiert, um daraus neue Sichtweisen und Bedeutungszusammenhänge zu schaffen, die eine Neudefinition der Situation und damit Lösungsmöglichkeiten eröffnen.

Bateson G [1964] (1981) *Die logischen Kategorien von Lernen und Kommunikation*. In: Bateson G, *Ökologie des Geistes*. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 362–399

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD [1967] (1969) *Menschliche Kommunikation*. Bern, Hans Huber

Ferdinand Wolf

Intersubjektivität. Bildet ein zentrales Konzept der → Integrativen Therapie. Im Anschluß an die französische Existenz-, Beziehungs- und Leibphilosophie (G. Marcel, E. Lévinas), → Phänomenologie (M. Merleau-Ponty) und den Poststrukturalismus (M. Foucault) wird der Mensch als Leibsubjekt in der Lebenswelt gesehen. Die Welt ist demnach eine menschliche, d. h. in Wahrnehmung und Handlung von Menschen leiblich realisierte Welt. In fundamentaler → Ko-responzenz mit der Welt und ihren Mitmenschen (Petzold, 1978) verwirklichen und teilen sie leibhaftig eine gemeinsame Intention zur Welt (être-aumonde). Der Mensch ist immer Mitmensch. Alles Sein ist Koexistenz. Sinn ist immer Konsens, Handlung immer Ko-operation, Kreativität immer Ko-kreativität. Dem Monolog geht der Dialog voraus. Das Axiom der Intersubjektivität hat weitreichende Konsequenzen für die therapeutische Haltung und Praxis der Integrativen Therapie, die aus der Perspektive „unterstellter Intersubjektivität“ erfolgt: Der Patient wird programmatisch als Subjekt gesehen, d. h.

zunächst als ein Anderer (E. Lévinas), der auf den ihm jeweils zur Verfügung stehenden Ebenen der Strukturbildung auf Anforderungen antwortet, die sich ihm in seinem Leben stellen (M. Merleau-Ponty). Er ist deshalb in seinem Andersein zu achten, seine „persönliche Souveränität“ ist in einer therapeutischen Beziehung von „fundierter Partnerschaftlichkeit“ zu fördern (Petzold & Orth, 1998), statt ihn in Haben-Relationen, z. B. durch die Gestaltung der therapeutischen Situation oder durch Anwendung bestimmter therapeutischer Praktiken zu unterwerfen. Situativ unvermeidliche sowie therapeutisch notwendige Modalitäten von Objektbeziehungen (z. B. Geschäftsbeziehungen, Übertragungen) sind aufzuklären und mitmenschlich zu handhaben. Der Patient ist Mitsubjekt, die therapeutische Beziehung Mit-Sein. Dies impliziert die prinzipielle Bereitschaft, sich auf Leiblichkeit und Lebenswelt des Patienten einzulassen. Ziel ist die Herstellung von Intersubjektivität: Patient und Therapeut sollen sich in der „mutuellen“ Beziehung (S. Ferenczi) als Subjekte erfahren. Die Therapie realisiert diese intersubjektive Prämisse 1. im Gedanken der leiblichen Begegnung (G. Marcel) durch Berührung auf der Ebene leibhaftiger Koexistenz (M. Merleau-Ponty); 2. als Respekt vor der Andersheit des Anderen (E. Lévinas) und Sorge um seine Integrität; 3. als intersubjektive Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks (Petzold, 1991: 91–152).

- Petzold HG (1993) Die Chance der Begegnung. In: Petzold HG (Hg), Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie. 3 Bde. Paderborn, Junfermann, S 1047–1087
- Petzold HG [1978] (1991) Das Ko-responsenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. In: Petzold HG, Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie, Bd. II, 1. Paderborn, Junfermann, S 19–90
- Petzold HG (1996) Der „Andere“ – der Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906–1995). Integrative Therapie 22(2–3): 319–349
- Petzold HG, Orth I (1998) Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum

der Souveränität. In: Slembek E, Geissner B (Hg), Feedback. St. Ingbert, Röhrig Universitätsverlag, S 107–126

Hans Waldemar Schuch

Intersubjektivität. Der Begriff wurde von Atwood und Stolorow (1984) in die → Psychoanalyse eingeführt (→ Selbstpsychologie). Laut dieser phänomenologischen Sichtweise, die auch als psychoanalytischer Kontextualismus beschrieben wird (Orange et al., 1997) manifestieren sich alle psychologischen Phänomene, einschließlich Entwicklungsprozessen, Pathogenese und psychoanalytischer Behandlung, innerhalb eines bestimmten psychologischen Feldes oder Systems, das durch das Zusammenspiel von unterschiedlich organisierten Erfahrungswelten gebildet wird. Diese subjektiven Welten, die durch fortwährende, die emotionale Erfahrung organisierende Prinzipien (→ „organizing principles“), charakterisiert sind, nehmen in bestimmten Entwicklungskontexten des Systems, das Kind und Bezugsperson bilden, Gestalt an. Die Theorie der Intersubjektivität sieht den Menschen als Wesen, das sein Erleben/seine Erfahrung organisiert, d. h. als Subjekt. Psychoanalyse wird als dialogischer Versuch zweier Menschen gesehen, die Organisation emotionaler Erfahrung eines Menschen zu verstehen, indem sie gemeinsam einen Sinn dieses intersubjektiv geprägten Erlebens suchen oder schaffen. Stern (1985) verwendet den Terminus anders. Er bezeichnet damit einen bestimmten Entwicklungsschritt, ein Stadium und einen Prozeß des Erkennens der Subjektivität des Anderen als verbunden mit der eigenen und auf diese reagierend.

- Atwood GE, Stolorow RD (1984) Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology. Hillsdale (NJ), The Analytic Press
- Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) Working intersubjectively: contextualism in psychoanalytic practice. Hillsdale (NJ), The Analytic Press
- Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta
- Stolorow RD, Atwood GE, Ross J (1978) The representational world in psychoanalytic the-

rapy. International Review of Psycho-Analysis
5: 247–256

Robert D. Stolorow, Donna M. Orange
[Übers.: Erwin Bartosch,
Christine Pawlowsky]

Intervention (aus Sicht der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie). Ist ein theorie- und indikationsbezogenes, absichtvolles Verhalten, das darauf gerichtet ist, Interaktionen, Beziehungen und Prozesse im → Hier-und-Jetzt der → Gruppe erkennbar, erfahrbar, reflektierbar und bearbeitbar zu machen und alternative Verhaltensweisen und Beziehungsformen zu unterstützen. Intervention ist somit zielorientierte, bewußte, beschreibbare und beobachtbare Handlung, ist Eingreifen in ein Geschehen zu einem bestimmten Zeitpunkt, ist Impuls geben, ist abhängig von Personen und Beziehungsgeschehen, ist geplant und überprüfbar (Ergebnis). In der Dynamischen Gruppenpsychotherapie konzentrieren sich Interventionen auf interpersonale Beziehungen, unter Einbeziehung des sozialen Umfelds des einzelnen und der Gruppe (→ Lebensraum), unter Beachtung der Gruppenphasen (→ Phasenmodelle der Gruppe). Die Konzeptualisierung von Interventionen unterscheidet vier Dimensionen: Ziel, Art, (→ Interventionsarten), Tiefe (→ Interventionsebene) und Intensität. Die Wirkung von Interventionen ist (nach W. Pechtl) abhängig von der Bewußtheit (ziel- und ergebnisorientiert, Benennung der Technik), von Einstellung und Haltung (wertschätzend/entwertend, konstruktiv/destruktiv), von Verhaltensweisen (verbal, nonverbal, körperlich, beobachtbar, beschreibbar, trainierbar), von der Situation (Funktionsverteilung, Ebenen, Rollen, Status) und vom Wissen von verdeckten Interventions-techniken. In der Dynamischen Gruppenpsychotherapie werden „gruppale“ (Bewußtmachung von Gruppenphänomenen z. B. durch → Situationsanalyse, Prozeßanalyse, Deutung der → Abwehr, → Übertragungsdeutung im Hier-und-Jetzt), „interpersonale“ (Beschreiben und Verdeutlichen eines oder mehrerer Aspekte der

interpersonalen Beziehung zwischen zwei oder mehr Personen, die Repräsentanten des Gruppengeschehens sind) und „personale“ (unter Beachtung der Konflikt-dynamik der gesamten Gruppe) Interventionen unterschieden. Prozeßanalyse ist die Untersuchung des Gruppenentwicklungsprozesses auf Störungen, Barrieren (→ Feldtheorie) und förderliche Elemente im Kommunikationsprozeß der Gruppe bezogen auf die Arbeitsfähigkeit (→ Grundannahme) der Gruppe. Rangspezifische Interventionstechniken (→ Omega-Rochade) nach dem Gruppenmodell von R. Schindler (→ soziodynamische Rangstruktur): Wechsel der Gruppenposition des Gruppentherapeuten ist in kritischen Situationen meist wirkungsvoller als inhaltliche Intervention (→ paradoxe Intervention).

Pechtl W (1989) Organismus und Organisation. Linz, Veritas

Schindler R (1990) Interventionen in kritischen Situationen. In: Ertl M, Fliedl R, Margreiter U (Hg), Gruppenarbeit – zu Theorie und Praxis von Therapie- und Selbsterfahrungsgruppen. Wien, ÖAGG, S 97–115

Schmidt J (1983) Design und Intervention. Gruppendynamik 14: 127–151

Voigt B, Antons K (1987) Systematische Anmerkungen zur Intervention in Gruppen. Gruppendynamik 18: 29–46

Maria Majce-Egger

Intervention. → Schlußintervention; → Systemische Familientherapie; → Mailänder Modell.

Intervention, paradoxe. → Paradoxe Intervention; → Systemische Therapie.

Interventionen, körperbezogene. → Körperbezogene Interventionen; → Bioenergetische Analyse.

Interventionsarten (in der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie). Es werden

vier grundlegende Differenzierungen vorgenommen: strukturbezogene, prozeßbezogene, personbezogene und auswertungsbezogene Interventionen. „Strukturbezogen“ sind Interventionen dann, wenn sie zur Durchsetzung, Aufrechterhaltung oder auch Modifikation von Konzept, Design, → Rahmenbedingungen (Funktionsverteilung, Funktionsbeschreibung, Ort, Raum, Zeit, Arbeitsvereinbarung) und Arbeitsweisen dienen. „Prozeßbezogene“ Interventionen sind Eingriffe in den laufenden Gruppenprozeß. Unterschieden werden → Situationsanalyse, Problemanalyse (inkl. → Deutung) und Prozeßbeschreibung. Ziel der Intervention ist die Aufhellung, Bewußtmachung und somit die Entwicklung des Gruppenprozesses. „Personbezogene“ Interventionen haben das Ziel, den Einzelnen in seiner intra- und interpersonalen Entwicklung zu unterstützen und zu fördern, etwa mittels → Feedback, Konfrontation, Impuls geben etc. Die „auswertungsbezogenen“ Interventionen fordern zur Reflexion auf, sind Mitteilungen von Beobachtungen, Interpretationen, Fokussierungen sowie Metakommunikation (evtl. unter Einsatz von strukturierten Arbeitshilfen wie Blitzlicht, Feedbackrunde etc.).

Rechtien W (1992) Angewandte Gruppendynamik. München, Quintessenz [bes. S 187f.]
Voigt B, Antons K (1987) Systematische Anmerkungen zur Intervention in Gruppen. Gruppendynamik, Zeitschrift für Angewandte Sozialpsychologie 18(1): 29–46

Maria Majce-Egger

Interventionsebenen (in der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie). W.G. Bennis beschreibt vier Ebenen des Gruppenverhaltens: Gesprächsinhalt, Verhaltensweisen, → Abwehrmechanismen (als Rollen der Gruppenmitglieder erkennbar) und Ängste. Je nach Dimension der Gruppenentwicklung wird die Interventions-ebene vom Gruppentherapeuten ausgewählt, um interpersonale Probleme einer Klärung zuzuführen. Interventionen auf der inhaltlichen Ebene werden eher in der Gruppenanfangssituation (→ Dependenz; → Konterdependenz) angewendet, Inter-

ventionen auf der Ebene der Ängste in einer späteren Gruppenphase (→ Interdependenz). Voigt & Antons (1987) unterscheiden fünf Tiefenniveaus: strukturelle Ebene, thematisch-sachliche Ebene, Ebene der psychosozialen Interaktionsdynamik, Beziehungs-Bedeutungsebene und archaisch-symbolische Ebene. Abhängig von der Ebene der Zielsetzung findet mehr (archaisch-symbolische Ebene) oder weniger Tiefung (strukturelle Ebene) der Interventionen statt. Interventionen auf der „strukturellen Ebene“ betreffen das Bewußtmachen formaler und informeller sozialer Strukturen und Normen (→ Regeln). Die „inhaltlich-thematisch-sachliche Ebene“ beinhaltet Themenformulierung, Interventionen im Bearbeitungsprozeß (Orientierungen, Fragen, Stellungnahmen, Vorschläge, Zusammenfassungen) und – nach Beseitigung von Störungen in der Arbeitsfähigkeit – die Rückführung zum Thema. Die „Ebene der Interaktionsdynamik“ umfaßt die Interventionen im → Hier-und-Jetzt der aktuellen Beziehungen, → Widerstände, Abwehrprozesse etc. Ziel ist Sichtbarmachen, Thematisierung, Bearbeitung und Klärung. Interventionen auf der „Beziehungs-Bedeutungs-Ebene“ fokussieren Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen innerhalb der Gruppe. Wahrnehmung und Bedeutung von Beziehungsmustern werden thematisiert. Interventionen auf der „archaisch-symbolischen Ebene“ verwenden → Symbole, Bilder, → Fantasien und → Träume.

Bennis WG (1972) Entwicklungsmuster der T-Gruppe. In: Bradford LP, Gibb JR, Benne KD (Hg), Gruppen-Training. T-Gruppentheorie und Laboratoriumsmethode. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 298]

Rechtien W (1992) Angewandte Gruppendynamik. München, Quintessenz [bes. S 189f.]

Voigt B, Antons K [1987] (1995) Systematische Anmerkungen zur Intervention in Gruppen. In: König O (Hg), Gruppendynamik. München, Profil Reihe Wissenschaft, S 202–223

Maria Majce-Egger

Interventionsmethoden (in der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie). Im Gruppenprozeß werden zwei „Kommuni-

nikationsebenen“ wirksam: primäre Kommunikation (Beziehungsbereich) und sekundäre Kommunikation (inhaltlicher Bereich). In der Dynamischen Gruppenpsychotherapie geht es darum, beide Bereiche transparent zu machen und zu verbinden. Reine Primärkommunikation würde Pläne, Vorhaben und Ziele ausschließen. „Metakommunikation“ besteht in expliziten und intentionalen Äußerungen über bestimmte Aspekte eines abgelaufenen Kommunikationsprozesses (Inhalte, Strukturen) oder über situationsübergreifende Kommunikationsstile. Die wichtigsten Funktionen von Metakommunikation sind im Vermeiden, Entdecken und Beheben von Störungen in aktuellen Kommunikationsabläufen oder überdauernden zwischenmenschlichen Beziehungen, sowie im Bewußtmachen und Verstärken positiver Kommunikationsweisen zu sehen. Es werden zwei Phasen unterschieden: Verlaufsanalyse und Phase der Vereinbarungen. → Feedback ist Teil der Metakommunikation. „Partnerzentrierte Kommunikation“ ist einerseits im Prozeß integriert, um Kommunikations- und Beziehungsstörungen zu verdeutlichen, andererseits wird sie explizit als Kommunikationsübung eingesetzt. Die Gesprächspartner überprüfen, ob sie richtig verstanden haben, aktives Zuhören, empathisches Kommunizieren wird geübt (Antons, 1976; Rechten, 1992). „Prozeßanalyse“ (→ Intervention) dient dem Verständnis der Dynamik, d. h. der innerhalb der Gruppe wirkenden Kräfte und Hindernisse, die einer Entwicklung zugrundeliegen, mit dem Ziel, auf diese Dynamik und Entwicklung Einfluß nehmen zu können bzw. zu intervenieren. Methodische Hilfen dabei sind die → Entwicklungsmodelle und Phasenmodelle der Gruppe.

- Antons K (1976) Praxis der Gruppendynamik. Übungen und Techniken. Göttingen, Hogrefe
Rechten W (1992) Angewandte Gruppendynamik. München, Quintessenz
Reck S (1990) Metakommunikativer Ebenenwechsel. Gruppendynamik, Zeitschrift für angewandte Sozialwissenschaften 21: 305–318

Maria Majce-Egger

tung für die Entwicklung und Gestaltung des psychodynamischen Geschehens in analytischen (Therapie-)Gruppen ist, wie der Gruppenanalytiker, bezogen auf die konkrete Gruppe von Teilnehmern, durch Settingbedingungen, initiale Interventionen sowie im Verlaufe der Gruppe kontinuierlich praktizierte Eingriffe und Interpretationen das Gruppengeschehen strukturiert. Die Interventionstechnik hängt sowohl von der theoretischen Konzeption des Gruppenleiters (→ Gruppenmodelle), als auch von seinen emotionalen Möglichkeiten (Freiheitsgraden) bzw. Ängsten (Abwehrmaßnahmen) ab. Sie führt dazu, daß z. B. das Gruppengeschehen vereinheitlicht wird (wie bei den gruppenzentrierten Vorgehensweisen von Bion und Foulkes) oder die individuellen Bewegungen der Gruppenteilnehmer besonders fokussiert und herausgearbeitet werden (individuumzentrierte Ansätze von T. Burrow, W. Schindler und A. Wolf), wobei das Gruppengeschehen in den Hintergrund tritt und nur bearbeitet bzw. fokussiert wird, wenn die Arbeit mit einzelnen oder die Analyse von Interaktionen zwischen zwei oder mehreren Teilnehmern durch kollektive Abwehrvorgänge in der Gruppe blockiert erscheint. Als gesichert kann gelten, daß eine stark oder ausschließlich gruppenzentrierte Interventionstechnik bei den Gruppenteilnehmern besonders starke Ängste auslöst und rasch zu Gruppenabwehrkonstellationen gegen diese Ängste führt. Umgekehrt kann eine ausschließliche Orientierung an einzelnen zur Vernachlässigung wichtiger gruppenweit vorhandener kollektiver Abwehrmaßnahmen führen.

- Kutter P (1979) Die Interaktion des Gruppenleiters in der analytischen Selbsterfahrungsgruppe. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 14: 132–145
Sandner D (1990) Modelle der analytischen Gruppenpsychotherapie – Indikation und Kontraindikation. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 26: 87–100
Sandner D (1995) Gruppenanalyse – analytische Behandlung oder gemeinsame analytische Klärungsarbeit? Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 31: 315–330

Dieter Sandner

Interventionstechnik (in der → Gruppenpsychoanalyse). Von zentraler Bedeu-

Intervision. Unter Intervision wird die → Supervision ohne definierten Supervisor verstanden. Sie hat ihren Ursprung einerseits in der → Balintarbeit als Modell der Fallarbeit, andererseits in kollegialen Fallbesprechungen, wie sie zunächst von Lehrergruppen durchgeführt wurden (Gudjons, 1977). Ein dritter Ursprung der kollegialen Beratung ist in der gemeinwesenorientierten Sozialarbeit zu finden, in der es zu wenig ausgebildete Mitarbeiter gab (Pühl, 1994). In der Peergroup-Supervision hat die gegenseitige Stützung der Gruppenmitglieder besonderen Stellenwert. Als Arbeitsweise hat sich bewährt, daß ein Gruppenmitglied für eine bestimmte Sequenz die Leitung übernimmt. Häufig wird Intervision bzw. kollegiale Supervision als Weiterführung von Supervisionsgruppen empfohlen. Dabei spielen Kostenfragen eine nicht unwesentliche Rolle, aber es geht auch darum, der Tatsache Rechnung zu tragen, daß die Gruppenmitglieder bzw. Teams „erwachsen werden“.

Gudjons H (1977) Fallbesprechung in Lehrergruppen. Westermanns Pädagogische Beiträge 9: 373–379

Pühl H (Hg) (1994) Handbuch der Supervision 2. Berlin, Edition Marhold

Ingeborg Luif

Intimität (in der → Bewegungsanalyse). Nach der bewegungsanalytischen Theorie wird die Erfahrung von Intimität durch das formale → Körperkonzept ermöglicht. Über das körpermotorische → Bewegungssyndrom erlebt das Selbst in der Widerspiegelung der eigenen Gesten und Haltungen durch den anderen eine Gemeinsamkeit, deren Spezifikum die „Bezogenheit eines kohärenten Kern-Selbst auf einen kohärenten Kern-Anderen“ ist (Rick, 1996: 83). Die Erfahrung von physischer Intimität ist die unbedingte Voraussetzung für das Empfinden von Verbundenheit. Fehlt die Fähigkeit, die Widerspiegelung als intim zu erleben, so reduziert sich die Wahrnehmung von sich und anderen auf die Formalität der bloßen körperlichen Erscheinung, wie sie für schizophrene Erkrankungen charakteristisch ist.

Rick C (1996) Bewegungsanalytische Therapie. Gontenschwil, Institut für Bewegungsanalyse

Ursula Lischke

Introjektion (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Der Begriff wurde von Ferenczi (1909; zit. nach Laplanche & Pontalis, 1972: 235ff.) eingeführt. Freud (1915) fügte zur Klärung des Begriffes hinzu: Die Introjektion stehe der → Projektion gegenüber, „Gutes“ wird ins Innere hereingenommen, „Schlechtes“ nach außen projiziert. Sie wird in Verbindung mit der „oralen Einverleibung“ gesehen, oft werden die Begriffe synonym gebraucht. Besondere Bedeutung hat die Introjektion in der Theorie von Melanie Klein. Introjektion beschreibt jenen psychischen Vorgang, bei dem etwas von außen ins Innere des Subjektes hereingenommen wird. Damit sind in der klassischen Psychoanalyse üblicherweise → „Objekte“ gemeint, also frühe Bezugspersonen oder Teile von ihnen. Der Begriff wirft heute ein grundlegendes Problem auf: Sprechen wir in der Psychoanalyse vom Inneren des Patienten als einer in sich geschlossenen Sache („dem Psychischen“), die von außen („objektiv“) beschreibbar ist, oder beschreiben wir das innere Erleben des Patienten, das sich im Kontext einer Beziehung von zwei Personen ereignet, die je ihre eigene Geschichte haben (Orange et al., 1997). Heinz Kohut vollzog einen grundlegenden Wechsel der Sichtweise: Nicht die versorgende Person als Ganzes (oder als Teil) wird ins Innere hereingenommen, sondern die Reaktionen oder die Erfahrung der Funktion der versorgenden Person werden hereingenommen und dabei umgewandelt („transmuting internalization“; Ornstein, 1989: 45). Er hat damit einen Wandel im psychoanalytischen Denken eingeleitet. Deshalb kann sich die Psychoanalyse heute am Prozeß orientieren, der zwischen Analytiker und Analysand stattfindet. Die aktuelle Beziehung und deren organisierende Prinzipien (→ Organizing principles) sind der eigentliche Gegenstand der Untersuchung. Der Begriff „Introjektion“ und besonders der Begriff „Introjekt“ finden in der Theorie

der neuen Psychoanalyse keinen Platz mehr. Im Sprechen des Patienten sind sie als verdinglichender Ausdruck einer inneren Erfahrung zu verstehen. Interaktionen, besonders die der frühen Kindheit, hinterlassen „Spuren“ (→ RIGs=generalisierte Repräsentationen von Interaktionen). Erfahrung hat Erwartungen zur Folge (D. Stern). Die Frage, wie diese Erfahrungen „gespeichert“ werden, ist keine psychoanalytische Fragestellung. Die Erfahrung, daß Erleben und Verhalten wiederholt aufgrund einer Erwartung erfolgt, die einer früheren Erfahrung entspricht, rechtfertigt nicht, in der Psychoanalyse von Introjektion zu sprechen. Diese Erwartung ist aus dem Kontext (der Geschichte und der aktuellen Beziehung) zu verstehen und über die analytische Beziehung zu verändern. Schon die Verwendung des Begriffes behindert analytische Veränderung, weil die Bedeutung der aktuellen Beziehung dadurch geleugnet wird. Erfahrung aus der individuellen Geschichte prägt das Erleben in der Gegenwart. Aber diese Erfahrung wird in jeder Beziehung – besonders in der analytischen – aktualisiert und kann nur in diesem Kontext verändert werden.

- Freud S [1915] (1982) Triebe und Triebsschicksale. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 75–102
- Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) Working intersubjectively. Contextualism in psychoanalytic practice. Hillsdale (NJ), The Analytic Press
- Ornstein A (1989) Klinische Darstellung. In: Wolf ES, Ornstein A, Ornstein PH, Lichtenberg JD, Kutter P (Hg), Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. München, Verlag Internationale Psychoanalyse, S 43–72
- Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Erwin Bartosch

1966: 296). Introjektionen entstehen im Ich-System dann, wenn das Kind auf die Manifestation fremder Geschichte nicht mit neopsychischer Verarbeitung reagieren kann. Sie sind phasenspezifische, in jeweiligen Entwicklungsstadien verschiedene, oft unverbundene Verinnerlichungen ungelöster Konflikte anderer und stellen eine Hereinnahme sowohl des Beziehungsstils als auch von Persönlichkeitsanteilen anderer dar (Springer, 1997). Introjektionen sind geschlechtsspezifisch und haben einen großen Einfluß auf die psychosexuelle Entwicklung und Identitätsbildung. Zusammen mit → Fixierungen und Schlußfolgerungen (→ Skript) stellen Introjektionen frühe Abwehrvorgänge vor der Bildung des Skripts dar. In Reaktion auf schwere Traumatisierungen kann es über die ganze Lebenszeit zu neuerlichen Introjektionen kommen. Im Hier-und-Jetzt entfalten sich Introjektionen als spezifische Subsysteme des Eltern-Ich-Zustandes. Introjektionen sind vielschichtig und oft gegensätzlich, weil sie die Beziehungserfahrung mit verschiedenen Bezugspersonen abbilden und so zu großen Loyalitätsproblemen und zu Zerrissenheit bezüglich der eigenen Identität führen. Positive Identifizierungen mit Elternfiguren können integriert werden; sie werden nicht introjiert und zeigen sich als „kindlicher“ Erwachsenen-Ich-Zustand, der in den aktuellen Erwachsenen-Ich-Zustand integriert ist. In Abhebung zu Berne (1961) wird in der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse der Eltern-Ich-Zustand nicht mit den realen Eltern gleichgesetzt, sondern als ein die extero-psychischen Beziehungsqualitäten modifizierender Teil des Ich gesehen.

- Berne E (1961) Transactional analysis in psychotherapy. New York, Grove Press
- Berne E (1966) Principles of group treatment. New York, Grove Press
- Springer G (1997) Grundlagen einer phasenspezifischen Skripttheorie. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 3(1–2): 3–33

Gerhard Springer

Introjektion. In der tiefenpsychologischen → Transaktionsanalyse bilden Introjektionen die pathogenen Anteile der Exteropsyche (→ Ich-System; vgl. Berne,

Introjektion (aus Sicht der → Gestalttherapie). → Kontakt; → Prozessuale Diagnostik.

und zur Psychologie der Kunst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 9–35

Ernest S. Wolf

[Übers.: Christine Pawlowsky]

Introspektion (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Generell kann man von zwei verschiedenen Welten sprechen, aus denen Menschen Informationen erhalten. Zum einen gibt es eine externe Welt, die den einzelnen umgibt und die wir über unsere Sinnesorgane kennenlernen, indem wir tasten, hören, sehen, riechen und schmecken. Wir bezeichnen jenen Modus als Beobachtung von außen, der uns mittels unserer Sinnesorgane über die Außenwelt informiert. Deshalb sprechen wir vom Erlangen beobachteter Daten, die wir auch mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden verarbeiten können. Ein zweiter Bereich, die innere Welt, kann nicht mittels der Sinnesorgane beobachtet werden. Wir erleben sie in Gefühlen, Gedanken, Wünschen und Fantasien. Die Phänomene, die wir so wahrnehmen, mögen im physikalischen Raum nicht existieren, sie sind aber dennoch reale Erscheinungen in den Dimensionen von Zeit und Intensität. Der Beobachtungsmodus für diese innere Welt wird Introspektion genannt; die erhaltenen introspektiven Daten können in gleicher Weise wie die Daten der Außenbeobachtung mit wissenschaftlichen Methoden verarbeitet werden. Man kann sich vorstellen, sensorische Daten durch Beobachtung auf Gebieten zu erhalten, in die wir mit unseren Sinnesorganen bisher nicht vordringen konnten. Zum Beispiel: Sich vorzustellen, wie die Rückseite des Mondes riecht, wäre stellvertretende Außenbeobachtung. Oft stellen wir uns vor, wie wir das Innenleben eines Mitmenschen erleben würden. Der Begriff → „Empathie“ bezeichnet die stellvertretende Introspektion in die innere Welt eines anderen Menschen.

Kohut H [1957] (1977) Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie. In: Kohut H, Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Aufsätze zur psychoanalytischen Theorie, zu Pädagogik und Forschung

Introversion. → Extraversion / Introversion; → Analytische Psychologie.

Intuitive Diagnostik. Die intuitive Diagnostik der tiefenpsychologischen → Transaktionsanalyse berücksichtigt die wechselseitige Beeinflussung von Patient und Therapeut und versteht die → Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt einer Skriptreaktion (→ Skript) des Diagnostikers (Springer & Rath, 1997). Zunächst führte Berne den Begriff des Urbildes als Mittel der intuitiven Diagnose ein, später den des Ich-Bildes, des Ich-Symbols und des Ich-Modells. Im Ich-Bild fließen Bernes Untersuchungen zum Wesen intuitiver Prozesse, ihrer Funktion bei der Diagnose und zum Verstehen latenter Botschaften (→ Transaktion) ein. Das Ich-Bild (z. B. ein Kleinkind im Gitterbett, das an den Gitterstäben rüttelt) ist eine spezifische Gegenübertragungsfantasie als Ergebnis eines intuitiven Prozesses im Therapeuten. Der Ursprung liegt in der latenten Kommunikation aktivierter, dem Bewusstsein zunächst nicht zugänglicher → Ich-Zustände und spiegelt eher Atmosphären als Fakten wider. Das Ich-Bild stellt eine Hypothese über den lebensgeschichtlichen Hintergrund der pathogenen Einfaltungen im → Ich-System (→ Fixierungen und → Introjektionen) des Patienten dar, den es im weiteren therapeutischen Prozeß zu evaluieren gilt. Das intuitive Verstehen der Patienten über Ich-Bilder wird in der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse als hilfreicher Leitfaden für die Therapie angesehen, da die Beziehung in den Fokus der therapeutischen Arbeit gerückt wird. Bei Verwendung von Ich-Modellen, die „eine beschreibende Wahrnehmung des Patienten, eher additiv als ganzheitlich, eine eher atomistische Reihe von Aussagen als eine geschlossene Gestalt“ (Berne, 1991: 145)

darstellen, vergleichbar den Krankheitsbildern im ICD-10, besteht die Gefahr der „Objektivierung“ des Patienten. Das Ich-Symbol steht zwischen Ich-Bild und Ich-Modell, stellt eine weitere mögliche intuitive Hypothese über den Hintergrund der pathogenen Einfaltungen im Ich-System dar und ist eine generalisierte, weniger plastische Vorstellung vom Patienten (z. B. ein Tiger im Käfig). In der globalen Skriptdiagnose (Springer & Rath, 1997) übernimmt die Skriptgestalt (z. B. Tantalus) die Funktion eines Ich-Symbols. Bernes oben angeführter Begriff des Urbildes hat heute nur noch historische Bedeutung, indem er die psychoanalytischen Wurzeln der Transaktionsanalyse und Bernes Nähe zur → Triebtheorie Freuds und den → Objektbeziehungstheorien aufzeigt.

Berne E [1952] (1991) Über das Wesen der Diagnose. In: Berne E, Transaktionsanalyse der Intuition. Paderborn, Junfermann, S 65–80

Berne E [1955] (1991) Urbilder und primäre Urteile. In: Berne E, Transaktionsanalyse der Intuition. Paderborn, Junfermann, S 99–130

Berne E [1957] (1991) Das Ich-Bild. In: Berne E, Transaktionsanalyse der Intuition. Paderborn, Junfermann, S 131–152

Springer G, Rath I (1997) Diagnostik in der Transaktionsanalyse. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 3(1–2): 34–53

Ingo Rath

Intuitive Parenting. In der Forschung über → Eltern-Kind-Interaktionen eine Bezeichnung für die auf Adaptation beruhenden Formen der Betreuung und für erzieherische Interventionen, die Eltern oder andere Bezugspersonen ohne rationale Überlegung und bewußte Absicht insbesondere gegenüber Säuglingen des vorsprachlichen Alters ausüben. Ihre Entdeckung und Beschreibung (Ende der 70er Jahre) stammt von H. & M. Papoušek. Mit beträchtlicher Universalität in bezug auf Alter (von ca. 3 Jahren an), Geschlecht und kulturelle Abstammung haben die Betreuer des Säuglings die Fähigkeit, die Entwicklung seiner wichtigsten, spezifisch menschlichen Eigenschaften und Fertigkeiten zu fördern (Umgang mit frei gewählten Sym-

bolen, Verständigung mittels Sprache oder Gebärden, kulturelle Integration, innere Repräsentation und bewußtes Selbst). Die Förderung beginnt mit dem ersten Kontakt nach der Geburt und entwickelt sich phasisch mit der Entwicklung des Säuglings, sie betrifft zuerst die prozedurale Vorbereitung der kommunikativen und integrativen Fähigkeiten und, nach dem Erscheinen der Silbenketten, vor allem das deklarative Benennen von Personen, Gegenständen oder Erlebnissen. Damit wird nach der biologisch fundierten Entwicklungsphase die Phase der kulturellen Integration eingeführt, in der bewußte verbale Belehrungen und Instruktionen eine wachsende Rolle spielen. Universalität, unbewußte Steuerung und oft sehr kurze Latenzzeiten weisen auf einen genetischen Transfer der intuitiven elterlichen Kompetenz hin, obwohl sie den Eindruck einer didaktischen Förderung weckt (Papoušek und Papoušek sprechen von intuitiver elterlicher Didaktik). Trotz des biologischen Ursprungs kann die Kompetenz unter Streßbelastung und unter dem Einfluß psychischer Erkrankungen (→ Depression; → Borderline-Persönlichkeitsstörung) gehemmt werden.

Papoušek M (1994) Vom ersten Schrei zum ersten Wort: Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern, Hans Huber

Papoušek H, Jürgens U, Papoušek M (Eds) (1992) Nonverbal vocal communication: comparative and developmental aspects. New York, Cambridge University Press

Papoušek H, Papoušek M [1992] (1995) Vorsprachliche Kommunikation: Anfänge, Formen, Störungen und psychotherapeutische Ansätze. In: Petzold HG (Hg), Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. II. Paderborn, Junfermann, S 123–142

H. Papoušek

Inzest (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). C.G. Jung versucht, den Inzest symbolisch zu fassen. Der Inzest symbolisiert „die Vereinigung mit dem eigenen Wesen, die [→] Individuation oder Selbstwerdung“ (Jung, GW, Bd. 16, § 419). Dies

bedarf einer Ergänzung: Im Inzest wird, → archetypisch gesehen, die Neugestaltung der → Syzygie auf die Körperebene projiziert und dort ausagiert. Im Inzest wird somit das seelische Geschehen körperlich erlebbar. Der Inzest war in initiatischen Zeiten den Göttern und den sie repräsentierenden Königen vorbehalten, weil er als Tabubruch die Initiation ins Reich der Götter (modern: ins Ideelle) meinte. Da es nicht um eine gewöhnliche körperliche Verbindung von zwei Menschen geht, ist der Inzest *unio mystica*, magisch aufgeladen. Im Ödipus-Mythos zeigt sich der Inzest als schicksalhafte Vereinigungsfantasie des Sohnes mit der Mutter, in den → alchemistischen Texten als *coniunctio* von z. B. *rex* und *regina*, in der therapeutischen → Übertragung als Wunsch nach körperlicher Vereinigung, z. B. der Patientin mit dem Therapeuten. Mit dem geschichtlichen Heraustreten des Ich aus der initiatischen Kulturstufe und dem Auseinanderbrechen der Wirklichkeit in Psyche (→ Seele) und Physis kann der Inzest die seelische Ebene der Syzygie nicht mehr erreichen, was bedeutet, daß er, körperlich ausagiert, die seelische Neugestaltung zwischen → Anima und Animus verhindert. Das seelische Geschehen wird auf die Körperebene transponiert und kann hier als → Trauma wirken (→ Ödipuskomplex; → Symbol).

- Giegerich W (1994) *Animus-Psychologie*. Frankfurt/M., Peter Lang [bes. S 269–297]
 Hillman J [1987] (1987) *Eine Psychologie der Überschreitung – gewonnen an einem Inzesttraum. Eine imaginative Betrachtung eines Behandlungsfalls*. Gorgo 13: 27–39
 Jung CG (versch. J.) *Gesammelte Werke*, Bd. 14/ I, §§ 104–106; Bd. 16, § 419. Olten, Walter (siehe auch Fn S 27).

Doris Lier

Inzidenz (→ Epidemiologie; → Psychotherapieforschung). Einer der Hauptbegriffe der deskriptiven (beschreibenden) Epidemiologie, welche sich mit der Häufigkeit des Neuauftretens von Erkrankungen zwischen vorgegebenen Zeitpunkten (Inzidenz) sowie mit der Auftretens-

häufigkeit von Erkrankungen innerhalb definierter Zeiträume (→ Prävalenz) befaßt. Die Inzidenz (von lat. *incisio* = Einschnitt) oder Neuerkrankungsziffer ist die Zahl der innerhalb einer Zeitstrecke neu aufgetretenen Erkrankungsfälle (häufig als 1-Jahres-Inzidenz definiert). Inzidenzerhebungen werden im Rahmen von prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudien (Längsschnittdesigns) unternommen.

- Schepank H (1987) *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Untersuchung in Mannheim*. Berlin, Springer
 Weiß C (1999) *Basiswissen Medizinische Statistik*. Berlin, Springer [S 125–140, 260–280]
 Weyerer S (1995) *Epidemiologie psychischer Störungen*. In: Faust V (Hg), *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*. Stuttgart, Gustav Fischer, S 83–90

Martin Voracek

Isolierung. Die Freudsche → Psychoanalyse bezeichnet Isolierung als einen → Abwehrmechanismus, der „die Abwehr der unerträglichen Vorstellung durch Trennung derselben von ihrem Affekt“ (Freud, 1894: 72) beschreibt. Vor allem im Zusammenhang mit der Zwangsneurose wird dieser – der → Spaltung ähnliche – Abwehrmechanismus als „Pause (nach einem unliebsamen Ereignis) [...], in der sich nichts mehr ereignen darf, keine Wahrnehmung gemacht und keine Aktion ausgeführt wird“, beschrieben (Freud, 1926: 264). Dadurch wird ein „routiniertes, nicht von Affekten begleitetes Funktionieren ermöglicht (Grubrich-Simitis, 1979: 994). Die Isolierung – wie auch die übrigen Abwehrmechanismen – werden im Verständnis der → Selbstpsychologie ätiologisch auf das Bedürfnis, mit Rückzug abweisend zu reagieren (→ Motivationssysteme) zurückgeführt und als ein „organisierendes Prinzip von Erfahrung“ (→ Organizing principles) eingeordnet.

- Freud S [1894] (1952) *Die Abwehr-Neuropsychosen*. In: Freud S, *Gesammelte Werke*, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 57–74

Isomorphie

Freud S [1926] (1982) Hemmung, Symptom und Angst. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M., Fischer, S 227–308

Grubrich-Simitis I (1979) Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma. Psychoanalytische Studien über seelische Nachwirkungen der Konzentrationslagerhaft bei Überlebenden und ihren Kindern. *Psyche* 33(11): 991–1023

Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (1992) Self and motivational systems. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Gerhard Pawlowsky

Isomorphie. → Gestaltpsychologie; → Gestalttheorie.

- J -

Ja-Haltung (→ Hypnose). Beschreibt die innere, meist nicht verbal geäußerte Zustimmung des Klienten zu Interventionen, Statements, Fragen, → Suggestionen, Verbalisierungen oder Interpretationen etc. des Therapeuten, aber auch zum therapeutischen Setting, zur Person des Therapeuten wie zum therapeutischen Vorgehen. Sie gilt in der → Hypnotherapie und im → Neurolinguistischen Programmieren (NLP) als ein zentrales Element für den Aufbau und die Förderung der therapeutischen Beziehung und wird manchmal – fälschlicherweise – als Synonym dafür verwendet. Besondere Bedeutung kommt der Ja-Haltung während → Tranceinduktionen sowie der Arbeit in → Trance zu. Jedes innere „Nein“ des Klienten kann hier nicht nur die therapeutische Beziehung, sondern auch die Trancevertiefung und den therapeutischen Prozeß stören (→ Pacing und Leading; → Trancetiefe). In Trance wie im Wachbewußtsein erhöht das Voranstellen unbezweifelbarer und angenehmer Tatsachen die Wirkung der nachfolgenden Suggestion.

Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie. München, Pfeiffer

Erickson MH, Rossi EL, Rossi SL (1978) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Pfeiffer

Peter Hain

handelt sich um ein Quadrat, das folgende vier Quadranten enthält: Quadrant I – „öffentliche Person/Gruppe“ – ist der Bereich der freien Aktivität. Er umfaßt Verhaltensweisen und Motivationen, die sowohl einem selbst und anderen bekannt sind, als auch für andere wahrnehmbar sind. Quadrant II ist der Bereich des „blinden Flecks“, der das Verhalten umfaßt, das andere wahrnehmen können, die Person/Gruppe selbst aber nicht kennt. Quadrant III – „Privatperson/Privatgruppe“ – ist der Bereich des Vermeidens oder Verbergens. Es ist der Bereich der Person/Gruppe, der ihr selbst zwar bekannt ist, den anderen aber nicht offenbart wird. Quadrant IV ist der Bereich der „unbekannten Aktivität“, des Unbewußten. Weder die Person selbst, noch andere bemerken bestimmte Verhaltensweisen oder Motive. Diese Bereiche sind unterschiedlich groß. Ziel der Gruppenarbeit ist eine Vergrößerung des Bereichs der öffentlichen Person/der öffentlichen Gruppe und damit eine Verkleinerung der Bereiche II, III und IV.

Luft J (1963) Einführung in die Gruppendynamik. Stuttgart, Ernst Klett [bes. S 22–28]

Luft J, Ingham H (1955) The Johari window, a graphic model for interpersonal relations. Los Angeles, University of California

Maria Majce-Egger

Johari-Window (→ Dynamische Gruppenpsychotherapie). Wurde von Luft & Ingham (1955) als grafisches Schema der Veränderung der intra- und interpersonellen Wahrnehmung vorgelegt. Es dient der Veranschaulichung der Veränderung von Selbst- und Fremdwahrnehmung im Verlauf der Gruppenentwicklung. Die Bezeichnung Johari leitet sich aus den Vornamen der Autoren ab (Joe Luft, Harry Ingham). Es

Joining (→ Systemische Familientherapie; engl.: to join = verbinden, anstoßen). Im Rahmen der entwicklungsorientierten und strukturellen → Familientherapie bezieht sich Joining auf therapeutische Interventionen, die einen konstruktiven und wertschätzenden Kontakt zwischen Therapeut und Systemmitgliedern und Gesamtsystem zum Ziel haben. Joining ist nur möglich auf der Basis einer kongruenten therapeuti-

schen Grundhaltung von → Respekt und Allparteilichkeit (→ Neutralität). Durch Joining entsteht eine Atmosphäre von Vertrauen, sowohl zwischen Klienten und Therapeuten als auch im Sinne von Selbstvertrauen bei den Klienten. Verbindung und Kontakt kann von Therapeuten sowohl verbal als auch paraverbal (z. B. durch Anpassen an Lautstärke und Tempo) und nonverbal angeboten werden. Beispiel: Während sich ein Familienmitglied über ein anderes beschwert, kann der Therapeut durch seine Haltung und durch Fragen einerseits Interesse am Erleben des Erzählers, als auch andererseits an der Erlebensweise der anderen Personen signalisieren. Besonders beim Erstgespräch ist das Akzeptieren der kognitiven und emotionalen Sichtweisen und das Anknüpfen an die Wirklichkeitskonstrukte aller Systemmitglieder Voraussetzung für ein therapeutisches Arbeitsbündnis. In der Theorie des Strukturdeterminismus wird in diesem Zusammenhang von struktureller Koppelung gesprochen.

Berg IK (1992) Familien-Zusammenhalt(en). Dortmund, Modernes Lernen

Minuchin S, Fishman H (1983) Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg, Lambertus

Satir V (1990) Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Paderborn, Junfermann

*Juliane Kleibel-Arbeithuber,
Brigitte Roschger-Stadlmayr*

Lewin K [1936] (1969) Grundzüge der topologischen Psychologie. Bern, Hans Huber

Lewin K [1937] (1962) Psychoanalyse und Topologische Psychologie. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie 21: 297–306

Hans-Rainer Teutsch

Jugendlichenpsychotherapie. → Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Jordankurve. Von Kurt Lewin im Rahmen seiner → Topologie gewählte Form der begrifflichen Darstellung der Person und des → Lebensraumes. Es handelt sich um einen elliptischen Ring, der nach dem französischen Mathematiker Marie Ennemond Camille Jordan (1838–1922) benannt ist und für Lewin nicht Illustration, sondern Wiedergabe der Wirklichkeit ist. Lewin weist ausdrücklich darauf hin, daß diese Repräsentation in erster Linie der momentanen Situation der Person oder des Lebensraumes entspricht und sich daher ständig ändert, da die psychologische Realität wegen der dynamischen Kräfte, die in Person und Umwelt wirken, einem ständigen Wechsel unterworfen ist.

- K -

Kastrationskomplex. In der → Psychoanalyse von Freud 1908 erstmals beschriebener Komplex, der mit dem zentralen pathogenen Konflikt, dem → Ödipuskomplex verbunden ist. Freud postuliert in seinen „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905), daß das Kind beide Geschlechter von Geburt an mit der gleichen (männlichen) körperlichen Ausstattung fantasiert. Deshalb könne der anatomische Geschlechtsunterschied nur durch die Kastration erklärt werden. Daraus leite sich der Primat des Penis ab; der Knabe fürchtet den Verlust des Penis, der ein wesentlicher Bestandteil seiner Persönlichkeit ist. Das Mädchen ist „penislos“, es entwickelt den → Penisneid. Der Urheber der Kastrationsdrohung ist der Vater, indem er dem Knaben das sexuelle Begehren des mütterlichen Objekts verbietet. Dieses väterliche Prinzip, das der Knabe fürchtet und mit dem er sich von nun an identifiziert, repräsentiert das Gesetz, die menschliche Ordnung (→ Überich). Das Recht auf Gebrauch (des Penis) ist von nun an immer mit einem Verbot verbunden. Beim Mädchen kommt es nicht zur → Identifikation als Reaktion auf die Kastrationsdrohung, es bildet vom Standpunkt der klassischen psychoanalytischen Theorie daher auch kein starkes Überich. In der → Selbstpsychologie wird der Kastrationskomplex als klinisches Phänomen beobachtet, hat jedoch nicht den Anspruch der Universalität, den er bei Freud hat. Er wird vielmehr als sexualisierte Abwehr (→ Abwehr; → Sexualisierung) der Angst verstanden, die durch unempathisches Verhalten in der ödipalen Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen entstehen kann. Ein bestätigendes Akzeptieren der männlichen und/oder der weiblichen Persönlichkeitsmerkmale durch die (idealisierte) Bezugsperson bewirkt die Konsolidierung der Männlichkeit bzw. der Weiblichkeit.

- Freud S [1908] (1982) Über infantile Sexualtheorien. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 169–184
- Freud S [1923] (1982) Die infantile Genitalorganisation. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 235–241
- Kohut H [1977] (1977) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Margarethe Maria Lindner

Katalepsie (→ Hypnose; → Trancephänomene). Unwillkürliche Muskelstarre in einzelnen Gliedmaßen oder dem gesamten Körper. Bei der sogenannten kataleptischen Brücke liegt der Proband nur mit Kopf und Füßen auf 2 Stühlen. Katalepsie entsteht durch simultane Anspannung antagonistischer Muskeln bei insgesamt hohem Muskeltonus im betroffenen Körperteil. Katalepsie kann in hypnotischer → Trance entweder spontan oder als Reaktion auf eine entsprechende → Suggestion auftreten. Es handelt sich dabei um eine Form von Katalepsie, bei der der kataleptische Körperteil eine wachsartige Biegsamkeit annimmt: Der kataleptische Arm läßt sich vom Hypnotiseur in eine beliebige Stellung bringen und bleibt dann in dieser Stellung fixiert. Der therapeutische Wert von Katalepsie per se ist umstritten.

- Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union
- Rossi EL (Hg) (1997) Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson, Bd. 4. Heidelberg, Carl Auer

Hans Riebensabm

Katamneseforschung (→ Psychotherapieforschung). Beforschung der Haltbarkeit psychotherapeutisch erreichter Änderungen wie z. B. Besserung der Symptomatik, Verringerung des Leidensdrucks des Klienten und seiner Umgebung, Änderung der Befindlichkeit, der Lebensqualität, des Selbstwertgefühls, der zwischenmenschlichen Beziehungen, der vegetativen Funktionen und von Persönlichkeitsbereichen (vgl. Grawe et al., 1994). Als wichtige gesellschaftliche Faktoren gelten die Steigerung der Arbeitsfähigkeit, die Senkung der Produktivitätseinbußen und die Verringerung der Behandlungskosten (Dosisreduktion von Medikamenten, geringere Inanspruchnahme von → Krisenintervention und stationären Aufenthalten). → Spontanremissionen und unspezifische → Wirkfaktoren bzw. Effekte müssen berücksichtigt werden, wobei entweder ein statistisch zuverlässiger Nachweis oder aber Ausschluß derselben oft fehlt. Es liegen Ergebnisse zu einzelnen psychiatrischen Erkrankungen vor, z. B. eine 5-Jahres-Katamnese bei Alkoholkranken. Falloon et al. (1985) konnten in einer 2-Jahres-Longitudinalstudie nachweisen, daß die → Kombinationstherapie in der Schizophreniebehandlung zu einer Verringerung des Rückzugsverhaltens und zur Verbesserung der Sozialkontakte in Familie und Beruf führten. Die Verlaufsforschung bei Menschen mit → „Neurosen“ führte Ernst et al. (1968) zur Erstellung prognostischer Regeln für erwachsene Klienten: Je begabter und lebensstüchtiger die prämorbid Persönlichkeit, je akuter der Krankheitsbeginn und je verstimmter und emotionell beteiligter das Zustandsbild ist, umso günstiger ist sowohl die Syndromdiagnose wie auch die Persönlichkeitsprognose.

Ernst K, Kind H, Rotach-Fuchs M (1968) Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Berlin, Springer [bes. S 62f.]

Falloon I, Boyd J, McGill C (1985) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcomes of a two-year longitudinal study. Archives of General Psychiatry 42: 887–896

Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe [bes. S 674, 678, 680]

Martina Schönauer-Cejpek

Katathym – Imaginative Psychotherapie (KIP). Wurde 1954 von Hanscarl Leuner unter dem Namen „Katathymes Bilderleben“ als „klinisches Verfahren der Psychotherapie“ vorgestellt. Sie resultiert aus den unmittelbaren wissenschaftlichen Beobachtungen des Tagtraumgeschehens in Experimenten an gesunden und neurotischen Versuchspersonen. Sie ist ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren, in dem imaginative Prozesse eine zentrale Rolle spielen. Der Begriff „katathym“ (griech.: kata = gemäß, thymos = Seele) weist darauf hin, daß es sich um emotionale bzw. vom Affekt gesteuerte Bild- und Erlebnisinhalte handelt. Der Begriff „Bilderleben“ hebt den visuellen Charakter der Erlebniswelt des therapeutisch induzierten und begleiteten Tagtraumgeschehens hervor, in dem ein wesentlicher Teil des therapeutischen Prozesses abläuft. Das Bildhafte mit seinem Symbolcharakter hat eine vermittelnde Funktion zwischen tiefen, unbewußten Regungen, Bedürfnissen, Affekten und Konflikten sowie dem bewußten Erleben. Frühe Erfahrungen mit Bezugspersonen hinterlassen bewußte, vorbewußte und unbewußte Erinnerungsspuren und sind für die Welt der inneren Objekte mitbestimmend, welche wiederum die Vorstellungswelt beeinflussen. In den Imaginationen stellen sich diese Erfahrungen symbolhaft dar. Von der Psychoanalyse kommend, gelten zentrale Parameter wie unbewußte Antriebe und Abwehr, Übertragung und Gegenübertragung. Die → Imagination hat eine zentrale Stellung und erfolgt in dialogischer Verbindung zum Psychotherapeuten. Die Katathym-Imaginative Psychotherapie ist durch drei Wesensmerkmale charakterisiert: 1. tiefenpsychologisch-theoretische Grundlage; 2. die Anwendung der Imagination durch die Vorgabe von → Motiven und die daraus resultierende psychotherapeutische Arbeit mit und an den Symbolen; 3. das psychotherapeutische Gespräch zur Aufarbeitung der Bildinhalte, Behandlung aktueller Themen, Reflexion der therapeutischen Beziehung und Interaktion im Sinne tiefenpsychologischer Richtlinien. Der therapeutische Prozeß erfolgt somit auf zwei Ebenen: auf der Ebene des primärprozeßhaften Geschehens der Imagination und

auf der sekundärprozeßhaften Ebene des Gesprächs. Imagination wird während des gesamten psychotherapeutischen Verlaufs systematisch und gezielt angewandt. Die Bildebene der KIP läßt sich in 3 Dimensionen einteilen: 1. direkte Bearbeitung der Problematik auf der Symbolebene; 2. Auffüllen emotionaler Defizite auf der Bildebene, im Sinne der narzißtischen Bedürfnisbefriedigung; 3. die kreative Problemlösung auf der Bildebene und das symbolische Probehandeln. Das Konzept der Katathym-Imaginativen Psychotherapie ist so aufgebaut, daß es auf verschiedene psychische Entwicklungsstufen angewandt werden kann. Dies spiegelt sich in der Gliederung des Verfahrens in drei Therapiestufen. Grundstufe: Sie erfaßt die frühen und frühesten Abschnitte der psychischen Entwicklung; Mittelstufe: Konfliktbearbeitung, Erkenntnis und Integration stehen im Vordergrund. Therapeutische Interventionsmethoden sind Symbolkonfrontation, assoziatives Vorgehen, Operation am Symbol, Anregung zu kreativen Problemlösungen und Probehandeln; Oberstufe: Die Motivwahl berücksichtigt archaische Dimensionen. Die Nachbearbeitung imaginativer Inhalte kann intensiver sein, der assoziative Anteil spielt eine größere Rolle und ist auf Integration ausgerichtet. Die Katathym-Imaginative Psychotherapie kommt in der Einzel-, Paar- und Gruppentherapie zur Anwendung.

- Leuner HC (1970) *Katathymes Bilderleben. Grundstufe. Einführung in die Psychotherapie mit der Tagtraumtechnik.* Stuttgart, Thieme
- Leuner HC (1980) *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis.* Bern, Hans Huber
- Leuner HC [1985] (1994) *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie.* 3. Aufl. Bern, Hans Huber
- Leuner HC, Hennig H, Fikentscher E (Hg) (1993) *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis.* Stuttgart, Schattauer
- Lang O (Hg) (1982) *Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse.* Bern, Hans Huber
- Wilke E (Hg) (1990) *Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin.* Bern, Hans Huber

Martina Hexel

Katathym – Imaginative Psychotherapie, Grundstufe. → Grundstufe der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie.

Katathymes Bild. → Imagination; → Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Katathymes Bilderleben. → Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Katatonie. → Schizophrener Formenkreis.

Katharsis (griech.: „die Reinigung“). Der Begriff geht auf Hippokrates (körperlich), Aristoteles und Platon (seelisch) zurück und meint die Abreaktion und/oder Verwandlung verdrängter → Affekte. Breuer und Freud beschrieben die Katharsis als Abreagieren „eingeklemmter“ Affekte (→ Psychoanalyse). In dem Maße allerdings, wie Freud seine Aufmerksamkeit auf → Widerstände, → Übertragung und → Durcharbeiten richtete, traten suggestive Behandlungstechniken (wie → Hypnose) zugunsten der → „freien Assoziation“ zurück. Kathartische Effekte treten in vielen Therapieformen mit unterschiedlicher methodischer Gewichtung auf (z. B. im → Psycho-drama).

- Freud S, Breuer J [1895] (1952) Studien über Hysterie. In: Freud S, *Gesammelte Werke*, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 75–312
- Freud S [1926] (1948) Psycho-Analysis. In: Freud S, *Gesammelte Werke*, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 14. Frankfurt/M., Fischer, S 297–308 [bes. S 300]

Michael Erb

Katharsis (→ Hypnose). Geht von einem Konzept der Neurose als Affektstau aus. Diese Vorstellung einer reinigenden Wirkung des dramatischen Ausdrucks von Emotionen hat ihren Ursprung in den krisenhaften Reaktionen, die Franz Anton

Mesmer mit seiner magnetischen Kur (animalischer Magnetismus) auslöste. Breuers kathartische Methode, die Freud eine zeitlang anwandte, wurde die Vorgängerin der Psychoanalyse und → Hypnoanalyse. Heute ist die therapeutische Wirksamkeit der reinen Abfuhr von Gefühlen umstritten, außer bei Kriegsneurosen u. ä., wobei auch da meist eine nachträgliche Restrukturierung der Erfahrung unerlässlich ist. Der Ausdruck Abreaktion wird meist gleichbedeutend verwendet. Weiters wird damit eine intensive, emotionale Reaktion in Hypnose auf die Revivifizierung eines affektgeladenen, verdrängten Erlebnisses (→ Altersregression) bezeichnet.

Kinzel C (1993) Psychoanalyse und Hypnose. Auf dem Weg zu einer Integration. München, Quintessenz

Watkins JG (1992) Hypnoanalytic techniques. The practice of clinical hypnosis, vol. II. New York, Irvington

J. Philip Zindel

Katharsis (im → Psychodrama). Neben der Abreaktion und Befreiung von unangenehmen Gefühlen liegt die Betonung auf dem Erkennen neuer Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten. Das Psychodrama kennt verschiedene Formen der Katharsis: die Handlungs- (Aktions-), Zuschauer-, Gruppen-, Gefühls- sowie Einsichts- (Integrations-)Katharsis. Sie kann in einer kreativen zwischenmenschlichen Begegnung passieren (Liebes-Katharsis), und schon das bloße Lachen kann kathartische Funktion haben. Aristoteles sah das Zusehen im Theater als kathartisch an, Breuer und Freud das Erzählen unter Hypnose. Im Psychodrama werden durch das aktive Durchspielen von konfliktreichen Szenen die damit verbundenen Gefühle zutage gefördert, die dann verstanden und integriert zu kreativen Lösungen führen.

Marschall B (1991) Das Auge Morenos ertappt uns alle. Annäherungen an Morenos Katharsislehre. Psychodrama 4(1): 45–56

Moreno Z (1982) Über Aristoteles, Breuer und Freud hinaus: Morenos Beitrag zum Konzept der Katharsis. In: Petzold H (Hg), Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, The-

rapeutisches Theater. Stuttgart, Hippokrates, S 60–69

Wartenberg G, Kienzle J (1991) Die Katharsis im psychodramatischen Spiel. In: Buer F (Hg), Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis & Gesellschaftspolitik. Opladen, Leske + Budrich, S 49–82

Michael Wieser

Katharsis (aus Sicht der → Analytischen Körperpsychotherapie). Historisch gehört die „kathartische Methode“ in eine vorpsychoanalytische Periode, in welcher der gesuchte therapeutische Effekt in einer „Reinigung“, d. h. einer Abfuhr pathogener Affekte besteht. Dieser Gedanke wurde von Reich und Lowen (→ Bioenergetische Analyse), unter Bezugnahme auf das → Energiekonzept, übernommen und zum hauptsächlichsten psychotherapeutischen → Wirkfaktor erklärt, wobei das Beziehungsgeschehen in der Therapie in den Hintergrund trat. In der → Streßbioenergetik wird die Idee der Katharsis auf den Punkt gebracht, indem Affektabfuhr suggestiv durch Auflösung muskulärer Blockaden gefördert wird. In der analytischen Körperpsychotherapie, die sich auf die → Übertragung des Klienten zentriert und zu ihrer Aktivierung erlebnisorientierte Zugänge in ihre → Settings einbaut, ist Katharsis kein primäres Therapieziel, sondern ein hin und wieder auftretender Begleiteffekt im Zuge regressiver Prozesse (→ Regression).

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Maaz HJ (1997) Psychoanalyse im multimodalen Ansatz. In: Maaz HJ (Hg), Analytische Körperpsychotherapie. Lengerich, Pabst Science Publishers, S 10–17

Peter Geißler

Katharsis (aus Sicht der → Musiktherapie). In der Musiktherapie indikationsbedingt ein zentraler → Wirkfaktor; kommt insbesondere Personen zugute, die z. B. geringe Triebaufschubfähigkeit, erhöhten Bedarf nach affektiver Entlastung, mangelnde Artikulationsfähigkeit oder rationalisierende Abwehr sowie Bedarf nach

Desomatisierung aufweisen. Musik als Sprache seelischer Regungen bewirkt jedenfalls affektiv-emotionale Resonanz: ungesagte, verdrängte oder somatisierte Gefühle (vor allem Trauer, Wut, Angst bei traumatisierenden Erlebnissen) werden dabei erweckt, zum Fließen gebracht und gespiegelt, im weiteren befreiend ausgedrückt und kommuniziert. Konfliktbearbeitung wird möglich. Musiktherapeutisch bewußt begleitet, geschieht dies in unterschiedlicher Intensität und über Identifikationsprozesse beim Musikhören oder Selberspielen. Musiktherapeutische Katharsis dient der Symbolisierung, der Entwicklung von Ich-Struktur und reiferen Ausdrucks- und Kommunikationsformen (Sprache).

- Nitzschke B (1984) Frühe Formen des Dialogs. Musikalisches Erleben – psychoanalytische Reflexion. Musiktherapeutische Umschau 5(3): 167–187
 Strobel W (1990) Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie. Musiktherapeutische Umschau 11: 313–338

Dorothea Oberegelsbacher

Kausalität. → Zirkularität; → Systemische Therapie.

Kernvariablen. → Grundhaltungen, therapeutische; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Kindarchetyp (→ Analytische Psychologie). C.G. Jung beschrieb den → Archetypus des Kindes, ein Motiv, das aus → Mythen bzw. → Religionen (z. B. Dionysos, Hermes, Jesus), Filmen, Visionen, Wahnvorstellungen, Partnerschaftsphantasien, Träumen bekannt ist. Das Kind ist darin oft numinos („göttliches Kind“, z. B. im Blütenkelch), wunderbar und monströs, hermaphroditisch, unbesiegbar, zugleich verletzlich, verwaist. Es kann → Symbol sein für die → Ganzheit, zukünftige psychische Wandlungen, den → vorbewußten Kindaspekt der kollektiven Psyche und anderes. Weitere Aspekte können kindische Regressionsneigungen (→ Regression) und simplifizie-

rende, ahistorische Wachstums- und Unabhängigkeitsfantasien, Romantizismus sowie Verbuchstäblichung des Denkens sein. Der Archetyp kann unsere Wahrnehmung von realen Kindern verzerren. Übergänge zum → Puer- und → Heldenarchetyp.

- Hillman J (1975) Abandoning the child. In: Hillman J, Loose ends. Primary papers in archetypal psychology. Dallas, Spring Publications, pp 5–48 [auch in: Eranos Jahrbuch 40 [1971]: 358–406]
 Jung CG [1940] (1976) Zur Psychologie des Kindarchetypus. In: GW, Bd. 9/1, §§ 259–305. Olten, Walter (siehe auch Fn S 27).

Andreas von Heydowolff

Kinderanalyse. → Kinderpsychoanalyse.

Kinderhypnose. → Hypnose und hypnotherapeutische Interventionen sind wirksame, für Kinder und Jugendliche geeignete Zugänge. Bei der Anwendung von Hypnose mit Kindern und Jugendlichen müssen besonders deren Abhängigkeit von ihrer sozialen Umwelt und die damit zusammenhängende größere → Suggestibilität gegenüber dieser Umwelt berücksichtigt werden. Für die Behandlung muß abgeklärt werden, welche Bedeutung und welche Vorteile das deklarierte Symptom, Problem oder Anliegen für das Kind und die Familie hat. Wird mit formaler → Trance gearbeitet, sollen die Eltern über Hypnose informiert und damit einverstanden sein. Das erste Ziel der Therapie ist, die Kontrolle über ausufernde Alltagstrancen (→ Trancephänomene) zu gewinnen, beispielsweise mit der klaren Struktur einer formalen Trance. Kinder arbeiten in Trance oft selbständiger als erwartet und sind im allgemeinen fähig, schnell zwischen Trance und Wachzustand zu wechseln. Bewährt hat sich die Technik der → fraktionierten Trance. Kinder bringen ihren Willen meist klarer zum Ausdruck, brauchen jedoch in manchen Sequenzen mehr Zeit als Erwachsene. Für Vorschulkinder sind hypnotische Methoden geeignet, die aus einem Spiel, später aus dem Rollenspiel heraus, erwachsen. Dafür sollten sie fähig sein, zwischen Reali-

tät und Vorstellung zu unterscheiden. Bei Jugendlichen ist es besonders wichtig, daß sie die Kontrolle über die Vorgänge in der Therapie so weit wie nötig behalten können. Viele Jugendliche zeigen großes Interesse, äußern aber auch klare Einschränkungen, beispielsweise wollen sie nicht die Augen schließen oder wollen nicht, daß der Therapeut mit einer „Hypnosestimme“ spricht. Jugendliche sprechen im allgemeinen gut auf formale Trance an.

Holtz K-L (1990) Entwicklungspsychologische Überlegungen zur Hypnotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Hypnose und Kognition* 7(1): 50–66

Mills J, Crowley R [1986] (1996) Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns. Heidelberg, Carl Auer

Mrochen S, Holtz K-L, Trenkle B (Hg) (1993) Die Puppe des Bettnässers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Heidelberg, Carl Auer

Susy Signer-Fischer

Kind, inneres. → Innere(r) Kritiker; → Hakomi-Therapie.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Kindertherapie wird oft mit → Spieltherapie gleichgesetzt; es finden sich jedoch verschiedenste therapeutische Techniken, die auf unterschiedlichen theoretischen Grundlagen beruhen. Die analytische Kindertherapie geht auf Sigmund Freud zurück („Die Traumdeutung“, „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“, „Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben“). Weitere Versuche wurden von Adler, Jung und Ferenczi unternommen. Die Entwicklung der Kinderpsychoanalyse wurde besonders durch die Diskussion der Konzepte von Melanie Klein (1973), Anna Freud (1987) und Hans Zulliger gefördert, wobei Melanie Klein und Anna Freud ihre Konzepte in wechselseitigen harten Auseinandersetzungen aufbauten. Melanie Klein stellte zunächst die Problematik der Angstentstehung und -bewältigung in den Vordergrund und vertrat die Spielanalyse, wobei die Spielproduktionen sofort gedeutet werden. Anna Freud setzt ebenso das Spiel

ein, ohne allerdings die Spielhandlungen des Kindes ausdrücklich zu deuten, da sowohl symbolische wie reale Bestandteile in der Spielgestaltung enthalten sind. Anna Freud kennzeichnet die Kindertherapie zum Unterschied der Erwachsenentherapie durch fehlende Krankheitseinsicht, fehlenden Leidensdruck und meist fehlende Freiwilligkeit zur Therapie. Virginia Axline führte die „nicht-direktive Kinderspieltherapie“ ein. Bei Hans Zulliger tritt anstelle des Deutens das Eingreifen ins Spielgeschehen. August Aichhorn beschäftigt sich vor allem mit der „verwahrlosten Erziehung“ und fordert die pädagogische Hilfestellung für eine Nacherziehung aufgrund des Gelingens einer positiven Übertragung. Die weitere Entwicklung wurde durch Annemarie Dührssen (1968; neopschoanalytische Kindertherapie) sowie Erik Erikson geprägt. Julia Schwarzmann betonte die sozialen Bedingungen, Horst-Eberhard Richter griff das Problem der Familienneurose auf. Lebovici propagierte die Einführung des → Psychodramas nach Moreno in die Kindertherapie. Formen der Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche wurden von Slavson weiterentwickelt. Auch innerhalb der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie und des → Autogenen Trainings wurden Methodiken entwickelt, die eine Erweiterung kinderpsychotherapeutischer Techniken darstellen. Hilarion Petzold (1987) entwickelte die → Integrative Therapie mit Kindern. Auf andere Art und Weise versuchte die behavioristische Lernpsychologie therapeutische Verfahren für Kinder zu erarbeiten, ebenso wird das → Neurolinguistische Programmieren vor allem im Unterricht eingesetzt. Die moderne → Säuglingsforschung wird weitere wesentliche Anhaltspunkte zur Entwicklung der Kindertherapie geben. „Die Wege und Mittel der Therapie in der Kindheit sind so zahlreich wie die auf dem Entwicklungsweg erworbenen Störungen, und so verschieden voneinander, wie die verschiedenen Anteile der kindlichen Persönlichkeiten“ (A. Freud, 1965: 2346). Die Psychotherapie adoleszenter Patienten galt lange Zeit als kaum möglich, gehört auch heute noch zu den theoretischen und praktischen Problemfel-

dem. Jugendtherapie ist nur zusammen mit dem Jugendlichen möglich, d. h. der Jugendliche muß als Handelnder und nicht als Behandler gesehen werden. Kenntnis der Entwicklungspsychologie mit den Entwicklungsaufgaben dieser Altersphase sind besonders vonnöten, wobei die Erlangung der Autonomie hervorzuheben ist. Die Autonomiebestrebungen des Jugendlichen erschweren nicht selten, das Arbeitsbündnis mit dem Therapeuten einzugehen und einzuhalten. Bei Jugendlichen bestehen in der Regel Hemmungen, das wirkliche Ausmaß ihrer Ängste, Sorgen und Konflikte mitzuteilen. Die therapeutische Betreuung von Jugendlichen ist meist eine Form der Begleitung. Entscheidend ist es, progressive Kräfte der Entwicklung zu stützen, um zur eigenen Entscheidung zu verhelfen. Das Geschlecht des Therapeuten spielt in diesem Alter eine entscheidendere Rolle als bei Kindern oder Erwachsenen. Dührssen betont, es sei günstig, gleichgeschlechtliche Therapeuten einzusetzen. Durch die Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern ist die Kindertherapie von vornherein mit Elternarbeit verbunden (doppeltes Arbeitsbündnis). Auch im Jugendlichenalter ist Elternarbeit unerlässlich und stellt eines der schwierigsten behandlungstechnischen Probleme dar (→ Eltern-Kind-Beziehung).

- Axline VM [1947] (1972, 1997) Kinderspieltherapie. Im nicht direktiven Verfahren. 9., neugest. Aufl. München, Reinhardt
- Boeck-Singelmann C, Ehlers B, Hensel T, Kemper F, Monden-Engelhardt C (Hg) (1996) Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte; Bd. 2: Anwendungen und Praxis. Göttingen, Hogrefe
- Dührssen A (1968) Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 3. Aufl. Göttingen, Verlag für Medizinische Psychologie
- Freud A [1927] (1987) Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Frankfurt/M., Fischer
- Freud A [1965] (1980) Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. In: Freud A, Die Schriften der Anna Freud, Bd. VIII: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. München, Kindler, S 2325–2349
- Klein M [1932] (1973) Die Psychoanalyse des Kindes. München, Kindler
- Petzold H, Ramin G (Hg) (1987) Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn, Junfermann

- Reinelt T, Bogyi G, Schuch B (1997) Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. München, Reinhardt
- Seiffge-Krenke J (1986) Psychoanalytische Therapie Jugendlicher. Stuttgart, Kohlhammer

Gertrude Bogyi

Kinder- und Jugendlichentherapie, Integrative. → Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie (IKT).

Kinderpsychoanalyse. Psychoanalytische / therapeutische Arbeit mit Kindern, wie sie erstmals von Freud versucht und in der Folge von Anna Freud, Melanie Klein, D.W. Winnicott u. a. praktiziert und weiterentwickelt wurde. In den anfangs kontrovers diskutierten Ansätzen wurde bald klar, daß die in der Erwachsenenanalyse übliche Vorgangsweise für Kinder ungeeignet war und weitgehender Modifikationen bedurfte (→ Psychoanalyse). Nach Hermine Hug-Hellmuth, die dem kindlichen Spiel besondere Bedeutung beimaß, waren es vor allem A. Freud und M. Klein, die die Grundlagen einer triebtheoretisch orientierten Kinderanalyse schufen. Während M. Klein von der unmittelbaren Ausbildung einer Übertragungsbeziehung ausging, im Spiel des Kindes ein Äquivalent zur → freien Assoziation beim Erwachsenen sah und zum frühestmöglichen Zeitpunkt vor allem die Ängste des Kindes konfrontativ deutete, fand A. Freud ein pädagogisch inspiriertes Vorgehen unter Einbeziehung der Eltern angezeigt, da ihrer Meinung nach die Ausbildung der → Übertragung beim Kind aufgrund seiner Unreife und der aktuellen Abhängigkeit von den Eltern erschwert ist. Selbstpsychologische Kinderanalytiker (z. B. Ornstein, 1981) integrieren die Ergebnisse der → Säuglings- und Kleinkindforschung (D. Stern, J. Lichtenberg u. a.) in ihre Konzepte, weisen auf die Bedeutung der Eltern für die Schaffung einer empathischen familiären Umgebung hin und diskutieren die Möglichkeiten für deren Einbeziehung, von der Eltern-Kind-Therapie bis hin zur therapeutischen Einzelarbeit mit Elternteilen (→ Selbstpsychologie).

- Freud A [1927] (1966) Einführung in die Technik der Kinderanalyse. München, Reinhardt
Klein M [1934] (1997) Die Psychoanalyse des Kindes. Gesammelte Schriften, Bd. 2. Stuttgart, Frommann-Holzboog
Ornstein A (1981) Self-pathology in childhood: developmental and clinical considerations. *Psychiatric Clinics of North America* 4(3): 435–453

Herwig Hinterbofer

- Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München, Reinhardt
Dreikurs R (1969) Grundbegriffe der Individualpsychologie. Stuttgart, Klett-Cotta
Heisterkamp G (1986) Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand als Teilaspekte der Therapeut-Patient-Beziehung. In: Mohr F-J (Hg), *Zur Patienten-Therapeuten-Beziehung*. München, Reinhardt, S 33–43

Wilfried Datler

Kindheitserinnerung, frühe (→ Individualpsychologie). Da Adler annahm, „daß jeder Mensch nur wahrnimmt und im Gedächtnis festhält, was eine besondere Beziehung zu seiner Person hat“ (Andriessens & Tymister, 1995: 257), ging er davon aus, daß die „Erinnerungen eines Menschen [...] unter all den seelischen Ausdrucksformen zu denjenigen [zählen], die am meisten enthüllen“ (Adler, 1931: 65). Vor allem die „erste Erinnerung“ würde „ganz besonders die innere Welt des Individuums, seinen [→] Lebensstil“ widerspiegeln (Ansbacher & Ansbacher, 1982: 324; → Apperzeption, tendenziöse). In jener Auffassung von Individualpsychologie, die vor allem in Amerika weite Verbreitung gefunden hat, stützt sich die Analyse des Lebensstils auf die „Untersuchung [...] der Familienkonstellation und der ersten Kindheitserinnerungen“, wobei letztere den „wichtigsten Anhaltspunkt für die Erkenntnis der Lebenseinstellung des Patienten“ abgeben (Dreikurs, 1969: 129; → Erstkontakt). Individualpsychologen, die psychoanalytisch orientiert arbeiten, explorieren hingegen Kindheitserinnerungen nicht, sondern begreifen das Erzählen bestimmter Kindheitserinnerungen vielmehr als Ausdruck des bewußten und unbewußten Erlebens von Patienten im Hier-und-Jetzt, das es tiefenpsychologisch zu verstehen gilt (Heisterkamp, 1986: 36ff.; → Beziehungsanalyse).

- Adler A [1931] (1979) Wozu leben wir? Frankfurt/M., Fischer
Andriessens E, Tymister HJ (1995) Kindheitserinnerungen, frühe. In: Brunner R, Titze M (Hg), *Wörterbuch der Individualpsychologie*. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 256–259
Ansbacher H, Ansbacher R (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische

Kind-Ich. → Ich-Zustand; → Transaktionsanalyse.

Klangtrance. Kommt als Technik der → Rezeptiven Musiktherapie in verschiedenen therapeutischen Kontexten vor. Musik induziert durch Klang, Rhythmus und Reizüberflutung ein verändertes Wachbewußtsein, wobei die Grenzen zum Überbewußtsein und zum Unterbewußtsein geöffnet werden. So ausgelöste veränderte → Bewußtseinszustände können ergotrop (Ekstase, z. B. durch rhythmische Musik) oder trophotrop (Entase, z. B. durch meditative Musik) sein, so auch im Dienste einer intendierten → Regression. Die drei charakteristischen Qualitäten des veränderten Wachbewußtseins sind: ozeanische Selbstentgrenzung, angstvolle Ich-Auflösung und die visionäre Umstrukturierung. Für die Klangtrance werden archaische und/oder obertonreiche Instrumente wie Gong, Didgeridoo, Klangschale bzw. monotonale Klänge wie die des Monochords bevorzugt. Verschiedene Tranceformen stehen in Zusammenhang mit dem jeweiligen therapeutischen Kontext oder sozio-kulturellen Hintergrund: Minitrance, religiöse Trance, hypnoide → Trance oder Besessenheitstrance. Vergleichbare Ansätze mit einer Kombination aus musikalischen Reizen und Reizdeprivation gibt es im musikalisch-katathymen Bilderleben und im → Guided Imagery and Music (G.I.M.). Obwohl Trancezustände per se heilsam sein können, werden sie bei der Rezeptiven Musiktherapie nur im Zusammenwirken der Triade Therapeut/Klient/Klang psychotherapeutisch genutzt und bedürfen einer Aufarbeitung. Sie werden nur bei Patienten

angewendet, bei denen temporärer Kontrollverlust indiziert ist und wenn diese dazu bereit sind. Die angstmachende Ich-Auflösung in der Trance verlangt einen tranceerfahrenen Therapeuten.

Bossinger W, Hess P (1993) Musik und außergewöhnliche Bewußtseinszustände. Musiktherapeutische Umschau 14(3+4): 239–254 [Themenschwerpunkt „Klang und Trance“]

Hess P, Rittner S (1996) Verändertes Wachbewußtsein. In: Decker-Voigt HH, Knill PJ, Weymann E (Hg), Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Hogrefe, S 395–397

Strobel W (1994) Die klanggeleitete Trance. In: Dittrich A, Leuner HC, Schlichting M (Hg), Welten des Bewußtseins. Berlin, VWB, S 225–237

Elena Fitzthum

Klassische Konditionierung. → Lerntheorien; → Verhaltenstherapie.

Klaustrophobie. → Phobie.

Kleinkindforschung. → Säuglingsforschung; → Säuglingsforschung und Psychotherapie.

Klientenforschung (→ Psychotherapieforschung). Wissenschaftliche Untersuchungen über Klientencharakteristika, die Einfluß auf die Bereitschaft zur Therapie, deren Verlauf und Gelingen haben. In den Anfängen der → Psychoanalyse sah man in „gemeinen und widerwärtigen“, in → narzißtischen und älteren Personen einen Grund zum Behandlungsausschluß (→ Kontraindikation). Heute sind die Grenzen weniger eng; unbestritten bleibt aber, daß nicht nur die Schwere der Krankheit, sondern auch soziale, intellektuelle, kulturelle und interaktionelle Faktoren den Therapieverlauf beeinflussen. So wurde vermutet und durch empirische Studien im Grunde bestätigt (vgl. Bergin & Garfield, 1994), daß nicht immer die Therapiebedürftigen, sondern eher sogenannte YAVIS-Klienten (young, attractive, verbal, intelligent, suc-

cessful) zur Therapie angenommen werden und davon auch mehr profitieren. Klienten mit niedrigem Sozialstatus werden als weniger geeignet für die Therapie angesehen. Interaktionelle Variablen (→ Interaktionsforschung; → Wirkfaktoren) dürften dafür verantwortlich sein. Wer über längere Zeit in Therapie bleibt, fühlt sich meist verstanden, angenommen und gemocht. Das dürfte bei gleichem oder ähnlichem sozialen Status häufiger vorkommen. Entgegen früherer Annahmen, wonach Krankheits- und Persönlichkeitsfaktoren die Haupteinflüsse ausmachen – was u. a. für die Schwere der Störungen und die Intelligenz bestätigt wurde – gilt nun auch die Fähigkeit zum therapeutischen Bündnis (working alliance) als entscheidendes Klientenkriterium. Dieses wird von mutual respect (wechselseitige Wertschätzung von Klient und Therapeut) und involvement (Bereitschaft, sich auf die Therapie einzulassen) getragen. Der Klient sollte deshalb in der Lage sein, sowohl Lernbereitschaft als auch Frustrationstoleranz aufzubringen (vgl. Strupp, 1993). Dazu gehört, was Sterba bereits mit der therapeutischen Ich-Spaltung angesprochen hat: die Fähigkeit, sich für den Therapieprozeß ein gewisses Maß an Reflexion zu erhalten. Einen speziellen Behandlungstypus stellen die → psychosomatischen Erkrankungen dar. Von Freud aus methodischen Gründen kaum beachtet, hält man heute eine aus Psychotherapie und Organmedizin bestehende Komplementärbehandlung für notwendig. Dem Doppelangebot einer organischen und psychischen Krankheitsdimension steht die Medizin aber meist hilflos gegenüber. An Psychotherapie wird allerdings erst oft dann gedacht, wenn die organmedizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind; die Folge sind langjährige Patientenkarrerien (Ringel & Kropiunigg, 1983). Zu diesem Zeitpunkt stammt die Motivation zur Psychotherapie meist aus der Angst vor körperlichen Folgen und Hilflosigkeit. Angst vor Stigmatisierung durch Psychotherapie – wie sie auch sonst bei Klienten besteht – tritt dabei erstmals in den Hintergrund. In den letzten Jahren läßt sich eine wachsende Informiertheit von Klienten beobachten, wodurch falsche Erwartungen

und Stigmatisierungsängste, die die Akzeptanz und den Verlauf von Therapien negativ beeinflussen, im Schwinden sind.

Bergin AE, Garfield SL (Eds) (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York, Wiley

Ringel E, Kropiunigg U (1983) *Der fehlgeleitete Patient*. Wien, Facultas

Strupp HH (1993) *Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen*. Psychotherapie Forum 1(1): 1–7

Ulrich Kropiunigg

Klientenzentrierte Psychotherapie

(Person[en]zentrierte Psychotherapie, Klientenzentrierte Gesprächs[psycho]therapie [GT]). Anfang der 40er Jahre von Carl Rogers in Abgrenzung zu direktiven und interpretativen Vorgangsweisen in Beratung und Psychotherapie sowie dem medizinischen Krankheitsmodell – beeinflusst von Otto Rank – entwickelter Ansatz, der zunächst (non-direktive Phase von ca. 1940–50) größten Wert auf eine → non-direktive Haltung legte. Konsequenz von den Erfahrungen und der Welt der Klienten ausgehend (klientenzentriert, erfahrungsorientiert, phänomenologisch), die als Experten für ihr Erleben gesehen werden, wird über das vertiefte Spiegeln von Gefühlen („reflection of feelings“) durch den Psychotherapeuten als „alter ego“ des Klienten (→ Empathie) die → Selbstexploration der Klienten gefördert (gefühlsverbalisierende Phase von ca. 1950–60; Rogers, 1951). Aufgrund einer persönlichen Krise von Rogers (die ihn auch in Psychotherapie führte), der Arbeit mit schizophrenen Menschen im sogenannten Wisconsin-Projekt, der Rezeption der Begegnungsphilosophie von Martin Buber, von Erfahrungen mit Encountergruppen und unter dem Einfluß des von Eugene Gendlin entwickelten → Experiencing-Konzepts gewinnt die Präsenz („Gegenwärtigkeit“) des Psychotherapeuten als reales Gegenüber (→ Transparenz) und das Prinzip der Wechselseitigkeit sowie die Bezugnahme auf das unmittelbare, körpernahe Erleben der Klienten zunehmend an Bedeutung (erlebnis- und begegnungsorientierte Phase ab ca. 1957; vgl. → Experientielle Therapie). In seinem be-

kanntesten Beitrag formuliert Rogers (1957) vor allem drei notwendige und hinreichende Bedingungen auf Seiten des Psychotherapeuten für Persönlichkeitsentwicklung auf Seiten der Klienten: → Kongruenz (Echtheit, Authentizität, Übereinstimmung des bewußten Selbst-Konzeptes [→ Selbst] mit den organismischen Erfahrungen), nicht an Bedingungen gebundene, nicht urteilende → Wertschätzung (positive Beachtung), Empathie (einführendes Verstehen, Erfassen des → inneren Bezugsrahmens der Klienten). Diese auch als → Grundhaltungen bezeichneten Therapieprinzipien sind als Beziehungsangebot – unabhängig von diagnostischen Kategorien und Kliententypologien – vor Therapietechniken zu stellen. Ein besonderes Verdienst kommt dem klientenzentrierten Ansatz aufgrund seiner kontinuierlichen objektivierend-empirischen Forschung zu, wenngleich die praktische Ausrichtung eher eine phänomenologisch-hermeneutische ist. Grundlegende Prämisse des klientenzentrierten Ansatzes ist die → Aktualisierungstendenz, die jedem → Organismus zu seiner Erhaltung und Entfaltung, also auch den Klienten als Ressource, innewohne und – sofern die oben dargestellten Bedingungen geboten werden können – zu einem konstruktiven Wachstumsprozeß beitrage, der im Idealfall zu vollständiger Erfahrungsoffenheit, Gegenwartigkeit und permanenter Selbsterneuerung führe (→ Fully functioning person). Mit dieser Auffassung von der grundsätzlich vertrauenswürdigen Natur des Menschen und dessen Entwicklungspotentialen ist der klientenzentrierte Ansatz eine prototypische Repräsentation der → Humanistischen Psychologie. Aufgrund eines → Bedürfnisses nach positiver Beachtung (→ Bewertungsbedingungen) und aufgrund eines Bedürfnisses nach positiver → Selbstbeachtung können allerdings → organismische Erfahrungen (→ Bewertungsinstanz, innere) zugunsten des Selbstkonzepts verleugnet oder verzerrt werden (→ Abwehr, → Wahrnehmungsverzerrung, –verleugnung). Statt exakter → Symbolisierung kommt es zu → Inkongruenz (dem Krankheitsbegriff der Klientenzentrierten Psychotherapie), die sich mit (unterschwel-

liger) Angst, Gefühlen der Bedrohung und allenfalls Desorganisation verknüpft und bei allen psychischen Störungsformen anzutreffen sei. Aufgrund ätiologischer, entwicklungspsychologischer, vor allem aber therapietheoretischer Überlegungen wurden in weiterer Folge eine Reihe von Konzeptionen innerhalb des klientenzentrierten Basismodells ausgearbeitet, die als spezifische Abwandlungen des klassischen Ansatzes in ihrer praktischen Ausrichtung (zumeist prozeßdirektiver) nach Kliententypus, nach Schweregrad von Störungen, nach Klientengruppen störungsspezifisch differenzieren (→ Klientenzentrierte Psychotherapie, differentielle). Dazu zählen → Focusing, → Process-Experiential Psychotherapy (nach Rice & Greenberg), → Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie, → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie, → Prätherapie (nach G. Prouty); siehe auch → Interaktionelle Orientierung. Mit der Überzeugung, daß Psychotherapie nur einen Sonderfall jener Beziehungsqualität darstelle, die konstruktiven zwischenmenschlichen Beziehungen eigen sei, hat das aus der psychotherapeutischen Praxis entfaltete klientenzentrierte Modell verallgemeinert eine Philosophie übernommen bzw. mitkonstituiert, die ca. 1960 zur Anwendung dieser Prinzipien auch in anderen Arbeits- und Lebensbereichen wie Selbsterfahrungsgruppen (→ Encountergruppe), Bildung, Partnerschaft und Politik geführt hat (→ Personzentrierter Ansatz).

Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J [1979] (1997) Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer

Rogers CR [1951] (1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer

Rogers CR [1957] (1991) Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers C, Schmid PF, Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S 165–184

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Rogers CR [1961] (1973) Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta

Rogers CR (1977) Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler

Rogers CR [1980] (1991) Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers C, Schmid PF, Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S 185–237

Gerhard Stumm

Klientenzentrierte Psychotherapie, differentielle (störungsspezifische).

Bereits Mitte der 60er Jahre begannen Mitarbeiter von Rogers auf die Wichtigkeit eines von Patient zu Patient differenzierenden Vorgehens hinzuweisen. Sie betonten vor allem die Notwendigkeit der Ergänzung des therapeutischen „Basisverhaltens“ (→ Klientenzentrierte Psychotherapie) durch zusätzliche, differentiell einzusetzende Interventionsformen wie Konfrontieren, → Beziehungsklären und → Selbsteinbringung (Tscheulin, 1992). In den 80er Jahren bahnte sich in Europa eine Weiterentwicklung dieser Ansätze an. Die → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie postulierte die Ausrichtung des Therapieprozesses an bestimmten Subzielen, die durch differentielle → Bearbeitungsangebote des Therapeuten zu erreichen seien (Sachse & Maus, 1991). Die störungsspezifische und die → Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie stellten ein auf die jeweilige Störung wie auf ein bestimmtes Therapiestadium bezogenes Vorgehen vor (Swildens, 1991) und zeigten die Möglichkeit einer solchen Differenzierung durch unterschiedliche Gewichtung der aus den → Grundhaltungen abzuleitenden Interventionsformen auf (Finke, 1994). Sie begründeten dies durch den z. T. empirisch aufgewiesenen Zusammenhang von Störung bzw. Leitsymptomatik und der jeweiligen → Inkongruenz (Speierer, 1994). Ein weiterer Schritt war der Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie, in der bestimmte störungsspezifische Leitthemen des Therapieprozesses identifiziert und auf bestimmte Interventionsformen bezogen werden (Teusch & Finke, 1995). Diese Entwicklung bedeutet insgesamt eine stärkere Systematisierung und Strukturierung des klientenzentrierten (gesprächspsychotherapeutischen) Behandlungskonzeptes, was u. a. für die Lehrbarkeit eines Verfahrens wie für seine klare Identi-

fizierbarkeit (etwa bei Psychotherapievergleichsstudien; → Äquivalenzparadoxon; → Psychotherapieforschung, Geschichte der/Methoden der) bedeutsam ist. Ihre Gefahr liegt darin, das Anliegen von Rogers, der spontanen Entfaltungstendenz des Individuums im therapeutischen Prozeß größtmöglichen Spielraum zu gewähren, zu wenig zu beachten. Dieser Gefahr kann aber begegnet werden, wenn die Postulate der störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) nicht als starre Behandlungsanweisung, sondern als das Angebot von Leitlinien und Ordnungsrastern für therapietheoretische und behandlungspraktische Überlegungen angesehen werden.

Finke J (1994) Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme

Sachse R, Maus C (1991) Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Kohlhammer

Speierer GW (1994) Das Differentielle Inkongruenzmodell. Heidelberg, Asanger

Swildens H (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG

Teusch L, Finke J (1995) Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. Psychotherapeut 40: 88–95

Tscheulin D (1992) Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention. Göttingen, Hogrefe

Jobst Finke

Klientenzentriertes Beziehungsangebot. → Grundhaltungen, therapeutische; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Klinische Hypnose. → Hypnose, klinische.

Klinische Interaktionsforschung. → Interaktionsforschung, klinische.

Klinische Psychomotorik. → Psychomotorik, klinische.

Klinischer Krankheitsbegriff. → Krankheitsbegriff, klinischer; → Integrative Therapie.

Ko-Evolution (aus Sicht der → Systemischen Therapie). Dieser aus der Biologie entlehnte Begriff beschreibt Veränderung im Sinne einer gleichzeitigen und wechselseitig abhängigen Strukturierung der Makro- und Mikrowelt. Bezogen auf die → Systemische Therapie ist damit ein Prozeß kontinuierlicher Veränderung durch Interaktion und strukturelle Koppelung mit der Umwelt gemeint. Dies bezieht sich auf alle Humansysteme, also auch auf das therapeutische System – im Therapieprozeß verändern sich Klienten- und Therapeutesysteme. Stierlin spricht von Ko-Individuation und bezieht sich auf Identitätsentwicklung als individuellen Prozeß im Rahmen eines sozialen Kontextes, wobei die Entwicklung einer Person die Entwicklung anderer mitbeeinflusst und diese einander bedingen. Besondere Bedeutung erlangte dieses Konzept in der → Paartherapie. Partnerkrisen und Konflikte werden als individuelle und gemeinsame Lernchancen in einem koevolutionären Beziehungsprozeß betrachtet und behandelt. Verbindungen bleiben bestehen, wenn im Austausch die Mindestanforderungen für Koevolution gegeben sind.

Stierlin H (1987) Ko-Evolution und Ko-Individuation. In: Stierlin H, Simon F, Schmidt G (Hg), Familiäre Wirklichkeiten. Stuttgart, Klett-Cotta, S 126–138

Willi J (1985) Ko-Evolution. Die Kunst gemeinsamen Wachsens. Reinbek, Rowohlt

*Juliane Kleibel-Arbeithuber,
Brigitte Roschger-Stadlmayr*

Kognitive Fehler (→ Verhaltenstherapie). Systematische, „logische“ Denkfehler sind nach Beck Störungen der Informationsverarbeitung und ermöglichen einem Menschen die Beibehaltung unangemessener Grundannahmen, auch wenn es dafür keine oder sogar gegenteilige Beweise gibt. Dies führt zu einer verzerrten Realitätserfassung und ist relevanter Bestandteil der

Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Störungen. So beschreibt Beck z. B. typische Denkfehler depressiver Patienten und deren Funktion in der Stabilisierung der → kognitiven Triade. Das Ziel der → kognitiven Therapie bei allen psychischen Störungen besteht in der Identifizierung und Überprüfung solcher Interpretationsprozesse und deren Modifikation (→ kognitive Umstrukturierung). Es zeigt sich allerdings, daß die beschriebenen „Denkfehler“ nicht nur dysfunktionale Mechanismen darstellen, sondern sich als vereinfachende, ökonomische Strategien zur raschen Orientierung in komplexen Situationen bei allen Menschen finden.

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1981) Kognitive Therapie der Depression. München, Urban & Schwarzenberg
 Freeman A, Reinecke MA (1995) Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten. Bern, Hans Huber

Bibiana Schuch

Kognitive Schemata. → Schemata, kognitive; → Verhaltenstherapie.

Kognitive Therapie (→ Verhaltenstherapie). Der Begriff wird nicht einheitlich gebraucht. Darunter werden einerseits sämtliche Verfahren zusammengefaßt, die die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen zum Ziel haben, wie die Methode der → kognitiven Verhaltenstherapie, aber auch die → Rational-Emotive Therapie (RET) von Ellis. Im speziellen wird darunter die Kognitive Therapie nach A. Beck verstanden. Sie wurde zunächst zur Erklärung und Behandlung der Depression konzipiert, später auf andere psychopathologische Auffälligkeiten ausgeweitet, wie z. B. → Phobien, → Persönlichkeitsstörungen, → Psychosen. Beck geht davon aus, daß Kognitionen, verstanden als „verbale oder bildhafte Ereignisse“, jegliche Form menschlichen Verhaltens steuern, und daß die Dysfunktionalität dieser Prozesse in engem Zusammenhang mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen

steht. Diese Gedanken sind vielfach Ausdruck zugrundeliegender kognitiver → Schemata und werden u. a. durch → kognitive Fehler gestützt. Die Behandlung besteht in der Identifizierung solcher kognitiv-affektiver Grundannahmen durch „geleitetes Entdecken“ von seiten des Klienten, der Überprüfung – auch in realen Situationen – auf Rationalität bzw. Irrationalität sowie Konflikthaftigkeit, ihrer Zusammenhänge mit der persönlichen Problematik und anschließenden Veränderung (→ kognitive Umstrukturierung). Dafür steht eine Reihe kognitiver Methoden zur Verfügung, wie der rationale Disput, Strategien der → Selbstregulation und Selbstkontrolle, aber auch verhaltensorientierte Techniken. Durch die Fokussierung auf die bestehenden Schemata des Patienten wird eine weitreichende Verhaltensänderung angestrebt. Die kognitive Therapie ist relevanter Bestandteil jeder Verhaltenstherapie.

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1981) Kognitive Therapie der Depression. München, Urban & Schwarzenberg
 Beck AT, Freeman G, Pretzer J, Davis DD, Fleming B, Ottaviani R, Beck J, Simon K, Padesky C, Meyer J, Trexler L (1993) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim, Beltz
 Mahoney M [1974] (1977) Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Integrationsschritte. München, Pfeiffer
 Salskovskis PM (Ed) (1996) Frontiers of cognitive therapy. New York, Guilford

Bibiana Schuch

Kognitive Triade (→ Verhaltenstherapie). Eine der drei Grundannahmen des kognitiven Modells der Depression nach A. Beck (1981), wonach depressive Patienten durch idiosynkratische, negative Erwartungen und Bewertungen, bezogen auf sämtliche relevante Lebensbereiche, charakterisiert sind. Diese betreffen 1. die eigene Person (negatives Selbstbild), die als unzulänglich, schuldig, versagend beurteilt wird; 2. die persönlichen Erfahrungen mit der sozialen Umwelt, die als fordernd, überfordernd und ungerecht erlebt wird; sowie 3. die Zukunft (negative Zukunftserwartungen), die ausschließlich

als frustrierend, anstrengend, freudlos und hoffnungslos antizipiert wird. Eine Aktivierung dieser kognitiven Muster führt zu Informationsverzerrungen bei der Interpretation interaktioneller Ereignisse und dadurch zu entsprechenden Auffälligkeiten auf den verschiedenen Verhaltens-ebenen.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1981) Kognitive Therapie der Depression. München, Urban & Schwarzenberg

Hautzinger M (1997) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien. 4., überarb. Aufl. Weinheim, Beltz

Bibiana Schuch

Kognitive Umstrukturierung (→ Verhaltenstherapie). Eine der Methoden der → kognitiven Therapie. Das Ziel besteht in der Veränderung dysfunktionaler → Schemata und Kognitionen im Sinne einer Schwächung ihrer Hypervalenz, ihrer Modifikation und/oder der Entwicklung neuer; der Prozeß führt über die Wahrnehmung ihrer Dysfunktionalität zur Distanzierung und Umformulierung oder aber auch zu einem sinnvollerer Einsatz bestehender. Dies bewirkt veränderte Interpretationen von Ereignissen und Modifikationen des Verhaltens. Als Strategien zur Identifikation bestehender Kognitionen dienen die Spalten-Technik nach Beck und deren Modifikationen (Dokumentation von Kognitionen, Gefühlen, auslösenden Ereignissen etc. in mehreren Spalten einer Tabelle), automatische Gedanken, der sokratische Dialog, schriftliche Aufzeichnungen in Form von Tagebüchern, geleitete Imaginationen u. a. Mit Hilfe dieser Methoden werden reale interpersonelle Erfahrungen des Patienten in seiner natürlichen Umwelt sowie in der therapeutischen Situation neu überprüft; dies ermöglicht eine Distanzierung von der Irrationalität verschiedener Grundannahmen und deren anschließende Neubewertung.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1986) Kognitive Therapie der Depression. 2., veränd. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg [bes. S. 183]

Meichenbaum D (1979) Kognitive Verhaltensmodifikation. München, Urban & Schwarzenberg

Bibiana Schuch

Kognitive Verhaltenstherapie (→ Verhaltenstherapie). Im modernen verhaltenstherapeutischen Sprachgebrauch ist seit der → kognitiven Wende „Verhaltenstherapie“ mit „kognitiver Verhaltenstherapie“ gleichzusetzen. Beide Bezeichnungen werden häufig synonym gebraucht und kennzeichnen die Bedeutung kognitiv-affektiver Prozesse als Bedingungen für Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung menschlichen → Verhaltens. Parallel zur Integration kognitiver Vorgänge in Theorie und Praxis der Verhaltenstherapie wurden sämtliche intrapsychischen Prozesse, wie z. B. Emotionen, miteinbezogen. In der älteren Literatur bezieht sich dieser Begriff auf jene verhaltenstherapeutischen Methoden, die im Gegensatz zu den → kognitiven Therapien innerhalb der Verhaltenstherapie entstanden. Dazu gehören allen voran die Ansätze Banduras zum → Modellernen und dessen sozial-kognitive Fundierung als Anlaß zum Paradigma-Wechsel. Bandura gelang es, kognitive und behaviorale Modelle zu integrieren und daraus klinische Behandlungsformen abzuleiten. Zur selben Zeit entwickelte Cautela Verfahren zur verdeckten Konditionierung, Meichenbaum das → „Selbstinstruktionstraining“, das auf der Wirkung von Selbstverbalisationen zur Verhaltensänderung beruht. Meichenbaum spricht von „cognitive behavior modification“, um die Integration herkömmlich verhaltenstherapeutischer und kognitiver Vorgehensweisen zu betonen. In die Gruppe jener Verhaltenstherapeuten, die sich sehr früh vom radikalen → Behaviorismus distanzieren, ist auch Lazarus zu reihen, der innerhalb der → „multimodalen Verhaltenstherapie“ verschiedenste Methoden miteinander kombiniert und vor allem der → kognitiven Umstrukturierung breiten Raum gibt. Einer der frühen Kognitivisten war M. Mahoney. Er bezieht sich auf das → Scientist-Practitioner-Modell, in dem er den Klienten anleitet, ein „Wissenschaftler

für die eigene Person“ zu werden, d. h. eigene Probleme exakt zu analysieren, entsprechende Bewältigungsstrategien zu entwickeln und einzusetzen. Als Weiterentwicklung seines kognitiven Modells ist die → Constructive Psychotherapy zu sehen. Ein ebenfalls früher Vertreter der kognitiven Verhaltenstherapie ist F. Kanfer, der später die → Selbstmanagementtherapie begründete. In der Zwischenzeit werden vielfach auch Methoden der kognitiven Therapie (Beck, Ellis) unter den Begriff der kognitiven Verhaltenstherapie gereiht.

- Bandura A (1969) Principles of behavior modification. London, Holt, Rinehart & Winston
 Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G [1979] (1992) Kognitive Therapie der Depression. Weinheim, Psychologie Verlags Union
 Kanfer F (1970) Self-regulation: research issues and speculations. In: Neuringer C, Michael JL (Eds), Behavior modification in clinical psychology. New York, Appleton-Century-Crofts, pp 178–220
 Mahoney M (1974) Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Integrations-schritte. München, Pfeiffer
 Meichenbaum DH (1974) Cognitive behavior modification. Morristown (NJ), General Learning Press

Bibiana Schuch

Kognitive Wende (→ Verhaltenstherapie). Während die Verhaltenstherapie der Gründerjahre, dem → Behaviorismus entsprechend, mentale Prozesse aus ihrem Forschungsbereich ausschloß, werden ab Ende der 60er Jahre Kognitionen als verhaltenssteuernde Komponenten in Theorie und Praxis der Verhaltenstherapie einbezogen. Viele namhafte Verhaltenstherapeuten waren an diesem Paradigmenwechsel, der in der Literatur als „kognitive Wende“ bezeichnet wird, maßgeblich beteiligt: Bandura (→ Modellernen), Meichenbaum (→ Selbstinstruktionstraining), Lazarus (→ Multimodale Therapie), Kanfer (→ Selbstregulation) sowie Mahoney. Lang (1971) begründete den Drei-Ebenen-Ansatz (Verhalten wird auf den Ebenen kognitiv-verbal, motorisch-behavioral sowie physiologisch-humoral beschrieben), der, wenngleich nicht unumstritten, bis heute zur Verhaltensbeschreibung verwendet wird.

Diese Entwicklung bedeutete eine Abkehr vom Behaviorismus durch Neuinterpretationen der → Lerntheorien als kognitive Vorgänge und die Aufnahme biologischer, sozialpsychologischer, persönlichkeitspsychologischer u. a. Konzepte in bestehende Erklärungs- und Veränderungsmodelle. Die Bezeichnung → „Kognitive Verhaltenstherapie“ ist Ausdruck dieser Veränderungen. In der Folge wurden die → kognitiven Therapien als Erweiterungen des bestehenden Repertoires in die Verhaltenstherapie übernommen. Der Wechsel von einer behavioristisch fundierten zu einer Therapie, die Introspektion als Methode zuläßt, erfolgte aufgrund ernsthafter Bedenken früher Vertreter der Verhaltenstherapie zunächst nur zögernd. In der klinischen Praxis Tätige hatten diesen Schritt längst getan und andere Konzepte in ihre Arbeit mitaufgenommen, da sich für die Behandlung komplizierter Störungsbilder die bestehenden Methoden als unzureichend erwiesen hatten. Die Forschung wiederum konnte aufzeigen, daß die aufgenommenen Ansätze einer wissenschaftlichen Bearbeitung zugänglich sind.

- Lang PJ (1971) The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis. First edition. New York, Wiley, pp 75–125
 Schorr A (1984) Die Verhaltenstherapie. Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart. Weinheim, Beltz

Bibiana Schuch

Kohärenz (des → Selbst). → Selbstpsychologie.

Ko-Individuation. → Ko-Evolution; → Systemische Therapie.

Koitusverbot. → Funktionsstörung, sexuelle.

Kollegiale Supervision. → Intervention.

Kollektives Unbewußtes. → Unbewußtes, kollektives.

Kollusion. → Partner-Kollusion.

Kombinationstherapie (→ Psychotherapieforschung; → Psychopharmaka). Die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakabehandlung wirft oft die Frage nach der Vereinbarkeit zweier konträrer therapeutischer Weltanschauungen auf. Seit den 80er Jahren werden in der Behandlung von Erkrankungen des → schizophrenen Formenkreises → Neuroleptika mit psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Programmen kombiniert. Psychopharmakotherapie ermöglicht oft erst einen psychotherapeutischen Zugang, umgekehrt kann Psychotherapie die Wirkung von Pharmakotherapie in bezug auf → Compliance und Rückfallsprophylaxe verbessern (→ Rückfall). Bei depressiven Patienten konnte nachgewiesen werden (Klerman et al., 1974), daß erst durch eine medikamentöse Einstellung eine begleitende Psychotherapie möglich wird. Die Verordnung von → Tranquilizern bei Angststörungen kann einen negativen Effekt auf Psychotherapie ausüben (Klerman, 1975), während die Kombination von Psychotherapie mit → Antidepressiva (SSRI) bei → Angst-, → Zwangs- oder → Eßstörungen gute Effekte bringt (Zapotoczky, 1997).

Klerman GL (1975) Combining drugs and psychotherapy in the treatment of depression. In: Greenblatt M (Ed), Drugs in combination with other therapies. New York, Grune & Stratton, pp 66–81

Klerman GL, Di Mascio A, Weissman MM, Prusoff BA, Paykel ES (1974) Treatment of depression by drugs and psychotherapy. American Journal of Psychiatry 131: 186–191

Zapotoczky HG (1997) Zur Integration von Pharmakotherapie und Psychotherapie. In: Hofmann P, Lux M, Probst C, Steinbauer M, Taucher J, Zapotoczky HG (Hg), Klinische Psychotherapie. Wien, Springer, S 132–137

Martina Schönauer-Cejpek

Kommunikation (→ Hypno[se]therapie; lat.: Austausch, Verständigung, Übermittlung und Vermittlung von Wissen). Zum Kommunikationsprozeß gehören im wesentlichen 3 Elemente: ein Sender (Kommunikator oder Initiator), eine (inhaltlich bestimmbare) Botschaft und ein Empfänger (Rezipient, Adressat). Direkte zwischenmenschliche Kommunikationsmodi sind Sprache (verbal) und Mimik, Ausdruck, Gestik (nonverbal). Die Kommunikationsforschung führte zur Entwicklung der Informationstheorie und → Kybernetik (→ Kommunikationsregeln), orientiert unter anderem an den Therapiestrategien von M.H. Erickson. Die methodische Ausrichtung an Ericksonschen Strategien führte in der Folge in den USA zur Entwicklung der Hypno(se)therapie und des → Neurolinguistischen Programmierens mit Einfluß auch auf kurztherapeutische Methoden. Das wichtigste Werkzeug der Hypno(se)therapie ist die simultane psychologische Kommunikation auf allen Wahrnehmungsebenen, auch als → Mehr-Ebenen-Kommunikation bezeichnet, z. B. simultanes Kommunizieren mit dem Bewußten (z. B. Inhalt einer Geschichte) und Unbewußten (eingestreute → Suggestionen) unter Einbeziehung der adäquaten Sinnessysteme. Therapeutische Kommunikation vollzieht sich auf mehreren Ebenen, sowohl auf der Ebene des verbalen Inhaltes als auch des non-verbalen Verhaltens und schließlich in allem, was diese beiden Ebenen implizieren, sodaß der Sinn der Mitteilungen über den Inhalt hinausgehend auf anderen Ebenen zu suchen ist – auf einer biografischen, symbolischen oder anderweitigen „psychologischen“ Ebene – insbesondere beim Gebrauch von Anekdoten, → Metaphern oder Geschichten, wobei in Hypnose das Erleben unmittelbarer und die Ansprechbarkeit auf „minimal cues“ intensiver ist. M. Erickson verband diese Technik mit der Nutzbarmachung der persönlichen Werte des Patienten, mit dem Ziel, sowohl dessen innere Assoziationen zu lenken als auch in seinem Umfeld Veränderungen zu erreichen, die der Patient sich als eigene Leistung zuschreiben konnte (→ Utilisation).

- Rossi EL (Ed) (1980) Milton H. Erickson. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. New York, Irvington [bes. vol. III, pp 326f., 337f.; vol. IV, pp 181, 213f.]
- Simon F, Stierlin H (1984) Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 189f., 192f.]
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD [1967] (1969) Menschliche Kommunikation. Bern, Hans Huber
- Zeig JK (1995) Die Weisheit des Unbewußten: Hypnotherapeutische Lektionen bei M.H. Erickson. Heidelberg, Carl Auer [bes. S 56f.]
- Zeig JK (Hg) (1986) Meine Stimme begleitet Sie überallhin. Ein Lehrseminar mit Milton H. Erickson. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 30f.]

Charlotte Wirl

Kommunikationsregeln. Die für die → Familientherapie bedeutsame Kommunikationstheorie basiert einerseits auf der kybernetischen Informationstheorie, andererseits auf der Semiotik. Bedeutsam wurde vor allem die von der Gruppe um Gregory Bateson in Palo Alto entworfene „pragmatische Kommunikationstheorie“, die in dem Buch „Menschliche Kommunikation“ (Watzlawick et al., 1969) systematisch dargestellt wurde. Darin integrieren die Autoren in der klinischen Praxis gewonnene Beobachtungen mit den Überlegungen und Untersuchungen, die zur Formulierung der → Doppelbindungs-Hypothese geführt hatten. Sie stellen fünf „pragmatische Axiome“ auf, die Grundzüge jeder funktionierenden zwischenmenschlichen Beziehung verdeutlichen: 1. Man kann nicht nicht kommunizieren. Verhalten hat kein Gegenteil, in einer zwischenmenschlichen Situation hat alles Verhalten Mitteilungscharakter. Wenn man als Material der Kommunikation Worte und paralinguistische Phänomene faßt, dann ist alles Verhalten in Gegenwart eines Zweiten kommunikativ. 2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt; letzterer bestimmt den ersteren und ist daher eine Metakommunikation. 3. Die Natur einer Beziehung ist durch die → Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt. Kommunikation ist kreisförmig, d. h. jedes Verhalten ist sowohl Ursache als auch Wirkung (→

Zirkularität). 4. Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Inhaltsaspekte einer Beziehung werden eher digital, Beziehungsaspekte analog übermittelt. 5. Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht. Im Fall symmetrischer Interaktion ist das Verhalten „spiegelbildlich“: Hier geht es um das Bemühen, Gleichheit herzustellen und zu bewahren; komplementäre Interaktionen basieren hingegen auf einander ergänzender Unterschiedlichkeit (z. B. die Arzt-Patient-Beziehung). In beiden Fällen erleben die Interaktionspartner ihr eigenes Verhalten als durch das des anderen determiniert.

- Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland JH (1969) Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In: Bateson G, Jackson D, Laing R, Lidz T, Wynne L (Hg), Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 11–43
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD [1967] (1969) Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Hans Huber
- Watzlawick P, Weakland J (Hg) (1980) Interaktion. Bern, Hans Huber

Andrea Brandl-Nebenhay

Kompensation, Überkompensation

(→ Individualpsychologie). Die beiden Begriffe Kompensation und Überkompensation führt Adler in seiner ersten größeren Schrift ein (Adler, 1907). Er plant, auf der Grundlage der Lehre der → Organminderwertigkeit eine vollständige Neurosen-theorie aufzubauen: „Wir wollen nun vorgehend schon jetzt hervorheben, daß die Studie dahin zielt, alle Erscheinungen der Neurosen und Psychoneurosen zurückzuführen auf Organminderwertigkeiten, den Grad und die Art der nicht völlig gelungenen zentralen Kompensation und auf eintretende Kompensationsstörungen“ (Adler, 1907: 69). Schon 1910 revidiert Adler diese Aussagen zur Organminderwertigkeitslehre, führt das Minderwertigkeitsgefühl ein und geht damit einen weiteren Schritt in die Richtung subjektiver Psycho-

logie. Nicht mehr der Ausgleich von organischen Defekten stellt von jetzt an die zentrale Dynamik dar, sondern das → Minderwertigkeitsgefühl, das einen Ausgleich fordert. Je tiefer das Minderwertigkeitsgefühl, desto stärker der Drang nach einer Plus-Situation. Ob und wie dem Individuum dieser Ausgleich, diese Überwindung gelingt, ist für die Persönlichkeitsentwicklung von entscheidender Bedeutung. Adler spricht von glücklicher, aber auch von negativer oder irregeleiteter Kompensation; den Begriff der Überkompensation benutzt er ebenfalls in beiderlei Bedeutungen. Hart (1956: 14) merkt kritisch an, daß Adler die Begriffe Kompensation und Überkompensation teilweise synonym verwendet. Zur Begriffsklärung schlägt Kausen (1967: 1214f.) darum vor, den Begriff Überkompensation „für die sozial wertvolle kompensatorische Hochleistung“ vorzubehalten und zur „Abgrenzung gegen die gesunden Formen der psychischen Kompensation“ den Begriff der Fehlkompensation zu verwenden, wenn sich die Kompensationstendenz nicht positiv auswirkt, sondern im Gegenteil die seelische Störung verstärkt. Die Kompensation muß als ein theoretischer Grundpfeiler der Individualpsychologie betrachtet werden. Erschwerend für dessen Verwendung wirkt sich der bis zur Unschärfe erweiterte Bedeutungsbereich aus, wenn Adler zum Beispiel die Tendenz zur Deckung eines organischen Defektes durch Wachstum ebenso wie die Bewegungen der Massen als Kompensationsprozesse betrachtet, um gefühlte oder vermeintliche Minderwertigkeiten zu überwinden. Lattmann & Wuchterl (1992: 16) sprechen darum von einer „Überdehnung des Kompensationstopos“. Hilfreich ist der Kompensationsbegriff für die Neurosenpsychologie und für die Sonderpädagogik (vgl. Rogner, 1995: 262).

Adler A [1907] (1977) Studie über die Minderwertigkeit von Organen. Frankfurt/M., Fischer
Hart DL (1956) Der tiefenpsychologische Begriff der Kompensation. Zürich, Origo
Kausen R (1967) Kompensation, Überkompensation und Fehlkompensation im psychischen Bereich. Medizinische Klinik 62: 1213–1215
Lattmann UP, Wuchterl K (1992) Der Topos der Kompensation bei Alfred Adler. Anmerkungen aus der Sicht der philosophischen An-

thropologie. Zeitschrift für Individualpsychologie 17: 3–18

Rogner J (1995) Kompensation. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 261–263

Jürg Rüedi

Kompensation, Überkompensation.

→ Gegensatzthematik; → Unbewußtes, persönliches; → Analytische Psychologie.

Kompensatorische Strukturen. → Psychisches Defizit; → Selbstpsychologie.

Kompetenztraining, soziales (→ Verhaltenstherapie). Soziale Kompetenz, Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Selbstbehauptung werden meist synonym gebraucht und sind im Rahmen eines sozialen Kompetenztrainings oder Assertivness-Trainings untrennbar miteinander verbunden. Frühe Therapiekonzepte versuchen vor allem die Ängste und Hemmungen selbstunsicherer Personen zu beseitigen, spätere die sozialen Verhaltensdefizite, und die neueren konzentrieren ihr Interesse auf kognitive Variablen bzw. Selbstregulationsprozesse. Pfingsten & Hinsch (1983) bezeichnen als soziale Kompetenz die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen führen. Soziales Kompetenztraining hat zum Ziel, sich zu erlauben, eigene Ansprüche zu haben (positive Einstellung zu sich selbst), sich zu getrauen, diese zu äußern (geringe soziale Angst und Hemmung) und die Fähigkeiten zu besitzen, diese auch angemessen durchzusetzen (soziale Fertigkeiten). Die operationale Ausgestaltung dieser Definition umfaßt eine Reihe von Verhaltensbereichen, die sich in unterschiedlichen Therapieprogrammen wiederfinden: eigene Bedürfnisse, Gefühle, Einstellungen offen ausdrücken, angemessen durchsetzen und bei anderen wahrnehmen können,

unberechtigte Kritik/Forderungen zurückweisen, berechtigte Kritik/Forderungen annehmen können, selbst Lob, Kritik/Forderungen aussprechen können, Kontakt herstellen, aufrechterhalten und beenden können, sich Fehler erlauben können und sich öffentlicher Beachtung aussetzen können (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1978). Zu den wichtigsten verhaltenstherapeutischen Strategien und Methoden, die ein soziales Kompetenztraining beinhaltet, zählen → Hierarchisierung, → Modellernen, teilweise mit Videofeedback, → Verstärkung, → Selbstmanagement, kognitive Strategien (→ kognitive Therapie), Rollenspiele und Hausaufgaben. Das Training erfolgt in der Gruppe. Die verschiedenen Trainingsprogramme unterscheiden sich hauptsächlich hinsichtlich ihres Strukturierungsgrades. Als prototypisch für ein durchstrukturiertes Programm ist das Assertiveness Training-Programm (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1978) zu nennen, bei dem alle Teilnehmer eine Standardabfolge mit festen Themenbereichen (Forderungen stellen, Nein-Sagen und Kritisieren, Kontakt herstellen, sich Fehler erlauben) und zugeordneten Übungsaufgaben durchlaufen. Im Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK, Pfingsten & Hinsch, 1983) werden die Bereiche Recht durchsetzen, Beziehungen und Kontakt mittels verschiedener Trainingselemente auf kognitiver, emotionaler und motorischer Ebene erarbeitet (vgl. Geissner et al., 1995).

- Geissner E, Gonzales-Martin E, Rief W, Fichter MM (1995) Selbstsicherheitstraining in der stationären verhaltenstherapeutischen Psychosomatik. In: Margraf J, Rudolf K (Hg), Training sozialer Kompetenz. Baltmannsweiler, Röttger-Schneider, S 170–191
- Pfingsten U, Hinsch R (1983) Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). München, Urban & Schwarzenberg
- Ullrich de Muynck R, Ullrich R (1978) Das Assertiveness Training Programm. Pfeiffer, München

Ulrike Demal

Komplementäre (Paar-)Beziehung. → Kommunikationsregeln; → Paarbeziehung, komplementäre.

Komplementarität. Seinskonzept in der → Bewegungsanalyse, unter dem der Aspekt des Selbsterlebens verstanden wird, der sich durch Bewegungserfahrungen im Bereich des funktionalen → Körperkonzepts einstellt. Über das handlungsmotorische → Bewegungssyndrom konstituiert sich die Einschätzung des eigenen sowie des Handlungspotentials des anderen und damit das Erleben, vom anderen separiert zu sein. Damit entsteht ein intersubjektives „Beziehungsgeflecht, in dem die Intentionen des Selbst von den Intentionen des Anderen im Selbstempfinden als unterschiedlich erlebt werden können“ (Rick, 1996: 85). Dieser Modus, in dem sich zwei Personen handelnd aufeinander abstimmen, fördert die Erfahrung von Individualität. Sind die motorischen Phänomene, die das komplementäre Selbsterleben ermöglichen, nicht verfügbar, ist das ein Hinweis auf eine Störung.

Rick C (1996) Bewegungsanalytische Therapie. Gontenschwil, Institut für Bewegungsanalyse

Ursula Lischke

Komplex. Gefühlsbetonte Vorstellungskomplexe, kurz Komplexe, sind in der → Analytischen Psychologie verdichtete, generalisierte, konflikthafte Beziehungserfahrungen, die emotional betont und mehr oder weniger verdrängt, das heißt unbewußt, sind. Werden sie thematisch (Information) oder über die Emotion angesprochen (→ Konstellation/konstellieren), entsteht eine komplexhafte Reaktion: Das Individuum nimmt die Situation im Sinne des Komplexes wahr (Verzerrung der Wahrnehmung), reagiert emotional überschießend oder mit → Abaissement und → Depression, und es finden stereotype Abwehrprozesse statt (→ Widerstand), was zu einer Art von Wiederholungszwang führt (Kast, 1990). Beziehungserfahrungen zu den wichtigsten Beziehungspersonen werden generalisiert als → Mutter- bzw. → Vater- oder Geschwisterkomplexe bezeichnet (Kast, 1994). C.G. Jung hat 1904 den Begriff des Komplexes im Zusammenhang mit dem → Assoziationsexperiment entwickelt, dabei Komplexe als unbewußte

Einheiten der Psyche definiert, die die normale Aufmerksamkeit „stören“ (Jung, GW, Bd. 2). Der Terminus erschien auch schon in seiner Dissertation von 1902 ohne nähere Bestimmung. Jung postulierte, jede „psychogene → Neurose“ enthalte einen Komplex, der emotional sehr betont sei, und daher verdrängt werden müsse. 1907 stellte er fest, daß jedes affektvolle Ereignis zu einem Komplex wird und bereits bestehende Komplexe verstärkt. Komplexe wirken aus dem → Unbewußten, können jederzeit bewußte Leistungen hemmen oder fördern. Sie weisen auf → Konflikte hin, sie werden von Jung aber auch als Brenn- oder Knotenpunkte des seelischen Lebens bezeichnet. 1934 faßte Jung die Komplexlehre zusammen, sah Komplexe, auch im nicht konstellierte Zustand, als Wirkkräfte, die die Interessen eines Menschen steuern und bezeichnete die Komplexe auch als Grundlage der → Symbolbildung. Diese Idee wurde in der Folge immer weiter entwickelt unter dem Stichwort der Fantasietätigkeit der Komplexe (→ Fantasie). Dieser Aspekt ist im therapeutischen Zusammenhang als Möglichkeit der kreativen Entwicklung durch die Integration der Komplexe wichtig und hat viele Techniken (im Sinne von griech. *techné* = das Entbergen) in der Jungschen Schule beeinflußt. Als Kern der Komplexe werden von Jung die → Archetypen gesehen. Das Konzept, dem die → RIGs (representations of interactions that have been generalized = die im Episodengedächtnis gespeicherten generalisierten Interaktionen zwischen dem „Ich“ und dem „Anderen“) von Daniel Stern (→ Säuglingsforschung) und die → Schemata der Kognitionspsychologie ähneln, ist auch wesentlich für das Verständnis von → Übertragung und → Gegenübertragung (Kast, 1990, 1994).

Dieckmann H (1991) Komplexe. Diagnostik und Therapie in der analytischen Psychologie. Berlin, Springer

Jung CG [1907] (1971) Über die Psychologie der Dementia Praecox. In: GW, Bd. 3, §§ 1–316. Olten, Walter

Jung CG [1934] (1976) Allgemeines zur Komplextheorie. In: GW, Bd. 8, §§ 194–219. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Kast V (1990) Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. Olten, Walter, [S 179ff.]

Kast V (1994) Vater-Töchter, Mutter-Söhne: Wege zur eigenen Identität aus Vater- und Mutterkomplexen. Stuttgart, Kreuz, [S 40ff.]

Verena Kast

Kompromißbildung. → psychische Struktur; → Konversion.

Konditionierung, klassische. → Lerntheorien; → Verhaltenstherapie.

Konditionierung, operante. → Störungsmodelle, verhaltenstherapeutische; → Lerntheorien; → Verhaltenstherapie.

Konflikt (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Die klassische psychoanalytische Theorie und Praxis orientiert sich an der Vorstellung eines unbewußten intrapsychischen Konfliktes als der Ursache von neurotischen Erkrankungen. Freud beschrieb mehrere Arten von Konflikten: den zwischen → Unbewußt und Vorbewußt-Bewußt, zwischen den Instanzen → Es, → Ich und → Überich und zuletzt zwischen dem Triebgegensatzpaar → Libido und Destrudo (→ Todestrieb). Seit Kohut in der Selbstpsychologie den Menschen nicht mehr als ein vereinzelt Triebwesen ansieht, sondern ihn im System seiner lebenserhaltenden Beziehungen (Selbstobjektbeziehungen) zu verstehen versucht, wird auch die Rolle des Konfliktes für die neurotische Störung anders gesehen: der psychische Konflikt hat nur dann eine pathogene Wirkung, wenn schon eine Strukturschwäche oder ein Persönlichkeitsdefizit aufgrund von Störungen in den frühen Beziehungsformen vorliegt. Eine „durchschnittlich gesunde“ Persönlichkeit bewältigt die Schwierigkeiten (der Ödipuskonstellation etwa), ohne eine psychische Störung entwickeln zu müssen. Zuletzt haben Stolorow et al. (1996) auf die Notwendigkeit verwiesen, psychischen Konflikt und Selbstobjektbeziehung in der Analyse als oszillierend in einer „Gestalt-Hintergrund“-For-

mation zu sehen. Der basale Konflikt ist nach B. Brandchaft (ebd.) die Entscheidung zwischen psychisches Leben erhaltender Beziehung und der Autonomie der Person.

- Freud S [1938] (1968) Abriß der Psychoanalyse. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 17. Frankfurt/M., Fischer, S 63–108
- Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 120ff., 134ff.]

Erwin Bartosch

Konflikt. In der → Analytischen Psychologie sind → Komplex und Konflikt nicht das gleiche. Ein Komplex kann aus einem Konflikt hervorgehen. Allerdings werden die Begriffe „Komplex“ und „Konflikt“ fälschlicherweise oft identisch verwendet. C.G. Jung sah im Konflikt zwar die Bedingung jeder → Neurose (Jung, GW, Bd. 17, § 204), er betrachtete ihn aber von der normalen Psyche her, da er eine unvermeidliche Gegebenheit des Lebens und seiner Entwicklungsprozesse darstellt. Im Gegenteil weist der Konflikt auf die grundlegende, für den Aufbau des Individuums wichtige und dem Leben immanente Gegensatzspannung hin (→ Gegensatzthematik). In ihm drücken sich unterschiedliche seelische Pole aus (Frey-Rohn, 1969: 282f.). Es ging Jung um die „andere“ Persönlichkeit im Menschen, die er auch ist und die er „nie aus den Augen verlieren sollte: nämlich sein eigener innerer Gegensatz, der Konflikt, welcher immer wieder gelöst werden muß und dadurch Leben schafft“ (GW, Bd. 10, § 359). Hinter dem Konflikt steht das Problem der → Ganzheit der Persönlichkeit. Er ist Folge der Störung des Zusammenspiels aller Faktoren der persönlichen und der unpersönlichen Anteile unserer bewußten und unbewußten psychischen Totalität (→ Bewußtsein, → Unbewußtes, persönliches/kollektives/psychisches). Für Jung lag der pathogene Konflikt nicht in ferner Vergangenheit, sondern in der Gegenwart, z. B. in der aktuellen Spannung zwischen der erwachsenen Persönlichkeit einerseits und der vom infantilen Milieu geformten Persönlichkeit andererseits (Frey-Rohn, 1969: 204). Der Kon-

flikt mit seinen feindlichen Polen kann zu intensivem Leiden führen, wenn er bewußt gemacht wird.

- Frey-Rohn L (1969) Von Freud zu Jung. Zürich, Rascher
- Jung CG [1926, 1946] (1972) Analytische Psychologie und Erziehung. In: GW, Bd. 17, §§ 127–229. Olten, Walter
- Jung CG [1934] (1974) Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie. In: GW, Bd. 10, §§ 333–370. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Barnim Nitsch

Konflikt (aus Sicht der → Verhaltenstherapie). In den verschiedenen Phasen der verhaltenstherapeutischen Entwicklungsgeschichte wurde je nach den vorherrschenden Theorien der Bedeutung von Konflikten unterschiedliche Aufmerksamkeit gewidmet. So wurde sehr früh von Miller das Konfliktmodell von Lewin weiter ausgearbeitet; die Stress- und Coping-Forschung zentrierte das Interesse erneut auf diese Prozesse. Standen anfänglich die Stress-Zustände, die aus widersprüchlichen, vorausgehenden Stimuli resultierten, im Mittelpunkt, rückten nachfolgend entsprechend den operanten Lerntheorien konfligierende Kontingenzmuster ins Zentrum. Angeregt von den Entwicklungen in der Sozialpsychologie, aber auch der sozial-kognitiven Lerntheorie und dem erneuten Interesse an Motivationsphänomenen, wurden auch intrapsychische Konflikte in Problemanalyse und Störungsmodelle miteinbezogen. Ihre Analyse und Veränderung ist zentraler Fokus der kognitiven Therapien, vor allem in der Bearbeitung zugrundliegender konflikthafter Schemata. Eine konkrete therapeutische Strategie der → Selbstmanagement-Therapie ist die „Ziel- und Wertklärung“, die einerseits Konflikte zwischen bestehenden Lebenszielen des Patienten aufzeigt als auch Diskrepanzen zu möglichen Behandlungszielen bearbeitet.

- Ambühl H (1992) Therapeutische Beziehungsgestaltung unter dem Gesichtspunkt der Konfliktodynamik. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hg), Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München, Röttger, S 245–264

Konfrontation

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 431–458

Erwin Parfy

Konfliktumleitung. → Triangulation; → Familientherapie.

Konfluenz. → Kontakt; → Übertragung (aus Sicht der → Gestalttherapie).

Konfrontation. Klärung und Konfrontation stellen im Rahmen der klassisch-psychoanalytischen Technik wesentliche Vorbedingungen für den Prozeß der → Deutung dar (→ Technik der klassischen Psychoanalyse). In diesem Verständnis erzeugt der Patient einen → Widerstand gegen Bewußtwerdung und gegen Einsicht in seine inneren Vorgänge. Um diesen bearbeiten zu können, muß er erst vom Patienten als solcher erkannt werden. Dazu bedarf es der genannten Vorbereitungen wie Klärung und Konfrontation ebenso wie der präzisen Herausarbeitung und des Demonstrierens des aktuellen Widerstandes. In jüngeren Auffassungen vom analytischen Prozeß (→ Selbstpsychologie), in denen der Bearbeitung des Widerstandes keine so prominente Bedeutung zugeschrieben wird, tritt dementsprechend auch die Konfrontation mehr in den Hintergrund.

Greenson RR [1967] (1975) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 116f.]

Wolf ES [1987] (1989) Anmerkungen zum therapeutischen Prozeß in der Psychoanalyse. In: Wolf ES, Ornstein A, Ornstein PH, Lichtenberg JD, Kutter P (Hg), Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. München, Verlag Internationale Psychoanalyse, S 107–124

Oskar Frischenschlager

Konfusionstechnik. Dieser Begriff bezeichnet eine Interventionsform der modernen → Hypnosetherapie und wird auch im → Neurolinguistischen Programmieren

verwendet. Die Konfusionstechnik wurde von Milton H. Erickson (1981) explizit und virtuos beschrieben. Ein durch Überraschung, Verwirrung, Überladen oder durch humorvolle und unerwartete → Umdeutungen beim Klienten erzeugter, spontaner, meist sehr kurzer (leichter) → Trancezustand unterbricht rigide Muster und verringert so den → Widerstand (innere Abwehr) für die nachfolgend angebotene → Suggestion, Intervention oder → Tranceinduktion. Die spontane Reaktion beim Klienten, diesen labilen Zustand zu beenden und die innere Sicherheit wiederzuerlangen, erhöht die Wahrscheinlichkeit, daß das therapeutische Angebot (z. B. Suggestionen, in Trance zu fallen) in dieser Situation als neuer „Haltegriff“ erkannt und benützt wird.

Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie. München, Pfeiffer [bes. S 58–60]

Gilligan S (1991) Therapeutische Trance. Heidelberg, Carl Auer, S 283–355

Peter Hain

Kongruenz (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Von Rogers 1957 beschrieben als eine der drei „notwendigen und genügenden“ therapeutischen Basisbedingungen für Persönlichkeitsveränderung (neben → Empathie und unbedingter → Wertschätzung) und später hervorgehoben als die meist fundamentale → Grundhaltung (Rogers, 1966). Kongruenz verweist auf die „Innenseite“ der Echtheit oder → Authentizität: das Maß, in dem der Therapeut bewußten Zugang hat zur jeder (und „offen“ steht für jede) Facette seines Erlebens. Kongruenz bedeutet vor allem, daß der Therapeut selbst eine psychologisch gut entwickelte und integrierte Person ist, daß er genügend „ganz“ bzw. (ge)heil(t) ist und sich und seinen Gefühlen nahesteht. Dies bedeutet unter anderem: den Mut haben, den eigenen Schwächen und verwundbaren Stellen ins Auge zu sehen, sowohl die positiven als auch die negativen Aspekte von sich selbst mit einer gewissen Milde zu akzeptieren; offenstehen für und Kontakt haben mit dem eigenen Erleben; eine solide Identität und genügend Vertrauen in die

eigene Kompetenz haben; gut funktionieren können in persönlichen und intimen Beziehungen, ohne Interferenz von eigenen Problemen. Selbstkenntnis und Ich-Stärke kann man wohl als die beiden Eckpfeiler dieser Seinsweise sehen. Kongruenz ist eine notwendige Bedingung für das Akzeptieren und einfühlsame Verstehen des Klienten. Die Bedeutung des Kongruentseins wird besonders deutlich, wenn es beim Therapeuten fehlt, d. h. wenn er defensiv und inkongruent (→ Inkongruenz) ist. Aufgrund persönlicher Schwierigkeiten wird das Erleben unserer Klienten nicht ganz zugelassen. Lebensthemata, mit denen man noch nicht im Reinen ist, persönliche Bedürfnisse, die in der Therapie mitspielen; eigene „Verletzlichkeiten“ und blinde Flecken: all dies kann als Folge haben, daß man sich bedroht fühlt, was dazu führt, daß man nicht mehr offen und empfänglich für bestimmte Erfahrungen des Klienten ist. Positiv formuliert, verleiht Kongruenz der Empathie persönliche Farbe und Tiefgang, und sie fungiert als „Interaktions-Barometer“ dessen, was sich in der Hier-und-Jetzt-Beziehung zwischen Klient und Therapeut abspielt (→ Interaktionelle Orientierung). Diese Grundhaltung kann nicht „direkt geübt“ werden, wohl aber indirekt durch eigene Therapie und personzentrierte Supervision, in welcher die Person des Therapeuten genauso oft im Brennpunkt steht wie der Prozeß des Klienten.

- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (1995) Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart, Kohlhammer, S 26–30
- Lietaer G (1992) Die Authentizität des Therapeuten. In: Stipsits R, Hutterer R (Hg), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S 92–116
- Rogers CR (1961) How can I create a helping relationship? In: Rogers CR, On becoming a person. Boston, Houghton Mifflin, pp 50–56
- Rogers CR (1966) Client-centered therapy. In: Arieti S (Ed), American handbook of psychiatry, vol. 3. New York, Basic Books, pp 183–200
- Tudor K, Worrall M (1994) Congruence reconsidered. British Journal of Guidance and Counselling 22: 197–206

Germain Lietaer

Konnotation, positive. Wertschätzende Beschreibung von Verhaltensweisen, Symptomen und Interaktionen, die üblicherweise pathologisch definiert werden. Wichtige Methode in der systemischen → Familientherapie und der → Hypnotherapie, die auf der Annahme basiert, daß jedes, auch leidvoll und/oder negativ erlebtes Verhalten zumindest der Absicht nach initiiert wird, eine problemlösende oder stabilisierende Funktion in einem System zu bewirken. Die Anerkennung dieser positiven Absicht bzw. stabilisierenden oder kompetenzerweiternden Funktion durch den Therapeuten soll die bisherige Bewertung des Klientensystems verändern und dadurch neue Sicht- und Reaktionsweisen ermöglichen. Symptomverschreibungen und → paradoxe Interventionen beruhen auf diesem konzeptuellen Hintergrund, aber auch das → Reflektierende Team versucht mit positiven Konnotationen behutsam Verstörungen festgefahrener Sichtweisen anzuregen.

Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1981) Hypothesieren – Zirkularität – Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter einer Sitzung. Familiendynamik 6(4): 123–138

Hedwig Wagner

Konsiliar- / Liaison-Dienste in der Psychosomatik (CL-Dienste) (lat. consilium = beratende Versammlung – in der Medizin: Beratung über einen Krankheitsfall; frz. liaison, von lat. ligare = verbinden: Verbindung, Vereinigung). Ein Konsiliardienst arbeitet auf Abruf; Liaisondienst bedeutet persönliche und räumliche Präsenz von Psychotherapeuten/Psychosomatikern in einer organmedizinischen Klinik. Strukturmodelle der CL-Dienste: psychosomatisch-psychotherapeutische Kliniken können Konsiliardienste wahrnehmen oder psychosomatische Departments an organmedizinischen Kliniken. Konsiliardienst ist die ältere Diagnose- bzw. Versorgungsmodalität: An z. B. nahezu allen Hochschulkliniken in Deutschland sind psychosomatisch-psychotherapeutische Konsiliardienste etabliert, hingegen nur an ca. einem Zehntel der Allgemeinkranken-

häuser (Herzog & Hartmann, 1990). Aufgaben der CL-Dienste: Diagnostische Erstinterviews (psychotherapeutisch/psychosomatisch/psychiatrisch), Motivation zur → Psychotherapie. Durchführen von Psychotherapien in unterschiedlichen Settings und/oder zu bestimmten Themen, z. B. für Patientinnen mit Mamma-Karzinom, nach glücklosen Schwangerschaften etc. Die Effektivität konsiliarischer Tätigkeit ist nachgewiesen (Jordan et al., 1989; Springer-Kremser et al., 1997). Welche Patienten bedürfen eines CL-Dienstes? – 1. Patienten mit Anpassungsstörungen an Krankheit und deren Konsequenzen (Diabetiker, Stoma-Träger etc.); 2. Patienten mit affektiven Störungen (→ Angststörungen und depressive Verstimmungszustände unterschiedlicher Intensität); 3. Patienten mit medizinisch unerklärlicher Symptomatik, „psychosomatische“ Patienten; 4. Patienten, die sich offen oder versteckt selbstbeschädigen („deliberate self harm“; The Royal College of Physicians and The Royal College of Psychiatrists, 1995). Einige Probleme des CL-Dienstes: Das Setting bietet keine/geringe institutionelle Absicherung; Integrations-/Kooperationsprobleme mit den organmedizinischen Strukturen; die Arbeit erfolgt unter Zeitdruck und die Verlaufsobservanz ist schwierig; die Patienten sind meist wenig motiviert für einen psychotherapeutisch/psychosomatischen Zugang (→ Psychosomatik).

Herzog T, Hartmann A (1990) Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der BRD. *Nervenarzt* 61: 281–293

Jordan J, Sappes H, Schimke H, Schulz W (1989) Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten Konsiliardienstes. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 39: 127–135

Springer-Kremser M, Jandl-Jäger E, Presslich-Titscher E, Nemeskeri N, Maritsch F (1997) Die Triage-Funktion eines psychosomatischen Liaison-Dienstes für gynäkologische Patientinnen. *Psychotherapie Forum* 5(2): 109–117

The Royal College of Physicians and The Royal College Of Psychiatrists (Eds) (1995) *The psychological care of medical patients. A report of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists*. London, Cathedral Print Service Ltd.

Marianne Springer-Kremser

Konstanzprinzip (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Aus der Physik und Biologie von G.Th. Fechner (1873) entlehntes Prinzip, das Freud (1920) in „Jenseits des Lustprinzips“ auf die psychischen Vorgänge anwendete. Es besagt, daß alles Leben auf die Aufhebung von Spannung und die Herstellung einer Homöostase ausgerichtet ist (Nirwanaprinzip). Der → Todestrieb, die logische Konsequenz seines dualistischen Denkens hat ebenso wie das → Lustprinzip das Konstanzprinzip zur Voraussetzung (Freud, 1920: 219). Demgegenüber ist aus selbstpsychologischer Sicht Kritik angebracht: Leben ist auf das Funktionieren von Leben, auf die Lebensfähigkeit des lebenden Systems ausgerichtet. Die schwere Enttäuschung am Leben, die dazu führt, daß jemand sein Leben ungeschehen machen will, wird von Freud als allgemein gültiges Naturprinzip behauptet, um den mit dieser Enttäuschung verbundenen unerträglichen Gefühlen der Kindheit (→ Angst, Haß, Wut, Scham etc.) nicht begegnen zu müssen und die Personen, die dem Kind diese Gefühle gemacht haben, nicht beschuldigen zu müssen. Das Konstanzprinzip ist ein wesentliches Prinzip der „Verdunkelung der Erinnerung“. „Von sich aus“ oder „von Natur aus“ will das Leben nicht „zurück“ (in den anorganischen Zustand z. B.), sondern sich entwickeln und leben – bis es in seiner Weise vollendet ist. Das Konstanzprinzip ist die Intellektualisierung der Verdrängung des Wunsches, das eigene Leben aufgrund unerträglicher Bedingungen der Kindheit ungeschehen zu machen. Ein Versuch, „ohne Trauer“ zu überleben.

Freud S [1920] (1982) *Jenseits des Lustprinzips*. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 213–272

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt/M., Suhrkamp [bes. S 260–268]

Erwin Bartosch

Konstellation / konstellieren (lat. constellatio: die Stellung der Gestirne zueinander; zu lat. stella: Stern). In der Psychologie schon 1893 von G.T. Ziehen verwendet,

von C.G. Jung in die → Analytische Psychologie aufgenommen. Konstellation ist erstens der „Einfluß des [→] Komplexes auf das Denken und Handeln“, zu dem es kommt, wenn der Komplex durch äußere Anlässe angesprochen und ausgelöst wird (Jung, GW, Bd. 2, § 733; „in einen Komplex fallen“; → Assoziationsexperiment; → Symbol; → Trauma, aus Sicht der Analytischen Psychologie). Jede Konstellation von Komplexen bei Einzelpersonen und in Gruppen (familiäre Konstellation) bewirkt einen gestörten Bewußtseinszustand, der bisweilen von den die Komplexe prägenden → Archetypen mit beeinflußt wird (GW Bd. 8, §§ 19ff., 198ff., 847; „psychische Infektion“, „Massenhysterie“, „Massenpsychose“). Zweitens können sich die psychischen Dominanten, d. h. die Archetypen, bzw. kann sich die unbewußte Psyche ganz allgemein konstellieren – z. B. als Ahnung, Bild, → Fantasien, → Träume und anderes mehr. Das geschieht spontan, um wirklich Neues bewußt werden zu lassen oder – viel häufiger – reaktiv, um die Einseitigkeit der Bewußtseinslage von Individuen, Gruppen und größeren Kollektiven zu kompensieren (letzteres wird durch Ertragen und Bewußthalten von scheinbar unlösbaren → Konflikten begünstigt). So entstehen unerwartete psychische Prozesse, die therapeutische Wandlungen, aber auch langsame Vorgänge von evtl. massenpsychologischer, sogar kultureller Bedeutung sein können (GW, Bd. 10, § 589; Bd. 8, §§ 479, Bd. 11, § 780; → Gegensatzthematik; → transzendente Funktion; → Synchronizität).

Jung CG [1906] (1979) Die psychologische Diagnose des Tatbestandes. In: GW, Bd. 2, §§ 728–792. Olten, Walter

Jung CG [1910] (1979) Die familiäre Konstellation. In: GW, Bd. 2, §§ 999–1014. Olten, Walter

Jung CG [1939, 1955] (1988) Psychologischer Kommentar zu: Das tibetische Buch der grossen Befreiung. In: GW, Bd. 11, §§ 759–830. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydwoelff

Konstruktionismus, sozialer. → Sozialer Konstruktionismus.

Konstruktivismus. Unter diesem Begriff werden epistemologische Konzepte (→ Epistemologie) zusammengefaßt, die im Unterschied zum → Positivismus nicht davon ausgehen, daß die Welt „objektiv“ erkennbar und beschreibbar sei. Im Wissenschaftsverständnis des Konstruktivismus stehen entsprechend der Subjektivität aller Erkenntnis empirische Aussagen (→ Empirismus) in spezifischer Relation zum jeweiligen → Beobachter, sie hängen von seinem Erkenntnisapparat, seinen gegenstandsbezogenen Unterscheidungen und den damit korrespondierenden Forschungsmethoden ab. Wissenschaftliches Wissen hat demnach den Status einer Konstruktion, die das Produkt von Hypothesenbildung, experimenteller Erzeugung der interessierenden Zusammenhänge und anschließendem Theorienaufbau darstellt. Aussagen über die Beziehung des Wissens zur Welt können nur auf die herstellenden Handlungen des Wissenschaftlers verweisen. Die in neuerer Zeit entstandene extreme Formulierung des Radikalen Konstruktivismus (von Glasersfeld, 1981; von Foerster, 1981) fußt auf dem biologischen Konzept der → Autopoiese von H. Maturana und F. Varela, nach dem Menschen – als lebende, autopoietische, operational geschlossene Systeme – ihre Wirklichkeit durch den Wahrnehmungsprozeß erst konstruieren und so die Umwelt nicht direkt im → Bewußtsein repräsentiert werden kann. Vielmehr kann Erkenntnis als Folge einer internen Zustandsänderung gesehen werden, die durch Reize aus der Umwelt des Systems angeregt wird. Wie diese Zustandsänderung genau aussieht, wird durch die Struktur des erkennenden Systems, nicht durch die Umwelt determiniert. Mit diesem auf neurophysiologischen Befunden basierenden Konzept sind Modelle, die Erkenntnis als Abbildung verstehen, nicht vereinbar. Wirklichkeit ist jedoch nicht nur das Produkt eines ausschließlich persönlichen Prozesses, sondern ein konsensuelles Phänomen, das durch Kommunikation entsteht. Auf gesellschaftstheoretischer Ebene betrachtet der Soziologe Niklas Luhmann (1990) in diesem Sinne Wissenschaft als selbstorganisierenden Prozeß, welcher sich als spezifisches Funktionssystem der Gesell-

schaft an der Leitdifferenz „wahr/unwahr“ orientiert. Doch auch als „wahr“ bezeichnete Aussagen bleiben zwingend referenzabhängig, sie spiegeln die vom jeweiligen Beobachter eingeführten Unterscheidungen wider. Deren Anschluß- und Wiedereintrittsfähigkeit in die Kommunikation wird zum Kriterium für die Lebensdauer von Theorien im Kommunikationsprozeß, nicht ihre vermeintliche „Objektivität“. Konstruktivistische Konzepte sind die erkenntnistheoretische Basis der → Systemischen Therapie. In der wissenschaftstheoretischen Reflexion von Psychotherapie gewinnen sie an Bedeutung, weil sie angesichts der Vielfalt der schulenspezifischen Theorien ein Verständnis dafür ermöglichen, wie die einzelnen Therapiemethoden entsprechend ihrer zentralen Setzungen und Leitdifferenzen klinische Theorien bilden und damit den therapeutischen Prozeß strukturieren.

von Foerster H (1981) Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: Watzlawick P (Hg), Die erfundene Wirklichkeit. München, Piper, S 39–60

von Glasersfeld E (1981) Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick P (Hg), Die erfundene Wirklichkeit. München, Piper, S 16–38

Luhmann N (1990) Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt/M., Suhrkamp

Maturana HR (1982) Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie. Braunschweig, Vieweg

Maturana HR, Varela FJ (1987) Der Baum der Erkenntnis. München, Scherz

Erwin Parfy, Eva Reznicek

Konstruktivistisch-systemische Familientherapie. → Familientherapie, konstruktivistisch-systemische; → Systemische Therapie.

Konsultation. „Konsultation“ bezieht sich in der → Systemischen Therapie auf zwei Vorgänge: einerseits auf einen gezielten Austausch unter professionellen Helfern über einen Klienten zur Klärung psychotherapeutischer oder sonstiger Behandlungsmaßnahmen in einer Institution oder

institutionsübergreifend (Wynne et al., 1986). In Krankenhäusern, im Jugendamt oder in der Zusammenarbeit mit ambulanten Therapeuten läuft ein solcher Austausch in der systemischen Therapie auch unter dem Begriff „Helferkonferenz“. Andererseits bezieht sich „Konsultation“ auf die Möglichkeit, während einer laufenden Therapie einen Kollegen heranzuziehen, der den Therapeuten und seine Klienten gemeinsam interviewt. Ein solches konsultatives Interview dient dazu, einen „festgefahrener“ therapeutischen Prozeß zu unterbrechen und durch die Außenperspektive, die der hinzugezogene Kollege einbringt, neue Ideen für die Therapie zu entwickeln.

Andersen T (Hg) (1990) Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Dortmund, Modernes Lernen

Wynne L, McDaniel SH, Weber TT (1986) Systems consultation. A new perspective for family therapy. New York, Guilford Press

Hedwig Wagner

Kontakt. Ist neben → Bewußtheit und → dialogischem Prinzip das zentrale Konzept der → Gestalttherapie, das von deren Gründern erstmals ausformuliert wurde (Perls et al., 1951). Das Kontaktmodell dient der Darstellung innerpersönlicher und zwischenmenschlicher Erlebniseinheiten. Es bildet Prozesse der → Figur/Hintergrund-Auflösung bzw. Gestaltbildung (→ Gestaltbegriff) in differenzierter Weise ab (→ Organismus-Umwelt-Feld; → Feldtheorie). Im Verlauf von Kontaktprozessen bilden sich Kontaktgrenzen, an denen sich Organismus (beispielsweise eine Person oder soziale Einheit) und Umweltfeld sowohl voneinander abgrenzen als auch berühren. Dabei werden Qualitäten der Grenzbildung unterschieden (diffus oder klar, durchlässig oder rigide). Zwei Varianten des Kontaktmodells haben sich durchgesetzt: der „Kontaktzyklus“ als Vier-Phasen-Modell der Gründer (Vorkontakt, Kontaktnehmen, Kontaktvollzug, Nachkontakt) und der „Zyklus des Erlebens“ (Empfindung, Bewußtheit, Aktivierung, Handlung, Kontakt, Lösung/Abschluß, Rückzug) des Gestalt-Instituts von Cleveland, USA (z. B. Nevis, 1988). Im traditionellen Verständnis gelten

vollständige und störungsfreie Kontaktprozesse als Kriterium für psychische Gesundheit. Abweichungen von dieser Norm sind Kontaktunterbrechungen oder –störungen (Konfluenz [Verschmelzung], Introjektion [Einverleibung von Werten und Regeln], Projektion [Phantasiebildung über die Umwelt], Retrofektion [Zurückhaltung aggressiver – i.w.s. – Äußerungen], Deflektion [Ablenkung]); sie dienen als diagnostische Kriterien für → Neurosen (Dreitzel, 1992: 35ff.; → Prozessuale Diagnostik). Neuere Arbeiten gehen davon aus, daß es sich um „Kontaktfunktionen“ handelt, die allen Kontaktprozessen eigen sind, die jedoch in situativer und habitueller Weise dysfunktional sein können. Die Kontaktfunktionen bilden → Polaritäten (beispielsweise Verschmelzung versus Widerstand bei Konfluenz) und spiegeln damit die grundlegende Polarität zwischen menschlichen Grundbedürfnissen nach Zugehörigkeit und Eigenständigkeit wider (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 1995: 129; Gremmler-Fuhr, 1999). Ziel der Gestalttherapie ist möglichst intensiver und vollständiger Kontakt (→ Begegnung), der durch Erweiterung der Bewußtheit und eine dialogische Haltung und Verhaltensweise des Therapeuten begünstigt wird. Auch hierbei werden unterschiedliche Kontaktverständnisse in der Gestalttherapie deutlich: Einerseits wird Kontakt normativ verstanden und bezeichnet eine besondere Qualität intrapsychischer und zwischenmenschlicher Tätigkeiten und Erfahrungen. Andererseits werden Kontaktmodell und Kontaktfunktionen als Landkarten begriffen, die dazu dienen, Kontaktprozesse zu verstehen und habituelle oder situative Dysfunktionalitäten zu erkennen.

Dreitzel HP (1992) Reflexive Sinnlichkeit. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1995) Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Gremmler-Fuhr M (1999) Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In: Fuhr R, Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M (Hg), Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Hogrefe

Nevis E (1988) Organisationsberatung. Ein Gestalttherapeutischer Ansatz. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Perls F, Hefferline R, Goodman P [1951] (1991) Gestalttherapie. Grundlagen. München, dtv

Reinhard Fuhr

Kontaktgrenze. → Kontakt; → Übertragung (aus Sicht der → Gestalttherapie).

Kontaktzyklus. → Kontakt; → Gestalttherapie.

Kontamination. → Trübung; → Transaktionsanalyse.

Konterdependenz. Die → Dynamische Gruppenpsychotherapie bezeichnet damit eine Gruppenphase (→ Entwicklungsmodelle der Gruppe; → Phasenmodelle der Gruppe), in der sich die Gruppenmitglieder enttäuscht vom Therapeuten abwenden. Konterdependenz folgt meistens einer dependenten Phase (→ Dependenz). Die Teilnehmer sind enttäuscht vom Gruppentherapeuten, der Erwartungen der Gruppe in der dependenten Phase nicht erfüllen konnte. Die Gruppe kann den Ärger entweder direkt äußern, indem sie den Therapeuten angreift, oder Interventionen werden nicht mehr wahrgenommen und die Gruppe verhält sich, als ob der Therapeut nicht vorhanden wäre. Gleichzeitig bleibt in indirekter Form der Therapeut weiterhin dominantes Thema der Gruppe (z. B. Erzählungen aus dem Arbeitsbereich über den unfähigen Chef). Diese Gruppenphase wird als Ablösungsphase verstanden (→ Gruppendynamik).

Bennis W, Shepard H (1956) A theory of group development. Human relations 9: 415–437

Bion WR [1961] (1971) Erfahrungen in Gruppen. Stuttgart, Klett-Cotta

Rainer Fliedl

Kontext. Als Kontext (lat. contextus = Verknüpfung) wird in der systemischen → Familientherapie der Bezugsrahmen be-

zeichnet, in dem Verhaltensweisen, Kommunikation und Symptome Bedeutung erlangen. Die Familientherapie selbst entstand durch Erweiterung des Kontextes; Symptome eines Einzelnen wurden in den Bedeutungszusammenhang der familiären und sozialen Beziehungen gesetzt. Der Kontext als räumlicher, zeitlicher, emotionaler oder kognitiver, aber auch kultureller Rahmen definiert die Bedeutungsgebungen von Handlungen. Er gibt Regeln vor, nach denen konsensuelle Interpretationen vorgenommen werden. Die Einigung darüber, welcher Kontext für die Interpretation gültig ist, bezeichnet Bateson als Kontextmarkierung. Sprachspiel, Witz oder unterschiedliche Begrüßungsrituale in verschiedenen Kulturen sind alltägliche Beispiele dafür. Psychische Phänomene sind immer im Zusammenhang von mehreren auf verschiedenen Ebenen interagierenden Variablen (physiologische, biochemische, kognitive, soziale etc.) zu betrachten, d. h. sie sind mehrfach kontextualisiert. Um im therapeutischen Dialog Veränderung anzustoßen, nutzt man diese kontextuelle Bedingtheit von Symptomen, um sie in einen neuen, anderen Rahmen zu stellen, sie neu zu kontextualisieren (→ Reframing; → Narrativer Ansatz). Auch der größere Rahmen, das soziale System, in dem Therapie stattfindet, definiert Rollen und Erwartungen mit. Klinik, psychotherapeutische Praxis und Strafanstalt – um nur einige Beispiele zu nennen – sind jeweils mit sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen verbunden. Besonderes Augenmerk wird in der systemischen Therapie auf den Überweisungskontext gelegt. Welche expliziten und/oder impliziten Aufträge sind mit einer Überweisung verbunden? In welchen Beziehungen stehen die einzelnen Familienmitglieder zum Überweiser, und in welcher Beziehung steht der Therapeut zum Überweiser? Eine Abklärung des Überweisungskontexts ist auch im Zusammenhang mit der → Zielklärung relevant. Sind mehrere Helfer in die Arbeit mit einer Familie involviert, gilt es, die Rolle des Therapeuten zu klären und die Erwartungen an ihn zu definieren (→ Helfersystem). Die Kontextbedingungen stellen immer Beziehungseinladungen für den Therapie-

ten dar, sie beginnen nicht erst beim ersten direkten Kontakt, sondern mit der ersten Idee von Therapie und den damit verbundenen Vorstellungen und Erwartungen.

Bateson G [1964] (1990) *Ökologie des Geistes*. 3. Aufl. Frankfurt/M., Suhrkamp
Imber-Black E (1990) *Familien und größere Systeme*. Heidelberg, Carl Auer

*Brigitte Roschger-Stadlmayr,
Juliane Kleibel-Arbeithuber*

Kontext/Kontinuum. Die → Integrative Therapie sieht den Menschen eingebunden in ein gestaffeltes Strukturgefüge, das als Kontext/Kontinuum bezeichnet wird. Der ökologische und soziale Kontext wird – Gedanken der ökologischen Perspektive von Lewin und Bronfenbrenner weiterführend – in Mikro- (Familie / Wohnung), Meso- (z. B. Nachbarschaft / Quartier, Region), Makrorahmen (Land) differenziert innerhalb des Megarahmens des mundanen ökologischen und geopolitischen Zusammenhanges (Petzold, 1988: 183). Jeder Rahmen steht im Zeitkontinuum, und dieses beeinflusst den Patienten und seine Bezugspersonen. Deshalb ist Integrative Therapie → sozialökologische Praxis, die in konsequenter Temporalisierung immer Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft mit in den Blick nimmt, → Leiblichkeit in Situation und Situationgeschichte, Person im Netzwerk (→ Netzwerktherapie) und im Convoy mit seinen Ressourcen (Petzold, 1995) sieht. Dabei ist in dieser systemischen Sicht nicht nur das faktische Umfeld (z. B. als Mikroökologie oder Netzwerk der Krankenstation) wesentlich, sondern auch seine mentale Repräsentation als „private world“ (meine Wohnung, mein Quartier) oder als „social world“ (meine Partei, meine Jugendgruppe, Leute, mit denen man die gleichen Überzeugungen, Weltansicht, Ziele, Geschichte, Gegenwart und Zukunft teilt) für die Therapie wichtig. Unter Bezug auf die ökologische Wahrnehmungs-Handlungstheorie von Gibson wird Netzwerkarbeit und die Veränderung von Mikroökologien (Wohnung, Station, Spielzimmer, Arbeitsraum, Quartier) in die Behandlung einbezogen (Petzold, 1995).

- Petzold HG [1988] (1996) Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 2 Bde. 3., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann
- Petzold HG (1995) Wegeleit und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozio-ökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: Metz-macher B, Petzold HG, Zaepfel H (Hg), Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Paderborn, Junfermann, S 169–280
- Petzold HG (1997) Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. Integrative Therapie 23(4): 435–471

Johanna Sieper

Kontingenz (→ Verhaltenstherapie). Grundbegriff des operanten Lernens. Man versteht darunter die Wahrscheinlichkeit, mit der Umweltereignisse einer bestimmten Reaktion folgen. Verhalten steht unter multipler Kontingenzkontrolle; das Individuum versucht, Kontrolle über Kontingenzen zu erreichen. Werden Stimuli in großer zeitlicher Distanz zum Verhalten dargeboten, so wird dadurch das Erkennen der Kontingenzrelation erschwert. Kontingenzmanagement ist eine Strategie der → Verhaltensmodifikation (häufig im pädagogischen Bereich angewendet); in der Verhaltenstherapie gilt sie als Möglichkeit zur Verbesserung der Selbstkontrolle. Im Rahmen des Verstärker-Verlust-Modelles von Lewinsohn (1974) ist sie ein wichtiger Faktor in der Behandlung der → Depression.

- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg) (1986) Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT [bes. S 45]
- Lewinsohn PM (1974) A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, Katz MM (Eds), The psychology of depression. New York, Wiley, S 157–178
- Reinecker H (1987) Grundlagen der Verhaltenstherapie. München, Psychologie Verlags Union, S 158f

Kurt Meszaros

Kontinuum. → Kontext / Kontinuum; → Integrative Therapie.

Kontraindikation zur Psychotherapie. Kontraindikation oder Gegenanzeige (→ Indikation) kann grundsätzlich nicht für das „Prinzip Psychotherapie“ nach allgemein gültigen Definitionen (Strotzka, 1984) bestehen. Kontraindikationen gelten für die Ausübung von Psychotherapie unter bestimmten Bedingungen: 1. ein → Setting (Einzel-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapie) kann jeweils aus Gründen des sozialen Umfelds nicht indiziert sein; 2. die Art der psychischen Störung (bzw. auch Komorbidität) kann eine Kontraindikation für ein bestimmtes Setting (→ Settingforschung) bzw. eine bestimmte Methode sein (z. B. Psychoanalyse-Standardmethode bei Denkwängen, wo → freie Assoziation unmöglich ist; Benedetti, 1984; → Psychoanalyse); 3. ein bestimmtes Setting kann für eine bestimmte psychische Störung kontraindiziert sein, wenn keine Theorie für die Behandlung dieser Störung zur Verfügung steht; 4. eine zeitliche oder inhaltliche Begrenzung der Psychotherapie kann kontraindiziert sein (z. B. bei schwacher Verankerung in der Wirklichkeit, extrem schwankendem Selbstwertgefühl, häufig zu erwartenden Triebdurchbrüchen aggressiver und/oder sexueller Natur, lässigem Umgang mit der Wahrhaftigkeit, Mord- und Selbstmorddrohungen; vgl. Kernberg et al., 1993); 5. kann eine ambulante oder stationäre Psychotherapie jeweils aus unterschiedlichen Bedingungen (Art der Störung, Art der Institution) kontraindiziert sein; 6. kann die Therapie durch einen bestimmten Therapeuten aus ethischen Gründen kontraindiziert sein (z. B. Naheverhältnis; Strupp, 1996).

- Benedetti G (1984) Klinische Psychotherapie: Einführung in die Psychotherapie der Psychosen. 2., überarb. Aufl. Bern, Hans Huber
- Kernberg O, Salzer M, Koenigsberg H, Carr A, Appelbaum A (1993) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern, Hans Huber
- Strotzka H (1984) Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Wien, Springer
- Strupp H (1996) Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. Psychotherapeut 41: 84–87

Marianne Springer-Kremser

Kontraktion (→ Körperpsychotherapie). Kontraktion und → Expansion sind nach Wilhelm Reich Urgegensätze des vegetativen Lebens. Kontraktion bedeutet das Zusammenziehen des Individuums auf Energie-, Körper-, Muskel- und Zellebene. Dieser Zustand wird auf der psychischen Ebene als Angst erlebt. Sämtliche Lebensvorgänge wie z. B. die Sympathikus-/Parasympathikus-Reaktion, Angst/Lust, sich öffnen/sich verschließen, Anspannung/Entspannung lassen sich funktionell analog zu Kontraktion oder Expansion beschreiben. Reich konnte die Gegensätzlichkeit von Kontraktion und Expansion sowohl beim Menschen als auch bei weniger differenzierten Lebensformen wie Einzellern beobachten und beschreiben. Als chronische Kontraktion ist die → Panzerung anzusehen.

Fuckert D (1992) Psychiatrische Orgontherapie. In: Maul B (Hg), Körperpsychotherapie. Berlin, Maul, S 87–106

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Christian Bartuska

Kontrollanalyse. Unter Kontrollanalyse versteht man die supervisionsähnliche Reflexion von Behandlungsfällen des angehenden (Psycho-)Analytikers im Rahmen seiner Ausbildung durch einen erfahrenen Kollegen. Dieser unterstützt den Kandidaten bei der Behandlungsführung nicht nur in allgemeinen psychotherapeutischen Fragestellungen und Tätigkeiten, wofür bisweilen auch der Begriff „Analysenkontrolle“ verwendet wird, sondern der Schwerpunkt der Kontrollanalyse liegt vor allem in der Analyse der → Gegenübertragung des Kandidaten seinem Patienten gegenüber und in der Vermittlung der psychoanalytischen Deutung. Die Kontrollanalyse wurde um 1920 eingeführt und stellt heute ein Hauptelement der technischen Ausbildung des (Psycho-)Analytikers dar. Der Begriff wird gelegentlich auch von anderen analytisch-psychotherapeutischen Schulen übernommen und steht dort als Synonym für → Ausbildungssupervision.

Cremerius J (1994) Kritische Überlegungen zur Supervision in der institutionalisierten psychoanalytischen Ausbildung. In: Pühl H (Hg), Handbuch der Supervision 2. Berlin, Edition Marhold, S 419–431

Fleming J, Benedek T (1966) Psychoanalytic supervision. New York, Grune & Stratton

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Inge Bolen

Kontrollierte Praxis (→ Verhaltenstherapie). Von Petermann (1996a, 1996b) entwickelte Methode der klinisch-psychologischen Diagnostik, die der Beschreibung und Erklärung der Symptomatik dient und damit die Indikationsstellung ermöglicht, aber auch im Verlauf der Therapie deren Veränderungen und Interventionen dokumentiert und laufende Entscheidungsprozesse transparent macht. Es handelt sich um eine Methode der Einzelfallanalyse (→ Einzelfallforschung) mit dem parallelen Ziel der „kumulativen Erfahrungsverwertung“ mehrerer Therapieverläufe, um daraus Erkenntnisse für die Psychotherapieforschung zu gewinnen (→ Psychotherapieforschung, Geschichte der/Methoden der). Aufgrund ihrer Nähe zur → Verhaltensanalyse wird diese Methode vorwiegend innerhalb der Verhaltenstherapie angewendet.

Petermann F (1996a) Einzelfalldiagnose in der klinischen Praxis. 3. Aufl. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Petermann F (1996b) Kontrollierte Praxis: zur Einzelfallanalyse therapeutischer Prozesse. In: Reinecker H, Schmelzer D (Hg), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Göttingen, Hogrefe, S 75–82

Bibiana Schuch

Kontrollüberzeugungen (→ Verhaltenstherapie). Subjektive Vermutungen einer Person hinsichtlich der eigenen Möglichkeiten, die Umwelt und deren Ereignisse zu kontrollieren. Die unterschiedlichen Formen von Kontrollüberzeugungen lassen sich aus der → Attributionstheorie ableiten. Im Rahmen der → kognitiven Verhaltenstherapie ist vor allem von Be-

deutung, auf welche Faktoren und Bedingungen ein Klient seine Probleme zurückführt (Kausalattribution) und ob er diese als durch sich selbst kontrollierbar erlebt (Kontrollattribution). Diese beiden Komponenten bilden das „Health Belief Model“, das sich der Klient von seinen Schwierigkeiten macht. Eines der Ziele im Rahmen der Verhaltenstherapie ist es, positive Kontrollüberzeugungen dahingehend aufzubauen, daß der Klient seine Schwierigkeiten als kontrollierbar und veränderbar erlebt.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg) (1986) Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. DGVt, Tübingen [bes. S 154]
 Rotter JB (1966) General expectancies for internal vs. external control of reinforcement. Psychological Monographs 80

Rosemarie Sigmund

Konversationstrance (→ Hypnotherapie). Eine Konversationstrance ist eine → Trance, die unangekündigt aus der Unterhaltung heraus während einer therapeutischen Sitzung hypnotisch induziert wird oder spontan eintritt und wie jede andere Trance therapeutisch genutzt werden kann. Bei der Konversationstrance übernimmt das Thema des Gesprächs die Funktion des Fixationsobjekts, auf das sich die Aufmerksamkeit während der → Tranceinduktion fokussiert. Bei der gesprächsweisen Induktion einer Konversationstrance achtet der Therapeut auf minimale verbale und non-verbale Trancezeichen und verstärkt diese – meist durch eingestreute indirekte → Suggestionen. Die Konversationstrance eignet sich zur „inoffiziellen“ (weil unangekündigten) Trancearbeit mit Patienten, die ängstlich oder der → Hypnose gegenüber ambivalent eingestellt sind. Erickson (1958) bevorzugte solche natürliche Tranceinduktionen, die ohne jedes ritualisierte Vorgehen auskommen.

Bongartz W, Bongartz B (1998) Hypnotherapie. Göttingen, Hogrefe
 Erickson MH [1980] (1995) Natürliche Hypnotesetechniken. In: Rossi EL (Hg), Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Bd. I: Vom Wesen der Hypnose. Heidelberg, Carl Auer, S 245–456

Matthias Mende

Konversion (→ Psychoanalyse). Der Begriff „Konversion“ wurde von Freud bei der Darstellung der Krankengeschichte von Emmy N. in den „Studien über Hysterie“ (1895) und in der Schrift „Die Abwehr-Neuropsychosen“ (1894) eingeführt, um diesen „Sprung vom psychischen in die somatische Innervation“ zu erklären. Konversion bezeichnet in der psychoanalytischen Theorie die Leistung des Ichs, einen bewußtseinsunfähigen Wunsch oder eine unlustbereitende Vorstellung (meist genital-sexueller Natur) dadurch unschädlich zu machen, daß ihre Erregungssumme ins Körperliche umgeleitet wird. Konflikthafte unbewußte Fantasien finden so in körperlichen Veränderungen (somatische, motorische oder sensible Symptome) szenisch und symbolisch ihren Ausdruck. Mittels dieser Kompromißbildung wird psychische Energie (→ Libido) von der Besetzung seelischer Prozesse zur Besetzung somatischer Prozesse verschoben. Die Bedeutung des Begriffes ist ökonomischer Natur: Libidinöse Energie wird umgewandelt, „konvertiert“ in somatische Innervation (Laplanche & Pontalis, 1973). Das körperliche Symptom bringt den zugrundeliegenden Triebwunsch, wie auch dessen Verbot, symbolisch zum Ausdruck. → Funktionelle Störungen der Sinneswahrnehmung (z. B. hysterische Blindheit) stellen Zurückweisungen von erregenden Sinneseindrücken dar. Das Konversionssymptom hält somit eine unerträgliche Vorstellung im Unbewußten, fordert aber Aufmerksamkeit und hat sowohl Befriedigungs- wie auch Bestrafungscharakter. Außerdem verhilft das Konversionssymptom zu „neuen“ Interaktionen mit wichtigen Bezugspersonen, also zu einem → Krankheitsgewinn.

Freud S [1894] (1952) Die Abwehr-Neuropsychosen. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 57–74
 Freud S, Breuer J [1895] (1952) Studien über Hysterie. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 75–312
 Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Marianne Springer-Kremser

Konzentration (aktive und passive).

Im → Autogenen Training wesentliche Unterscheidung, um zu einer „passiv empfangenden“ Haltung zu kommen. Die „nach innen gewendete spannungsfreie, gelöste und empfangende Konzentration [...], die in schärfstem Gegensatz zu der extrem gespannten steht“ (Schultz, 1972: 353) führt zu einer immer mehr zunehmenden Belebung der Leibesempfindungen, die eine unabdingbare Voraussetzung für erfolgreiches autogenes Üben ist. Die Ausrichtung auf aktive Konzentration bedingt meist Schwierigkeiten, die jeweils geeignete Passivierung zu erreichen.

Schultz IH [1932] (1970) Das autogene Training. 13. Aufl. Stuttgart, Thieme

Schultz IH [1961] (1972) Das Autogene Training. In: Bally G, Bräutigam W, Christian P, Frankl VE, Gebattel VE v, Giese H, Heyer GR, Hirschmann J, Kretschmer E, Matussek P, Moreno JL, Müller-Suur H, Schultz JH, Schwidder W, Siebenthal W v, Stokvis B, Uchtenhagen A, Wiesenhütter E (Hg), Grundzüge der Neurolen, Bd. I. München, Urban & Schwarzenberg, S 339–396

Heinrich Wallnöfer

Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT).

Psychotherapeutisches Verfahren auf der Basis entwicklungspsychologischer und tiefenpsychologischer Denkmodelle. Ausgehend von der Theorie, daß sich Wahrnehmung aus Sinnesempfindung und Erfahrung zusammensetzt (V. v. Weizsäcker), geht die KBT den Weg der bewußten Selbst- und Fremdwahrnehmung im Hier- und-Jetzt insbesondere in der Arbeit am → Körperbild auf dem Hintergrund der individuellen Lebens- und Lerngeschichte: In der therapeutischen Praxis ist die Akzentuierung von sensorischer Wahrnehmung und motorisch-emotionaler Bewegung Angelpunkt für Erfahren, Handeln und Erinnern (→ Handlungsdialog). Leibliches Erleben ist somit das therapeutische Beziehungsfeld für individuell-eigenes, physiologische, psychosomatische und psychische Abläufe (→ bewegungstherapeutische Methodik). Durch die gleichermaßen einfühlende und handelnde („konzentrierte“) Beschäftigung mit frühen

Erfahrungsebenen werden Erinnerungen belebt, die im körperlichen Ausdruck als Haltung, Bewegung und Verhalten erscheinen und in vorverbale Zeit zurückreichen können. Dem Erleben nicht mehr zugängliche Gefühle und die dahinterliegenden Konflikte können wiederbelebt, im aktuellen Beziehungsgeschehen wiederholt, im Bewegungserleben gestaltet und verbal durchgearbeitet werden. Der therapeutische Prozeß gestaltet sich als dialogisches Geschehen, wobei dem Körperdialog vermehrte Bedeutung zukommt (→ Berührung). Die primärprozeßhafte Erlebnisebene und die sekundärprozeßhafte Ebene des sprachlichen Ausdrucks bilden eine Einheit. Dem Sprechen kommt dabei folgende Bedeutung zu: Das Erlebte wird durch Versprachlichung begrifflich erfaßt und somit den Ebenen des Denkens, der Assoziation, der Reflexion und der Kommunikation zugeführt. So wird der sinnlich-emotionale mit dem sprachlich-kognitiven Kreislauf (im Sinne von Weizsäckers Gestaltkreis) verbunden und im erweiterten Begreifen psychotherapeutisch wirksam. Das Modell des Gestaltkreises sieht hier in der therapeutischen Beziehung den Patienten im Kontakt mit dem Therapeuten über beide Subkreisläufe: Der Therapeut kann durch Prozesse von Wahrnehmen und Bewegen (sensomotorischer Kreislauf) auch im direkten Körperdialog Differenzierungs- und Nachreifungsschritte anregen. Ebenso wird im verbalen Dialog (begrifflicher Kreislauf: Denken und Sprechen) spiegelnd, klärend, stützend oder konfrontierend im Sinne einer korrigierenden Beziehungserfahrung interveniert. Dadurch werden unter Beachtung der → Abstinenz, → Übertragung und → Gegenübertragung eine verbesserte Integration der sinnlich-emotionalen und der sprachlich-kognitiven Ebene und Korrekturen pathologischer Objektbeziehungen möglich. Ein weiteres Element der Methode ist die Arbeit mit Gegenständen (→ Gegenstandsverwendung). Durch vielschichtiges Erfahren, konkretes Handeln als Mittel schöpferischer Gestaltungsprozesse und wiederholtes Erinnern (Körpergedächtnis, szenische Erinnerung) kommt es zu einer Erweiterung, Differenzierung und damit

Veränderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, des Erlebens und zur Aktivierung von Ressourcen. Fixierungen im Körperlichen, Emotionalen und Kognitiven werden erfahrbar und damit bearbeitbar. Dies geschieht durch Auseinandersetzung mit der Körpererfahrung im Hier-und-Jetzt (→ Körperbildstörung) und durch verbale Bearbeitung der aus bewußter und unbewußter Lebensgeschichte aufgetauchten Inhalte. Die möglich gewordene Neuorganisation von Selbst- und Fremderleben und deren praktische Erprobung erschließt erweiterte Entscheidungsfähigkeiten und schafft zusätzliche Handlungskompetenz. Die KBT wird seit 40 Jahren als psychotherapeutisches Verfahren entwickelt (H. Stolze) und im klinischen und ambulanten Setting ebenso wie als präventive Maßnahme im Erwachsenenbildungsbereich eingesetzt. In der Heilbehandlung früher Störungsanteile kann sie durch Einbeziehung der sensomotorischen Ebene insbesondere bei psychosomatisch Erkrankten (→ Psychosomatische Erkrankungen), narzißtischen Neurosen (→ Narzißtische Störungen) und (in modifiziertem Setting) mit psychotischen Patienten (→ Psychose) eingesetzt werden. Die Vernetzung im klinisch-analytischen Setting und mit interaktionellen Psychotherapieverfahren ist Tradition.

- Becker H (1981) Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart, Thieme
 Budjuhn A (1992) Die psychosomatischen Verfahren. Dortmund, Modernes Leben
 Gräff C (1983) Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart, Hippokrates
 Piaget J (1976) Psychologie der Intelligenz. München, Kindler
 Pokorny V, Hochgerner M, Cserny S (1996) Konzentrierte Bewegungstherapie. Wien, Facultas
 Weizsäcker V v (1940) Der Gestaltkreis (Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen). Leipzig, Thieme

Markus Hochgerner

Kopfuhr. Verwendung dieses Phänomens im → Autogenen Training, um Zeitpunkt und eventuell Zeitdauer von gewünschten Reaktionen auch ohne Uhr einzustellen. Der „Ammenschlaf“ und auch die Fähigkeit

des „Terminerwachens“ sprechen dafür, daß die Theorie, daß Erwartungshaltungen im Schlaf weiterwirken, und das Freud'sche Konzept von den im Schlaf weiter aktiv bleibenden, kontrollierenden Persönlichkeitsanteilen zutreffen. Etwa ab der 4. bis 5. Übungswoche lernen die Übenden – die das Phänomen nicht schon vorher gekannt haben – Terminerwachen und Zeitpunkt abzuschätzen. I.H. Schultz hat das Erlernen des Phänomens auch als Demonstration für die → Formelhafte Vorsatzbildung empfohlen, B. Hoffmann zur Schlafverlängerung.

- Clauser G (1954) Die Kopfuhr. Stuttgart, Enke
 Hoffmann B (1997) Handbuch des Autogenen Trainings. München, dtv

Heinrich Wallnöfer

Koppelung, strukturelle. → Auto-poiese; → Systemische Therapie.

Ko-responsenz. Als erkenntnistheoretisches, handlungstheoretisches und praxeologisches Grundkonzept der → Integrativen Therapie wird dieses wie folgt definiert: Ko-responsenz ist eine Form intersubjektiver Begegnung und diskursiver Auseinandersetzung über relevante Fragestellungen einer gegebenen persönlichen und gemeinschaftlichen Lebens- und Sozialwelt, durch die im gesellschaftlichen Zusammenhang Integrität gesichert, im agogischen Kontext Integrität gefördert und im therapeutischen Setting Integrität restituiert wird (vgl. Petzold, 1991). In diskursiver Auseinandersetzung über Theorie und Praxis bietet das Ko-responsenzmodell (d. h. der Prozeß Ko-responsenz – Konsens – Konzept – Kooperation) 1. eine „Konsens-theorie der Wahrheit“, 2. eine diskursive Ethiktheorie, aus dem „informed consent“ mit dem Patienten und in Übereinstimmung mit dem fachlichen und klinischen Konsens der „scientific and professional community“, 3. eine Handlungstheorie, durch die ethisch legitimierte, professionelles Handeln in der Psychotherapie möglich wird. Ko-responsenz als intersubjektives Geschehen (→ Intersubjektivität)

begründet auch die Qualität und Funktion zwischenmenschlicher Relationalität, die in der Integrativen Therapie wie folgt differenziert wird: Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit (Petzold, 1993). Hinzu kommen die Übertragungen des Patienten, Eigenübertragungen des Therapeuten und das Resonanzphänomen der Gegenübertragung als spezifische Phänomene des klinischen Kontextes. In „intersubjektiver Ko-responndenz“ werden Unbewußtes aufgedeckt, Exzentrizität und Sinnerfassungskapazität (d. h. persönliches und soziales Sinnverstehen) und das Bewußtsein für die Reziprozität von Interaktions- und Kommunikations- und Übertragungs-/Gegenübertragungsprozessen (hier das analytische Modell in Richtung von Ferenczis „Mutualität“ übersteigend) gesteigert. Die Dialektik der „Zugehörigkeit des Anderen“ in leiblicher Begegnung (G. Marcel) bei gleichzeitiger, radikaler „Andersheit des Anderen“ (E. Lévinas), wie sie sich in einer gelungenen therapeutischen Beziehung paradigmatisch realisiert, soll lebbar, aushaltbar und fruchtbar gemacht werden.

Habermas J (1971) Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas J, Luhmann N (Hg), Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? Was leistet die Systemforschung. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 167–223

Marcel G [1978] (1985) Leibliche Begegnung. In: Petzold HG (Hg), Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn, Junfermann, S 15–46

Petzold HG (1991) Das Ko-responndenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. In: Petzold HG (Hg), Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bd. II, 1. Paderborn, Junfermann, S 19–90

Petzold HG (1993) Die Chance der Begegnung. In: Petzold HG, Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bd. II, 3. Paderborn, Junfermann, Bd. 3, S 1047–1087

Petzold HG (1996) Der „Anderer“ – der Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906–1995). Integrative Therapie 22(2–3): 319–349

Hilarion G. Petzold

Körper. → Leib-Seele-Verhältnis; → Analytische Psychologie.

Körperarbeit (→ Körperpsychotherapie). In diesem Begriff konfundieren zwei-erlei geistesgeschichtliche Strömungen: 1. Hegels „Phänomenologie des Geistes“, von der die These vertreten wird, daß die Identität des Subjekts durch die Entäußerungen in die äußere Natur konstituiert wird; 2. Freuds → Psychoanalyse, von der die unbewußte psychische Arbeit mit der Triebnatur zum Thema gemacht wird. Aufgrund der Forschungslage ist die Genesis und Geltung des Begriffs der Körperarbeit noch ziemlich ungeklärt. Der thematischen Konzeption zufolge entstammt er der → Vegetotherapie von Reich, auch wenn er dort noch nicht explizit verwendet wird. Die Geltung des Begriffs läßt sich nicht klar begrenzen, weil dieser Begriff in der Körperpsychotherapie, → Tanz- und → Bewegungs- sowie → Musiktherapie, ferner bei → Meditations- und Entspannungstechniken, Massage sowie Tai Chi Chuan angewandt wird. Bei Lowen ist der Begriff der Körperarbeit der kategoriale Kristallisationspunkt der → Bioenergetischen Analyse, aber auch der behandlungsmethodische Gegenentwurf zur Freudschen Psychoanalyse. Begriffsgeschichtlich gesehen steht Lowens Begriff der Körperarbeit noch in der Tradition des cartesianischen Dualismus von res cogitans und res extensa, weil durch die forcierte Energiearbeit der → Streßbioenergetik das Verhältnis von Leib und Seele aufgespalten wird. Dadurch werden kathartische Durchbrüche gestauter Energien zwar begünstigt, aber die an Einsicht orientierte Aufarbeitung der Lebensgeschichte fehlt weitgehend. In der analytischen Körperpsychotherapie ist Körperarbeit als Beziehungsarbeit zwischen Analytiker und Analysand konzipiert, bei der die behutsame, zudem völlig gewaltlose Energiearbeit genützt wird (Thielen, 1997: 7ff.).

Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. München, Kösel

Geißler P (1996) Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur

analytischen körperbezogenen Psychotherapie. Frankfurt/M., Peter Lang
Thielen M (1997) Narzißmus – Körperpsychotherapie zwischen Beziehungs- und Energiearbeit. In: Verein für Integrative Biodynamik (Hg), Narzißmus. Körperpsychotherapie zwischen Energie und Beziehung. Berlin, Simon und Leutner, S 7–26

Norbert Nagler

Körperarbeit (im → Focusing). Körper meint hier nicht nur den von außen angeschauten Körper, sondern vor allem den von innen gefühlten Körper; dieser Körper wird bewußt nicht „Leib“ oder „Organismus“ genannt, da es sich um den konkreten, situierten und lokalisierten Körper handelt. Der Körper wird nicht als etwas von der Psyche oder der Person Getrenntes aufgefaßt. Er ist immer schon in fortwährender Wechselwirkung mit der jeweiligen konkreten Situation, in und mit der er lebt; er ist situational und daher von der Situation getrennt nicht begreifbar („Der Körper ist in der/macht die Situation, und die Situation ist im/macht den Körper“; Gendlin, 1994: 67). Deshalb „weiß“ der Körper → implizit etwas über die vergangenen und gegenwärtigen Situationen, und er kann auch den nächsten Schritt, der das Leben fortsetzen wird, implizieren (→ Fortsetzungsordnung). Dieses implizite „Wissen“ kann von innen gefühlt werden und heißt → Felt Sense. Der körperlich gespürte Felt Sense impliziert nicht nur Erlebensschritte, die verbal ausgedrückt werden können (→ Erlebensmodalitäten), sondern auch unmittelbar körperliche Veränderungsschritte (z. B. Veränderungen der Körperempfindungen, des Atmens, des Körpertonus, der Körperhaltung, der Stimme, Auftauchen von Handlungsimpulsen, Bedürfnis nach Gehaltenwerden, nach körperlichem Widerstand etc.), die unmittelbar körperlich ausgedrückt und von anderen auch unmittelbar körperlich beantwortet werden können. Die meisten Veränderungsschritte kommen nichtsprachlich, und es kann von Vorteil sein, sie nicht in Sprache übersetzen zu müssen (z. B. Schritte, die abgebrochene oder steckengebliebene „frühkindliche“ Prozesse fortsetzen). Dar-

aus ergeben sich in der → Focusing-Therapie Methoden für eine focusing-orientierte „Körperarbeit“, in der der Focusing-Therapeut das Kommenlassen, Verweilen mit und Explizieren des Felt Sense auch unmittelbar körperlich unterstützt (durch verschiedene Formen des Körperkontaktes und körperlicher Experimente (→ Guiding)). Focusing-orientierte Körperarbeit ist kein eigenständiges Verfahren, sondern eine Ergänzung und Erweiterung des verbalen focusing-therapeutischen Arbeitens.

Gendlin ET (1991) Thinking beyond patterns. Body, language and situations. In: denOuden B, Moen M (Eds), The presence of feeling in thought. New York, Peter Lange
Gendlin ET (1993) Three assertions about the body. The Focusing Folio 12(1): 21–33
Gendlin ET (1994) Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen. Würzburg, DAF
Wiltschko J (1995) Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF [bes. S 13–17, 24–33]
Wiltschko J (1992) Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF

Johannes Wiltschko

Körperausdruck (→ Körperpsychotherapie). Körperlicher Ausdruck, wie er im vegetotherapeutischen Ansatz von Wilhelm Reich verstanden wird, bezeichnet die jenseits der Wortsprache funktionierende Ausdrucksbewegung des Lebendigen (Reich, 1989). Mit dem Körperausdruck (wie er sich in Haltung, Bewegung, Gestik und Mimik zeigt) liegt ein wesentliches Kommunikationssystem vor, bevor sich verbaler Ausdruck (Sprache) entwickelt. Erstmals von Charles Darwin und William James, später von Verhaltensforschern und Tanztherapeuten untersucht, ist die Körpersprache ein eigenes semantisches System mit einem reichen paraverbalen Symbolgehalt: der Welt der menschlichen Intentionalität und kinästhetischen Interaktion. Während Freud ausschließlich mit verbaler Kommunikation, die bis in die Mitte des zweiten Lebensjahres zurückreicht, arbeitete, findet in körperpsychotherapeutischen Ansätzen der Körperaus-

druck als Ausdruckssprache des Menschen besondere Beachtung. Neben einem diagnostischen Instrumentarium, wie es vor allem durch Lowen ausgearbeitet wurde, dient die Einfühlung in den Körperausdruck durch die → vegetative Identifikation als wesentliches Mittel zum Verständnis und bestimmt die Auswahl geeigneter Interventionen durch den Psychotherapeuten. Besonders bei Klienten, deren Trauma vor der Sprachentwicklung liegt, kann das Verständnis von körperlichen Botschaften der einzige Weg sein, Kontakt mit ihrem Erleben herzustellen.

Darwin C [1872] (1965) *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago, University Press

Downing G (1996) *Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis*. München, Kösel

Reich W [1933, 1948] (1989) *Charakteranalyse*. Köln, Kiepenheuer & Witsch

David Boadella

Körperbezogene Interventionen (aus Sicht der → Bioenergetischen Analyse). Ausgehend davon, daß das Erleben eines Gefühls immer auch Körpererleben, Körperempfinden und Körpererfahrung ist und in Beziehung zu Personen der Gegenwart/Vergangenheit steht, wird die Körperebene in den therapeutischen Interventionsprozeß miteinbezogen. Der Therapeut richtet seine Interventionen auf körperliche, psychische und soziale Seinsdimensionen. Techniken: Verbalisierung, Körperanalyse (Körperlesen), → Grounding, Aktivierung/Entspannung, → Berührung, Streßarbeit (→ Streß-Bioenergetik). Körperanalyse ist ein Aspekt fortlaufender Diagnostik, nämlich die Beschreibung/Zuordnung von physischen und psychischen Merkmalen einer Person; erfolgt auf der Grundlage eines Entwicklungsmodells (→ Charakterstrukturen), das phänomenologisch lesbare Wahrnehmungs-/Beobachtungshilfen gibt (Haltungs-, Bewegungs-, Atem-, Beziehungsmuster), und ist eingebunden in Beziehungs- und Übertragungsgeschehen. Pechtl (1989) unterscheidet im therapeutischen Prozeß: Diagnose (Körperanalyse), Einlassen (Übertragung,

Grounding), Durcharbeiten (Charakter-/Widerstandsanalyse), Loslassen (Abschluß der Übertragungs-, Groundingarbeit). Ausgehend von Situations- und Charakteranalyse werden Interventionsrichtung und Ziel festgelegt. Ziel der Intervention ist Bewußtmachung des Geschehens und kognitive Einsicht. Körperinterventionen beinhalten immer ein Kontakt-/Beziehungsangebot und sind abhängig vom Entwicklungsstadium der therapeutischen Beziehung, deren Dialog eine Resonanz im Körper findet. → Körperübungen: Wiederholung von bekannten Haltungen, Bewegungsabfolgen, Atemmuster etc., bis von selbst Wandel eintritt. → Körperarbeit: Bewußter Impuls/Intervention zur Verdeutlichung oder Unterbrechung üblicher Reaktionsmuster mit bestimmter Zielsetzung (Entwicklung/Veränderung).

Downing G (1996) *Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis*. München, Kösel

Frank R (1977) Zur Rolle des Körpers in der bioenergetischen Analyse. In: Petzold H (Hg), *Die neuen Körpertherapien. Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften*. Paderborn, Junfermann, S 62–90

Pechtl W (1989) *Zwischen Organismus und Organisation*. Linz, Veritas [bes. S 249–262]

Maria Majce-Egger

Körperbild. Der Körperbildbegriff wird in der psychoanalytischen Selbst- und → Objektbeziehungstheorie gleichbedeutend mit dem Begriff des Körperselbst, als körperlicher Aspekt der Selbstrepräsentanz definiert. Als persönlichkeitsstrukturelles Funktionsprinzip organisiert es die subjektive Körpererfahrung und -vorstellung einer Persönlichkeit. In psychogenetischer Hinsicht entwickelt sich das Körperbild mit und in Abgrenzung zu den Objektrepräsentanzen. Insofern sind im Körperbild alle traumatischen Erfahrungen (→ Trauma) und Defizite der frühen Kindheit repräsentiert. In der → analytischen Körperpsychotherapie wird das körperliche Selbsterleben des Patienten sensibilisierend angegangen, Defizite und Traumata offengelegt und in der Beziehung zum Therapeuten bearbeitet. In diesem Sinne ist die

analytische Körperpsychotherapie als „Arbeit am Körperbild“ zu verstehen. Wissenschaftsgeschichtlich wurzelt die Entwicklung der Körperbildthematik in der Gehirnforschung des ausgehenden 19. Jh. Die neurologische Forschung suchte nach einer zentralen Funktion, wie der Mensch die Orientierung am eigenen Körper bewerkstelligt. Diese Funktion wurde zunächst als Körperschema bezeichnet und in der bekanntesten Version von Schilder (1923; Zusammenfassung und Literaturübersicht bei Joraschky, 1986: 35ff.; Maaser et al., 1994: 23ff.) als das Raumbild, das jeder von sich selber hat, definiert. Später (1935) führte dann Schilder in Anwendung des Imagobegriffes der → Psychoanalyse die Bezeichnung des „body image“ ein. Schilder wollte damit die gesamte menschliche Körpererfahrung in einem psychoanalytischen Konzept erfassen. Heute geht man wieder von einer klareren Trennung der verschiedenen Aspekte aus (Bielefeld, 1986: 17). Es herrscht weitgehende Übereinstimmung darin, Körperschema als die neurophysiologische Basisfunktion (einschließlich der dazugehörigen Wahrnehmungsstrukturen) zu verstehen, die es dem Individuum ermöglicht, sich am eigenen Körper zu orientieren und sinnvolle Bewegungsabläufe auszuführen. Der Körperbildbegriff ist dagegen für den subjektiven Erlebnisaspekt reserviert, Körperbild und Körperschema sind jedoch im natürlichen Lebensvollzug stets in einer Einheit verbunden. In der gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussion wird der Körperbildbegriff nicht einheitlich definiert. So vertritt z. B. die empirische Forschung mittels Fragebogentechnik ein operational-faktorenanalytisches Konzept des Körperbildes (z. B. Clement & Löwe, 1996).

- Bielefeld J (1986) Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens. Göttingen, Hogrefe
 Clement U, Löwe P (1996) Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). Göttingen, Hogrefe
 Geißler P (1996) Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie. Frankfurt/M., Peter Lang
 Joraschky P (1986) Das Körperschema und das Körper-Selbst. In: Brähler E (Hg), Körperer-

leben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Berlin, Springer
 Maaser R, Besuden F, Bleichner F, Schütz R (1994) Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie. Ein Leitfaden für die klinische Praxis. Stuttgart, Kohlhammer

Rudolf Maaser

Körperbild. (Körperschema). Die → Konzentrative Bewegungstherapie hat eine besondere Bedeutung in der Behandlung von frühen Entwicklungsstörungen. Die Erfahrungen der ersten zwei Lebensjahre, in denen Körperschema / Körperbildentwicklung eine gesunde Ich-Entwicklung einleiten, sind bei pathologischer Entwicklung nicht ausreichend verfügbar und haben zu keiner gesunden Symbolisierungsfähigkeit geführt. Körperschema / Körperbild entwickeln sich auf der Basis früher Objektbeziehungen, also zwischen Mutter (und weiteren Bezugspersonen) und Kind. Körperschema meint nach Head die neurophysiologische Repräsentanz der gemachten Erfahrungen. Körperbild bezeichnet nach Schilder die phänomenale Körperlichkeit in den Beziehungen zur Umwelt, als „Summe aller auf den Körper bezogenen Empfindungen“. Die Erfahrungsangebote der Konzentrativen Bewegungstherapie beziehen sich in der Behandlung oben genannter Störungen wesentlich auf frühe Wahrnehmungsinhalte und Beziehungserfahrungen, um Entwicklungsinhalte von Körperschema / Körperbild zu korrigieren und/oder neu zu erfahren: Beziehung zur Umwelt durch die Brücke der Sinne, Beziehung zu Raum und Zeit und Beziehung zu anderen Personen (→ Handlungsdialog). Bei späteren Entwicklungsstörungen sind die Wahrnehmungsangebote ebenfalls indiziert, weil durch Handlungen und damit verbundenen Erfahrungen Nachreifungsprozesse von Körperschema / Körperbild in Gang gesetzt und Fixierungen aufgelöst werden können.

- Montagu A [1971] (1974) Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Stuttgart, Klett-Cotta
 Schilder P (1923) Das Körperschema. Berlin, Springer

Seewald J (1992) Leib und Symbol. München, Wilhelm Fink

Anne Budjahn

Körperbildstörung (→ Konzentrierte Bewegungstherapie). Körperbildstörungen können durch anteilnehmende und doch distanzierte Berührung neu geordnet werden. „Das [→] Körperbild kann durch einen Introjektions-Projektions-Mechanismus verändert werden“ (Schilder, 1923). Dabei wird das Übertragungsgeschehen berücksichtigt und angesprochen. Abwehr auf der Körperebene wie Hypotonus, Hypertonus, Anästhesie wird durch die Berührung bewußt und auch im Gespräch bearbeitbar. Neben früheren verletzenden „schlechten“ Berührungserfahrungen können „gute“ neue Erfahrungsspuren im → Hier-und-Jetzt gelegt und Impulse geweckt werden.

Montagu A [1971] (1974) Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Stuttgart, Klett-Cotta

Schilder P (1923) Das Körperschema. Berlin, Springer

Renate Schwarze

Körperintervention. → Zwischenleiblichkeit; → Integrative Bewegungstherapie.

Körperkonzept (→ Bewegungsanalyse). Vorstellung vom eigenen Körper, die sich aus der unbewußten Synthese von kinästhetischen, formalen, funktionalen und geschlechtlichen Lebenserfahrungen konstituiert. Aus diesen entfalten sich die vier Teilkonzepte des Körpers, die als notwendige Ressource ein Leben lang wirksam bleiben. Das Körperkonzept ist die „Matrix eines dynamischen Prozesses von Impuls, Verdrängung und Kompensierung, in dem einzelne Konzepte vorübergehenden oder definitiven Vorrang in der Auffassung vom eigenen Körper einnehmen, während andere der Verfügbarkeit entzogen sind“ (Rick, 1996: 79). Die einzelnen Körperkonzepte manifestieren sich aus einem interaktiven Bestreben, das sich durch eine spezifische Konstellation motorischer Phä-

nomene, das → Bewegungssyndrom, umsetzt. Das kinästhetische Körperkonzept konstituiert sich aus dem interaktiven Bestreben nach Orientierung durch sensorische Bewegungserfahrungen. Durch die Berührung fördert die „greifbare Nähe“ die Vertrautheit mit dem Selbst, dem anderen sowie mit der unmittelbaren Umgebung. Die Beteiligung des kinästhetischen Körperkonzepts ist in der Vorstellung vom eigenen Körper für das Erleben von → Authentizität bestimmend. Das formale Körperkonzept konstituiert sich aus dem interaktiven Bestreben nach Identifikation durch körpermotorisches Erleben. Durch das Aufgreifen von Gesten und/oder Körperstellungen wird in Beziehung mit dem anderen die Erfahrung von Gemeinsamkeit gefördert. In der Vorstellung vom eigenen Körper ist die Präsenz des formalen Körperkonzepts für das Erleben von → Intimität bestimmend. Das funktionale Körperkonzept konstituiert sich aus dem interaktiven Bestreben nach Individualität bzw. Autonomie durch handlungsmotorisches Erleben. Durch die Bewegungshandlung wird im Dialog mit anderen die Erfahrung der Eigenständigkeit gefördert. Die Beteiligung des funktionalen Körperkonzepts ist in der Vorstellung vom eigenen Körper für das Erleben von → Komplementarität bzw. Autorität bestimmend. Das geschlechtliche Körperkonzept konstituiert sich aus dem interaktiven Bestreben nach Verwandtheit durch psychomotorische Bewegungserfahrungen. Die adäquate Internalisierung von kinästhetischen, formalen und funktionalen Aspekten des eigenen Körpers gewährt in der Verbundenheit mit anderen die Fähigkeit, die vielfältigen Aspekte von Beziehung adäquat zu gestalten. In der Auffassung vom eigenen Körper ist die Präsenz des geschlechtlichen Körperkonzepts für das Erleben von → Integrität bestimmend.

Lischke U (1999) Bewegung und Bedeutung. Gontenschwil, Institut für Bewegungsanalyse
Rick C (1996) Bewegungsanalytische Therapie. Gontenschwil, Institut für Bewegungsanalyse

Ursula Lischke

Körperlesen. Diagnostische Tätigkeit in der → Bioenergetischen Analyse, mit dem Ziel, muskuläre bzw. „energetische“ Blockaden und die dadurch zurückgehaltenen Impulse und Gefühle zu erkennen, dem Klienten bewußt zu machen und ihn, von diesem äußeren Erscheinungsbild her, einer der fünf → Charakterstrukturen zuzuordnen. Ansätze dazu finden sich bereits bei Reich; in dieser spezifischen Form wird es von Lowen erstmals 1958 beschrieben. Vorgangsweise: In weitgehend unbekleidetem Zustand wird zunächst im Stehen Körperform und -haltung, muskuläres Verspannungsmuster, Hautdurchblutung, Augen- und Gesichtsausdruck (z. B. abwesend, vergeistigt, bedürftig, mißtrauisch, herausfordernd, offen etc.), „Energieniveau und Energieverteilung“ beurteilt. Anschließend wird die Qualität von aggressiven (z. B. alternierendes Schlagen mit den Beinen in Rückenlage auf eine weiche Unterlage bis zur Erschöpfung) und erotischen Bewegungen (Beckenbewegungen im Stehen oder Liegen) sowie die Qualität der Stimme (im Sinne von volltönend, gepreßt, dünn etc.) miteinbezogen. Eine besondere Stellung kommt der Beurteilung der Qualität des Bodenkontaktes im Stehen und in der Bewegung (→ Grounding) und der Analyse der Ein- und Ausatembewegungen zu. In den tiefenpsychologisch orientierten Körperpsychotherapien (→ Analytische Körperpsychotherapie) hat Körperlesen mehr den Charakter eines szenischen Erfassens des körpersprachlichen Dialoges, mit dem Ziel, die präverbalen Beziehungsformen des Klienten besser zu verstehen.

Kurtz R [1983] (1985) Körperzentrierte Psychotherapie: Die Hakomi-Methode. Essen, Synthesis

Lowen A [1958] (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München, Kösel

Lowen A [1975] (1979) Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. Hamburg, Rowohlt

Otto Hofer-Moser

Körperorientierte Psychotherapie. → Körperpsychotherapie.

Körperpanzerung. → Panzerung; → Körperpsychotherapie.

Körperpsychotherapie. Breites Spektrum von Ansätzen, die in einer spezifischen Art den Körper in das psychotherapeutische Geschehen miteinbeziehen. „Der Körperpsychotherapeut arbeitet direkt oder indirekt mit dem Organismus als einer essentiellen Verkörperung des mentalen, emotionalen, sozialen und spirituellen Lebens. Er/sie ermutigt innere selbstregulative Prozesse als auch die angemessene Wahrnehmung der äußeren Realität“ (Maul, 1991: 383). Dabei werden folgende Aspekte beachtet: der vegetative Fluß, muskuläre Fehlspannungen, energetische Blockaden, energetische Pulsation, selbstregulative Lebensfunktionen sowie psychodynamische Prozesse (Übertragung, Gegenübertragung, Projektion, defensive und kreative Regression) und Arten des Widerstandes. Geschichtlich haben sich körperpsychotherapeutische Ansätze durch die Erweiterung des Bezugsrahmens über das Psychisch-Verbale hinaus entwickelt. Es gibt aber auch Zugänge von rein körperorientierten Verfahren (Tanz, Körperübungen, Massage), die ihre Methodik in einen psychotherapeutischen Prozeß einbetten. Boadella (1990) beschreibt in einer Grundlagenarbeit 12 Entwicklungslinien zu verschiedenen Ansätzen der Körperpsychotherapie, wobei er die Wurzeln bei bekannten Pionieren wie Reich, Groddeck, Ferenczi, Fenichel u. a. findet. Eine der wichtigsten Entwicklungslinien beginnt mit Wilhelm Reich, der in den 30er Jahren das analytische Setting sprengte und eine aktive Rolle des Therapeuten theoretisch begründete, im Zuge derer über den Körper auf die Psyche und den Menschen in seiner Gesamtheit Einfluß genommen wird. Die methodische Weitung basierte auf einem völlig veränderten Verständnis von psychischer Erkrankung, indem Reich den Energiebegriff in die Psychotherapie einführte (Charakteranalytische → Vegetotherapie). Von hier entwickelten sich viele bekannte Ansätze: die → Bioenergetische Analyse (Alexander Lowen), die

Core Energetik (John Pierrakos), die → Radix-Education (Charles Kelly), die → Biodynamik (Gerda Boyesen), die → Biosynthese (David Boadella). Eine andere wesentliche Linie beginnt bei Rudolf Laban und Elsa Gindler mit der Berliner Bewegung für Körperbewußtheit. Hier führt die Entwicklung über das Ehepaar Heyers und Gertrud Heller, die Gindlers Ansatz in einen psychotherapeutischen Rahmen stellten, zur → Konzentrativen Bewegungstherapie. Diese bewegungs- und tanzorientierten Ansätze beeinflussten die Psychomotorische Therapie Albert Pessos. Von ihm führt ein Zweig der Linie weiter zu T. Moser, ein anderer zur Organismischen Psychotherapie (Malcolm Brown). Neuere Entwicklungen kommen u. a. von G. Heisterkamp, T. Moser, G. Worm, die am Einbezug des Körpers in den psychoanalytischen Prozeß arbeiten. Eine andere Gruppierung um J. Berliner, S. Kirsch, P. Geißler stellt körperorientierte Methodik in den Rahmen eines tiefenpsychologischen Verständnisses und betont die Bedeutung der therapeutischen Beziehung (→ Analytische Körperpsychotherapie). Das führt zur Körperpsychotherapie als Integration von Energie- und Beziehungsarbeit (Schray & Maul, 1997: 189). Eine Synthese von → Primärtherapie, → Gestalttherapie und charakteranalytischer Vegetotherapie nach Reich findet im Ansatz der „Emotionalen Reintegration“ (P. Bolen) statt.

Boadella D (1990) Die somatische Psychotherapie. Ihre Wurzeln und Traditionen. Energie und Charakter 21(1): 3–41

Buchheim P, Cierpka M, Seifert T (Hg) (1991) Liebe und Psychotherapie. Der Körper in der Psychotherapie. Berlin, Springer

Hoffmann-Axthelm D (Hg) (1992) Der Körper in der Psychotherapie. Oldenburg, Transform-Verlag

Maul B (Hg) (1991) Körperpsychotherapie. Berlin, Maul

Petzold HG (Hg) (1992) Die neuen Körpertherapien. München, dtv

Schray M, Maul B (1997) 100 Jahre Wilhelm Reich. Bericht vom 6. Kongreß der EABP. Energie und Charakter 28(15): 179–191

Gerhard Lang

Körperpsychotherapie, analytische. → Analytische Körperpsychotherapie.

Körperschema. → Körperbild; → Konzentrativen Bewegungstherapie.

Körperselbst. → Dynamisches Körperselbst; → Funktionelle Entspannung.

Körpersignale. Sammelbegriff der → Analytischen Körperpsychotherapie für körperliche Empfindungen und Wahrnehmungen, und zwar in zweierlei Hinsicht: Der Patient wird in der analytischen Körperpsychotherapie schrittweise für sein körperliches Selbsterleben sensibilisiert. Dabei werden körperliche Empfindungen, die ihm vorher, oftmals schmerz- und angstbesetzt, fremd gegenüberstanden, schrittweise in sein Selbstverständnis integriert. Insofern werden körperliche Empfindungen als körpersprachliche Signale verstanden und für die psychotherapeutische Selbstklärung des Patienten nutzbar gemacht. Der Therapeut gewinnt in der Beobachtung des Patienten (Verhalten, körperlicher Ausdruck) diagnostische und den psychotherapeutischen Prozeß des jeweiligen Patienten betreffende Informationen. So kann durch → Körperlesen (Geißler, 1996: 81) die Diagnose differenziert oder im therapeutischen Prozeß Widerstand erkannt werden (Maaser et al., 1994: 103ff.). Die analytische Körperpsychotherapie geht in Übereinstimmung mit der modernen → Säuglingsforschung (Stern, 1992; Übersicht und Literatur bei: Geißler, 1996; Dornes, 1993) von der Grundannahme aus, daß Defizite der präverbalen Phase der frühen Kindheit in einer vorsprachlichen, körpernahen Form kodifiziert und persönlichkeitsstrukturell verankert werden. Diese frühen Regulationsdefizite verschwinden nicht, sondern sind ein Leben lang wirksam. Sie können vom Patienten primär nicht sprachlich bewältigt werden, sie sind jedoch grundsätzlich in Form von Körpersignalen (z. B. Körper-

haltung) erfaßbar und so der schrittweisen psychotherapeutischen Offenlegung und Verbalisierung zugänglich.

Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt/M., Fischer

Geißler P (1996) Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie. Frankfurt/M., Peter Lang

Maaser R, Besuden F, Bleichner F, Schütz R (1994) Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie. Ein Leitfaden für die klinische Praxis. Stuttgart, Kohlhammer

Stern D (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Rudolf Maaser

Körpertherapie. → Körperpsychotherapie.

Körperübungen (aus Sicht der → Bioenergetischen Analyse). Werden spezifisch in der Charakter- und Körperanalyse eingesetzt. Sinn und Zweck ist, den Menschen oder auch die Gruppe aus der Enge charakterbedingter Haltungen, Einstellungen, Gewohnheiten und Prägungen zu lösen. Auf Körperebene wird geübt, was sich erfahrungsgemäß in persönliche und soziale Einstellungen als Bewältigungs- und Lebensprinzipien erweiternd fortsetzt. Spezifische charakterstrukturelle, bioenergetische Übungs- und Bewegungsabläufe setzen Energie (→ Energiekonzept) und Kräfte frei, die Entwicklung und Veränderung erst ermöglichen (Dietrich & Pechtl, 1993). „Leben ist ein Energieprozeß, Erregung, Bewegung, Lust“ (Kufner, 1984: 261). Körperübungen werden in den psychotherapeutischen Prozeß (Energetisieren, Analysieren, Realisieren) integriert, um Kräfte freizusetzen für die Analyse bzw. um die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse zu ermöglichen. Geübt wird u. a.: → Grounding (ausführliche Darstellung: Milz, 1994); → Ausdruck und Ausdruckskraft; vertiefte Atmung (Erhöhung des Energieflusses und der Durchlässigkeit); Körperwahrnehmung und Kontaktformen, Umgang mit Streß und → Katharsis; das „Ler-

nen lernen“ (Dietrich & Pechtl, 1993: 155). S. Ferenczi führte 1921 den „aktiven“ Therapiestil zur Verstärkung von Beziehungsdynamik und emotionalem Geschehen ein, mit dem Ziel, die Abwehr zu verdeutlichen. A. Lowen löste charakterstrukturelle muskuläre Blockaden mittels Körperübungen/Körperarbeit, um Konflikte bewußt zu machen. Differenzierung von Körperübungen, Berührungsformen, Techniken für Einzel- und Gruppenarbeit: W. Pechtl, R. Frank, R. Dietrich. Zur Unterscheidung zwischen Körperübungen und Körperarbeit siehe → körperbezogene Interventionen.

Dietrich R, Pechtl W (1993) Energie durch Übungen. Salzburg, Verlag Dietrich

Kufner W (1984) Bioenergetische Analyse. Der Verrat am Körper. In: Petzold HG (Hg), Wege zum Menschen, Bd II. Paderborn, Junfermann, S 245–307

Milz H (1994) Der wiederentdeckte Körper. Vom schöpferischen Umgang mit sich selbst. München, dtv

Reinhold Dietrich

Körperwahrnehmung. Körperbezogene Interventionen mit Zentrierung auf die Wahrnehmung von Körperempfindungen und → Körpersignalen, als Teilbereich der → Körperarbeit stellen in der → Analytischen Körperpsychotherapie und in der → Bioenergetischen Analyse einen wichtigen Zugang zum → Unbewußten dar (als verkörperte Lebensgeschichte und unmittelbar verkörperlichte Konflikterfahrung). Im Rollenverständnis der Bioenergetischen Analyse ist die Wahrnehmung des Klientenkörpers überwiegend eine Angelegenheit des Therapeuten, der durch → Körperlesen, gemäß dem bioenergetischen Axiom „der Körper lügt nicht“, die → Charakterstruktur des Patienten diagnostiziert und durch Streßhaltungen präzisiert (→ Streßbioenergetik). Dabei ist der Körper wichtigster Zugang zum → Unbewußten. Die in der Bioenergetischen Analyse einseitige Betonung des Körpers wird in der analytischen Körperpsychotherapie relativiert. Der Körper ist ein wichtiger Zugang zum Unbewußten, ebenso wie die → Übertragung, die Sexualität und → Träume. Der

Klient wird zur Wahrnehmung von im Rahmen des Wechselspiels von Übertragung und → Gegenübertragung auftretenden Körpersignalen angeregt, wobei im Körper nicht nur Konflikterfahrungen gesehen werden, sondern auch genetische, soziale, Ernährungsfaktoren, berufliche und sportbedingte Haltungsveränderungen. Durch diese multifaktorielle Sicht wird der Prozeß des Körperlesens entscheidend differenziert. Technisch gesehen, stellt die Aufforderung zur Wahrnehmung körperlicher Empfindungen und Signale eine Erweiterung der analytischen Grundregel der → freien Assoziation auf den Bereich der Körper- und Handlungsebene dar und beinhaltet ein modifiziertes Verständnis der → Abstinenz.

Geißler P [unter Mitarbeit von: Geißler C, Hofer-Moser O] (1997) Analytische Körperpsychotherapie. Bioenergetische und psychoanalytische Grundlagen und aktuelle Trends. Wien, Facultas

Lowen A (1979) Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. Hamburg, Rowohlt

Maaz HJ (1997) Psychoanalyse im multimodalen Ansatz. In: Maaz HJ (Hg), Analytische Körperpsychotherapie. Lengerich, Pabst Science Publishers, S 10–17

Peter Geißler

Korrigierende emotionale Erfahrung

(→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Ein Begriff, der von Franz Alexander in die psychoanalytische Diskussion (Alexander & French, 1946) eingeführt wurde. Er verwendete den Ausdruck im Zusammenhang mit dem, was er als „Kurzanalyse“ betrachtete; an die Stelle des Durcharbeitens der Übertragung trat ein den Übertragungserwartungen des Patienten entgegengesetztes Handeln des Analytikers – also das Gegenteil des traumatischen Verhaltens der Eltern des Patienten in dessen Kindheit (Kohut, 1987: 121). Die klassische Psychoanalyse hat Alexander mißverstanden, als sollte sein Konzept an die Stelle des → Durcharbeitens und der Einsicht treten (Kohut, 1975: 200). In der klassischen Analyse liegt der Primat auf Einsicht, Wissen und Wahrheit (vgl. Kohut,

1987: 85, 95f.). Weiters würde die → Abstinenz damit verletzt und der Manipulation Tür und Tor geöffnet. In der Selbstpsychologie wird dies anders gesehen: Der Analytiker muß dem Patienten tatsächlich eine neue (korrigierende) emotionale Erfahrung vermitteln. Sie erfolgt auf drei Ebenen: 1. daß der Patient nämlich nicht in derselben Weise wieder traumatisiert wird (gekränkt, verletzt, mißbraucht etc.), wie ihm dies in seiner Geschichte widerfahren ist. 2. Der Patient hat ein Recht auf die ihm entsprechende → Responsivität. (a) Das bedeutet, daß der Analytiker mithilfe seiner → Empathie und des theoretischen Wissens dem Patienten in der Beziehung im Rahmen seiner therapeutischen und persönlichen Möglichkeiten anbieten muß, was der Patient in der Kindheit für seine Entwicklung (den Aufbau seines → Selbst) gebraucht hätte und demgemäß aktuell braucht. (b) Eine besondere und für die Heilung (Integration von Affekten und Strukturbildung) unverzichtbare korrigierende Erfahrung ist die Erfahrung, daß Störungen in der Beziehung zum Analytiker besprechbar, verhandelbar und verstehbar werden können (→ Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozeß). (c) Diese Angebote müssen aber so erfolgen, daß der Patient sie als Erwachsener annehmen kann, d. h., daß er sich ganz, als der, der er heute ist, verstanden fühlen kann. 3. Diese korrektiven emotionalen Erfahrungen sind einerseits bereits von sich aus heilend, bilden aber andererseits die unabdingbare Voraussetzung, die notwendige Basis für die psychoanalytische Heilung: Erst auf diesem Boden kann das Durcharbeiten der → Übertragung, d. h. das zunehmende Verstehen der eigenen Geschichte, wie sie sich in der gegenwärtigen Beziehung zum Analytiker widerspiegelt, erfolgen und Erfolg haben.

Alexander F, French TM (1946) Psychoanalytic therapy: principles and application. New York, Ronald Press

Kohut H [1968] (1975) Die psychoanalytische Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. In: Kohut H, Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 173–204

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Erwin Bartosch

Kosten-Nutzen-Analysen. Junger, mikro- und makroökonomisch orientierter Zweig der → Psychotherapieforschung, in dem die direkten und indirekten Kosten (entstehende, ersparte, nachfolgende) und der Nutzen (entstehender, entgangener, nachfolgender) von Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen in monetären Einheiten erfaßt und gegenübergestellt werden. Solche (aufwendigen) Analysen der Kosteneffektivität können künftig wesentliche gesundheitspolitische Entscheidungshilfen darstellen (Kostenübernahme für Psychotherapien durch öffentliche Träger). In den bisher durchgeführten Studien (nur wenige im deutschsprachigen Raum) haben sich durchwegs massive Einsparungen durch Psychotherapie bei psychischen Störungen in allen Kostenbereichen erwiesen (z. B. eine Kosten-Nutzen-Relation von 1 zu 2.5 durch stationäre Psychotherapie bei → psychosomatischen Erkrankungen, von 1 zu 5.6 durch ambulante Psychotherapie bei → Angststörungen; vgl. Neumer & Margraf, 1997).

Bartuska H (1996) Einsparungen durch Psychotherapie. Kurzkommunikar und Literatur. Psychotherapie Forum 4(4, Suppl.): 161–164
Neumer S, Margraf J (1997) Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analysen. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 543–551

Martin Voracek

Kraftfeldanalyse. Zentraler Begriff in der → Gestalttheoretischen Psychotherapie. Sowohl Lewins Auffassungen vom Wirken unterschiedlicher Kraftfelder im psychischen Gesamtfeld als auch Köhlers Isomorphie-These (wonach, was psychisch geschieht, hirnpfysiologisch seine strukturelle Entsprechung hat; vgl. Köhler, 1975: 177), waren schon für Perls bedeutsam (→ Feld, psychologisches). Die Isomorphie-

These, wie sie in den psychiatrisch-neurologischen Untersuchungen von Perls' Lehrer Goldstein (vgl. 1934, Nachdruck 1963) an hirnverletzten Soldaten des 1. Weltkrieges gestützt wird, bestärkte Perls darin, Psychotherapie als psychosomatischen Ansatz zu verstehen d. h. konkret: körperliche Reaktionen des Klienten als Ausdruck psychischer Vorgänge aufzufassen und z. B. mit Hilfe der Aufforderung, sie „sprechen zu lassen“ (vgl. → leerer Stuhl; → heißer Stuhl), für die Analyse der psychischen Kräfteverhältnisse zu nutzen. Lewin versteht → „Konflikte“ z. B. als Überschneidung von mindestens zwei Kraftfeldern, „Furcht“ als bestimmte Kräftekonstellation im Rahmen der Zukunftsperspektive (→ Zeitperspektive), „Werte“ (evtl. „andere Personen“ im Sinne des „Über-Ichs“ bei Freud) als Einflußfelder, die Kraftfelder „induzieren“ (Lewin, 1963: 83f.). So wird klar, daß in gestalttheoretisch begründeter Psychotherapie die Kraftfeldanalyse Voraussetzung für die Persönlichkeitsintegration ist, die sich gemäß der Gleichgewichtstendenz von Feldern im definierten Sinne selbstregulativ zu vollziehen vermag, sobald Barrieren zwischen verschiedenen Kräftekonstellationen mit Hilfe methodischer Kunstgriffe hinreichend geschwächt sind (vgl. die Begriffe → Prägnanztendenz und → „Tendenz zur guten Gestalt“ in der → Gestaltpsychologie).

Goldstein K [1934] (1963) Der Aufbau des Organismus. Den Haag, Martinus Nijhoff
Köhler W [1947] (1975) Gestalt Psychology. New York, Liveright
Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber

Hans-Jürgen Walter

Krankheitsbegriff, klinischer. Die → Integrative Therapie unterscheidet einen philosophisch-anthropologischen Krankheitsbegriff (Kernkonzept: „multiple Entfremdung“; Petzold & Schuch, 1991) und einen klinischen Krankheitsbegriff (Kernkonzept: Konstellationen „schädigender Stimulierung“). Stimulierungskonstellationen werden im Sinne der Phänomenologie und → Metahermeneutik erlebnistheo-

retisch erfaßt, unter leiblichen, szenischen, milieuspezifischen, atmosphärischen und zeitgeschichtlichen Aspekten. Gesundheit und Krankheit, zwei Dimensionen menschlicher Existenz, verlangen anamnestic-diagnostisch (→ Bewegungsdiagnostik) die Betrachtung pathogener und salutogener, → protektiver, unterstützender, fördernder Faktoren (Osten & Petzold, 1998) in der → Lebensspanne. Diagnostik und Therapie verfahren differentiell, lebenslaufbezogen, auf Verhalten und Haltungen ausgerichtet (Motorik, Emotionen, Volitionen, Kognitionen, Interaktionen), die in funktionalen und dysfunktionalen Strukturen (Schemata, Narrativen, Skripts, Stilen) organisiert sind (Petzold et al., 1998). Konventionelle, diagnostische Krankheitsbilder haben heuristische Bedeutung. Diagnostisch und therapeutisch gilt der phänomenologisch-hermeneutische Ansatz „von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen“ (Osten & Petzold, 2000). Krankheit – immer multifaktoriell und lebenslaufbezogen – wird nicht prozessual und intersubjektiv als Status festgeschrieben, sondern im → Ko-respondenzprozeß von Therapeut und Patient ermittelt, dynamisch von Fokus zu Fokus mit vertiefendem Verständnis, emotionalen Gehalten, sinnhaften Bedeutungen und Zielhorizonten fortschreitend. Prozessuale Diagnostik ist integraler Bestandteil des Therapieprozesses. Physiologische, psychologische, psychosoziale, biografische, aktuelle, antizipierte Faktoren werden beachtet (Petzold, 1996). Die Dialektik von Salutogenese / Pathogenese ist durch die Perspektive einer differentiellen Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, modernen Emotionstheorie, Streß- und Longitudinalforschung geprägt. Schädigungen können jederzeit im Lebensverlauf eintreten und wirken besonders pathogen bei entsprechenden Prävalenzen ohne ausreichende Kompensationen, Substitutionen, Entlastungen. Die Integrative Therapie unterscheidet drei Pathogenesemodelle: 1. das „Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen“ differenziert die Auswirkungen erlebter Defizite, Traumata, Störungen, Konflikte auf die Persönlichkeitsentwicklung, d. h. die Bildung von Selbst, Ich, Identität; 2. das

„Pathogenesemodell der Dissoziation / Repression“ erklärt die Rücknahme emotionaler, expressiver Impulse, Retroflexion, Selbstanästhesierung, Abspaltung (Dissoziation) mit negativen Ereignissen, Traumata und Resonanzmangel in sensiblen Phasen; 3. das „Pathogenesemodell der zeitextendierten multifaktoriellen Überlastung / Streßeinwirkung“ betont bei Berücksichtigung der Vergangenheit die Prozesse und Strukturen der Gegenwart sowie den faktischen, antizipierten, projektiven und zielorientierten Zukunftsraum (Petzold, 1996).

Osten P, Petzold HG (2000, im Druck) Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter A-R (Hg), Diagnostik in der Psychotherapie. Wien, Springer

Petzold HG (1995) Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn, Junfermann

Petzold HG (1996) Krankheitsursachen im Erwachsenenleben. Integrative Therapie 22(2–3): 288–318

Petzold HG, Leuenberger R, Steffan A (1998) Ziele in der Integrativen Therapie. In: Petzold HG (Hg), Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Düsseldorf, FPI-Publikationen, S 142–188

Petzold HG, Schuch HW (1991) Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Petzold HG, Pritz A (Hg), Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S 371–486

Hans Waldemar Schuch

Krankheitsgewinn, primärer und sekundärer. Als primären Krankheitsgewinn sieht Freud die Spannungsminderung an, die durch das neurotische Symptom herbeigeführt wird. Das Symptom wird ja als Kompromiß zwischen verpönten (und deshalb verdrängten) (Trieb-)Wünschen und der unverminderten Suche nach (Trieb-)Befriedigung verstanden; es erfüllt beide Bestrebungen zum Teil und mindert dadurch die Triebspannung (Laplanche & Pontalis, 1972: 275). Die Idee des sekundären Krankheitsgewinns entwickelt sich bei Freud nur langsam: offenbar handelt es sich

dabei um einen späteren psychischen (oft auch libidinösen) Vorteil, der bei Auftreten des neurotischen Symptoms zunächst keine Rolle spielte. Freud nennt ein Beispiel, das zeitweilig auch heute Aktualität besitzt: Besteht die Möglichkeit, daß ein Kranker symptomfrei wird, dessen psychische (oder auch finanzielle) Existenz auf einem Gewinn aufgrund des langen Bestehens der Symptome fußt, so kann es sein, daß das Symptom nur ungern aufgegeben wird (vgl. Freud, 1916/17: 373). Das Symptom kann dadurch also fixiert erscheinen, der psychoanalytische Prozeß kann durch den → Widerstand beim Aufgeben des Symptoms behindert werden. Der primäre Krankheitsgewinn ist ein Begriff der → Triebtheorie, der des sekundären Krankheitsgewinns hat sich von der Triebtheorie abgelöst und ist in der Frage „Was hat er/sie davon?“ in manche Psychotherapie eingegangen. Der Begriff ist aber insofern mißverständlich – und wird deshalb in der → Selbstpsychologie nicht mehr verwendet – weil er – im Rekurs des Analytikers auf sein Wissen über das Unbewußte des Patienten – dem Patienten eine Art Bewußtheit, eine Ahnung oder eine mindestens unbewußte Planung des späteren (psychischen, sozialen) Vorteils bereits im Zeitpunkt der Kreation des primären neurotischen Symptoms unterstellt. Wieder scheiden sich die Geister am gewählten Therapieparadigma: Aus der Position der Beobachtung liegt beim Begriff des sekundären Krankheitsgewinns bereits die Idee der unbewußten oder vorbewußten Absicht nahe, aus der Position der Einfühlung kann man im beschriebenen Phänomen die (erleichternde oder auch verzweifelte) Anpassung des → Selbst an das Gegebene, also eine trotz neurotischer Einengung aufrecht gebliebene Flexibilität des Selbst sehen, die den psychoanalytischen Prozeß nicht behindert, sondern die Befindlichkeit des Selbst noch besser verstehen läßt.

Freud S [1916/17] (1982) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. I: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Frankfurt/M., Fischer, S 33–445

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Krankheitstheorie, subjektive. → Laienätiologie; → Psychosomatik.

Krankheitsverarbeitung (engl.: coping). Man versteht darunter alle Bemühungen erkrankter Menschen, die subjektiv erlebten inneren und äußeren Belastungen, die im Rahmen einer Erkrankung auftreten und mit ihr verbunden werden, zu meistern. Copingprozesse werden definiert als überwiegend bewußte, nicht automatisierte, intrapsychische und verhaltensmäßige Prozesse in Belastungssituationen. Sie dienen der Problemlösung und/oder Affektregulation. Die Ressourcen einer Person werden beansprucht und können überschritten werden. Lazarus und Folkman (1984) postulieren in ihrem „Transaktionsmodell“ drei Bewertungsprozesse, die sequentiell und wiederholt durchlaufen werden (erste Einschätzung; Adäquatheit der verfügbaren Copingressourcen; Neubewertung). Von der Schwere und Bedrohlichkeit einer Erkrankung aus medizinischer Sicht darf nicht auf das Ausmaß der seelischen Belastung geschlossen werden. Aus psychotherapeutischer Sicht sind jene Aspekte besonders relevant, wo Diagnose, Behandlung und Stabilisierung/Rehabilitation einer Erkrankung Anforderungen stellen, die die Ich-Funktionen in besonderer Weise herausfordern, und/oder die in der Fantasie mit konfliktbeladenen Themen assoziiert werden und zu Adaptionstörungen führen können, oder dazu, daß bislang latente psychische Störungen manifest werden. Grundsätzlich wird unterschieden zwischen Anforderungen und Belastungen auf der körperlichen und psychischen Ebene, Veränderungen zum Selbst und dem eigenen Körper, zum sozialen Umfeld, notwendigen Anpassungen an die neue Situation und einer möglichen Lebensbedrohung (Harrer, 1995). Man unterscheidet weiters zwischen handlungs-

kognitions- und emotionsbezogenen Handlungsstrategien. Der Prozeß der Krankheitsverarbeitung wird positiv beeinflusst von einem unterstützenden sozialen Netzwerk und autonomen Entscheidungen, die sich auf Diagnose und Therapie der Erkrankung beziehen. Die Einschätzung von Krankheitsverarbeitungsstrategien hat immer unter Beachtung des Prozeßcharakters zu erfolgen. Zu beachten ist ferner, daß unter der Einwirkung eines veränderten Stoffwechselhaushaltes und/oder bestimmter Medikamente/Behandlungsmaßnahmen ein organisches Psychosyndrom auftreten kann. Eine häufige Folge problematischer Krankheitsverarbeitung sind kurz- und langfristige Adaptionsstörungen.

- Harrer M (1995) Krankheitsverarbeitung. Coping. In: Frischenschlager O, Hexel M, Kantner-Rumplmair W, Ringler M, Söllner W, Wisiak UV (Hg), Lehrbuch der psychosozialen Medizin. Wien, Springer, S 411–426
- Heim E (1988) Coping und Adaptivität. Gibt es ein geeignetes oder ungeeignetes Coping? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 38: 8–18
- Kächele H, Steffens W (1988) Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten. Berlin, Springer
- Lazarus RS, Folkman R (1984) Stress, appraisal and coping. New York, Springer
- Muthny FA (1989) Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Weinheim, Beltz

Marianne Ringler

Kreative Dimension (in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie). Die Entfaltung von Kreativität und die kreative Problemlösung in der → Imagination ist eine Möglichkeit der Katathym-Imaginativen Psychotherapie. Zu imaginieren bedeutet, sich auf unbewußte Vorgänge einzulassen, sich dem primärprozeßhaften Denken, der Regression zeitweise zu überlassen und sich für ihre Inhalte offenzuhalten, um so ihre bildhaft vermittelten Botschaften aufnehmen zu können. Imaginationen erschließen somit die sich im primärprozeßhaften Feld anbahnenden kreativen Lösungsangebote. Imaginationen sind nicht das Medium, in dem sich Kreativität generell ereignet; sie

ermöglichen vielmehr den Zugang zum Unbewußten. Die eigentlichen kreativen Vorgänge sind die organisierenden Prozesse im Unbewußten selbst. Imaginative Techniken können – durch Entspannung, Regression und Bilddenken – dazu beitragen, daß latent vorhandene kreative Lösungsangebote abgerufen und dem Bewußtsein zugeleitet werden. So lassen sich mit Hilfe katathymen Bilder kreative Prozesse fördern. Dieser Aspekt des Verfahrens weist über die Krankenbehandlung hinaus in Bereiche der Persönlichkeitsförderung und Entwicklung. Kreativität setzt einerseits Wissen und Erfahrung voraus, andererseits die Lust und den Mut, sich in bislang unbekannte Bereiche vorzuwagen. Dazu muß sich ein Mensch in seiner Umgebung zugleich frei und geborgen fühlen. Kreativität setzt Kommunikation voraus, sowohl mit den Menschen draußen wie auch mit der eigenen Innenwelt. Katathymen Bildabläufen sind diese Phasen immanent: Es ist ein ständiges Hin und Her zwischen Regression und Progression, wobei die Freiheitsgrade im Verlauf einer Therapie größer werden. Kreativität ist an die Möglichkeit zum → Probandieren und Experimentieren gebunden. Ein symboldramatischer Prozeß ist voller Handlungen und voller Möglichkeiten. Er ermöglicht, die Konsequenzen dieser Handlungen imaginativ zu spüren, sie zu variieren und immer neue Wege zu suchen. Die Integration von Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft im Subjekt erfolgt durch die ständige Umarbeitung und Neuorganisation alter und neuer, innerer und äußerer Erfahrungen in einem kreativen analytischen Prozeß.

- Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber
- Seithe A (1997) Die Rolle der Imagination im Rahmen kreativer Prozesse. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg), Imagination in der Psychotherapie. Bern, Hans Huber, S 66–79
- Wilke E (1996) Katathym-imaginative Psychotherapie – eine spezielle Form tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hg), Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin, Springer, S 77–124

Andrea Loebenstein

Kreative Medien. Bezeichnung für die in der → Kunsttherapie verwendeten künstlerischen Methoden, Techniken und Medien. Die spezifischen Eigenschaften der verschiedenen kreativen Medien und ihre Kombination (→ multimedial; → intermedialer Transfer; → intermediale Verstärkung) werden in der Kunsttherapie im Hinblick auf interpersonale und intrapersonale Aspekte für den therapeutischen Prozeß genutzt und bestimmen so die Auswahl der Medien in der Therapie mit (vgl. Knill, 1979). Durch die Arbeit mit kreativen Medien wie Tanzen, Malen, Pantomime, Schreiben, Musizieren etc. findet der in der Kunsttherapie wichtige → Gestaltungsprozeß im symbolischen Raum (→ Symbolik) statt.

Knill PJ (1979) Ausdruckstherapie. Halle, Ohlsen
Knill PJ (1990) Neue Entwicklungen der Therapie mit kreativen Medien. In: Petzold H, Orth I (Hg), Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. 1. Paderborn, Junfermann, S 93–111

Thomas Mayr

Kreative Medien und Methoden (→ Integrative Therapie; → Kunsttherapie). Arbeit mit Farben, Ton, Puppen, Kollagenmaterialien etc. ist ein wichtiges praxeologisches Element klinischer Behandlung und Gesundheitsförderung. Medien fördern Kreativität, Wahrnehmungs- und Ausdrucksvermögen. Sie sind in Prozessen von Kommunikation/Interaktion „Träger von bewußten und unbewußten Informationen“. Ein Bild z. B. enthält als intentionales und projektives Ausdrucksgeschehen für Therapeut und Patient diagnostische Materialien, „Botschaften von mir, über mich, durch mich, für mich an andere“ (Petzold & Orth, 1990, 1994). Im Behandlungsprozeß werden in der medialen bzw. intermedialen Arbeit Konflikte ausgedrückt, Probleme dargestellt und Lösungen erarbeitet. Die von Petzold 1965 begründeten Konzepte „Kreativmedien“ und „Intermedialität“ beziehen sich auf stimulierungstheoretische Grundlagen (Komplexität des Mediums, Rückwirkungsmöglichkeiten in Kommunikationsprozessen, Aufforderungscharakter

etc.) und auf eine tiefenpsychologische Sicht: Medien als Übergangsobjekte in Entwicklungsprozessen (Winnicott) oder Intermediär- bzw. Passageobjekte (Petzold & Orth, 1990) in Kommunikationsprozessen, z. B. Puppen in intermediärer, vermittelnder Funktion zwischen Patient und Therapeut. Puppen sind Medien, Puppenspiel ist die dazugehörige Methode (analog: Musikinstrumente und Musiktherapie, Farben und Maltherapie etc.). In „intermedialen Quergängen“ und „intermethodischer Arbeit“ geht man in der Integrativen Therapie z. B. von einem gemalten Bild in eine Bewegungsimprovisation, schreibt hierzu vielleicht ein Gedicht, sodaß Erfahrungen mit den verschiedenen Dimensionen des „perzeptiven Leibes“ und des „expressiven Leibes“ möglich werden und der Patient gemäß des Integrative-Therapie-Konzeptes einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Orth & Petzold, 1993) in allen Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten angesprochen wird. Methoden sind „in sich konsistente Strategien des Handelns und des Medieneinsatzes zur Realisierung von Therapiezielen innerhalb eines Verfahrens“ (Petzold, 1994). Kreative Medien und Methoden erfordern einen kreativen Therapeuten, der selbst als Person zum Medium wird, das dem Patienten die Qualität kokreativer Zusammenarbeit zur Gesundung und Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen der Therapie vermittelt.

Orth I, Petzold HG (1993) Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“. In: Petzold HG, Sieper J (Hg), Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Paderborn, Junfermann, S 93–116

Petzold HG, Orth I (Hg) (1990) Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. Paderborn, Junfermann

Petzold HG (1993) Grundorientierung, Verfahren, Methoden. Integrative Therapie 19(4): 341–379

Petzold HG, Orth I (1994) Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. Integrative Therapie 20(4): 340–391

Ilse Orth

Kreativität (in der → Kunsttherapie und im → Psychodrama). Kreativität ist nicht nur auf künstlerische, literarische oder musikalische Ausdrucksformen beschränkt. Der Zusammenhang zeigt sich auch in der Bewältigung des Alltags, im Kontakt mit Mitmenschen und in der sprachlichen Artikulation (Rothenberg, 1989). Moreno hebt im Psychodrama die schöpferische und kreative Natur des Menschen hervor. Kreativität gilt bei ihm als „Ur-Form der Substanz“ (Leutz, 1979: 830). Sie soll aber nicht nur auf die zwischenmenschliche Dimension beschränkt bleiben, sondern sie wirkt auch in Produkten (ebd.). Das Kinderspiel gilt als Urmuster für Kreativität. Das Kind handelt hier spontan in → Rollen, ohne diese aber zu kennen. Im psychodramatischen Gesundheitsbegriff wird der Mensch als spontanes, kreatives, handelndes und soziales Wesen verstanden. Verrücktheiten sollen als kreatives Potential durchaus auch ausgelebt und produktiv gewendet werden. Pathogen sind Behinderungen in der Verwirklichung kreativer Möglichkeiten. Ist dies bei ganzen Gesellschaften der Fall, so spricht Moreno von Soziopathologie. In sogenannten Kreativitätsneurosen kann die → Spontaneität blockiert, gehemmt, verloren oder umgekehrt destruktiv enthemmt sein, was die Handlungs- und Begegnungsfähigkeit einschränkt. Im humanistischen Ansatz (→ Humanistische Psychologie) wird Kreativität mit der Intensität des Wahrnehmens, der persönlichen Entfaltung und der Selbstverwirklichung in Verbindung gebracht. In der Kunsttherapie wird Wachstum, Fähigkeit zu Interaktion und Kommunikation, → Selbstaktualisierung mit → kreativen Medien trainiert und stimuliert.

Haan A (1992) Kreative Prozesse im Psychodrama. Wiesbaden, Deutscher Universitätsverlag

Leutz GA (1979) Das triadische System von J.L. Moreno. Soziometrie, Psychodrama und Gruppenpsychotherapie. In: Heigl-Evers A (Hg), Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. VIII: Lewin und die Folgen. Sozialpsychologie, Gruppendynamik, Gruppentherapie. Zürich, Kindler, S 830–839

Rothenberg A (1989) Kreativität in der Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Rubin JA (Hg) (1991) Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie. Karlsruhe, Gerardi-Verlag für Kunsttherapie

Winnicott DW [1971] (1979) Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta

*Andreas Chicksen, Michael Wieser,
Klaus Ottomeyer*

Kreativitätstherapie(n). → Kunsttherapie.

Krebs (aus Sicht der → Psychosomatik; → Psychoonkologie). Wenn man den Begriff psychosomatisches Konzept so auffaßt, daß der Krebserkrankung (zumindest teilweise) eine Psychoätiologie (→ Ätiologie) und / oder eine Psychogenese zugrunde liegt, so muß man sagen, daß dies für die Onkologie – streng genommen – nicht zutrifft. Nichtsdestotrotz reichen psychosomatische Überlegungen zur Krebserkrankung bis in das Altertum zurück. So sprach Hippokrates in seiner Säfte-Lehre von der „schwarzen Galle“ (= Melancholia) im Sinne der Psychogenese, und Galen stellte empirisch fest, daß brustkrebskranke Frauen häufiger melancholisch waren. Auch in der zweiten Hälfte des 19. Jh. wurden zahlreiche Arbeiten mit ähnlichen Überlegungen veröffentlicht. Im 20. Jh. begann eine breite Forschung – beginnend mit Wilhelm Reich – die sich diesem Thema widmete. Es entstand das Konzept der „Krebspersönlichkeit“, welches, ätiologisch gesehen, Risikofaktoren definiert. Zusammengefaßt beinhaltet es folgende Merkmale: → Verleugnung → Verdrängung, verminderter Ausdruck von Ärger und Wut, verminderte Selbstwahrnehmung, verminderte Gefühlsabfuhr, Tendenz zu Selbstaufopferung und Selbstbeschuldigung u. a. Im Kontext haben Bahne Bahnson (1989) mit seinem Komplementaritäts-Modell und LeShan (1976) mit seiner „Lebensmelodie“ psychosomatische Konzepte im engeren Sinne entwickelt. Mitte der 80er Jahre wurden diese Konzepte aufgrund methodischer Mängel der Arbeiten wieder verlassen. Neue Impulse brachte die → Psychoneuroimmunologie, deren Erkenntnisse den Einfluß von Stim-

mungen auf das Immunsystem belegen. Als weitere Folge entstand das Typ C-Konzept (in Anlehnung an die Psychosomatik der Herzerkrankungen). Das Autonomie-Konzept von Bilek und Linemayr (Bilek & Linemayr, 1990; Linemayr, 1995) stellt eine Synopsis aus Ergebnissen der Streßforschung, der Psychoneuroimmunologie und den Konzepten von Bahnson und LeShan dar. Ein praxisrelevanter Zugang wird bei Bilek und Linemayr (1990) beschrieben, wo in Anlehnung an Bräutigam (Bräutigam & Christian, 1986) eine „psychosomatische Haltung“ gefordert wird.

- Bahne Bahnson C (1989) Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension. In: Uexküll T v (Hg), Psychosomatische Medizin. 3. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg, S 889–909
- Bilek HP, Linemayr G (1990) Psychosomatik in der Onkologie. Österreichische Ärztezeitung 45(13/14): 40–49
- Bräutigam W, Christian P (1986) Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. 4. Aufl. Stuttgart, Thieme
- LeShan L (1976) Psychotherapie gegen den Krebs. Stuttgart, Klett-Cotta
- Linemayr G (1995) Von der Lebensmelodie LeShan's zum Autonomiekonzept. In: Jahrbuch der Psychoonkologie. Wien, Springer, S 117–130

Hans Peter Bilek, Günther Linemayr

Krebs und Hoffnung (→ Psychoonkologie). Hoffnung hat mit der Projektion in die Zukunft zu tun: Hoffnung heißt, in Gedanken in die Zukunft reisen zu können. Dies bedeutet nicht nur die kognitive Vorwegnahme positiver Entwicklungen in der Zukunft. Hoffnung scheint eine emotionale Grundhaltung zu sein, die tiefere Wurzeln hat; Wurzeln, die in Grundstimmungen wie das → Urvertrauen hinabreichen. Die meisten Krebspatienten pendeln zwischen Hoffnung und Angst. Hoffnung dient der Angstabwehr (→ Abwehrmechanismen). Vor allem nach einer Wiedererkrankung stürzt das oft mühsam aufgebaute Hoffnungsgebäude der Patienten, daß die Krebserkrankung geheilt sei, zusammen. Die ungünstige Prognose wird häufig verdrängt oder gar verleugnet (→ Verdrängung; → Verleugnung). Für Informationen,

Erfahrungen, Gefühle und Zukunftswünsche der Patienten, die nicht in die Hoffnung auf ein Gesundwerden und Weiterleben passen, hat Meerwein (1985) den Begriff „doppelte Buchführung“ geprägt: Positive und negative Informationen und Erfahrungen werden getrennt verbucht. Dieses Phänomen tritt unter anderem auch bei der Bewältigung widersprüchlicher moralischer Probleme auf. Hoffnung ist offensichtlich eine wichtige menschliche Überlebensstrategie. Sie kann so viele Gesichter haben wie das Leben selbst (Schlömer-Doll & Doll, 1996). Hoffnung verhindert Resignation, läßt Menschen voranschreiten und kann sie tragen, auch wenn das Leben zeitweilig unerträglich erscheint.

- Meerwein F (1985) Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern, Hans Huber
- Schlömer-Doll U, Doll D (1996) Zeit der Hoffnung – Zeit der Angst. Psychologische Begleitung von Krebspatienten. Wien, Springer

Ute Schlömer-Doll

Krebs und Psychotherapie (→ Psychoonkologie). Psychotherapieverfahren sind bei Krebspatienten anwendbar und können zur Verbesserung der Lebensqualität dieser Kranken beitragen (Holland & Rowland, 1989). Die zur Anwendung kommenden Methoden benötigen Modifikationen: 1. Interventionen vom Typ symptom-spezifischer Zugänge, fokussiert auf Befindlichkeitsstörungen und -einschränkungen in Folge medizinischer Tumorbehandlungen, pro- und postoperative psychologische Beratungen, Behandlung von Nebenwirkungen der Chemotherapie/Strahlentherapie (Übelkeit, Reagibilität). Angst- und Panikattacken sind in akuter Krankheitssituation differentialdiagnostisch zu differenzieren von prämorbidem Anteil weiter, gegebenenfalls früherer post-traumatischer Belastungsstörungen (so genannte „Nebenschauplätze“). 2. „A-symptomatische“ oder „erlebnisorientierte“ Zugänge (Hartmann, 1991), bei denen die versuchte Einordnung der Krebserkrankung im Sinne der Sinn- und Funktionsklärung („Wozu?“, und nicht: „Warum?“) innerhalb der Biografie im Vordergrund

steht, wie im Konzept der Krisentherapie (LeShan, 1992). Interventionen sind abhängig 1. vom Zeitpunkt des Auftretens der Tumorerkrankung, 2. vom Krankheitsstadium, 3. vom seelischen Entwicklungs- und Reifegrad des Patienten. In den ersten drei Monaten nach gesicherter Tumor-Diagnose wird auf konfrontative psychotherapeutische Interventionen meist verzichtet; Hypothesen oder „Theorien“ zur Krebsgenese sind therapeutischerseits nicht anzubieten. Drei bis sechs Monate nach Diagnosestellung / Operation wird supportiv, jedoch auch problemfokussiert gearbeitet: Probleme im sozialen Kontext (Familie, Arbeit und Verlust der Arbeit) stehen dabei oft unter den Themen der Loyalität, Autonomie, Abhängigkeit, aber auch der gesunden und vorhandenen Ressourcen und der Individuation. Die Problematik der Sterbe- und Todesvorbereitung ist in der Regel erst dann relevanter Fokus, wenn entsprechende somatische Parameter tatsächlich vorliegen. – Das Konzept der „Gegenimagination“ (Centurioni & Harrer, 1993) hat insgesamt für die Planung von Interventionen besondere Bedeutung erlangt. – Probleme der Institution sind ebenso als relevante Parameter zu betrachten wie das Setting oder die Einbeziehung unterschiedlicher Berufsgruppen im Sinne einer „integrativen Psychoonkologie“ (Hartmann, in Vorbereitung).

Centurioni C, Harrer M (1993) Integration imaginativer Techniken bei Malignompatienten. In: Leuner HC, Hennig H, Fikentscher E (Hg), *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*. Stuttgart, Schattauer, S 131–136

Hartmann M (1991) *Praktische Psycho-Onkologie*. München, Pfeiffer

Hartmann M (in Vorbereitung) *Integrative Psycho-Onkologie*.

Holland JC, Rowland JH (1989) *Handbook of psychooncology*. New York, Oxford University Press

LeShan L (1992) *Diagnose Krebs*. Stuttgart, Klett-Cotta

Matthias S. Hartmann

Krebs und Spontanheilung (→ Psychoonkologie). Krebserkrankungen bilden sich in seltenen Fällen zurück oder heilen uner-

wartet. Gründliche Untersuchungen (O'Regan & Hirshberg, 1990) zeigen, daß Spontanheilungen doch nicht so selten vorkommen. Unerwartete Heilungen fanden charakteristisch dort statt, wo der Patient seine Lebensweise radikal verändert hatte und / oder tiefere Einsichten und kreative Lösungen für sein Leben gefunden hatte. Erklärung: Konfliktlösung, emotionelle Erleichterung, „Erlösung“ und „Freude“ steigern die immunologische Abwehr (→ Psychoneuroimmunologie), blockieren zelluläre Regression und korrigieren die gestörte Apoptose (Zelltod). Bahnson (1989, 1997) hat endokrine und immunologische Parameter beschrieben, die zu Spontanheilungen oder unerwarteten Verbesserungen beitragen können. Diese Befunde stützen die Erwartungen, daß psychotherapeutische Behandlung die Krebsentwicklung beeinflussen kann.

Bahne Bahnson C (1989) Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension. In: Uexküll T v (Hg), *Psychosomatische Medizin*. 3. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg, S 889–909

Bahne Bahnson C (1997) Psychoneuroimmunologie: Systemische Integration in der psychosomatischen Medizin. In: Ahrens S (Hg), *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Stuttgart, Schattauer, S 76–82

O'Regan B, Hirshberg C (1990) *Spontaneous remission*. Sausalito (CA), The Institute of Noetic Sciences

Claus Bahne Bahnson

Krebs und Trauer. → Trauer und Krebs.

Krise. In der Medizin wurde bereits vor Jahrhunderten als „Crisis“ der Punkt bezeichnet, an dem sich entscheidet, ob eine Krankheit zum Tode führt – oder zur Gesundung. Der hier gemeinte Begriff der „psychosozialen Krise“ wurde von Sonneck (1997: 31) definiert als „Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fä-

higkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“. Heute ist die Unterscheidung in „traumatische Krisen“ und „Lebensveränderungskrisen“ gebräuchlich. Der Beginn der Krisentheorie wird meist mit Erich Lindemann (1944) angesetzt, der die Trauerreaktion von Hinterbliebenen nach einer Brandkatastrophe beschrieb und erstmals auf Stadien und die zeitliche Begrenztheit hinwies. Erik Erikson (1959) betonte, daß „Entwicklungskrisen“ als notwendige Übergangsphasen auch in der normalen psychologischen Entwicklung vorkommen, und Gerald Caplan (1964) entwickelte, darauf aufbauend, das Konzept der „Lebensveränderungskrisen“, in denen er ein Ungleichgewicht zwischen Schwierigkeiten und verfügbaren Lösungsmöglichkeiten sieht, und deren Anlaß ein erwarteter, oft auch erwünschter sein kann. Das Konzept des → „Traumas“ wurde in die Krisentheorie erst später explizit eingeführt (Cullberg, 1978), obwohl auch hier Vorläufer in der Beschäftigung mit „shell-shocks“, den Kriegsneurosen, bis in die Zeit des 1. Weltkriegs zurückzuverfolgen sind. Als „traumatische Krise“ wird die krisenhafte Reaktion auf ein belastendes äußeres Ereignis gesehen. Die Unterteilung und das Verständnis von Krisen ist immer als Spannungsverhältnis zwischen äußerer und innerer Belastung bzw. Prädisposition definiert worden, die je nach theoretischem Hintergrund unterschiedlich gewichtet wurden. Lindemann (1944), eher dem psychoanalytischen Modell verpflichtet, betont, angelehnt an Freuds „Trauer und Melancholie“, den Einfluß der Persönlichkeit und der Beziehung, während Caplan (1964) den Einfluß der Familie, die Reaktionen und Ressourcen der Umgebung stärker hervorhebt. Konsens besteht heute darüber, daß Krisen von äußeren wie inneren Faktoren abhängig sind, deren Zusammenspiel im Einzelfall untersucht werden muß.

Caplan G (1964) Principles of preventive psychiatry. New York, Basic Books

Cullberg J (1978) Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis 5: 25–34

Erikson E [1959] (1996) Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/M., Suhrkamp

Lindemann E (1944) Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry 101: 141–148 [wiederabgedruckt in: (1994) American Journal of Psychiatry (Sesquicentennial Supplement) 151: 155–160]

Sonneck G (Hg) (1997) Krisenintervention und Suizidverhütung, 4., überarb. u. erw. Aufl. Wien, Facultas

Elmar Etzersdorfer

Krise, spirituelle. → Spirituelle Krise; → Transpersonale Psychotherapie.

Krise, traumatische. → Krisenverlauf; → Krisenintervention.

Krisenintervention. Krisenintervention ist jene Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befaßt, deren Auftreten im engeren Zusammenhang mit → Krisen steht. Sie umfaßt Aktionen zur Linderung krisenbedingter Leidenszustände und zur Verhütung ihrer sozialen, psychologischen und medizinischen Folgen, insbesondere zur Reduzierung krisengebundener Krankheitsrisiken (Häfner, 1974). Das Ziel der Krisenintervention ist die Unterstützung der eigenen Fähigkeit des Betroffenen und seiner Umgebung, sich selbst zu helfen. Nicht der Ersatz von Verlorenem oder die Verleugnung der schmerzlichen Realität, sondern die Stütze und das Mitgefühl (Empathie) sowie die Ermutigung, Gefühle von Trauer, Schmerz, Feindseligkeit und Aggression zu zeigen, ist die Funktion des Helfers. Krisenintervention ist also Hilfe zur Selbsthilfe, zu aktiver, konstruktiver, innovativer Bewältigung und zur Erlangung von Selbständigkeit und kompetenter Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit. Zu den allgemeinen Prinzipien der Krisenintervention gehören der rasche Beginn, die Aktivität des Helfers, Methodenflexibilität (Hilfe im sozialen, psychologischen aber auch medikamentösen Bereich), das primäre sich Beschränken auf die aktu-

elle Situation, das aktuelle Ereignis, die Einbeziehung der Umwelt, die Entlastung von emotionalem Druck und die Zusammenarbeit mit anderen Helfern und Hilfsstellen (Reiter, 1975). Es gibt verschiedene Interventionskonzepte, die jedoch allesamt auf der Beziehung, der Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation und allfälliger Suizidalität, der Konzentrierung auf den aktuellen Anlaß und die Einbeziehung der Umwelt hinauslaufen (Kulessa, 1985; Wedler, 1994; Sonneck, 1997): Errichten einer Beziehung durch Vermittlung von Präsenz, Verständnis, Hilfsbereitschaft und Zuversicht, Einschätzen des Zustandes und des Schweregrades der Problematik, insbesondere Einschätzen eventueller Suizidalität (→ präsuizidales Syndrom nach Ringel, 1969; insbesondere Einengung und Suizidfantasien); dazu kommt die Abklärung des aktuellen Problems, der Beschwerden, der beteiligten Personen (Umwelt), der existentiellen Situation, früherer oder bestehender Krankheiten, früherer Krisen und deren Bewältigung, bereits versuchter Lösungsstrategien, spezifischer Gefährdungen, der wichtigsten Hilfsmöglichkeiten und der Selbsthilfemöglichkeiten (Eigeninitiative und Aktivität). Die eigentliche Intervention besteht aus der Entlastung von emotionalem Druck durch das Aus- und Besprechen von Ängsten, Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken etc. – gegebenenfalls unter Zuhilfenahme von → Psychopharmaka – aus der Konfrontation mit der Realität sowie aus der Reflexion des Krisenanlasses und seiner Konsequenzen. Gleichzeitig Stützung des Selbstwertgefühles, Förderung von Eigeninitiativen, Zusammenarbeit mit Angehörigen und vorbereitende Planung für eine Neuorientierung im Sinne eines weniger krisenanfälligen Lebensstils als postventive Maßnahme und die Beendigung der Intervention.

Häfner H (1974) Krisenintervention. Psychiatrische Praxis 1: 139–150

Kulessa C (1985) Gesprächsführung mit Suizidpatienten im Rahmen der Krisenintervention. In: Wedler H (Hg), Umgang mit Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. Regensburg, Roderer, S 115–130

Reiter L (1975) Krisenintervention. In: Strotzka H (Hg), Psychotherapie: Grundlagen, Ver-

fahren, Indikationen. München, Urban & Schwarzenberg, S 412–525

Ringel E (1953) Der Selbstmord. Wien, Maudrich

Ringel E (1969) Selbstmordverhütung. Hans Huber, Bern

Sonneck G (1997) Krisenintervention. In: Sonneck G (Hg), Krisenintervention und Suizidverhütung. 4., überarb. u. erw. Aufl. Wien, Facultas, S 54–86

Wedler H (1994) Krisenkonzepte – Kriseninterventionen. In: Schneider V, Israel M, Felber M (Hg), Suizidprävention und gesellschaftlicher Wandel. Regensburg, Roderer, S 57–64

Gernot Sonneck

Krisenintervention und Notfallpsychiatrie.

→ Krisenintervention und Notfallpsychiatrie sind zwei einander überlappende Bereiche, die in der Versorgungsrealität häufig fließende Übergänge aufweisen. Die Abgrenzung war in den letzten Jahrzehnten auch durch eine Ausweitung des Begriffs der → Krise auf alle psychischen Störungen erschwert. Die Notfallpsychiatrie, als relativ junge Subdisziplin der Psychiatrie, ist am Paradigma der Notfallmedizin orientiert (Katschnig & Konieczna 1986), das durch die Dringlichkeit der Situation – und einer medizinischen Intervention – charakterisiert ist, um eine Gefahr für Gesundheit oder Leben des Betroffenen abzuwenden. Der psychiatrische Notfall ist noch erweitert um die mögliche Gefahr für Gesundheit oder das Leben anderer Personen (Katschnig & David, 1990), aber auch der Gefahr für die soziale Existenz des Betroffenen oder Anderer (wie z. B. bei einer akuten Manie [→ manisch – depressiver Formenkreis]). Die Notfallpsychiatrie arbeitet mit medizinischen Konzepten und Mitteln, wobei heute die Diagnose und Behandlung von Leitsymptomen im Vordergrund steht (Katschnig & David, 1990). Die Krisenintervention arbeitet selbst mit psychologischen Mitteln und beschäftigt sich mit psychosozialen Krisen. Gerade durch die Überschneidungen ist die Kooperation wesentlich und für beide Bereiche wünschenswert. Ein Beispiel dafür ist das als „posttraumatische Belastungsstörung“ bezeichnete Störungsbild (→ Posttraumatische Stressstörung).

- Katschnig H, David H (1990) Psychiatrie: Notfälle. In: Pritz A, Sonneck G (Hg), Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten. Wien, Springer, S 42–49
- Katschnig H, Konieczna T (1986) Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer J-E, Müller C, Strömberg E (Hg), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2. 3. Aufl. Wien, Springer, S 3–43

Elmar Etzersdorfer

- Caplan G (1964) Principles of preventive psychiatry. New York, Basic Books
- Cullberg J (1978) Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis 5: 25–34
- Sonneck G (Hg) (1997) Krisenintervention und Suizidverhütung. 4., überarb. u. erw. Aufl. Wien, Facultas

Elmar Etzersdorfer

Kritiker, innere(r). → Innere(r) Kritiker;
→ Focusing.

Krisenverlauf. Bei den beiden prototypischen Formen der psychosozialen → Krise ist auch ein typischer Verlauf beschrieben worden (Sonneck, 1997). Bei der traumatischen Krise (Cullberg, 1978) tritt zuerst ein Krisenschock auf, bei dem der Betreffende unauffällig wirken kann, innerlich jedoch völliges Chaos herrscht. Es folgt die Reaktionsphase, die einige Wochen dauern kann, und in der Versuche, die Realität nicht wahrnehmen zu müssen, mit solchen der beginnenden Auseinandersetzung abwechseln. Daran schließt die Phase der Bearbeitung, in der emotionaler Kontakt mit dem Ereignis möglich wird. Die Bearbeitungs- und die Reaktionsphase sind nicht klar voneinander abgegrenzt, vielmehr wechseln die emotionalen Zustände häufig. Bei gelungener Bearbeitung schließt sich nach mehreren Monaten die Phase der Neuorientierung an, in der wieder Pläne gefaßt und Zukunftsorientierung gefunden werden. Die Lebensveränderungskrise (Caplan, 1964) ist dadurch gekennzeichnet, daß die gewohnten Problemlösungsversuche bei einer veränderten Situation versagen. Das führt zum Gefühl des Versagens, dem Mobilisieren aller verfügbaren Möglichkeiten, und, ohne Lösung, zu immer stärkeren Versagensgefühlen, die schließlich in das Vollbild der Krise münden können, das demjenigen der Schockphase bei der traumatischen Krise entspricht (Sonneck, 1997). Die Gefahren bei Krisen bestehen in Resignation, Rückzug, psychosomatischen Reaktionen (→ Psychosomatik) und Chronifizierung, oder der Entwicklung einer Abhängigkeit, wie auch in suizidalem Verhalten (→ Suizidgefährdung). Die angemessene Hilfe besteht in → Krisenintervention.

Kritischer Realismus (→ Gestalttheoretische Psychotherapie). Der Kritische Realismus als erkenntnistheoretischer Ansatz der → Gestaltpsychologie / Gestalttheorie vertritt die Auffassung, daß streng unterschieden werden muß zwischen der transphänomenalen physikalischen Welt (Makrokosmos, der „Welt an sich“) und der phänomenalen Welt (Mikrokosmos, die anschauliche gegebene Welt). Während die physikalische Welt uns nicht unmittelbar zugänglich ist und damit nur indirekt in Form von theoretischen Konstrukten erschlossen werden kann, sind die Erlebnissvorgänge der phänomenalen Welt als unmittelbar und anschaulich gegeben anzusehen. Bewußtseinsfähig sind demnach nur Vorgänge der phänomenalen Welt, in der nach der Auffassung des Kritischen Realismus abermals unterschieden wird zwischen einerseits unmittelbar Angetroffenem und andererseits Gedachtem und Konstruiertem. Dieser Auffassung folgend ergibt sich, daß der unmittelbar erlebten Welt des einzelnen Menschen die gleiche Würde zukommt wie den mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden gewonnenen Erkenntnissen über die physikalischen und psychologischen Gegebenheiten. Für psychotherapeutisches Handeln heißt dies, die die Wirklichkeit des einzelnen Menschen ausmachenden Sinneswahrnehmungen, Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken zuerst einfach unvoreingenommen anzunehmen, wie sie sind. Da der Kritische Realismus die physikalische Welt ebenso differenziert in physikalische Umwelt und physikalischen Organismus wie die phänomenale Welt in anschaulich erlebte

Umwelt und anschaulich erlebten Körper-Ich-Vorgängen, wird verständlich, daß der Mensch sich als Leib-Seele-Ganzes erlebt. Zusammenhänge zwischen psychischen und physischen Vorgängen werden mit Hilfe der Isomorphieannahme (Köhler, 1968) erklärt, wonach von struktureller Gleichartigkeit von psychischen und (gehirn-)physiologischen Prozessen auszugehen ist.

Köhler W (1968) Werte und Tatsachen. Heidelberg, Springer

Metzger W (1976) Psychologie. Darmstadt, Steinkopff

Walter H-J (1996) Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene. Opladen, Westdeutscher Verlag

Rainer Kästl

Kundalini. Sanskrit-Ausdruck, wörtlich: „Schlange“, auch „Schlangenkraft“ genannt. Sie symbolisiert die spirituelle Kraft, die schlafend aufgerollt (Bedeutung: „Das Zusammengerollte“, die „3½mal zusammengerollte“ Schlange) am unteren Ende der Wirbelsäule eines jeden Menschen ruht. „Sie ist ihrem Wesen nach Shakti, die höchste schöpferische Energie des Universums [...]“ (Muktananda, 1982). Sie kann durch die Gnade eines spirituellen Meisters (→ Spiritualität), durch spirituelle Praktiken oder durch spontane Ereignisse erweckt werden. Einmal erwacht (die zweite, die geistige Geburt), beginnt eine intensive spirituelle Entwicklung. Dabei werden die subtilen Kraftzentren (→ Chakren) des feinstofflichen Leibes geöffnet und gereinigt. Im Verlauf dieses Prozesses kommt es zu einer intensiven Konfrontation mit offenen Lebensthemen, archetypischen Mustern (→ Archetypus; z. B. Stirb-und-Werde-Prinzip), latenten Krankheiten und unerledigten Eindrücken aus möglichen früheren Leben (samskaras und karmas). Dieser Reinigungsvorgang kann von außergewöhnlichen physischen Zuständen (Haltungen, Bewegungen, Atemmuster) und spontanen veränderten → Bewußtseinszuständen (Visionen, Nahtodeserlebnissen, Trancezuständen etc.; → Trance; → Trancephänomene) begleitet werden. Die transformierende Energie der Kundalini-Kraft

führt so zu einer Integration auf allen Ebenen des Seins. Das Ziel ist letztendlich die innere bewußte Verbindung mit Gott. „Wenn es gelänge, Kundalini zu erwecken, so daß sie aus ihrer bloßen Potentialität herausträte, dann würde man unweigerlich eine Welt in Gang setzen, die völlig anders wäre als die unsere. Es wäre eine Welt der Ewigkeit“ (C.G. Jung; zit. nach Kripananda, 1986).

Avalon A (1988) Die Schlangenkraft. München, Scherz / Barth

Kripananda (1986) Kundalini – die Energie der Transformation. In: Grof S (Hg), Alte Weisheit und modernes Denken: spirituelle Traditionen in Ost und West im Dialog mit der neuen Wissenschaft. München, Kösel, S 83–97

Muktananda S (1982) Kundalini. Freiburg, Aurnum

Sylvester Walch

Kunsttherapie. Sammelbegriff für therapeutische Verfahren, die mit Medien arbeiten, deren sich auch Künstler bedienen. Sie umfassen das ganze Spektrum des menschlichen Ausdrucks. Kunsttherapie unterscheidet zwischen Kunsttherapie, die schwerpunktmäßig mit einem Medium arbeitet, z. B. bildnerische Kunst, Musik, → Tanztherapie und Kunsttherapie, die mehrere Medien in ihre therapeutische Arbeit integriert, z. B. Ausdrucks-, intermediale-, und → multimediale Kunsttherapie. Der bewußte Einsatz einzelner Medien zum Zwecke der Beeinflussung psychischer und physischer Vorgänge erfolgte, geschichtlich gesehen, zu unterschiedlichen Zeiten. In den magischen → Ritualen der Schamanen finden sich bereits „multimediale“ Inszenierungen (Rhythmus, Gesang, Tanz, Materialgestaltungen und Sprache). Mit dem ausklingenden 19. Jh. beginnen die naturwissenschaftlichen und medizinischen Untersuchungen, die den Einfluß der Musik auf psychische und physische Vorgänge zum Inhalt haben, und die sich bis heute fortsetzen. Zur gleichen Zeit erfolgt auch die Annäherung der bildnerischen Kunst zur Psychologie und Therapie. Die moderne Kunst bereitet den Boden für einen anthropologisch erweiterten Kunstbegriff. Im Mittelpunkt kunsttherapeutischer Arbeit steht der → nonverbale oder

auch durch das Wort zum Ausdruck gebrachte, oft unbewußte seelische Zustand des Klienten. Rezeptive oder aktive kunsttherapeutische Anregungen seitens des Therapeuten erleichtern diesen Prozeß (→ rezeptive Kunsttherapie). Das spezifische Charakteristikum der Kunsttherapie ist, daß sie auch in der Arbeit mit Menschen, die sich der Sprache nicht oder nur schwer bedienen können, erfolgreich eingesetzt werden kann. Die Aufarbeitung kunsttherapeutischer Prozesse findet z. B. auf der Ebene der sozialen Beziehung des Entstehungsprozesses, aber auch auf das Material und Werk bezogen, statt. Anwendungsbe reich der Kunsttherapie sind ambulante und stationäre Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik, Rehabilitation, Heilpädagogik etc. Bewährt hat sie sich als Möglichkeit intensiver Selbsterfahrung sowie als eigene Psychotherapieform. Innerhalb diverser Psychotherapieschulen wird sie als Methodenerweiterung verwendet.

- Baukus P, Thies J (1997) Kunsttherapie. Stuttgart, Gustav Fischer
Knill PJ (1979) Ausdruckstherapie. Halle, Ohlsen
Petzold H, Orth I (Hg) (1990) Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. Paderborn, Junfermann
Rubin JA (Hg) (1987) Approaches to art therapy. New York, Brunner/Mazel
Schottenloher G (1994) Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder. München, Kösel

Stella Mayr

Kunsttherapie, rezeptive. → Rezeptive Kunsttherapie.

Kurztherapie, lösungsorientierte. → Lösungsorientierte Kurztherapie.

Kybernetik 1. und 2. Ordnung (→ Systemische Therapie). Der Begriff Kybernetik geht auf den Mathematiker Norbert Wiener (1948) zurück. Der wesentliche Bestandteil eines kybernetischen Systems ist der Regelkreis, der aus einer zu regelnden Größe besteht und einem Regler, der diese über Stellglieder beeinflussen kann. In der

Kybernetik spricht man von „negativer Rückkoppelung“, wenn die vom Meßfühler festgestellten abweichenden Werte wieder auf den Sollwert hin ausgeglichen werden und von positiver Rückkoppelung, wenn die abweichenden Werte noch weiter in der gleichen Richtung verstärkt werden. Die Idee des rückgekoppelten Regelkreises (→ Feedback) wurde von Theoretikern der → Familientherapie auf die Familie übertragen, die entsprechend als homöostatischer Mechanismus (→ Homöostase) gesehen wurde, der stets darauf bedacht sei, auch bei Störungen das Gleichgewicht und den Status quo wiederzuerlangen. Heinz v. Foerster unterschied zwischen einer Kybernetik erster (im oben genannten Sinn) und einer Kybernetik zweiter Ordnung, die als „Kybernetik der Kybernetik“ explizit den Prozeß der Wirklichkeitskonstruktion in ihr Programm miteinbeziehen sollte. Aus dieser Perspektive wird die funktionale Organisation eines Systems (etwa der Familie), die im Bereich der Kybernetik 1. Ordnung von Interesse war, aus der Sicht der Systemischen Therapie nicht mehr als objektiv beobachtbar gesehen, sondern als Produkt der Analyse (Wahrnehmung) des Beobachters. Grundthese ist: Alles Gesagte wird von einem Beobachter gesagt, die Welt der Erfahrungen ist sozial konstruiert, die Realität wird von Klienten und Therapeuten mittels symbolischer Systeme, wie der Sprache, mehr erschaffen als reflektiert (→ Konstruktivismus). Das Einbeziehen von Gedanken der Kybernetik 2. Ordnung hatte folgende Konsequenzen für systemisches Handeln und Denken (Hoffman, 1984): 1. Behandlungseinheit ist nicht die Familie, sondern das → Problemsystem. 2. Therapeuten übernehmen primär Verantwortung für den Prozeß der Konversation; Veränderungen kommen nicht nur durch Interventionen, Hausaufgaben, Aufzeigen von Mustern zustande, sondern auch durch den Dialog selbst. 3. Nicht Menschen sind zu beeinflussen, sondern primär der Kontext; Haltungen gegenüber Klienten (Respekt, → Neugier) bekommen mehr Bedeutung als Interventionsplanungen.

- Foerster H v (1993) KybernEthik. Berlin, Merve
Glaserfeld E v (1987) Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Braunschweig, Vieweg

Hoffman L (1984) Grundlagen der Familientherapie. Konzepte der Entwicklung von Systemen. Hamburg, Isko Press

Sabine Klar, Gerda Klammer

- L -

Ladung (→ Körperpsychotherapie). Das Konzept der Ladung wurde als energetischer Zustand (→ Energie) des vitalen Tonus im Gewebe durch Wilhelm Reich näher ausgeführt. Ladung entspricht dem, was Freud „Kathexis“ nannte. Reich studierte Prozesse der Ladung und Entladung in seinen Untersuchungen zum Orgasmus (→ Orgasmusreflex) und fand, daß solche Prozesse oft bei affektiven Veränderungen vorkamen, die mit Lust, Angst, Wut und Trauer verknüpft sind. Emotionale Ladung wird über das vegetative Nervensystem mit seinen beiden Ästen, dem sympathischen und dem parasympathischen, vermittelt. Üblicherweise zeigen sich Klienten im Zustand der Überladung (Sympathikotonie) mit Streßsymptomen, verbunden mit starken Emotionen, die entweder eingeschlossen sind oder aus ihrem Behältnis ausbrechen, oder im Zustand der Unterladung mit fehlenden angemessenen Affekten und in depressiver oder resignativer Gemütslage. Die Ladung des Gewebes ist stark beeinflusst durch die Atmung. Hyperventilation oder Hypoventilation sind in der Lage, die Chemie des Blutes und die Schwellen für Nerven- und Muskelaktivität zu verändern. In der Körperpsychotherapie wird die Ladung durch Arbeit mit Atmung, Bewegung und emotionalem Ausdruck beeinflusst. Ein Teil dieser Arbeit dient der emotionalen Entladung in angemessener Form in beziehungs-mäßigem Kontakt. Entladung kann auch intern in einem Prozeß, der Harmonisierung genannt wird, vorkommen, bei dem über Entspannung (bei Überladung) oder Vitalisierung (bei Unterladung) ein besserer Gleichgewicht hergestellt werden kann. Je nach den charakterlichen (→ Charakter) und energetischen Voraussetzungen des Klienten wird eher der Druck vermindert, indem erstarrte Bewegung, Impulse und Gefühle gelöst werden, oder es wird

intendiert, Gefühlszustände zu „halten“, zu verdauen und zu internalisieren (→ Biodynamische Psychotherapie). Zustände von Über- und Unterladung können durch Beobachtung des Atemrhythmus des Klienten, der Muskelspannung und des Ausdrucks seiner vitalen Affekte und seines allgemeinen Gemütszustandes festgestellt werden. Bei physischer Erkrankung gestattet ein von Reich entwickelter Bluttest eine Bestimmung von Bindekraft und Lumineszenz der roten Blutkörperchen.

Boadella D (1975/76) Between coma and convulsion. Energy and Character 6(1): 4–24; 6(2): 18–32; 6(3): 27–38; 7(1): 68–78

Reich W [1948] (1994) Die Entdeckung des Orgons: Der Krebs. Köln, Kiepenheuer & Witsch

David Boadella

Lage, Gefordertheit der. → Gefordertheit der Lage; → Gestalttheoretische Psychotherapie.

Laienätiologie (auch: subjektive Krankheitstheorie). Die vom Patienten als Laie bezüglich seiner Erkrankung vorgenommene Kausalattribution (→ Ätiologie). Dieser Begriff läßt sich aus psychosomatischer Sicht (→ Psychosomatik) auf die Mehrfaktoren- und Transaktionskonzepte sowie auf die Erfassung der Subjektivität der Person in ihrer strukturellen Beziehung zur Umwelt zurückführen (vgl. von Weizsäcker, 1956). Krankheit ist im Kontext einer Hermeneutik der Lebensgeschichte des Patienten zu verstehen. Für die nähere Begriffsbestimmung werden vor allem die Basisdimensionen der angewandten Attributionsforschung herangezogen. In der neueren Forschung wird überwiegend versucht, die

Kausal- und Kontrollattributionen durch folgende krankheitsbezogene Einflußdimensionen abzudecken: internal/persönlichkeitsgebunden, Ärzte und Medizin, familiäres Umfeld, Umweltfaktoren, Zufall, Schicksal, Schuld und Strafe (→ Attributionstheorie). Die Wahrnehmungen und Vorstellungen zur eigenen Erkrankung sind untrennbar mit den emotionalen und kognitiven Prozessen der → Krankheitsverarbeitung sowie mit den damit korrespondierenden Behandlungserwartungen verbunden. In der therapeutischen Beziehung fördert die Kenntnis der subjektiven Krankheits- und Gesundheitstheorie des Patienten das Verstehen, ermöglicht die Auseinandersetzung mit den zum Teil naiven Vorstellungen von körperlichen Vorgängen und verbessert damit die sogenannte → Compliance des Patienten.

Bischoff C, Zenz H (Hg) (1989) Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Hans Huber

Flick U (Hg) (1991) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg, Asanger

Weizsäcker V v (1956) Pathosophie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Nora Nemeskeri

Larvierte Depression. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Latenz. Begriff der → Psychoanalyse, der bei Freud (1905) eine Entwicklungsperiode beschreibt, die mit dem „Untergang“ des → Ödipuskomplexes beginnt und das Ende der bis dahin vorherrschenden infantilen Sexualregungen bedeutet. Mittels psychischer Mechanismen, vor allem der → Verdrängung und der → Sublimierung wird die libidinöse Energie (→ Libido) in andere Bahnen gelenkt (kognitive Entwicklung, Konsolidierung des → Ich und Stabilität des → Überich). Das Ende der Phase bildet der Eintritt in die Pubertät. Die → Selbstpsychologie stellt dem geschlossenen psychoanalytischen Instanzenmodell (Es, Ich, Überich) ein Konzept der Psyche

als ein relativ offenes System gegenüber. Die bestätigenden und stärkenden Reaktionen der Umwelt sind strukturbildend und führen zu einer Konsolidierung des Kernselbst (→ Selbst). Durch die neu erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten entstehen Kompetenzgefühle (das motivationale System „exploration/assertion“; Lichtenberg, 1989), das Selbstwertgefühl stabilisiert sich.

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualeben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Lichtenberg JD (1989) Modellszenen, Affekte und das Unbewußte. In: Wolf ES, Ornstein A, Ornstein PH, Lichtenberg JD, Kutter P (Hg), Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. München, Verlag Internationale Psychoanalyse, S 73–106

Margarethe Maria Lindner

Leading. → Pacing und Leading; → Hypnosetherapie.

Lebendigkeit, vegetative. → Vegetative Lebendigkeit.

Lebensaffirmation. In der → Existenzanalyse und → Logotherapie Bezeichnung der bejahenden Haltung (→ Einstellung) zum Leben, nach welcher Existenzanalyse nachgerade definiert werden kann („das Ja zum Leben finden“ – Längle). Frankls Buchtitel „... trotzdem Ja zum Leben sagen“ ist mit dem „trotzdem“ programmatisch für die Logotherapie. In der Existenzanalyse ist die Lebensaffirmation vor allem im → Grundwert als eine → Grundmotivation des Menschen ausformuliert. Das „Ja zum Leben“ baut auf dem „Ja zur Welt“ (→ Seinsgrund) auf und ebnet den Weg für → Selbstwert und → Sinn. In der Logotherapie kommt die Lebensaffirmation im → Willen zum Sinn zum Ausdruck und ist Kernstück der Einstellungswerte.

Frankl VE (1994) ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München, Kösel

Längle A (1993) Wertberührung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Wien, GLE-Verlag

Alfried Längle

Lebenshälften. Die → Analytische Psychologie sieht über die Entwicklung in der Kindheit und Jugend hinaus (→ Ödipuskomplex) die Notwendigkeit zu immer neuer → Anpassung an sich verändernde psychische Erfordernisse auch am Lebensnachmittag und -abend. Insbesondere gilt das für die „Geburt des Todes“ (Jung, GW, Bd. 8, § 800), die Erkenntnis der Endlichkeit des eigenen Lebens (oft im 4. Lebensjahrzehnt, mitunter markante Träume). Jungs Auffassung, nach der Existenzsicherung und Fortpflanzung in der ersten Lebenshälfte solle man in der zweiten die innere Welt kennenlernen, ist als Vermischung einer soziologisch-biologischen mit einer psychologischen Perspektive allerdings von der Theorie her nicht mehr haltbar (→ Individuation).

Jung CG [1931] (1976) Die Lebenswende. In: GW, Bd. 8, §§ 749–795. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Prétat JR (1994) Coming to age. The croning years and later-life transformation. Toronto, Inner City Books

Andreas von Heydwoelff

Lebensplan. → Skript; → Transaktionsanalyse.

Lebensraum (im Rahmen der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie). Psychologisches Feld. Zentrales Konstrukt in der → Feldtheorie von Lewin; der Bereich, in dem sich individuelles Verhalten vollzieht. Die Aufgabe des Psychologen besteht für Lewin darin, das psychologische Feld als Bedingungsgrundlage des → Verhaltens einer Person für möglichst jeden Zeitpunkt ihrer Entwicklung zu rekonstruieren. Das Verhal-

ten ist das Ergebnis der Beziehung zwischen der Person und allen gleichzeitig existierenden Faktoren im Feld. Daher umfaßt die Darstellung des Lebensraumes sowohl eine Repräsentation des Individuums als psychologische Person als auch eine Repräsentation der Umwelt, wie sie die Person zu diesem Zeitpunkt erlebt: „Der Lebensraum ist die totale psychologische Umwelt, die die Person subjektiv erlebt“ (Marrow, 1977: 46). Er umfaßt Bedürfnisse, Ziele, unbewußte Einflüsse, Erinnerungen, Ereignisse sozialer, wirtschaftlicher und politischer Natur, die alle in einem gewissen Ausmaß → interdependent sind und mittels der dynamischen Begriffe Kraft, Spannung, Bedürfnis und Valenz erfaßt werden. Entscheidend ist, daß nur jene Gegebenheiten im Lebensraum repräsentiert sind, welche zum gegenwärtigen Zeitpunkt für die Person von Bedeutung sind, und zwar so, wie sie vom Individuum verstanden werden. Der Lebensraum wird von einer „äußeren Hülle“, dem „realen Raum“, umgeben und umfaßt die für die Person gerade nicht bedeutsame Gesamtheit der Welt, wobei gewisse Teile davon jederzeit als bedeutsam für die Person in den Lebensraum eingehen können. Psychische Bedürfnisse werden als Spannungssysteme definiert, lösen Lokomotion im Feld aus und sind auf Ziele, die für die Person Aufforderungscharakter oder Valenz haben, ausgerichtet. Barrieren in Form von Grenzen oder Grenzzonen setzen dem „Durchschreiten des Lebensraumes“ Widerstand entgegen. Die Darstellung des Lebensraumes und des dynamischen Zusammenwirkens der interdependenten, das Verhalten auslösenden Faktoren, ihre Position zueinander und zur Umwelt, setzen eine Feldtheorie voraus und werden von Lewin mit Hilfe der → Topologie und der → Jordankurve bewältigt.

Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber

Lewin K (1982) Feldtheorie. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta

Lück HE (1996) Die Feldtheorie und Kurt Lewin. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Marrow AJ (1977) Kurt Lewin – Leben und Werk. Stuttgart, Klett-Cotta

Hans-Rainer Teutsch

Lebensraum (im Rahmen der → Gestalttheoretischen Psychotherapie). Zentraler Begriff der Gestalttheoretischen Psychotherapie. Der Begriff Lebensraum geht auf Kurt Lewin zurück, der ihn synonym zu „psychologischer Raum“ und „psychologisches Feld“ verwendet. Lewin faßte Verhalten und Entwicklung des Menschen in seine berühmte allgemeine Formel $V = F\{P, U\} = F\{L\}$: Verhalten und Entwicklung (V) sind demnach eine Funktion von Person (P) und Umwelt (U), die als wechselseitig abhängige Variable betrachtet werden. Der Lebensraum (L) eines Individuums ist die Gesamtheit dieser Faktoren (P,U), umfaßt also alle das Verhalten eines Menschen zum gegebenen Zeitpunkt bestimmenden Kräfte. Mit Umwelt ist hier nicht etwa die physikalische Umwelt des Menschen gemeint, sondern seine psychologische (erlebte) Umwelt. Diese muß nach Lewin „funktional als Teil eines wechselseitig abhängigen Feldes – des Lebensraums – betrachtet werden, von dem die Person der andere Teil ist“ (Lewin, 1982: 196). Lewin und seinen Schülern ging es bei der wissenschaftlichen Erforschung von Verhalten darum, die Funktion (F) zu bestimmen, die jeweils Verhalten und Lebensraum verbindet, also Gesetze des Verhaltens zu finden. Gesetze haben dabei lediglich die Stellung von Ableitungsprinzipien, gemäß denen tatsächlich eintretendes Geschehen aus den dynamischen Eigenheiten der konkreten Situation herzuleiten ist (Lewin, 1969: 30ff.). Dazu liegen zahlreiche Forschungsarbeiten vor, etwa die einflußreichen Untersuchungen zur Handlungs- und Affektpsychologie (vgl. den Überblick bei Marrow, 1977; → Anspruchsniveau, → unerledigte Situation). Die Bedeutung der Kenntnis allgemeiner Gesetzmäßigkeiten im Aufbau menschlicher Lebensräume für eine Theorie gezielten psychotherapeutischen Eingreifens hat Hans-Jürgen Walter herausgearbeitet. Walter faßt den Lebensraum als komplexes Figur-Grund-System bzw. als dynamisches „Baukasten-Konstrukt“ auf, das das Wirksamwerden der → „Tendenz zur guten Gestalt“ in Verhalten und Entwicklung des Menschen zu erklären, zu verstehen und psychotherapeutisch zu nutzen erlaubt (Walter, 1994: 82ff.). Diese

„Bausteine“ des Lebensraumes sind Person und Umwelt, → Zeitperspektive und Realitäts-Irrealitätsebenen und die Deskriptionsdimensionen „Enge-Weite“, „Unordnung-Ordnung“, „Flüssigkeit-Rigidität“ und „Undifferenziertheit-Differenziertheit“. Die psychotherapeutische Aufgabe besteht in diesem Sinn aus Sicht der Gestalttheoretischen Psychotherapie darin, mit dem Klienten den Zusammenhängen zwischen Bedeutungen und Beschaffenheiten seiner Lebensraumbereiche im ganzheitlichen Kontext seiner Existenz nachzuspüren (→ Kraftfeldanalyse) und die Bedingungen zu erforschen und herzustellen, die erfolgreiche Prozesse der Klärung und Umstrukturierung ermöglichen.

Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber

Lewin K (1969) Grundzüge der topologischen Psychologie. Bern, Hans Huber

Lewin K (1982) Feldtheorie. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta

Marrow AJ (1977) Kurt Lewin – Leben und Werk. Stuttgart, Klett-Cotta

Walter H-J (1994) Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen. 3. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag

Gerhard Stemberger

Lebensspanne (Life Span Development; → Integrative Therapie). Menschen sind von ihrer Vergangenheit bestimmt, von ihrer Gegenwart beeinflusst und entwerfen sich (J.P. Sartre) mit ihren Wünschen, Hoffnungen, Zielen und Plänen in die Zukunft. Therapie würde demnach „Arbeit mit Blick auf die gesamte Lebensspanne“ bedeuten, aber die Psychotherapien haben die Zeit fragmentiert: Freud war retrospektiv ausgerichtet, Perls aspektiv auf das Hier-und-Jetzt, Adler bezog prospektiv mit der Teleoanalyse Zieldimensionen ein, Moreno und Jung berücksichtigten okkasionell alle drei Zeitdimensionen. Die Integrative Therapie richtet sich strikt an der durch die Longitudinalforschung gut abgesicherten „life span developmental psychology“ (Baltes et al., 1980; Rutter, 1988) aus. Die überholten empirischen Phasenmodelle

(E.H. Erikson, R.J. Havighurst) werden zugunsten des Konzeptes höchst individualisierter und differentiell zu betrachtender Lebensverläufe und Alternsprozesse (Thomae, 1988; Lehr & Thomae, 1987; Schroots, 1993) aufgegeben. Gegenüber der durch die → Säuglingsforschung in Frage gestellten einseitigen Determinierung der Lebens- und Krankheitsentwicklung durch die frühe Kindheit – so Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse – tritt die Auffassung, daß zu jeder Zeit des Lebensverlaufes Schädigungen (Traumata/Überstimulierungen, Defizite/Unterstimulierungen, Störungen/inkonstante Stimulierungen, Konflikte/gegenläufige Stimulierungen) eintreten und Pathogenese bewirken können, aber auch positive Stimulierung (Anregen, Nähren, Unterstützen, Bekräftigen) heilend wirken kann. Der Mensch wird in einem „Convoy“ (→ Netzwerktherapie) gesehen, und netzwerkorientierte Therapie fördert positive Convoyqualitäten. Gegenstand der Therapie sind lebensalter- und situationsspezifische Probleme mit ihrem Hintergrund an biografischen „aktivierten Strukturen“, aufkommenden Entwicklungsaufgaben und -zielen sowie Fragen der Motivation, emotionalen Lage und Volition, jeweils auf dem Boden der vorhandenen Probleme, Ressourcen und Potentiale des Patienten.

Baltes PB, Reese HW, Lipsitt LP (1980) Lifespan development psychology. Annual Review of Psychology 31: 65–110

Lehr U, Thomae H (1987) Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart, Enke

Rutter M (1988) Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data. Cambridge, Cambridge University Press

Schroots JJF (1993) Ageing, health & competence. The next generation of longitudinal research. Amsterdam, Elsevier

Thomä H (1988) Das Individuum und seine Welt. Göttingen, Hogrefe

Hilarion G. Petzold

Lebensstil (→ Individualpsychologie). Alle Persönlichkeitstheorien brauchen Begriffe und Konzepte, um die Einzigartigkeit der Individuen zu erklären. Adler hat sich 1929 für den Begriff „Lebensstil“ entschie-

den, nachdem er früher mehr oder weniger synonym „Leitbild“, „Leitlinie“, „Lebensplan“, „Charakter“, „Bewegungslinie“ oder „Grundmelodie“ verwendet hatte (Adler, 1929: 54; vgl. Rüedi, 1992: 168f.). Das Lebensstil-Konzept umfaßt eine Vielzahl von persöhnlichkeitsspezifischen Aspekten wie Einstellungen, Meinungen, persöhnlichen Überzeugungen, Gefühlen, Erwartungen und Zielen. Die unbewußte Dimension gehört ebenso zum Lebensstil wie die bewußte, die kognitive ebenso wie die affektive. Die Individualpsychologie bringt damit zum Ausdruck, daß alles, was Menschen tun, sagen, fühlen und denken, als im Einklang stehend mit ihrer grundlegenden persöhnlichen Ausrichtung im Leben, mit ihren Zielen verstanden werden muß (→ Finalität; → Fiktion). Der Lebensstil entsteht für Adler in den ersten Lebensjahren in einem komplizierten Wechselspiel von Versuch und Irrtum, von Wirkung und Gegenwirkung. Das Kind sucht nach subjektiven Zielen und Fixpunkten, die ihm im Chaos des Lebens Halt zu versprechen scheinen. Mittel, die sich als unzweckmäßig zur Erreichung der fiktiven Ziele erweisen, werden vom Kinde fallengelassen. Dessen organische Ausstattung und Konstitution spielen bei der Lebensstilbildung ebenso eine Rolle wie der elterliche Erziehungsstil, die Familienatmosphäre, die → Geschwisterkonstellation, die soziale Schicht oder gesellschaftliche Einflüsse. Dieser komplexe Prozeß der Persönlichkeitsentwicklung vollzieht sich somit im Zusammen- und Gegenspiel mit der sozialen Umwelt, wobei Adler das Kind stets als aktives, schöpferisches Wesen und nie als ausschließliches Produkt der Umwelt betrachtet (→ Aktivität). Bis zum fünften, sechsten Lebensjahr haben sich die subjektiven, in den Augen des Kindes „erfolgreichen“ Wege zu einem einheitlichen, nach vorne gerichteten System von Persönlichkeitszügen bzw. Fiktionen, dem Lebensstil, verfestigt, der – angesichts seiner unbewußten Anteile – nur unter gewissen Voraussetzungen zu erkennen bzw. zu verändern ist. Für Pongratz (1983) hat der „Lebensstil“ unter den Begriffen der Individualpsychologie „die meiste Beachtung in der psychologischen Forschung gefunden. Er erscheint dort unter

anderen Bezeichnungen, aber die Adlersche Grundidee schimmert überall durch“ (Pongratz, 1983: 263). Die → Transaktionsanalyse zum Beispiel bezieht sich in ihrem Begriff des → Skripts explizit auf Adler.

Adler A [1929] (1978) Lebenskenntnis. Frankfurt/M., Fischer

Ansbacher HL (1995) Lebensstil. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 281–291

Pongratz L (1983) Hauptströmungen der Tiefenpsychologie. Stuttgart, Kröner

Rüedi J (1992) Die Bedeutung Alfred Adlers für die Pädagogik. Eine historische Aufarbeitung der Individualpsychologie aus pädagogischer Perspektive. Bern, Haupt

Jürg Rüedi

Lebensveränderungskrise. → Krisenverlauf; → Krisenintervention.

Lebenswelt. Der von der → Phänomenologie eingeführte Begriff der Lebenswelt soll die vorwissenschaftliche Welterfahrung von der theoretisch verarbeiteten Erfahrung der Wissenschaft unterscheiden. Lebenswelt ist der Boden des selbstverständlich Vorgegebenen, Fraglosen, der für wissenschaftliche Konstruktionen Voraussetzung ist. Sie ist der Nullpunkt des Weltverständnisses, jedoch von vornherein sinnhaft gegeben, das heißt: in ihr ist nichts einfach unabhängig von jemandes Interesse da; die Lebenswelt ist auch Quelle sinnhafter Weltanschauung überhaupt, gleichzeitig ist in ihr das Fundament der Bezogenheit zu anderen gesetzt. Man muß zwei Verwendungsweisen von Lebenswelt unterscheiden: Für Husserl hat der Lebenswelt-Begriff wesentlich die Funktion, den Objektivismus der Wissenschaften (ihre Unterschlagung des aktiven Momentes in der Wissenskonstitution) zu kritisieren. In der Lebenswelt wurzeln letztlich alle Geltungsansprüche, auch die der Wissenschaft; sobald diese sich von der Lebenswelt abkoppelt, ist sie von Sinnverlust bedroht – „Krisis der neuzeitlichen Wissenschaften“ (→ Wissenschaftsgeschichte). Der wissenssoziologische Begriff der Lebenswelt

(Schütz) konzentriert sich dagegen auf die konkrete, empirische Erforschung des ursprünglichen menschlichen Umfeldes; der primäre Bezug des Menschen zur Lebenswelt wird zunehmend als praktischer und sozialer Vollzug aufgefaßt. Diese vertraute Welt steht aber im Spannungsfeld zu Institutionen und → Diskursen, deren relative Zunahme gegenüber der Lebenswelt ein Charakteristikum der Moderne ist. Psychotherapeutisches Handeln bezieht sich notwendig auf die Lebenswelt (daran scheitern alle Versuche, Therapie auf rein objektiv-wissenschaftliche Basis zu stellen); insbesondere die → Daseinsanalyse versteht psychische Störungen als Ausdruck einer gestörten Lebenswelt.

Bourdieu P (1976) Entwurf einer Theorie der Praxis. Frankfurt/M., Suhrkamp

Husserl E (1986) Phänomenologie der Lebenswelt. Stuttgart, Reclam

Schütz A, Luckmann T (1976) Strukturen der Lebenswelt. Frankfurt/M., Suhrkamp

Thomas Slunecko

Lebenszyklus. Wird in der → Systemischen Therapie als intra- und interpersonaler Prozeß (→ Ko-Evolution) betrachtet. Psychologische Lebenslaufanalysen gehen davon aus, daß das menschliche Leben mit Intentionalität gelebt wird (Bühler). In den unterschiedlichen Entwicklungsstadien werden unterschiedliche Rollen eingenommen und Aufgaben bewältigt. Nicht nur Personen sind mit Aufgaben konfrontiert, sondern auch soziale Systeme. Das Phasenmodell der familiären Entwicklung (Duvall, 1977): 1. Paarphase: Gestaltung einer wechselseitig befriedigenden Partnerschaft, Abgrenzung vom Herkunftssystem und Vorbereitung auf die Elternschaft; 2. Familie mit Kleinkindern: Gestaltung eines Eltern- und Paarsystems, das für Kinder und Eltern Entwicklungsspielraum schafft; eventuell beruflicher Wiedereinstieg; 3. Familie mit Vorschulkindern: Anpassung an die kritischen Interessen und Bedürfnisse von Vorschulkindern; Balance zwischen familiären und individuellen Bedürfnissen; 4. Familie mit Schulkindern: Auseinandersetzung mit Autorität, Lei-

stung und Konkurrenz; 5. Familie mit Jugendlichen: Balance von Freiheit und Verantwortung, Ablösungskonflikte; 6. Familie im Ablösungsstadium: Ablösung von der Elternrolle, Entwicklung nachelterlicher Interessen; 7. Paar im mittleren Lebensalter: Neudefinition der Ehebeziehung, Gestaltung der Beziehungen zur älteren und zur jüngeren Generation; 8. Altern: Rückzug aus dem Beruf, Auseinandersetzung mit Partnerverlust, Alleinleben, Tod. Jede Phase stellt bestimmte Herausforderungen an die Familienmitglieder und an das System. In der Regel sind Phasenübergänge von Krisen begleitet, die eine Umstrukturierung im Sinne eines Wandels zweiter Ordnung (d. h. einer Veränderung der Regeln des Familiensystems) verlangen. McGoldrick & Carter (1980) haben der gesellschaftlichen Realität erhöhter Scheidungsraten und zusammengesetzter Familien Rechnung getragen und Familienentwicklungsaufgaben für die Scheidungs- und Wiederverheiratsphase formuliert. Das Konzept des Familienlebenszyklus geht von Rollen und Entwicklungsaufgaben aus, die mit natürlichen Krisen und Übergangsphasen verbunden sind. Dies entlastet dort, wo Familien ihre Schwierigkeiten als individuelle oder familiäre Defizite erleben und zusätzlich darunter leiden, daß sie die Probleme eigentlich gar nicht haben dürften.

Duvall EM (1977) *Marriage and families development*. New York, Lippincott [bes. pp 144ff.]
 McGoldrick M, Carter B (1980) *The family life cycle. A framework for family therapy*. New York, Gardener

*Juliane Kleibel-Arbeitsbuber,
 Brigitte Roschger-Stadlmayr*

Leerer Stuhl (im Rahmen der → Gestalttherapie und → Gestalttheoretischen Psychotherapie). Gestalttherapeutisches Verfahren, bei dem ein „leerer Stuhl“ bereitgestellt wird, auf den der Klient seinen Dialogpartner „setzt“. Im Gespräch nimmt er selbst dessen Rolle ein und wechselt so ständig zwischen seinem ursprünglichen Platz (bzw. → „heißem Stuhl“) und „leerem Stuhl“. Dialogpartner können „Teilpersönlichkeiten“ des Klienten (z. B. Ja-Sager/

Nein-Sager) sein, Vater, Mutter, lebende oder tote Bezugspersonen, Tiere, Pflanzen, Maschinen, Vorstellungen, die im Alltagsleben oder in Träumen für ihn von Bedeutung waren bzw. sind. Wie beim → Psychodrama die Inszenierung von Lebenssituationen mit Hilfe von Mitspielern, dient ein solches Arrangement auch in Gestalttherapie und Gestalttheoretischer Psychotherapie der Aktualisierung, Konkretisierung und unmittelbaren Verarbeitung von Konflikten (→ unerledigte Situationen). Dabei gewonnene Einsichten führen zu bemerkenswerten (oft gar nicht bewußten) Verhaltensänderungen, durch die Beziehungsprobleme verschwinden können (z. B. wenn erst bestimmte Erwartungshaltungen gegenüber einem Mitmenschen das Problem hervorgerufen haben).

Perls F (1974) *Gestalt-Therapie in Aktion*. Stuttgart, Ernst Klett
 Staemmler F-M (1995) *Der „leere Stuhl“: ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie*. München, Pfeiffer

Hans-Jürgen Walter

Leerer Stuhl (→ Psychodrama). Die Hilfsobjekt-Technik „Leerer Stuhl“ wird sowohl im Gruppen- wie auch im Einzelsetting (→ Monodrama) angeboten: In der Psychodrama-Gruppe ist sie eine Technik des Warming-up (→ Anwärmphase) oder nützlich bei stark negativ besetzten Rollenträgern (z. B. findet sich dafür keine zumutbare Antagonistenwahl); in der Monodrama-Arbeit wird diese Technik bei kurzen, spontanen Dialogsequenzen eingesetzt, um in diesem Moment eine Rolleneinengung für den Protagonisten zu vermeiden. Der leere Stuhl ersetzt die Personen, die in einer Gruppensitzung die antagonistischen Rollen des → Protagonisten übernehmen würden. Die Art des gewählten Stuhles erlaubt Rückschlüsse auf den Bezug des Protagonisten zu diesen Rollen.

Erlacher-Farkas B, Jorda C (Hg) (1996) *Monodrama. Heilende Begegnung. Vom Psychodrama zur Einzeltherapie*. Wien, Springer [bes. S 121ff.]
 Krüger RT (1997) *Kreative Interaktion. Tiefenpsychologische Theorie und Methoden des*

klassischen Psychodramas. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Anneliese Schigutt, Christian Jorda

Lehranalyse (→ Lehrtherapie; → Analyse). Geht, historisch gesehen, auf Sigmund Freud zurück, der sich einer „Selbstanalyse“ zwar unterzog, dann jedoch bereits 1912 feststellte, daß er die Anregung zu einer sogenannten Lehranalyse von der „Züricher Schule“ übernommen habe und ihr den Vorschlag als Verdienst anrechne, es solle sich jeder, der Analysen an anderen ausführen wolle, „vorher selbst einer Analyse bei einem Sachkundigen unterziehen“ (Freud, 1912). Der Begriff „Lehranalyse“ wurde erstmals von Max Eitingon gebraucht. Heute spricht man eher von „Ausbildungsanalyse“, im angelsächsischen Schrifttum von „training analysis“. Dabei muß berücksichtigt werden, daß der Terminus u. a. eine Schutzfunktion (Condrau) hat, die es dem Kandidaten erlaubt, seine Analyse, obwohl auch als therapeutische gedacht, vor der Öffentlichkeit als berufsmäßige Ausbildungsverpflichtung und nicht als Heilbehandlung zu deklarieren. Die Einführung der obligatorischen Lehranalyse ging nicht problemlos vor sich. Ernest Jones vermerkt, daß er vermutlich der erste Psychoanalytiker gewesen sei, der sich zu einer eigenen Analyse entschloß; er ging einige Monate lang zu Ferenczi nach Budapest. Sie verhalf ihm sehr „zur Überwindung“ seiner „persönlichen Schwierigkeiten“ und vermittelte ihm „die unersetzliche Erfahrung der analytischen Situation“. C.G. Jung führte vor allem rationale Gründe für die Notwendigkeit der Lehranalyse an. Die Forderung, daß der Analytiker selbst analysiert sein sollte, gipfete in der „Idee des dialektischen Verfahrens, wo der Therapeut nämlich sowohl als Fragender wie als Antwortender in Beziehung“ trete, nicht mehr als Übergeordneter, Wissender, Richter und Ratgeber, sondern als Miterlebender im dialektischen Prozeß wie der Patient: auch Analytiker hätten „Komplexe und blinde Flecken“. Andererseits ist die Lehranalyse im Jungschen Ausbildungsprogramm einbezogen, da sie auch „Wissen“ (beispiels-

weise über Symbole) berücksichtigen sollte. Heute wird die Lehranalyse als die unentbehrlichste und wichtigste Grundlage jeder analytischen Ausbildung betrachtet. Ziel und Zweck unterscheiden sich prinzipiell nicht von jeder anderen therapeutischen Analyse, es sei denn durch den höheren Grad der Vollständigkeit, welche von ihr erwartet werden muß (Condrau). Inzwischen ist die Lehranalyse zu einem unabdingbaren Bestandteil jeder analytischen Psychotherapie geworden, wobei sie auch für einige andere Therapieformen Gültigkeit besitzt. Dabei geht es nicht lediglich um die Erlernung und Aneignung technischer Methoden, sondern um die eigene Wesenserhellung, der sich jeder Mann unterziehen sollte, um anderen Menschen in deren neurotischer Engnis helfen zu können. Die Auffassung, wonach die Lehranalyse grundsätzlich nichts anderes sei als eine therapeutische Analyse, wurde bereits früh von S. Ferenczi vertreten.

- Balint M (1954) Analytische Ausbildung und Lehranalyse. *Psyche* 6: 689–699
- Condrau G (1988) Die Bedeutung der Lehranalyse für die psychoanalytische und daseinsanalytische Ausbildung. *Daseinsanalyse* 5: 235–258
- Ferenczi S [1928] (1964) Über den Lehrgang des Psychoanalytikers. In: Ferenczi S, Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. III. Bern, Hans Huber, S 422–431
- Freud A (1970) Probleme der Lehranalyse. *Psyche* 24: 565–576
- Freud S [1912] (1982) Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 169–180
- Frühmann R, Petzold H (Hg) (1994) Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigen-therapie in den psychotherapeutischen Schulen. Paderborn, Junfermann
- Jung CG (1958) Praxis der Psychotherapie. GW, Bd. 16. Zürich, Rascher
- Streeck U, Werthmann H-V (Hg) (1992) Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Heidi Brenner

Lehrtherapie (→ Ausbildung, psychotherapeutische). Tragendes Element der fach-

spezifischen Psychotherapieausbildung (→ Lehranalyse, Einzelselbsterfahrung); Gegenstand der Lehrtherapie ist der Auszubildende, der sich im Rahmen der Ausbildung einer Psychotherapie bei einem Lehrtherapeuten zu unterziehen hat. Die Lehrtherapie dient u. a. der für die psychotherapeutische Berufsausübung notwendigen Erfahrung des Aufbaus und der Handhabung einer psychotherapeutischen Beziehung, der Erfahrung des therapeutischen Settings und Prozesses sozusagen „am eigenen Leib“, dem Abbau von „blinden Flecken“ und der Schulung der Selbstreflexion beim Auszubildenden. Die Lehrtherapie, in der sich der Ausbildungskandidat selbst einer Psychotherapie unterzieht, bevor er psychotherapeutisch tätig wird, ist mittlerweile ein von allen Psychotherapieschulen akzeptierter und in die Ausbildung implementierter Bestandteil zur Schärfung und Erweiterung der persönlichen Fähigkeiten von Psychotherapeuten. Der Umfang der Lehrtherapie variiert nach Psychotherapieschule, tendenziell wird aber ein Selbstreflexionsprozeß erwartet, der sich über mehrere Jahre zieht. Diese wird einerseits in Einzelsitzungen aber auch in – geblockten – Gruppen absolviert. Das österreichische Psychotherapiegesetz beispielsweise fordert ein Minimum von 200 Stunden. Voraussetzung ist eine entsprechende Flexibilität, Belastungsfähigkeit und Einsichtsfähigkeit in die eigene Erlebniswelt. Die Lehrtherapie selbst sollte sich von einer „Heiltherapie“ nicht unterscheiden, da es notwendig ist, daß der künftige Psychotherapeut die Rolle eines Patienten voll und ganz erlebt. Diesbezüglich sind Widerstände nicht selten, da sich Ausbildungskandidaten oft fürchten, allzu offen gegenüber ihren Ausbildern zu sein. Dies ist eine der großen Schwierigkeiten in der Lehrtherapie, da sich therapeutische und pädagogische Anliegen überschneiden. Von den Lehrtherapeuten wird in der Regel eine umfassende Kenntnis der psychotherapeutischen Methode sowie mehrjährige Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung verlangt. Die meisten Ausbildungseinrichtungen haben strenge Curricula für Lehrtherapeuten, die sich unter anderem deshalb begründen lassen, weil die Lehr-

therapeuten auch die Träger der jeweiligen Psychotherapieschule sind und daher ihre Tradition der Handhabung einer Psychotherapiemethode stilbildend für die nächste Psychotherapeutengeneration ist.

Frühmann R, Petzold H (Hg) (1994) Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigen-therapie in den psychotherapeutischen Schulen. Paderborn, Junfermann

Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz – Kurzkomentar. Wien, Orac

Johanna Schopper, Alfred Pritz

Leiben. Mit diesem Begriff will die → Daseinsanalyse nicht nur den „Leib“ vom Körperhaften unterscheiden, sondern ihn jeweils in einem zugehörigen existentiellen → Weltbezug sehen, in dem und als welcher sich das menschliche → Dasein aufhält, gesehen und verstanden werden soll. Leben und leiben sind voneinander nicht trennbar, auch dann nicht, wenn wir uns des „Leibens“ gar nicht achten. Im Tätigkeitswort „leiben“ soll das „Leiblich-sein“ (ein → Existenzial) nicht statisch als Sache („der Leib“) sondern dynamisch erfaßt werden. „Psychosomatik“ ist demzufolge ein Geschehen, ein Sich-verhalten-zu, ein immer gestimmtes Weltverhältnis, das durch seinen Sinn- und Bedeutungsgehalt (Boss) und seinen Gebärdecharakter (Heidegger) eine differenzierte Betrachtung menschlichen Krankseins ermöglicht. Den Bedeutungsgehalt der Krankheiten kennen, heißt, den ganzen Menschen in den Heilungsprozeß einzubeziehen. Das Leiben beinhaltet eine profunde mitweltliche Qualität und steht in engem Zusammenhang mit dem mitmenschlichen Bezogensein. Eine sachgerechte Lehre von den krankhaft gestörten Leibphänomenen menschlichen Existierens, d. h. normgemäß nicht mehr freien Vollzügen der gegebenen Möglichkeiten, wirft demzufolge die dreifältige Frage auf, in welcher Weise das „Leiben“ welcher Beziehungsmöglichkeiten eines Kranken gegenüber welchem Begegnenden gestört ist (Boss).

Boss M (1975) Grundriß der Medizin und der Psychologie. 2. Aufl. Bern, Hans Huber

- Boss M, Condrau G, Hicklin A (1977) *Leiben und Leben*. Bern, Benteli
Heidegger M (1987) *Zollikoner Seminare*. Hg. von Boss M. Frankfurt/M., Klostermann

Gion Fidel Condrau

Leiblichkeit. Zentrales Konzept der → Integrativen Therapie, das Grundlage für ihre erkenntnistheoretische Position (Leibapriori der Erkenntnis, K.O. Apel; vgl. Petzold, 1985) bietet, ihren klinischen Ansatz durch psychophysiologische bzw. psychoneuroimmunologische Perspektiven (J. Le Doux, A. Damasio; Bermúdez et al., 1995) fundiert und ihr praxeologisches Vorgehen begründet (Thymopraktik, leib- und bewegungsorientierte [Psycho-]Therapie; vgl. Petzold, 1996). Im Unterschied zum Körper – verstanden als „Dingkörper“ (materielle Realität) und als biologischer Organismus (physiologische Realität) – sehen wir den Leib mit seinen durch neurophysiologische Prozesse hervorgerufenen Emotionen und Kognitionen (= emergent transmaterielle Realität) als Verschränkung von materieller, physiologischer und transmaterieller informationaler Wirklichkeit. Beispiel: Wird durch Amputation der Körper versehrt, zeigt das Phantomglied als mnestisch-repräsentationales Phänomen: Der Leib ist auf der transmateriellen Ebene unversehrt. Die Integrative Therapie vertritt einen „differentiellen, emergenten, interaktionalen Monismus“. Der Mensch ist biologische, psychische und mentale Realität. Das „totale Sinnesorgan“ Leib (Merleau-Ponty), der „informierte Leib“ (Petzold, 1988), der „Gedächtnisleib“, der in seinen Archiven auch alle Informationen über sich selbst trägt, konstituiert das Leibsubjekt als Ganzes: das Leib-Selbst, leibhaftige Personalität (Bermúdez et al., 1995; Petzold, 1993: 535). Das Konzept des Leibgedächtnisses (Petzold, 1993: 700ff.) umfaßt in der Integrativen Therapie das Gedächtnis des Genoms, des Immunsystems, der neuronalen, zerebralen Speicher. In diesem sind – auf phylogenetischen Erfahrungssedimentationen aufbauend – die ontogenetischen Lebenserfahrungen des lebendigen Leibes aufgezeichnet als neurophysiologische Muster, als psycho-

physiologische Schemata und mentale Strukturen, d. h. als Niederschlag von → Leibsozialisation und zwischenleiblichen Erfahrungen (→ Zwischenleiblichkeit), von gelingenden Verkörperungen, Einleibungen, Inkarnationen bzw. Koinkarnationen (G. Marcel, M. Merleau-Ponty, H. Schmitz) oder von mißlingenden, z. B. Inkarnationsdefiziten, Dekarnationen (Petzold, 1993: 1155ff.). Das Konzept der Leiblichkeit in der Integrativen Therapie und ihrer therapeutischen Praxis (Thymopraktik), die den „Leib im Kontext“, seine physiologischen, psychischen, mentalen und sozial-kommunikativen Dimensionen mit verschiedenen Modalitäten behandelt, überwindet die cartesianischen Dualismen.

- Bermúdez JL, Marcel A, Eilan N (1995) *The body and the self*. Cambridge, MIT
Petzold HG (Hg) (1985) *Leiblichkeit*. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn, Junfermann
Petzold HG [1988] (1996) *Integrative Leib- und Bewegungstherapie*. 2 Bde. 3., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann
Petzold HG (1991–93) *Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie*. 3 Bde. Paderborn, Junfermann

Ilse Orth

Leib-Seele-Verhältnis. In der → Analytischen Psychologie mit der → Seele als Grundmetapher gelten alle Ideen über die Beziehungen zwischen Leib und Seele als psychologisch wahr. Weder jenem noch dieser wird ein Primat dogmatisch zugesprochen. C.G. Jung vertrat die Ansicht, daß die Psyche und ihre Inhalte die einzige uns unmittelbar gegebene Wirklichkeit darstellen. Insofern ist auch der Leib ein psychischer Inhalt (→ Ich). Dessen Bedeutungsfeld hat seit der Antike einschneidende Veränderungen durchgemacht (Giegerich, 1983). Ist dem Leib alle Symbolik (→ Symbol) und Metaphorik (→ Metapher) entzogen, bleibt von ihm die zeitgemäß materialistische, medizinisch-technologische Auffassung übrig und nur mehr die physische Wirklichkeit zählt. Die Psyche kann jedoch diese reduzierte Sichtweise wiederum imaginativ verarbeiten (→ Pa-

thologisieren). Klinische Erfahrungen mit Träumen und somatischen, auch synchronistischen Phänomenen („somatisches Unbewußtes“, vgl. Schwartz-Salant, 1982; → Synchronizität) lassen es zu, Soma und Psyche als Pole eines kontinuierlichen, quasi „infrarot bis ultravioletten“ Spektrums oder im Sinne der Welle-Korpuskel-Dualität des Lichts zu denken (Jung, GW, Bd. 8, §§ 29, 251, 418–420; Bd. 18/1, § 69; Instinktpol der → Archetypen, Bd. 8, §§ 263–282). Besonders in Träumen von Patienten mit Körpersymptomen werden die Phänomenologie und die (Re-)Psychisierung von somatisch wirksamen → Komplexen unmittelbar erfahrbar. Eine lebendige Sprache, welche die Komplexe erreicht, wirkt sich wie die → Imagination auch auf der physiologischen Ebene aus.

- Giegerich W (1983) Die Bedeutung des Körpers in Psychologie und Psychotherapie. *Analytische Psychologie* 14(4): 264–284
 Schwartz-Salant N (1982) Narcissism and character transformation. Toronto, Inner City Books [Kapitel: „Modes of relating: the somatic and psychic unconscious“, pp 113–132]
 Ziegler AJ (1981) Die goldenen Fallen. Das Leben in einer wissenschaftlichen und einer archetypischen Medizin. *Eranos Jahrbuch* 49: 323–356

Andreas von Heydewolff

Leibsozialisation. Leibsozialisation bezeichnet in der → Integrativen Therapie den Prozeß der Ausbildung psychomotorischer Wahrnehmungsmuster (→ Psychomotorik, Klinische) und Ausdrucksformen des Leibes, die mit kognitiven, affektiven und sensumotorisch repräsentierten Schemata verbunden sind und im Zusammenspiel mit der ökologischen Um- und sozialen Mitwelt das Leibsubjekt in der Lebenswelt konstituieren. Der Begriff geht auf verschiedene leibphilosophische Konzepte zurück (K.O. Apel, G. Marcel, G.H. Mead, M. Merleau-Ponty, H. Plessner, F.J. Buytendijk, H. Schmitz) und wird vor allem im leibtheoretischen Konzept der Integrativen Therapie von Petzold entfaltet. Leibsozialisation ist (auf dem Hintergrund einer Zivilisationsgeschichte des Körpers) untrennbar verbunden mit Enkulturations-

und Erziehungsprozessen und kann als Inkarnationsgeschichte (Entstehung eines Leibgedächtnisses als Geschichte der Einverleibung von Beziehungsmustern) und – im Falle physiologischer Einschränkungen und psychischer Einwirkungen – als Dekarnationsgeschichte beschrieben werden. Leibsozialisation beginnt mit der Kontaktaufnahme des Säuglings mit seiner Um- und Mitwelt und setzt sich über die gesamte → Lebensspanne fort (life-span-developmental-approach): ein wechselseitiger Prozeß von intentionaler Gestaltung und passiver Prägung. Entsprechend wird in der Integrativen Therapie mit Leibatmosphären als einer Folge von biografischen (durch das und in das Leben eingeschriebenen) Geschichten von Beziehungsmustern gearbeitet, um Defizite und Störungen im Sinne einer unentwickelten bzw. „beschädigten Leiblichkeit“ zu beheben und in leibdialogischer Beziehung zwischen Patient und Therapeut körperliche, seelische und geistige Neuorientierungen zu ermöglichen.

- Hausmann B, Neddermeyer R (1996) *Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis*. Paderborn, Junfermann
 Petzold HG (Hg) (1985) *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Paderborn, Junfermann
 Petzold HG [in Zusammenarbeit mit: Orth I] (1993) *Integrative Leib- und Bewegungstherapie mit erwachsenen Patienten*. In: Petzold HG, *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden*. Bd. 3: *Klinische Praxeologie*. Paderborn, Junfermann, S 1151–1159

Heinrich Dauber

Leibtherapie, initiatische. → Initiatische Therapie.

Leibtherapie, integrative. → Integrative Bewegungstherapie und Leibtherapie (IBT).

Leibtherapie, personale. → Initiatische Therapie.

Leidener Tonusübungen. → Aktive Tonusregulation.

Lernen (→ Verhaltenstherapie). Erwerb von stabilen Verhaltensänderungen. Von seiten der Lernpsychologie werden verschiedene Formen beschrieben: empathisches Lernen, kognitives Lernen, soziales Lernen (→ Modellernen), operantes Lernen. Viele Formen des → Verhaltens unterliegen den Lerngesetzen; sie bilden sich in der Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld über Modell-, Bestätigungs- und Erfolgserfahrungen. Psychische Schwierigkeiten entstehen demnach durch Lernversäumnisse (Defizite) und/oder Lernfehler (Fehlverhalten). Therapie ist nur dann erfolgreich, wenn sie systematisch in geplanten Schritten mit ständig begleitender Rückmeldung und mit Verbesserungskorrekturen durchgeführt wird. Die Aktivationsforschung zeigt, daß Lernen am günstigsten verläuft, wenn Lernschritte bei fokussierten Zielvorgaben und reflektierten Rückkoppelungen in entspannter Situation stattfinden.

Edelmann W (1986) Lernpsychologie. Eine Einführung. 2., völlig neu bearb. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg [bes. S 3–5]
Lefrançois GR (1986) Psychologie des Lernens. 2., vollkommen überarb. u. erg. Aufl. Berlin, Springer [bes. S 3–9]

Kurt Meszaros

Lernen, passives / soziales / stellvertretendes. → Modellernen; → Verhaltenstherapie.

Lerngeschichte (→ Verhaltenstherapie). Bezeichnet die Entwicklung des Menschen in all seinen relevanten Bereichen. Entwicklungspsychologisches und entwicklungspsychopathologisches Wissen werden mit der fallspezifischen Bedingungsanalyse verknüpft. Problemspezifisches Verhalten kann auf diesem Weg in einem breiteren, mitunter überindividuellen Kontext rekonstruiert werden (→ Kontrollierte Praxis). Die Erarbeitung der Lerngeschichte erfüllt un-

terschiedliche Funktionen: sie erleichtert dem Therapeuten eine systemimmanente Gesprächsführung und eine adäquate Gestaltung der Beziehung, sie verhilft zur rascheren Auffindung vulnerabler Stellen; sie entspricht aber auch dem Bedürfnis des Patienten, sich und seine Problematik vor dem Hintergrund der Ontogenese zu begreifen. Die Erarbeitung der Lerngeschichte stellt dadurch oftmals erst eine Basis für die notwendige → Änderungsmotivation zur Verfügung. Bei manchen Störungen (z. B. Psychosen, Identitätsstörungen, Anpassungsstörungen) wird eine detaillierte Erfassung und Bearbeitung der Lerngeschichte zum zentralen Teil der Therapie.

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer [bes. S 113]
Tunmer W (1994) Analyse und Interpretation der Lerngeschichte in der Verhaltenstherapie. Verhaltensmodifikation und Verhaltenstherapie 15: 5–15

Bibiana Schuch

Lerntheorien. Einer der Grundpfeiler der → Verhaltenstherapie. Menschliches Verhalten ist nicht ausschließlich genetisch bzw. instinktmäßig determiniert, sondern flexibel gegenüber Veränderungen der Umwelt. Diese Flexibilität des Verhaltens wird als die Fähigkeit zum → Lernen bezeichnet. Für die Entstehung jeglichen Verhaltens sowie für dessen Veränderung spielen Lernprozesse eine Rolle, die in den Lerntheorien zusammengefaßt werden. Sie lassen sich folgenden Bereichen zuordnen. Zu den Verhaltenstheorien zählen 1. assoziationstheoretische Modelle, v. a. die klassische Konditionierung nach Pawlow (1927). In der Verhaltenstherapie werden klassische Konditionierungsprozesse als basale Lernvorgänge in biopsychosoziale Erklärungskonzepte für die Entwicklung von Auffälligkeiten integriert, während Therapiemethoden, die darauf beruhen, eine geringe Rolle spielen. 2. Das instrumentelle Lernen sieht Verhalten als ein Instrument, das entsprechende Konsequenzen hervorruft. Als wichtigster Vertreter ist Skinner (1938) zu nennen, der diese Form des Lernens als operante Konditio-

nierung beschreibt und deren Bedingungen (Wirkung von positiver und negativer Verstärkung sowie Bestrafung in Abhängigkeit von bestehenden → Kontingenzen) zum Gegenstand seiner Forschungen macht. Im Zuge der weiteren Entwicklung der Verhaltenstherapie wurde von Bandura eine Neuinterpretation dieser Lernformen vorgenommen, indem er die vermittelnde Rolle kognitiver Prozesse aufzeigt, die Konditionierungen begleiten. Die Forschung folgte diesem Weg, indem in Folge neben der Wirksamkeit von Fremdverstärkung (vor allem durch soziale Interaktionen) auch selbstverstärkende Prozesse als verhaltenssteuernde Mechanismen fokussiert wurden (→ Selbstregulation). Die Anwendung operanter Strategien innerhalb der Verhaltenstherapie entspricht dieser Entwicklung. Unter den kognitiven Lerntheorien hat die sozial-kognitive Lerntheorie Banduras (1969) den höchsten Stellenwert innerhalb der Verhaltenstherapie. Prozesse des → Modelllernens werden zur Erklärung menschlichen Verhaltens und dessen Störung herangezogen. Daraus wurden Veränderungsstrategien entwickelt, die z. B. in Gruppentherapien Anwendung finden. Handlungstheorien wurden, ausgehend von der Arbeit von Miller et al. (1960), im Zuge der → kognitiven Wende in Theorie und Praxis der Verhaltenstherapie integriert. Sie finden sich als eine der Grundlagen der → vertikalen Verhaltensanalyse.

Bandura A (1969) Principles of behavior modification. New York, Holt, Rinehart & Winston
 Lefrançois GR (1986) Psychologie des Lernens. 2., vollkommen überarb. u. erg. Aufl. Berlin, Springer
 Miller GA, Gallanter E, Pribram KH [1960] (1973) Strategien des Handelns. Stuttgart, Klett-Cotta
 Pawlow IP (1927) Conditioned reflexes. London, Oxford University Press
 Skinner BF (1938) The behavior of organisms. An experimental analysis. New York, Appleton Century

Kurt Meszaros

Lerntheorie, sozial-kognitive. → Störungsmodelle, verhaltenstherapeutische.

Leugnung. → Verleugnung; → Abwehrmechanismen.

Levitation (→ Hypnose). Unwillkürliches Heben von kataleptischen Gliedmaßen als Reaktion auf entsprechende Suggestionen, meistens eine Hand mit Unter- und Oberarm (Handlevitation, Armlevitation, → Katalepsie). Charakteristisches → Trancephänomen, das vielfältig therapeutisch nutzbar ist, z. B. zur Induktion und Ratifizierung des Vorliegens einer → Trance, als überzeugender Beleg für unbewusste Fähigkeiten, als Signal an den Therapeuten. So wird z. B. häufig bei zahnärztlichen Eingriffen unter Hypnose der levitierte (kataleptische) Arm als Zeichen für Schmerzfreiheit definiert. Die Levitation selbst vollzieht sich typischerweise in kleinen Rucken im Gegensatz zur fließenden Bewegung bei intendiertem Armheben. Der levitierte Arm wird vom Hypnotisierten als nicht zum eigenen Körper gehörig (dissoziiert) erlebt. Sorgfältige Rücknahme der Dissoziation beugt posthypnotischen Mißempfindungen vor.

Bongartz W, Bongartz B (1998) Hypnosetherapie. Göttingen, Hogrefe [bes. S 157f.]
 Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union
 Rossi EL (Hg) (1996) Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson, Bd. 1. Heidelberg, Carl Auer

Hans Riebensabm

Liaison-Dienste. → Konsiliar- / Liaison-Dienste in der Psychosomatik.

Libido. Zentraler Begriff der Freudschen → Psychoanalyse. Freud beschreibt damit die Energie des → Sexualtriebes (in Analogie dazu wird später der Begriff „Destrudo“ – der kaum Verwendung fand – als Energie des Destruktionstriebes geprägt; Freud, 1923.) Die Grundidee der Freudschen ökonomischen Sicht der → Neurose hängt mit seiner Auffassung des → Triebes zusammen, mit der Idee der Triebspannung, die zur Befriedigung treibt, sowie der Entladung in

der Befriedigung und der nachfolgenden Entspannung, bis zu einem neuen Spannungsaufbau. Erklärt man die Neurose aus den Tribschicksalen (Freud, 1915), so spielt dabei die energetische, ökonomische Sichtweise immer eine Rolle. Es gibt also zu jeder Neurose eine dynamische, genetische und ökonomische Sicht. Die energetische, ökonomische Sicht tritt bereits im Rahmen der → Objektbeziehungstheorie, vor allem aber in der → Selbstpsychologie in den Hintergrund. Dort steht im Unterschied zur Partialsicht der klassischen Psychoanalyse die Ganzheit des Individuums im Zentrum der Theorie (Kohut, 1975), sowie in der intersubjektiven – von den Ergebnissen der → Säuglingsforschung beeinflussten – Sicht der Selbstpsychologie (→ Intersubjektivität) die interaktionell geprägte Bildung der → psychischen Struktur (Stern, 1985).

Freud S [1915] (1982) Triebe und Tribschicksale. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 75–102

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Kohut H [1974] (1975) Bemerkungen zur Bildung des Selbst. In: Kohut H, Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 252–285

Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Gerhard Pawlowsky

Libido. → Energie, psychische; → Analytische Psychologie.

Life Event (gelegentlich: Life-Change). Ist als Überbegriff von Lebensereignissen zu verstehen, der alltägliche Ereignisse ebenso wie Krisenanlässe (→ Krise) und → traumatischen Stress (stressful life event; eigentlich: sozialer Stressor) miteinschließt. Im engeren Sinne und so zumeist in der Life Event-Forschung verwendet, geht es jedoch um lebensverändernde bzw. um – oft unscharf

getrennt – belastende Ereignisse, jedenfalls um solche, die eine (gewisse) Anpassungsleistung erfordern, unabhängig davon, ob es sich um allgemein erwünschte oder unerwünschte handelt und um den Einfluß, den solche Faktoren z. B. auf den Ausbruch von (psychischen) Krankheiten haben (z. B. Siegrist, 1995), wobei zumeist nicht Einzelereignisse sondern alle eines bestimmten Zeitraumes untersucht werden. Life Event-Forschung leitet sich von der ursprünglich rein biologischen Stressforschung her und gliedert sich in die psychosoziale Ursachenforschung (Stressforschung) ein (Katschnig, 1980). Sie trägt damit maßgeblich zur Entwicklung der Vulnerabilitäts- und neuerdings auch Resilienzkonzepte bei (→ Psychosomatik). Negative Auswirkungen von stressful life events können nur wirksam werden, wenn eine bestimmte (angeborene oder erworbene) Prädisposition im Sinne einer Vulnerabilität besteht (interaktives Modell der Krankheitsentstehung). Andererseits kann Resilienz – wieder als spezifische Disposition – Personen für negative Auswirkungen recht unanfällig machen (Hurrelmann & Lösel, 1990). In diesem Zusammenhang ist auch die psychological hardiness (Kobasa, 1979) mit den stressprotektiven Merkmalen commitment, challenge und control sowie das Konzept des social supports (Sarason et al., 1990), letzteres allerdings als sozialdeterminierte stresshemmende Disposition, von Bedeutung.

Hurrelmann K, Lösel F (Eds) (1990) Health hazards in adolescence. Berlin, de Gruyter
Katschnig H (1980) Sozialer Stress und psychische Erkrankung. München, Urban & Schwarzenberg

Kobasa SC (1979) Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology 37: 1–11

Sarason JG, Sarason BS, Pierce GR (Eds) (1990) Social Support: an interactional view. New York, Wiley

Siegrist J (1995) Medizinische Soziologie. 5. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg [bes. S 171ff.]

Gernot Sonneck

Life review (Lebenspanorama). Die Lebensrückschau ist ein transkulturelles, d. h.

allgemein menschliches Phänomen und findet sich in der Sterbebegleitung vieler religiöser Traditionen. Als Methode der → Gerontopsychotherapie und → Thanatotherapie wurde sie als „Lebensbilanz“ 1909 von Vladimir Iljine erstmals systematisch verwandt, von R.N. Butler (1980) als Technik der „life-review“ entwickelt und von H.G. Petzold als „Lebenspanorama“ seit 1965 in der Thanatotherapie und in der allgemeinen Psychotherapie eingesetzt (Petzold & Lückel, 1985). Das natürliche Reminiszenzbedürfnis nutzend, werden Erinnerungsbilder imaginativ intensiviert, narrativiert, indem ein Erzählklima aufgebaut wird, damit relevante Szenen der Lebensgeschichte „geteilt“ werden können (Lückel, 1981). Wo erforderlich, werden Bilanzierungen vorgenommen oder begleitet, um einseitige Negativgewichtungen auszugleichen. Im Lebenspanorama (Petzold & Orth, 1993), das zum Teil auch bildlich, z. B. mit Buntstiften oder anderen → kreativen Medien, dargestellt wird, werden im Sinne der Life Span Developmental Psychology (→ Lebensspanne) Ketten positiver, negativer und defizitärer Lebensereignisse betrachtet. Es werden lebensbestimmende „events“ gesucht, belastende Erinnerungen, die man nicht „loslassen“ kann oder die Trauerarbeit (→ Trauer) und Integrationsleistungen erfordern.

Butler RN (1980) Lebensrückschau. Integrative Therapie 6(2–3): 200–203

Lückel K (1981) Begegnung mit Sterbenden. München, Kaiser

Petzold HG [1965] (1985) Bildungsarbeit – Geragogik. Angewandte Gerontologie als Bewältigungshilfe für das Altwerden, das Alter und im Alter. In: Petzold HG (Hg), Mit alten Menschen arbeiten. München, Pfeiffer, S 11–30

Petzold HG, Lückel K (1985) Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden. In: Petzold HG (Hg), Mit alten Menschen arbeiten. München, Pfeiffer, S 467–499

Petzold HG, Orth I (1993) Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. Integrative Therapie 19(1–2): 95–153

Hilarion G. Petzold

Life Span Developmental Psychology. → Lebensspanne.

Lineale Fragen. → Fragen; → Systemische Therapie.

Listening. Methode des → Begleitens im → Focusing; deutsch wörtlich: „zuhören“. Listening bedeutet das Bemühen des Therapeuten, genau zu verstehen, was der Klient wirklich meint, und das Verstandene dem Klienten wiederzugeben. Dies geschieht einmal, um den Kontakt zum Klienten und zu dessen Erlebensprozeß (→ Experiencing) her- und sicherzustellen, um also als Therapeut genau dort zu sein, wo der Klient im Augenblick ist und mit ihm dort zu → verweilen, zum anderen, um den Klienten dabei zu unterstützen, eine unmittelbare Beziehung (direct reference) zu seinem augenblicklichen Erleben aufzunehmen. Listening bezieht sich nicht nur auf den verbalen Ausdruck des Klienten, sondern auch auf Stimme, Gesten und andere Körperprozesse (→ Erlebensmodalitäten). Listening ist eine Variante des Begleitens, in der der Therapeut dem Erleben des Klienten folgt und nichts Eigenes hinzufügt (im Gegensatz dazu: → Guiding). Spezifikationen des Listening sind das → Partialisieren (um Focusing-Prozesse zu initiieren) und das → Saying back (um Focusing-Prozesse zu begleiten).

Cornell AW (1993) The guide's manual. Berkeley (CA), Focusing Resources [Eigenverlag]

Wild-Missong A (1983) Neuer Weg zum Unbewußten. Focusing als Methode klientenzentrierter Psychoanalyse. Würzburg, DAF [bes. S 29–33]

Wiltshko J (1992) Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF [bes. S 31–33]

Jobannes Wiltshko

Live-Supervision. Spezielle Form der Fallsupervision (→ Supervision), vor allem der systemischen → Familientherapie und -beratung. Diese Supervisionsform entwickelte sich in Analogie zu den verschiedenen

Versionen der Arbeit mit reflektierenden und fokussierenden Teams (→ Reflecting Team). Begünstigt wurde diese Entwicklung durch die Verwendung der Einwegscheibe, die als eine Revolution beschrieben werden kann (Simon, 1997), denn erstmals wurde so etwas wie „Öffentlichkeit“ in den bisher Psychotherapeuten und Klienten vorbehaltenen Raum der Psychotherapie geholt. Die Gleichzeitigkeit von Therapie- und Supervisionsprozessen ermöglicht dem Supervisor, (oft noch unterstützt durch weitere Teammitglieder) die Therapie durch andere und bisher ausgelassene Sichtweisen zu erweitern. Die Reflexion der abgelaufenen Prozesse erfolgt unmittelbar, die Ergebnisse können noch in derselben Sitzung nutzbar gemacht werden. Da diese Vorgehensweise didaktisch äußerst effektiv ist (Ludewig, 1992), wird sie vor allem im Ausbildungskontext genützt. Die Anwendung in anderen Kontexten entwickelt sich nur langsam und zögernd, da sie technisch und personell eher aufwendig ist. Ebenso macht dieses Supervisionssetting die heikle Frage der Schweigepflicht besonders deutlich (Petzold & Rodriguez-Petzold, 1997).

Ludewig K (1992) Systemische Therapie, Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 149]

Petzold HG, Rodriguez-Petzold F (1997) Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen – ein methodisches, klinisches und juristisches Problem. *Familiendynamik* 22(3): 288–309

Simon B (1997) Die Kunst, nicht zu lernen. Und andere Paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik. Heidelberg, Carl Auer [bes. S 93f.]

Margarete Fehlinger

Logik, private (→ Individualpsychologie). Kant definierte den „Eigensinn“ (sensus privatus), dem er den normalen „Gemeinsinn“ (sensus communis) gegenüberstellte, als „allgemeines Merkmal der Verrücktheit“. Diese Dichotomie wurde von der Individualpsychologie rezipiert, die von „Bezugssystemen“ der „privaten Logik“ und der „gesellschaftlich-durchschnittlichen (normalen) Weltvernunft“ (die ihrerseits mit dem → Gemeinschafts-

gefühl zusammenhängt) ausgeht. Die kognitiven Wirkmechanismen der privaten Logik folgen – in Analogie zum psychoanalytischen Konzept des „Primärvorgangs“ – einem primitiven Alles-oder-Nichts-Prinzip, das die Wirklichkeit gemäß antithetischer Gegensätze schematisiert und abstrahiert. Daraus leitet sich eine Tendenz zur Idealisierung respektive umfassenden Entwertung ab (→ Entwertungstendenz), die stark affektbezogen ist. Diese tendenziöse → Apperzeption ist das Resultat einer ontogenetisch frühen, subjektiven Stellungnahme zu den Objekten der Lebenswelt, in der diese im Hinblick auf die „ichhaften“ Bedürfnisse eines Kleinkindes (präreflexiv und affektmotiviert) funktionalisiert werden. Die daraus resultierenden vorbegrifflichen „Meinungen“ (→ Fiktion) werden einem primären → Apperzeptionsschema assimiliert, das auf undifferenzierten abduktiven Schlussfolgerungen aufbaut (Identität geht aus dem logisch falschen Pars-pro-toto-Prinzip hervor). Diese „primitive“ Apperzeptionsweise bestimmt nicht nur das Denken und Handeln von Kindern. Sie läßt sich auch im Traumgeschehen und insbesondere im Falle neurotischer und psychotischer Krankheitsverläufe nachweisen, bei denen die im gesunden Seelenleben gelungene Synthese beider Bezugssysteme konflikthaft aufgebrochen ist.

Ansbacher HL (1965) Sensus privatus versus sensus communis. *Journal of Individual Psychology* 21: 48–50

Ansbacher H, Ansbacher R (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München, Reinhardt

Titze M (1986) Affektlogische Bezugssysteme. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 11: 103–110

Titze M (1995) Logik, private. In: Brunner R, Titze M (Hg), *Wörterbuch der Individualpsychologie*. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 306–307

Kant I [1801] (1980) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. In: *Kants Werke*, Bd. XXV. Hamburg, Felix Meiner

Michael Titze

Logotheorie. → Logotherapie.

Logotherapie. Erstmals 1926 von V.E. Frankl verwendeter Begriff zur Bezeichnung der von ihm begründeten Beratungs- und Therapiemethode. Die Grundlage der Logotherapie bildet die → Existenzanalyse und ihre → Anthropologie, die die noetische Dimension mit dem → Willen zum Sinn als primärer Motivationskraft des Menschen betont. In der Logotherapie geht es um die „Selbstbestimmung des Menschen aufgrund seiner Verantwortlichkeit und vor dem Hintergrund der Sinn- und Wertewelt“ (Frankl, 1990: 230). Indikationsbereiche: 1. Noogene Neurosen: neurotische Erscheinungen, die durch ein geistiges Problem (Sinndefizite, Gewissenskonflikte) verursacht sind; 2. Ärztliche Seelsorge als Begleitung von Menschen, die sich in Grenzsituationen befinden (unheilbare Krankheiten, Verlusterlebnisse); 3. Kollektive Neurosen; Dies sind weit verbreitete „Quasi-Neurosen, Neurosen im übertragenen Sinne“ (Frankl, 1972: 688), die eine „psychohygienische Gefährdung des Menschen“ darstellen und die sich „auf Flucht vor der Verantwortung und Scheu vor der Freiheit“ (Frankl, 1972: 689) zurückführen lassen; 4. Bei psychogenen Neurosen ist die Logotherapie unspezifische Therapie; sie begreift diese ganzheitlich als einen Modus des Existierens, „eine Weise des Daseins, menschlichen Stellungnehmens und geistiger Entscheidungen“ (Frankl, 1971: 175). Vor allem bei Angst- und Zwangsneurosen und Depressionen hat die Logotherapie durch den Sinnhorizont eine neue Perspektive beizutragen. Im praktischen Einsatz der Logotherapie wurde im Laufe der Zeit deutlich, daß sie als sinnzentriertes Vorgehen gemäß dem ursprünglichen Ansatz in ihrer Wirksamkeit begrenzt ist und eine Aufarbeitung der Problematik oft notwendig ist. Auf der Basis der existenzanalytischen Anthropologie wurde deshalb die existenzanalytische Psychotherapie (Existenzanalyse) als „spezifisch existentielle Behandlungsweise“ (Längle) für den gesamten Bereich psychischer Störungen und geistiger Probleme entwickelt. Im Rahmen dieser neueren Entwicklung bezeichnet Logotherapie eine auf der Sinnausgerichtetheit des Menschen aufbauende Form der Beratung und Begleitung, die auch in ande-

ren Bereichen (Pädagogik, Erwachsenenbildung, Seelsorge, Sozialarbeit) Eingang gefunden hat; zudem bilden logotherapeutische Aspekte immer wieder Elemente existenzanalytischer Therapie. Logotherapeutische Methoden: → Dereflexion; → Paradoxe Intention; → Einstellungsänderung; → Sinnerfassungsmethode; → Willensstärkungsmethode; → Personale Positionsfindung.

- Frankl VE [1946] (1971) Ärztliche Seelsorge. Wien, Deuticke
- Frankl VE (1972) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl VE, Grundzüge der Neurosenlehre, Bd. 3. München, Urban & Schwarzenberg
- Frankl VE [1975] (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Neuauflage. München, Piper
- Längle A [1987] (1994) Sinnvoll leben. 4. Aufl. St. Pölten, NÖ Pressehaus
- Lukas E (1990) Geist und Sinn. Logotherapie – die dritte Wiener Schule der Psychotherapie. München, Psychologie Verlags Union

Beda Wicki

Lösungsorientierte Kurztherapie (→ Systemische Therapie). Therapieform, die auf den ressourcenorientierten Überlegungen des Hypnotherapeuten Milton H. Erickson sowie systemtheoretischen und konstruktivistischen Konzepten gründet und Ende der 70er Jahre am Brief Family Therapy Center Milwaukee (Wisconsin) von Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Eve Lipchik, Enam Nunnally, Michele Weiner-Davis und Alex Molnar entwickelt wurde. Im Gegensatz zu den kurztherapeutischen Überlegungen der Palo Alto-Gruppe um John Weakland, in denen die Problemlösung als zentraler Fokus therapeutischen Handelns betont wurde, beschäftigte sich die Gruppe um Steve de Shazer mit der Frage, wodurch Kooperation im therapeutischen Kontext entsteht und wie diese Kooperation mit der Lösung von Problemen zusammenhängt. Im Gefolge dieser Arbeiten erstellten de Shazer und sein Team eine Beziehungstypologie (Visitor-, Complainant-, Customer-Beziehung), die den spezifischen Grad der Kooperation mit dem Therapeuten und daraufhin ausgerichtete „maßgeschneiderte“ Handlungsan-

leitungen („observing-task“, „prediction-task“) erfassen sollte. In weiterer Folge konzentrierten sich de Shazer und sein Team auf Klientenbeschreibungen von Situationen und Zuständen, die das Problem unterbrechen („Ausnahmen“). Diese → Ausnahmen vom Problem werden als Lösungsschlüssel aufgefaßt, dementsprechend herausgearbeitet und als Basis für Interventionen verwendet. Im Erstgespräch werden neben der präsentierten Beschwerde vor allem die Ausnahmen vom Problem sowie Ziel- und Lösungsvorstellungen („Miracle Question“, → Fragen) exploriert. Im Rahmen der „Message“-Phase wird den Klienten mitgeteilt, was sie bereits tun oder getan haben, das als positiv und nützlich im Hinblick auf das angestrebte Ziel zu werten ist („Komplimente“). Danach wird je nach Einschätzung der Art der Kooperationsbeziehung eine Aufgabe als Idee einer Veränderungsübung präsentiert. In den Folgesitzungen werden Ereignisse fokussiert, die vom Klienten als signifikante Veränderung in Richtung eines Ausbaus der formulierten Zielvorstellungen erlebt werden. Wenn keine Veränderungen beschreibbar sind, so werden die zur Anwendung gelangten Bewältigungsstrategien erfragt. De Shazer und sein Team haben eine Reihe von praktischen Vorgehensweisen entwickelt, die zum Standardrepertoire systemischer Therapeuten zählen (wie etwa die „Miracle Question“ und „Skalierungsfragen“) und zur Verbreitung dieses Ansatzes beigetragen haben.

- Ahlers C, Hinsch J, Rössler E, Wagner H, Wolf F (1991) Erfahrungen mit de Shazers kurztherapeutischem Konzept in Österreich: Bericht aus der zweijährigen Zusammenarbeit eines Teams. In: Reiter L, Ahlers C (Hg), Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Berlin, Springer, S 136–153
- de Jong P, Berg IK (1998) Lösungen (er-)finden. Dortmund, Modernes Lernen
- de Shazer S (1989) Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart, Klett-Cotta
- de Shazer S, Kim Berg I, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A (1986) Kurztherapie – zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. Familiendynamik 11(3): 182–205

Ferdinand Wolf

Lösungsorientierung (in der → Hypno[se]therapie). Die Anwendung lösungsorientierter Techniken in der Hypnose-therapie geht vor allem auf Milton H. Erickson zurück. In den letzten Jahrzehnten wurden darauf aufbauend hypnotherapeutische Ansätze formuliert, die auch systemische und kurztherapeutische Erfahrungen einbeziehen. Nach der konstruktivistischen Sichtweise (→ Konstruktivismus) sind Probleme und damit auch deren Lösungen das Ergebnis subjektiver Konnotationen und Definitionen (Fourie, 1994), ebenso wie die Prozesse von → Trance und → Hypnose. Schmidt (1985, 1992) spricht in diesem Zusammenhang von „Problemtrancen“ und von problemstabilisierenden Assoziations- und Verhaltensmustern, die als unwillkürlich-selbsthypnotischer Prozeß, den es zu verändern gilt, wirken. In der Hypno(se)therapie werden keine Lösungen suggeriert, sondern es wird die Kreativität des Klienten geweckt. Trance erleichtert das damit verbundene divergente Suchen, das den problemgeprägten Wahrnehmungs-, Affekt- und Denkraum überschreitet. Durch das Erleben neuer Reaktionen und Zustände wird der Aufmerksamkeitsfokus des Klienten auf mögliche positive Entwicklungen gelenkt. Ein solcher Wechsel des Blickwinkels kann auch durch Umdeutung (→ Reframing) eingeleitet und unterstützt werden. Ebenso können Verhaltensverschreibungen (z. B. „Ordeals“), die oft paradox formuliert sind, wie auch → Humor, Provokation und Übertreibung den Klienten aus seiner „Problemtrance“ herausführen. Eine wesentliche hypnotherapeutische Strategie ist das trance-unterstützte imaginative Hineinversetzen in einen Zustand, in dem das gegenwärtige Problem bereits gelöst oder ein bestimmtes Ziel bereits erreicht ist, besonders durch → Altersprogression in einen hypothetischen künftigen Zeitraum. Der Klient kann sich zuerst von außen („dissoziiert“) sehen und später diesen Lösungs- oder Zielzustand auf allen Sinnesebenen „assoziiert“ erleben und verankern (→ Assoziation). Von einer „zukünftigen“ Warte aus können „retrospektiv“ Lösungsschritte erkundet werden. Weiters werden in der Trancearbeit individuell angemessene → Metaphern für lö-

sungsorientierte Prozesse und gesunde Anteile der Klienten verwendet. Erickson setzte häufig die Metapher des guten, weisen „Unbewußten“ (Erickson & Rossi, 1981) ein. Die Trancetechnik der „Bewußt-Unbewußt-Dissoziation“ (→ Dissoziation) induziert aufgrund ihrer indirekt-suggestiven Wirkung bewußtseinsfernere Suchprozesse (→ Suchprozeß). Auch tiefere Trancezustände ohne bewußte Imagination, verbunden mit indirekten → (post)hypnotischen Suggestionen und Amnesie, können entscheidende → Ressourcen verfügbar machen und Lösungsprozesse in die Wege leiten.

- Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie. München, Pfeiffer
 Fourie D (1994) Hypnose. Ein ökosystemischer Ansatz. Berlin, Quintessenz
 Haley J (1978) Die Psychotherapie Milton Ericksons. München, Pfeiffer
 Schmidt G (1985) Gedanken zum Ericksonischen Ansatz aus einer systemorientierten Perspektive. In: Peter B (Hg), Hypnose und Hypnotherapie nach Milton Erickson. München, Pfeiffer, S 31–57
 Schmidt G (1992) Systemische und hypnotherapeutische Konzepte für die Arbeit mit psychotisch definierten Klienten. In: Peter B, Schmidt G (1992), Erickson in Europa. Heidelberg, Carl Auer, S 14–71

Hans Kanitschar

Loyalität (→ Familientherapie). Entsteht in der Familie durch einander erwiesene Wohltaten und Geschenke, wodurch der Empfänger dem Geber Gegenleistungen schuldet. Das familiäre Prinzip des Gebens und Nehmens und die ethische Verpflichtung der Familienmitglieder, füreinander zu sorgen, bindet diese aneinander. Nach Boszormenyi-Nagy (1981) ist Loyalität die Kraft, welche Familien und Verbände zusammenhält. Die Mitglieder fühlen sich zu Loyalität verpflichtet, da sie von ihrer Familie/ihrer Verband „Gutes“ erhielten und das Bedürfnis nach Ausgleich haben bzw. dieser erwartet wird. Loyalität ist die Verbindung zwischen den Bedürfnissen und Erwartungen eines sozialen Verbandes und dem Denken, Fühlen und der Motivation des einzelnen Mitgliedes des → Systems als individuelle Person (systemgebundene Ebene und soziale vs. individuelle Ebene).

Die Loyalitätskonflikte resultieren aus diesem Spannungsfeld.

- Boszormenyi-Nagy I (1981) Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart, Klett-Kotta
 Hellinger B (1967) Schicksalsbindungen bei Krebs. Heidelberg, Carl Auer

Brigitte Gross

LSD. → Designer-Drogen; → Halluzinogene; → Psychopharmaka.

Lust. Sexualität und Angst erzeugen in Wilhelm Reichs Konzept einer dialektischen → Triebtheorie den sogenannten Urgegensatz und bilden hier das ursprünglichste Gegensatzpaar. Die Lustempfindung gilt dabei als die innere Wahrnehmung sexueller Triebabkömmlinge. Im Konzept des Urgegensatzes leiten sich alle weiteren Triebabkömmlinge von den beiden Grundtendenzen des Lebendigen „Hin zur Welt“ (Sexualität, Lust) vs. „In sich zurück“ (Angst, Unlust) ab. Physiologisch ist die Lust die Wahrnehmung bioelektrischer Erregungs- und Strömungsprozesse, die in der Elektrolyt- und Membranphysiologie des Körpers verankert sind. An der Hautoberfläche, besonders an erogenen Zonen, korrespondiert die Höhe der Lustempfindung mit der Höhe der Positivierung (Aufbau) der bioelektrischen Ladung der Haut im Vergleich zum Körperinneren, während andere Emotionen wie Angst, Trauer etc. einhergehen mit einer Negativierung der Hautladung (Reich, 1984, 1987). Ziel der Reichschen → Vegetotherapie ist eine Förderung der Lustfähigkeit des Menschen.

- Lowen A [1958] (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München, Kösel
 Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch
 Reich W [1982] (1984) Bioelektrische Untersuchung von Sexualität und Angst. Frankfurt/M., Nexus

Günter Hebenstreit

Lustlosigkeit, sexuelle. → Sexuelle Unlust.

Lustprinzip. Das Lustprinzip ist in der triebtheoretischen → Psychoanalyse Freuds ein Regulationsprinzip der → Libido, der psychischen Kraft des → Sexualtriebes (Freud, 1911). Es ist ein weitreichendes und mächtiges Prinzip – die eine der beiden Motivationen des Menschen: „Die Gesamtheit der psychischen Aktivität hat zum Ziel, die Unlust zu vermeiden und Lust zu verschaffen“ (Laplanche & Pontalis, 1972: 297). In der ökonomischen Sichtweise Freuds sind das Lustprinzip und die Libido auch quantitativ meßbar. Das Lustprinzip wird immer zusammen mit seinem Gegenstück, dem → Realitätsprinzip, gesehen. Die → Triebe (d. h. ihre Abkömmlinge, ihre Manifestationen) suchen in der Konfrontation von Lustprinzip und Realitätsprinzip ihre eigenen Wege, um zu einer – wenn auch kompromißhaften, aufgeschobenen, auch verschobenen und verdichteten Weise zu ihrer Befriedigung zu gelangen. Dabei sind viele „Tribschicksale“ möglich (Freud, 1915). In der nicht triebtheoretisch orientierten → Selbstpsychologie sind mehrere Regulationsprinzipien (in → Motivationsystemen zusammengefaßt; Lichtenberg et al., 1992) für den andauernden und beständigen Austausch mit der Umwelt zu finden. Lust als Motivation und Regulationsfaktor ist nur eines dieser Motive.

Freud S [1911] (1982) Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 13–24

Freud S [1915] (1982) Triebe und Tribschicksale. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 75–102

Laplanche J, Pontalis JB [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (1992) Self and motivational systems. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Gerhard Pawlowsky

- M -

Machtstreben (→ Individualpsychologie). Wie andere Begriffe hat Adler denjenigen des Machtstrebens im Laufe seiner theoretischen Entwicklung unterschiedlich verwendet. 1912 dachte er beim Machtstreben an neurotische Individuen, die jede zukünftige Erniedrigung ausschalten wollen und darum „mit besonderer Macht“ die „Erhöhung des Persönlichkeitsgefühls“ (Adler, 1912: 72) erstreben. Hier ist das Streben nach Macht Folge einer krankhaften Entwicklung, der eine → Organminderwertigkeit oder ein vertieftes → Minderwertigkeitsgefühl zugrunde liegen. Adler verstand das Machtstreben 1912 als Sekundärphänomen, als Folge einer zu kompensierenden Minderwertigkeit. In der „Menschenkenntnis“ (Adler, 1927) finden sich hingegen Formulierungen, die nahelegen, das Streben nach Macht als eine anthropologische Grundkonstante aufzufassen. Adler beschrieb den Charakter hier als eine Kombination von → Gemeinschaftsgefühl und Machtstreben, wodurch der Eindruck entstehen konnte, die Individualpsychologie sei die Lehre vom Machtstreben. Es kann angenommen werden, daß Adler selbst auf die Gefahren dieser Interpretationsmöglichkeit aufmerksam geworden ist. Ab 1928 verwendete er bewußt die Begriffe „Streben nach Überwindung“ und „Streben nach Vollkommenheit“, um die vorherrschende dynamische Kraft der menschlichen Entwicklung zu kennzeichnen. Er rückte von einer antagonistischen Sicht der Charakterentwicklung ab und bezeichnete das Streben nach Macht als eine mögliche Konkretisierung des „Strebens nach Vollkommenheit“. Das Machtstreben wurde diesem somit untergeordnet. Für die Zeit bis 1927 spricht Ansbacher (1981: 185ff.) deshalb von einem „eigentlich antithetische[n] Charakter des Gemein-

schaftsgefühls“, währenddem er für die Zeit nach 1928 eine „Vereinbarkeit mit der holistischen Theorie“ feststellt. Adler sah ab 1928 im Machtstreben keinen antagonistischen Grundfaktor der Charakterentwicklung mehr, der dem Gemeinschaftsgefühl entgegenarbeiten würde, denn das „Machtstreben“ stellte nur noch eine der vielen möglichen Formen des Strebens nach Vollkommenheit dar. Wiederholt grenzte sich der Begründer der Individualpsychologie vom Machtstreben ab, zum Beispiel in einem Aufsatz von 1932. Überblickt man die gesamte Theorieentwicklung Adlers, so ist Pongratz (1995: 309) zuzustimmen, der festhält, daß man Adler wohl unrecht täte, „wollte man ihn auf seine Bedeutung als Philosoph und Psychologe des Machtstrebens einseitig festlegen“.

- Adler A [1912, 1919] (1997) Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Kommentierte, textkritische Ausgabe, hg. von Witte KH, Bruder-Bezzel A, Kühn R. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Adler A [1927] (1966) Menschenkenntnis. Frankfurt/M., Fischer
- Adler A [1932] (1982) Persönlichkeit als geschlossene Einheit. In: Adler A, Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. II: 1930–1932, hg. von Ansbacher HL, Antoch RF. Frankfurt/M., Fischer, S 236–247
- Ansbacher H (1981) Die Entwicklung des Begriffs „Gemeinschaftsgefühl“ bei Adler. Zeitschrift für Individualpsychologie 6: 177–194
- Pongratz L (1995) Macht. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 308–309

Jürg Rüedi

Magersucht. → Anorexia nervosa; → Eßstörungen.

Mailänder Modell (→ Systemische Therapie). Bezeichnung für die am „Centro per la Terapia Familiare“ in Mailand um Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin und Giuliana Prata tätige Gruppe von Familientherapeuten und -therapeutinnen, die in den 70er Jahren unter dem Einfluß der Erkenntnisse der Palo Alto-Gruppe um G. Bateson ihre spezifische Vorgehensweise entwickelte und als erste den Begriff der „Systemischen Therapie“ verwendete, um etwa den Bezug zur Allgemeinen Systemtheorie Bertalanffys zu unterstreichen. Die Gruppe konzentrierte ihre Arbeit auf Familien mit einem als psychotisch diagnostizierten Mitglied und griff auf die kybernetischen Regelkreismodelle der Kommunikationstheorie (→ Kommunikationsregeln) von Watzlawick, Beavin und Jackson zurück. Dementsprechend wird die Familie als vernetztes → System gesehen, in dem das Problem eine Funktion im System erfüllt (→ Homöostase, positives / negatives → Feedback etc.). Als wichtigste Parameter bei der Arbeit mit Familien wurden dabei die Hypothesenbildung, die Annahme der → Zirkularität der Interaktionen und die → Neutralität des Therapeuten hervorgehoben. Das Setting besteht aus einem mit der Familie arbeitenden Therapeutenteam, während gleichzeitig hinter einem → Einwegspiegel ein Beobachterteam das Geschehen verfolgt und bei Problemen in der Therapie das Therapeutenteam aus dem Raum holt. Dies gewährleistet die Beibehaltung der Metaposition des Therapeutenteams (Neutralität) bei gleichzeitiger Unterbindung des Mitagierens mit der Familie. So werden anhand der Daten des Anmeldebogens Hypothesen über die Dynamiken in der Familie erstellt, die in der Sitzung mittels der von den „Mailändern“ entwickelten „zirkulären → Fragen“ überprüft werden, wobei nicht nur konkrete Daten, sondern auch die Art und Weise, wie die Informationen von der Familie dargeboten werden, beobachtet wird. In einer Pause wird eine Schlußintervention erarbeitet, die in Form eines kurzen Kommentars oder einer paradoxen Verschreibung verbal oder schriftlich (Brief) der Familie präsentiert wird. Besonders die

Technik des zirkulären Fragens wurde von nun an als zentrales Charakteristikum für systemisches Vorgehen begriffen. Dementsprechend war auch der Einfluß, den sich die Mailänder Gruppe im Feld der Familientherapie weltweit sichern konnte.

Cecchin G (1988) Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität. Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13(3): 190–203

Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1977) *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart, Klett-Cotta

Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1981) Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität: drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6(2): 123–129

Ferdinand Wolf

Malen (in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie). Der Patient stellt das in der → Imagination Erlebte, in Fortsetzung des Themas und des therapeutischen Prozesses, bildnerisch dar. So taucht er im kreativen Prozeß neuerlich ins Unbewußte, vertieft und bereichert das therapeutische Material (Regression im Dienste des Ich). Konflikte, Ressourcen, Lösungsstrategien und Abwehr kommen in der Bildgestaltung zum Ausdruck und werden anschaulich gemacht. Malen kann zunächst einer analen Triebbefriedigung, dann einer Katharsis oder Sublimierung dienen. Therapeutisch wichtig sind Kreativität und Ich-Leistung, sie werden durch das Gestalten gefördert. In der Auswahl und Darstellung des Bildmotivs selektiert, fokussiert, strukturiert und integriert der Patient das Thema. In der Auseinandersetzung mit der Darstellbarkeit erfolgt eine neue Bearbeitungsebene der Symbolik. Imaginationen sind oft von starker Emotionalität begleitet. Beim Malen können diese Affekte weiter emotional angereichert werden. Das Hintereinander in der Imagination entspricht nun einem Nebeneinander, einer Verdichtung und Verdeutlichung im Bild. Die begleitenden Assoziationen schlagen sich in der Darstellung nieder, kommen aber auch im Bericht des Patienten und seinen Interpretationen zum Ausdruck.

Leuner HC (1970) *Katathymes Bilderleben*. Grundstufe. Einführung in die Psychothera-

pie mit der Tagtraumtechnik. Stuttgart, Thieme
 Leuner HC (1980) *Katathymes Bilderleben*. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Bern, Hans Huber
 Leuner HC [1985] (1994) *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie*. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Heide Dellisch

Malignes Neuroleptikasyndrom. → Neuroleptikasyndrom, malignes; → Psychopharmaka.

„Man“ (Alltäglichkeit). → Eigentlichkeit; Daseinsanalyse.

Mana(-Persönlichkeit). In der → Analytischen Psychologie wird der aus dem Melanesischen stammende Begriff im Sinne einer Energievorstellung verwendet (→ Energie, psychische). Mana ist das außerordentlich Wirkungsvolle. Es zeigt sich als Kraft, Macht oder überragende Qualität eines Objektes oder eines Menschen. Auf animistischer Bewußtseinsstufe erscheint mana personifiziert in Seelengestalten, Geistern oder Dämonen (also als projizierte archetypische Figurationen der Psyche; → Personifizieren; → Archetypus). Eine Mana-Persönlichkeit ist ein Mensch, der mit den tieferen Schichten des Seelischen in Verbindung steht und deshalb eine außerordentliche Wirkungskraft hat, die auf die Mitmenschen eine belebende und faszinierende Ausstrahlung hat und durch → Projektionen zusätzlich genährt wird (→ Religion).

Jung CG [1948] (1971) Über die Energetik der Seele. In: GW, Bd. 8, §§ 1–130, hier §§ 114–130. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).
 Radin P (1953) *Gott und Mensch in der primitiven Welt*. Zürich, Rhein [bes. S 56ff.]

Martin Kunz

Mandala (→ Analytische Psychologie). Sanskrit für „Kreis“, religionspsychologischer Begriff für kultische Kreisdar-

stellungen, z. B. in Tibet, bei Indianern, im Abendland (keltisches Kreuz, gotische Rosetten). Fast immer ist in ihnen die Vierzahl wesentlich. Nach C.G. Jung ein → „Archetypus von zentraler Bedeutung und universaler Verbreitung, welcher unabhängig von aller Tradition spontan in den Produkten des Unbewußten auftritt“ (Jung, GW, Bd. 3, § 582). Jung malte 1916 in seiner Zeit der Neuorientierung nach der Trennung von Freud und später spontan Mandalas. Das mündete in die jahrzehntelange Beschäftigung mit eigenen Mandalas, den von Patienten in Therapien gemalten sowie denen der Kulturen, wobei Jung erst nach 14 Jahren darüber publizierte. Mandalas treten von selbst als individuelle Bilder in Zuständen psychischer → Dissoziation und Desorientierung auf, z. B. bei Kindern, deren Eltern sich trennen, bei neurotischen Erwachsenen, die der Gegensatzproblematik begegnen (→ Neurose; → Gegensatzthematik) oder in → Psychosen (GW, Bd. 9/I, § 714). Sie können sich in → Träumen und beim Malen spontan einstellen oder gewollt zu Zwecken der psychischen Zentrierung gestaltet werden, dabei den Eindruck des Hervorgehens aus der Fülle des schöpferischen Seelengrundes (→ Seele) oder eher einer defensiven, haltgebenden Absicht vermitteln. Die zentrierende Wirkung des Mandala veranlaßte Jung, es als Gegensätze vereinigendes → Symbol (GW, Bd. 11, § 136) sowie Symbol psychischer → Ganzheit (GW, Bd. 9/I, § 715) und damit des → Selbst und zum → Individuationsprozeß gehörig zu verstehen.

Campbell J (1957) *The symbol without meaning*. Eranos Jahrbuch 26: 415–475
 Jung CG [1944] (1972) *Die Mandalasymbolik*. In: GW, Bd. 12, §§ 122–331. Olten, Walter
 Jung CG [1950] (1976) *Über Mandalasymbolik*. In: GW, Bd. 9/I, §§ 627–712. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydowolff

Mangellage. In der → Individualpsychologie ist das Streben nach Überwindung von Mangellagen durch → Kompensation die zentrale dynamische Kraft des Seelenlebens. Adler ging erstmals in der „Studie über die Minderwertigkeit von Organen“

(1907) vom angeborenen organischen Mangel, der → Organminderwertigkeit, und der organischen Kompensation als psychodynamischem Bewegungsgesetz aus. Diesen Gedanken veränderte er. Erstens rückten gesellschaftlich, später anthropologisch-evolutionär bedingte Mangellagen als Ursachenfaktoren in den Mittelpunkt; zweitens bekam das subjektive Erleben von Mangellagen als → Minderwertigkeitsgefühl die seelisch entscheidende Bedeutung. Zu den gesellschaftlich bedingten Mangellagen zählen die soziokulturellen Vorurteile der Minderwertigkeit der Frau (→ Männlicher Protest), die Ungleichheit von Kind und Erwachsenen, gesellschaftlich geringgeschätzte Andersartigkeiten von Menschen sowie die Erziehung von Kindern durch Verwöhnung oder Härte. Die anthropologische Mangellage des Menschen gegenüber den Herausforderungen des Kosmos gipfelte in Adlers Aussage: „Menschsein heißt, sich minderwertig fühlen“ (Adler, 1933: 55). Da sich die Individualpsychologie hauptsächlich mit dem Ziel der Seelenbewegung befaßte (→ Finalität), vernachlässigte sie erlebte Mangellagen. Der Gefahr der Vernachlässigung von Macht-Ohnmacht-Beziehungen unterliegt auch eine einseitige Interpretation der Ergebnisse der Babyforschung mit der Hervorhebung des „kompetenten Säuglings“. Heisterkamp (1990: 90) betonte: „Das Kleinkind hat gegen eine unerbittlich unempathische Bezugsperson keine Chance, sei sie nun vernachlässigend, vereinnahmend oder überfordernd.“ Eine Betonung des dialektischen Verhältnisses zwischen Mangellage, Konflikt und Kompensation sowie eine Theorie der Internalisierung und Wandlung von interpersonellen Konflikten zu intrapsychischen Konflikten stünde in Bezug zu aktuellen psychoanalytischen Diskussionen um die Relation zwischen Defizit, Trauma, Konflikt und Defekt, wie sie etwa bei Wurmser (1997) geführt wird, der Trauma als äußeren Konflikt zwischen Selbst und Umwelt definiert. Unter Berücksichtigung dialektischer Bezüge führt das Erleben spezifischer Mangellagen entlang der Zeitachse der Kindheitsentwicklung zur Ausbildung ubiquitärer Konflikte, die nicht oder nur in teildaptierter

Weise gelöst oder kompensiert werden können. Dies kann zu einer Erstarrung der Lebensbewegungen mit den jeweiligen Modi der Verarbeitung von Mangel Erfahrungen, zur Erstarrung der polarisierten Konflikte und damit zur Konstituierung eines erstarrten → Lebensstils von Menschen führen.

Adler A [1933] (1973) Der Sinn des Lebens. Frankfurt/M., Fischer

Antoch R (1995) Mangellage. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 317–318

Heisterkamp G (1990) Konturen einer tiefenpsychologischen Analyse originärer Lebensbewegungen. Zeitschrift für Individualpsychologie 15: 83–95

Wurmser L (1997) Psychoanalytische Behandlung – Trauma, Konflikt und „Teufelskreis“. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hg), Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, Schattauer, S 311–324

Bernd Wengler

Manie. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Manisch-depressiver Formenkreis.

Manisch-depressive Erkrankungen (MDK; Synonym: affektive Psychosen) sind durch unmotivierter Verstimmungen depressiv-gehemmter oder manisch-erregter Art gekennzeichnet. Sie verlaufen phasenhaft, wobei ca. 66% in ausschließlich depressiven, ca. 6% in ausschließlich manischen und ca. 28% in sowohl depressiven als auch manischen Episoden (im Wechsel mit ausgeglichenen Lebensabschnitten) auftreten (monopolare bzw. bipolare Verlaufsformen). Nach dem Schweregrad werden leichte, mittelschwere und schwere Verstimmungszustände unterschieden. Symptome der Depression: Leitsymptom ist die depressive Verstimmung, gekennzeichnet durch Gedrücktheit, Traurigkeit, Aussichtslosigkeit bis zum quälenden „Gefühl der Gefühlslosigkeit“, verstärkt am Morgen (morgendliches Pessimismus). Hemmung des Denkens, der Motorik und des Antriebs bis zur völligen Entschlußlosigkeit und Bewegungsunfähigkeit (depressiver Stupor), Vitalstörungen in Form von Schmerzen, Schwindel, Angst,

Beengtheits- und Druckgefühlen, wahnhaftige Gedanken von Schuld, Versündigung oder Vernichtung (→ Wahn) und vegetative Symptome (Schlafstörungen, Appetit- und Verdauungsstörungen, Mundtrockenheit, Libido- und Potenzstörungen) treten zusätzlich auf. Sind die Vitalstörungen ganz im Vordergrund, spricht man von larvierter Depression. Symptome der Manie: Leitsymptom ist die manische Verstimmung, gekennzeichnet durch grundlose, übertriebene Heiterkeit, Überdrehtheit, Selbstüberschätzung und Euphorie mit herabgesetzter Kritikfähigkeit. Das Denken ist flüchtig, die Assoziationen gelockert, die Aktivität gesteigert. Eine generelle Enthemmung äußert sich in gesteigertem Rede-, Bewegungs- und Betätigungsdrang mit enorm gesteigerter Entschlußfreudigkeit. Die Vitalgefühle sind gehoben, das Schlafbedürfnis oft drastisch reduziert, die Libido gesteigert. Kippt die manische Verstimmung in eine dysphorisch-gereizte, spricht man von Zornmanie. Ursachen: Verstimmungen können primär körperlich bedingt sein durch Allgemeinerkrankungen oder Hirnerkrankungen, psychosozial bedingt sein (z. B. durch akute oder chronische Belastungen) oder ohne erkennbare Ursache, ohne Anlaß auftreten. Gefahren: Suizid und erweiterter Suizid bei depressiven Verstimmungen; soziale und finanzielle „Selbstgefährdung“, körperliche Erschöpfung bzw. Sittlichkeitsdelikte (wenn überhaupt Delikte) in manischen Verstimmungen. Medikamentöse Behandlung: → Antidepressiva, → Phasenprophylaktika, → Neuroleptika; nicht-medikamentöse Behandlung: Lichttherapie, Schlafentzug (neben unspezifischer psychosozialer Behandlung und Psychotherapie; → Psychosenpsychotherapie).

Bleuler E (1983) Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl. Berlin, Springer

Brosch W (1994) Psychiatrie – Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer. Wien, Orac
World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Werner Brosch

Männlicher Protest (→ Individualpsychologie). Ab 1910 stellte Adler den „männlichen Protest“ als wichtigstes dynamisches Prinzip des Seelenlebens der Libidotheorie Freuds gegenüber und vollzog damit den Wandel von einer triebzentrierten zu einer selbstwertzentrierten Theorie (→ Narzißmus). Adler, der in der gesellschaftlichen Vorherrschaft des Mannes über die Frau einen wesentlichen Ursprung der Neurosen sah, gebrauchte „männlich“ und „weiblich“ als soziokulturelle, wertorientierte Metaphern für kulturbedingte kindliche Eltern Erfahrungen: Männlichkeit wird gleichgesetzt mit Stärke und Aktivität, Weiblichkeit mit Minderwertigkeit, Schwäche und Passivität. Die Wertorientierung der Metaphern darf nicht im Sinne eines nur kognitiven Bezuges und auch nicht als Bezug auf ein entwicklungspsychologisch spätes Stadium der Geschlechtsidentität falsch verstanden werden. Wenn nach Adler (1912/1919: 128) „das ursprüngliche Minderwertigkeitsgefühl [...] als weiblich gewertet wird“, ist auch von einer Nachträglichkeit (des steten Begleiters des männlichen Protests) bezüglich der Benennung früherer Gefühle auszugehen (vgl. Wengler, 1994: 61). Die als minderwertig empfundene Weiblichkeit wird von Frauen wie von Männern in der → Sicherheitstendenz der Neurose protesthaft durch das sichernde Ideal eines Zerrbildes männlicher Omnipotenz oder, wie Schmidt (1995) schreibt, des Männlichkeitswahns überkompensatorisch abgewehrt. Später bezog Adler den mißverständlichen Begriff des männlichen Protests nur noch auf Frauen, die gegen ihre weibliche Rolle „protestierten“ und als Spezialform der → Kompensation von → Minderwertigkeitsgefühlen ein → Überlebensstreben verfolgen.

Adler A [1910] (1973) Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose. In: Adler A, Furtmüller C (Hg) (1914), Heilen und Bilden. Frankfurt/M., Fischer, S 85–93

Adler A [1912, 1919] (1997) Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Kommentierte, textkritische Ausgabe, hg. von Witte KH, Bruder-Bezzel A, Kühn R. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Ansbacher H, Ansbacher R (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische

- Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München, Reinhardt
- Schmidt R (1995) Männlicher Protest. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 312–315
- Wengler B (1994) Familie und männliche Geschlechtsidentität. In: Lehmkuhl U (Hg), Familie und Gesellschaftsstruktur. München, Reinhardt, S 55–63

Bernd Wengler

Märchen (→ Analytische Psychologie). Die Märchen wurden von Jung als Ausdruck des kollektiven → Unbewußten gesehen. In ihnen sind zwar ähnliche symbolische Prozesse (→ Symbol) wie in → Träumen auszumachen, doch sind sie nicht wie diese von der individuellen Lebensgeschichte und den individuellen → Komplexen geprägt. In → Mythen und Märchen „sagt die Seele über sich selbst aus, und die [→] Archetypen offenbaren sich in ihrem natürlichen Zusammenspiel“ (Jung, GW, Bd. 9/I, § 400). Auch wenn natürlich ein letzter Erzähler ein Märchen etwas individuell prägt, und auch wenn Varianten in verschiedenen Ländern leicht variieren, so sind doch immer wieder vergleichbare symbolische Prozesse auszumachen. Deshalb werden Märchen als ein Zusammenspiel von archetypischen Wirkfaktoren gesehen, an dem symbolische Prozesse des kollektiven Unbewußten studiert werden können. Märchen haben eine Struktur, die jener der Träume vergleichbar ist: Sie gehen von einem typischen Problem aus, das symbolisch dargestellt wird, der Protagonist macht einen Entwicklungsweg, der wiederum durch verschiedene Probleme und Problemlösungen gekennzeichnet ist, und dieser Entwicklungsweg führt letztlich dazu, daß das eingangs des Märchens geschilderte Problem „überwachsen“ wird; durch diesen Entwicklungsprozeß sind auch verschiedene neue Seiten am Protagonisten entwickelt worden. Da Märchen in einer symbolischen Sprache sprechen, wird die imaginative Ebene in den Menschen angesprochen, damit auch die Ebene der Emotionen und der Kreativität. Sie sind geeignet, den imaginären Raum zu beleben, der auch ein intermediärer Raum ist, in dem

eigene neue Symbolgestaltungen möglich werden (Winnicott, 1979; Kast, 1986). Therapeutisch werden Märchen heute vor allem im Zusammenhang mit der → Imagination genützt, zudem werden Träume mit Märchenmotiven in den größeren symbolischen Prozeß des Märchens hineingestellt. Dadurch wird wiederum die Imagination und damit das Veränderungspotential angeregt. Einfälle des Analytikers in Form eines Märchenmotivs werden als archetypische → Gegenübertragung verstanden (Kast, 1990).

- Jung CG (1976) Die Archetypen und das kollektive Unbewußte. GW, Bd. 9/I. Olten, Walter (siehe auch Fn S 27).
- Kast V (1986) Märchen als Therapie. Olten, Walter
- Kast V (1990) Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. Olten, Walter
- Winnicott DW [1971] (1979) Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta

Verena Kast

Märchentechnik (im → Autogenen Training). Zur Mobilisierung von unbewußtem Material wird der Übende aufgefordert, Erlebnisse aus der analytischen Oberstufe (→ Oberstufe, analytische) in der Reihenfolge des Auftauchens (nach dem Protokoll) zu einem „Märchen“ zu verarbeiten (Beginn mit „es war einmal“ und der ersten Sequenz, dann jede beliebige Ausschmückung; wenn diese fertig ist, die zweite Sequenz als Märchengeschehen etc.). Das „Märchenerzählen“ hilft bei der Überwindung von Hemmungen, von „Peinlichem“ und fördert viel unbewußtes Material zutage, das sonst verdrängt bleiben würde. Beindruckend – und damit auch motivierend – für den Patienten ist oft die Erkenntnis, daß in anfangs völlig zusammenhanglos erscheinenden Sequenzen wichtige Zusammenhänge (Verhaltensmuster) erkennbar werden.

- Wallnöfer H (1973) Kathartisches und analytisches Geschehen im Autogenen Training. In: Binder H (Hg), 20 Jahre praktische und klinische Psychotherapie. München, Hippokrates, S 72–96

Heinrich Wallnöfer

Markieren, analoges. → Analoges Markieren; → Neurolinguistisches Programmieren.

Marsisches Denken (→ Transaktionsanalyse). Ist die „Beurteilung der irdischen Vorkommnisse ohne Vorurteile“ (Berne, 1983: 507). Berne bezeichnet damit die Fähigkeit, nicht nur die soziale (manifeste), sondern auch die psychologische (latente) Botschaft einer → Transaktion zu verstehen, wie ein Besucher vom Mars, der durch irdische Sozialisation nicht beeinflusst ist. Bei kleinen Kindern ist diese Fähigkeit besonders vorhanden, was bei der Entstehung des → Skripts Bedeutung hat. Sie geht aber später im Laufe der Erziehung und Sozialisation verloren. Ein Transaktionsanalytiker sollte nach Bernes Meinung die Fähigkeit, marsisch zu denken, so weit wie möglich wieder erwerben.

Berne E [1953] (1991) Über das Wesen der Kommunikation. In: Berne E, Transaktionsanalyse der Intuition. Paderborn, Junfermann, S 81–97

Berne E [1972] (1983) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt/M., Fischer

Angelika Rath

Masche. Deutsche Übersetzung des von Berne in die → Transaktionsanalyse eingeführten Begriffs racket. Racket entstammt dem amerikanischen Slang und stellt eine Kurzbezeichnung für erpresserisches Verhalten dar. Stewart & Joines (1990) verstehen unter Masche eine Gesamtheit skriptgebundener Verhaltensweisen (→ Skript), die, ohne bewußt zu werden, eingesetzt werden als Mittel zur Manipulation der Umgebung, und welche es mit sich bringen, daß der Betreffende ein Maschengedühl erlebt. Maschengedühl wird dabei als eine vertraute Emotion verstanden, die in der Kindheit erlernt und gefördert wurde, die in vielen unterschiedlichen Streßsituationen erlebt wird und deren Ausdruck als Mittel zur Problemlösung für den Erwachsenen eine Fehlanpassung darstellt. Masche wird in der transaktionsanalytischen Lite-

ratur unterschiedlich verwendet. Einerseits wird in Anlehnung an Bernes Begriff des Lieblingsgedühls (Berne, 1983) eine bestimmte Art von Emotion darunter verstanden. Andere Autoren betonen mehr das Ausspielen eines bestimmten Gedühls, um etwas bei anderen Menschen zu erreichen. In der neueren Literatur versteht man entsprechend der ursprünglichen Wortbedeutung unter Masche eine Aktivität und unterscheidet diese von der dabei vorkommenden Emotion, dem Maschengedühl (→ Ersatzgedühl). Dem Begriff der Masche stehen die → Ausbeutungstransaktion und die → Spiele nahe. Alle diese Konzepte beschreiben unbewußte/vorbewußte manipulative Verhaltensmuster.

Berne E [1972] (1983) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt/M., Fischer

Stewart I, Joines J (1990) Die Transaktionsanalyse. Freiburg, Herder

Manfred Gurtner

Masochismus. Der Begriff beschreibt eine allgemeine, in der → Perversion auf die Spitze getriebene menschliche Erfahrung: körperlicher Schmerz und seelisches Leid wird angestrebt und als lustvoll – in der Perversion als Bedingung sexueller Befriedigung – erlebt. Er wurde von Krafft-Ebing (1886) eingeführt und in enger Verbindung mit dem → Sadismus (Sadomasochismus) gesehen. Freud beschrieb in der → Psychoanalyse den Masochismus als sekundäre Wendung des → Todestriebes, der in allen Lebewesen wirksam ist, gegen die eigene Person. Er unterschied den primären (erogenen), den moralischen und den femininen Masochismus (Freud, 1924). Am Begriff „femininer Masochismus“ wird die Problematik besonders deutlich: Er entstammt der patriarchalischen Geistigkeit des 19. Jh. Der Begriff besagt, daß die Frau, um wirklich „Frau“ im Sinn der gesellschaftsbedingten Erfordernisse sein zu können, ihre Aggression gegen sich selbst wenden muß, um den Mann – verkürzt: den Penis – aufnehmen zu können. Das Konzept des Masochismus sieht anders aus, wenn man den triebtheoretischen durch einen phänomenolo-

gischen Standpunkt ersetzt. Die → Triebtheorie fragt, was „dahinter“ ist und meint damit → Triebe und innere → Konflikte. In der selbstpsychologischen Psychoanalyse (→ Selbstpsychologie) wird versucht, Erleben aus dem Kontext gegenwärtiger und vergangener Ereignisse zu verstehen. So wird insbesondere die destruktive → Aggression als eine Reaktion auf frühe, nicht erfüllte Entwicklungsbedürfnisse angesehen und eben nicht als „angeboren“ (Dornes, 1997: Kap. 9). Deshalb ist der Masochismus auch nicht aus einem ursprünglichen Trieb heraus zu erklären. Das Phänomen, daß jemand sich selbst Schaden oder Schmerz zufügt oder sich von anderen zufügen läßt, ist theoretisch sinnvoller und in der therapeutischen Praxis effektiver verstehbar, wenn man in Rechnung stellt, daß eine Person, die in der Kindheit angesichts der „Gewalt“ der Eltern erlebte Ohnmacht wiederholt, um einen Ausweg aus einer ausweglosen Situation zu finden: Schmerz zu erleben ist immer noch besser als keine Empfindung zu haben, weil man allein in der Leere zurückgelassen wurde. Die „Angst vor der Wiederholung“ (Ornstein, 1974) der schädigenden Szene soll über den Weg der Selbstinszenierung gebannt werden. Masochismus ist als „Perversion“ verstehbar, insoferne sexuelle Strebungen mit der Schädigung durch die frühen Bezugspersonen automatisch verknüpft werden und als „perverse Szene“ die Fantasie des Geschädigten bestimmen (Bartosch, 1999). Patriarchalische Einstellungen versuchen, die in der Kindheit durch sie selbst zugefügte Schädigung zu leugnen, um so ihre Strukturen (Kirche, Staat, medizinisches System etc.), die auf der Akzeptanz dieses schädigenden Einflusses beruhen, aufrecht erhalten zu können.

Bartosch E (1999) Auf dem Weg zu einer neuen Psychoanalyse. Charakterentwicklung und Therapie aus der Sicht der Selbstpsychologie. Wien, Verlag Neue Psychoanalyse, S 101–130
Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Frankfurt/M., Fischer

Freud S [1924] (1982) Das ökonomische Problem des Masochismus. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 339–354

Krafft-Ebing R v [1886] (1970) Psychopathia sexualis. New York, Bell
Ornstein A [1974] (1996) Die Angst vor der Wiederholung. Psyche 50(5): 444–462

Erwin Bartosch

Massage, biodynamische. → Biodynamische Massage; → Biodynamik.

Masturbation. → Selbstbefriedigung.

Matrizen, perinatale. → Perinatale Matrizen; → Transpersonale Psychotherapie.

MDMA. → Ecstasy; → Designer-Drogen.

Mechanismen der Wahlverhinderung. → Wahlverhinderung, Mechanismen der; → Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie.

Mediation. Von spätlat. *mediatio*, engl. *mediation* (= in der Mitte sein, friedensstiftende, aussöhnende Vermittlung); *Mediator* (lat.-mlat.) = Vermittler, Schiedsmann. *Mediation* ist eine Methode, die hilft, daß ein Wertefinden auch in Konfliktsituationen möglich ist – eine Konsensgestaltung anstelle der Vernichtung des Gegners. Statt Kampf ums Recht steht die Kooperation im Vordergrund, die eigenen Interessen werden definiert, die Interessen des anderen respektiert. 1974 begann in den USA Coogler, Rechtsanwalt und Familientherapeut (→ Transaktionsanalyse), *Mediation* in Scheidungsverfahren anzubieten (im industriellen Sektor wurden mediative Ansätze schon Jahre vorher verwendet: Arbeitgeber-/Arbeitnehmerverträge). *Mediation* unterstützt den Prozeß der Entscheidungsfindung, regelt die rechtlichen und ökonomischen Angelegenheiten und befähigt, gemeinsame verantwortungsvolle Vereinbarungen (vom Gericht unab-

hängig) zu gestalten. Mediation ist eine Friedensstiftung im Bereich Familie, Beruf, Schule, Wirtschaft, Schuldner / Gläubiger, Arbeitsrecht, Mietrecht, Nachbarschaft, bei kulturellen Streitfällen, Umweltschutz, Planung von Großprojekten etc. Mit Hilfe von neutralen, unparteiischen Vermittlern (Mediatoren) werden gegensätzliche Standpunkte ausgetauscht, Konflikte offengelegt, strukturiert, systematisiert, mit dem Ziel, im gemeinsamen Gespräch Optionen und Alternativen für ein einvernehmliches, eigenverantwortliches, faires Ergebnis zu erarbeiten. „Indem die Beteiligten ihre eigenen gemeinsamen Lösungen erarbeiten, investieren sie emotional auch in den Erfolg dieser Vereinbarungen. Dies erklärt, warum solche Vereinbarungen auch langfristig eher eingehalten werden als gerichtliche Entscheidungen oder Vergleiche“ (Proksch, 1998: 87).

Coogler OJ (1978) Structured mediation in divorce settlement. Lexington (Mass.), Lexington Books [bes. p 2]

Fisher R, Ury W (1988) Das Harvard-Konzept. Sachgerecht verhandeln – erfolgreich verhandeln. 7. Aufl. Frankfurt/M., Campus

Klammer G, Geißler P (Hg) (1999) Mediation. Einblicke in Theorie und Praxis professioneller Konfliktregelung. Falter Verlag, Wien

Proksch R (1998) Familienmediation. In: Falk G, Heintel P, Pelikan Ch (Hg), Die Welt der Mediation. Alekto Verlag, Klagenfurt, S 84–106

Haynes JM (1981) Divorce Mediation. A Practical Guide for Therapists and Counselors. Springer, New York

Elisabeth Töpel

Medien, kreative. → Kreative Medien; → Kunsttherapie.

Medikamente, Psychodynamik der.

→ Psychodynamik der Medikamente; → Pharmakodynamik; → Compliance; → Placebo; → Psychopharmaka.

Medikamentenabhängigkeit. → Sucht; → Suchtformen; → psychotrope Substanzen.

Meditation (→ Spiritualität; → Mystik). Meditation (lat. meditari: sich üben, nachsinnen) bedeutet nachsinnendes Eindringen, intensives Betrachten, sich versenken. Die → Transpersonale Psychologie sieht in der Meditation einen wichtigen Auslöser für veränderte → Bewußtseinszustände spiritueller oder mystischer Art (Grof, Walsh). Die meisten meditativen Verfahren stützen sich auf das Zusammenwirken aller kognitiven und affektiven Kräfte, auch der Leib (Haltung und Atmung) ist miteinbezogen. Östliche Meditation: Der umfassende Name für Meditation lautet in Indien Yoga („zusammenbinden“, „ins Joch spannen“). Der Gedanke des Anjochens von Zugtieren vor einem Wagen wurde allegorisch als Zügelung des Geistes verstanden. Im Buddhismus wird Achtsamkeit und Konzentration betont. Von Ceylon bis hin nach Japan hat sich ein breites Spektrum unterschiedlicher Methoden, wie z. B. visuelle Konzentration auf ein Symbolbild, die Anrufung von wiederholten Namen des Buddha Amithaba bis hin zu den koan-Übungen der „Rinzai-Schule“ des Zen, entfaltet. Im tibetischen Buddhismus haben Visualisierungen von Göttern, Dämonen und Buddhas sowie die Mantra-Meditation einen großen Stellenwert (Govinda, 1975). In der islamischen Frömmigkeit ist das eigentliche meditative Element „dikr“, das „sich Erinnern“, das ständige „Gedenken an Gott“. Westliche Meditation: Gestalt gewonnen hat das frühe christliche Meditieren im Mönchstum. Dabei wird vor allem durch das Rezitieren biblischer Texte das innerliche Gewahrwerden der Gegenwart Gottes angestrebt. Ignatius von Loyola, die karmelitische Meditation und Franz von Sales verstärkten den affektiven Charakter der Meditation mit der Tendenz bis hin zur mystischen Vereinigung. Das Jesusgebet der Ostkirche ist weniger Gebet mit ganz bestimmten Inhalten, sondern eher Meditation mit starker psychosomatischer Komponente. Sowohl das Jesusgebet als auch zen-buddhistische Methoden fanden Eingang in die neuere christliche Praxis (Enomiya-Lasalle, 1976). Aus psychotherapeutischer Sicht unterstützt Meditation das Unterbrechen von Denkgewohnheiten und frühen Konditionierungen. Weitere psychotherapeutisch re-

levante Auswirkungen sind die Schärfung der Wahrnehmung, verminderte Ablenkbarkeit, schnellere Erholung nach Streßwirkung sowie ein niedrigeres allgemeines Anspannungsniveau (Goleman, 1988).

Enomiya-Lasalle HM (1976) Zen. Weg zur Erleuchtung. Hilfe zum Verständnis. Einführung in die Meditation. Freiburg, Herder

Goleman D (1988) Wege zur Meditation. Innere Stärke durch östliche und westliche Lehren. München, Heyne

Govinda A (1975) Grundlagen tibetischer Mystik. Frankfurt/M., Fischer

Hermann Wegscheider

Meditation, asiatische (→ Autogenes Training). Meditation und Gebet sind eine Möglichkeit, die Aufmerksamkeit auf sich selbst zu richten und sich selbst in Frage zu stellen, auch die eigene Existenz, die Beziehung zwischen dem Selbst und der äußeren Welt und zwischen dem Selbst und dem Absoluten zu hinterfragen. Der Meditierende wird beruhigt und zur Selbsterkenntnis angeregt. Asiatische Meditations-Praktiken sind nicht eindeutig als psychosomatisches oder somatopsychisches Verfahren zu definieren (Einheit von Körper und Seele). Daher können Yoga, Qigong und Zen verhältnismäßig leicht in die Psychotherapie eingebaut werden. So wird verständlich, daß das Autogene Training in Japan rasch als Psychotherapiemethode akzeptiert wurde. Die Oberstufe des Autogenen Trainings hat zu den Zen-orientierten und den taoistischen Verfahren enge Beziehungen. Zen (kam von Indien über China nach Japan) versucht den „Erleuchtungszustand“ („Satori“) durch „Einstellung“ auf den Körper, auf die Atmung und durch Beruhigung des Geistes zu erreichen. Der Taoismus geht auf Lao Zi (Lao Tse) zurück, der unter anderem das „Handeln durch Nicht-Handeln“ preist. I.H. Schultz: „Nicht denken“, „nicht sich selbst befehlen“, „nicht versuchen, etwas zu machen“. Eine weitere Analogie ist die passive Atmung mit ihrer Verlangsamung, dem regelmäßigen Fluß der Bewegungen und dem Einswerden mit der Atmung („Es atmet mich“ im Autogenen Training).

Onda A (1963) Autogenic training and zen. In: Luthe W (Hg), Autogenes Training – Cor-

relationes Psychosomaticae. Stuttgart, Thieme, S 51–58

Sasaki Y (1977) Possibilities of Zen therapy. From a comparison between zen and autogenic training. In: Akishige Y (Ed), Psychological studies on Zen, vol. II. Tokio, The Faculty of Literature of Kyushu University Fudkuoka, pp 458–466

Wallnöfer H (1992) Auf der Suche nach dem Ich. Stuttgart, Nagelschmidt

Yuyi Sasaki

Mehr-Ebenen-Kommunikation (→ Hypnotherapie). Eine → Kommunikation simultan auf mehreren Wahrnehmungsebenen und Repräsentationssystemen, insbesondere in der Ericksonischen Hypnotherapie (→ Ericksonische Therapieprinzipien) gezielt angewandte Technik. Zwei-Ebenen-Kommunikation bedeutet simultanes Kommunizieren mit dem Bewußten (1. Ebene) und Unbewußten (2. Ebene) eines Patienten. Während die bewußte Ebene zum Beispiel mit dem literarischen Inhalt einer Geschichte, Metapher oder eines Witzes beschäftigt ist, erhält das Unbewußte sorgfältig ausgewählte → Suggestionen, die eingestreut werden. Sie werden so gewählt, daß sie als zu der Erzählung zugehörig erlebt werden, hervorgehoben durch z. B. Intonation, Pausen, nonverbale Botschaften. Im Drei-Ebenen-Modell wird durch den Prozeß der „sensorischen Verwebung“ von Sinnessystemen (Mills & Crowley, 1986), insbesondere des blockierten (out of conscious), eine Balance in der Wahrnehmungsebene angestrebt. In der therapeutischen Anwendung finden alle drei Ebenen der Kommunikation – die Geschichte, die eingestreuten Suggestionen und die eingewobenen Sinneswahrnehmungen – gleichzeitig statt.

Mills J, Crowley R (1986) Therapeutic metaphors for children and the child within. New York, Brunner/Mazel

Rossi EL (Ed) (1980) Milton H. Erickson. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. New York, Irvington [bes. vol. III, pp 326f., 337f.; vol. IV, pp 181, 213f.]

Zeig JK (Hg) (1986) Meine Stimme begleitet Sie überallhin. Ein Lehrseminar mit Milton H. Erickson. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 30f.]

Charlotte Wirl

Mehrfachtherapie (→ Psychotherapieforschung). Eine offenbar wachsende Klientengruppe nimmt Psychotherapie mehrfach in Anspruch, wobei als seltenerer Fall 1. parallele Mehrfachtherapie (simultane Inanspruchnahme mehrerer Therapieangebote, nicht aus dem Behandlungsplan resultierend, daher meist mit Verheimlichung, als eine Form von → Agieren) vom häufigeren Fall einer 2. sequentiellen Mehrfachtherapie (2.1 vom kontinuierlichen Subtypus – „Dauer-Therapie“, als der eigentlichen Form einer „endlosen Therapie“ – oder 2.2 vom Intervall-Typus – „wiederholt Therapie“, mit therapiefreien Lebensphasen) zu unterscheiden ist. Alle Formen von Mehrfachtherapie (die per definitionem nicht einem therapeutischen Behandlungsplan entsprechen) sind wiederum von (behandlungsplankonformer) multipler Therapie (joint therapy, conjoint therapy bzw. Co-Therapie: zwei oder mehr Therapeuten für einen Klienten – erstmals erprobt von Alfred Adler) zu trennen, welche 1. entweder eine spezifische Methode bestimmter Psychotherapieschulen (→ Individualpsychologie; Systemische → Familientherapie) darstellt oder 2. ein besonderes Therapie-setting für Ausbildungs-, Trainings- und Forschungszwecke oder 3. als „Intensivtherapie“ für besonders gelagerte Fälle durchgeführt wird (zu terminologischen Aspekten vgl. Nuytten, 1985: 534f.). Das Phänomen wurde schon von der frühen Psychoanalyse thematisiert (vgl. Freuds Ausführungen zu „unabschließbaren Analysen“ in der Spätschrift „Die endliche und die unendliche Analyse“, 1937); Effekte und Nutzen von Mehrfachtherapien werden kontrovers diskutiert und sind bis heute empirisch nicht abgesichert (Langegger, 1990: 562ff.): eher positive Einschätzungen, etwa von Giernalczyk (1992: 85ff., 102ff.) in bezug auf sequentielle Mehrfachtherapie (Klienten-Typus des „langfristig Profitierenden“, daneben auch „Sinnsucher“ und „Stützungsbedürftige“) oder von Moser (1992: 256, 264), der passagere parallele Mehrfachtherapie („interkollegialer Raum“, „bipolare Zusammenarbeit“) zu den Grundrechten des Psychotherapie-Klienten zählt, basieren lediglich auf Einzelfallbeobachtungen (→ Einzelfallforschung);

systematische Studien mit größeren Fallzahlen fehlen. Für Klienten, welche parallel oder sequentiell Psychotherapie mehrfach nutzen, sind vielfach folgende Merkmale zutreffend (Giernalczyk, 1992): diskontinuierliche, mißerfolgsgeprägte Ausbildung und berufliche Entwicklung, fehlende oder defizitär erlebte Partnerschaften, soziale Isolation und Abwärtsdrift, geografische Mobilität, diffuse Beschwerdebilder und unklare (aber nicht-psychotische) Diagnosen, persistierende (Lebens-)Schwierigkeiten, negative frühere Therapieerfahrungen bis hin zu → Therapieschäden (Behandlungsfehler oder unethisches Therapeutenverhalten, z. B. Privatisierung der professionellen Therapiebeziehung – bis hin zu sexuellem → Mißbrauch), chronische (protrahierte) Krisenanfälligkeit (→ Krise) sowie „Protoprofessionalisierung“ (d. h.: Selbstbezug als Lebensform, Selbsterfahrung als Lebensinhalt, Therapie als Hauptressource sowie als Ersatz für Sozialkontakte, Entwicklung eigener psychosozialer Ausbildungsinteressen), was die Aufnahme weiterer Therapien wahrscheinlicher macht. Das Phänomen vermehrt auftretender Mehrfachtherapien ist in Zusammenhang mit gesellschaftlichen Entwicklungen („Individualisierung“) und der Ausweitung psychosozialer Versorgungsnetze („Psycho-Boom“) zu sehen, möglicherweise auch mit der (umstrittenen) Behauptung einer Zunahme von → Frühstörungen (→ Persönlichkeitsstörung; → Borderline-Persönlichkeitsstörung; → narzißtische Störungen) in den letzten Jahrzehnten. Hilfreich im therapeutischen Umgang mit Psychotherapie mehrfach nutzenden Klienten sind eine solide eigene Ausbildung, → Supervision, spezifische Vorgehensweisen (z. B. Delegation an Selbsthilfe-Gruppen, spezifische → Krisenintervention für chronische Krisen, „Helfer-Konferenzen“) sowie eine eingehende Abklärung und Reflexion der vergangenen oder auch zeitgleich stattfindenden Therapieversuche des Klienten.

Freud S [1937] (1982) Die endliche und die unendliche Analyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 351–392

- Giernalczyk T (1992) Therapie ohne Ende. Die mehrfache Nutzung von Psychotherapie. Freiburg, Lambertus
- Langegger F (1990) Multiple Psychotherapie – wie viele Therapeuten braucht der Mensch? Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 141(6): 557–566
- Moser T (1992) Der interkollegiale Raum. Wenn ein Patient mehrere Therapeuten braucht. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 37(5): 256–265
- Nuytten J (1985) Co-psychotherapy and multiple psychotherapy in multidisciplinary teams for ambulatory treatment. Acta Psychiatrica Belgica 85: 533–552

Martin Voracek

Mehrgenerationenperspektive (→ Familientherapie, psychoanalytische). Geht über eine zentrale Annahme der Psychologie, als Ursache für Störungen und Krankheiten nur die jeweilige biografische (Fehl-)Entwicklung zu sehen, hinaus. Der Klient ist nicht Einzelperson, sondern Teil seines jetzigen sowie früheren Umfeldes. Das heißt, er ist in einen Kontext eingebunden und dessen Gesetzen unterworfen. Viele Störungen, Konflikte, Krankheiten lassen sich oft aus bewußten/unbewußten Konflikten zwischen Eltern und Großeltern bzw. zwischen Partnern und ihren Eltern erklären. Sie können auch von anderen der Sippe zugehörigen Personen ausgehen. Diese Konflikte können nur am historischen Entstehungsort, nämlich bei Ereignissen oder Handlungen innerhalb des Systems in der Vergangenheit sinnvoll bearbeitet werden. Ziel dabei ist nicht allein die Rückdelegation des Problems auf frühere Generationen, sondern auch eine Versöhnung und damit Lösung des Generationenkonfliktes. Boszormenyi-Nagy untersuchte in jahrzehntelanger Praxis die zugrundeliegende Struktur des generationellen Zusammenhaltes und der systemischen Verstrickung. Helm Stierlin und Bert Hellinger haben diese Forschungen noch erweitert. Diese Erkenntnisse werden auch in den Techniken der → Neurolinguistischen Psychotherapie mitberücksichtigt.

Boszormenyi-Nagy I (1981) Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart, Klett-Cotta

- Hellinger B (1994) Ordnungen der Liebe. Heidelberg, Carl Auer
- Weber G (Hg) (1993) Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers. 2. Aufl. Heidelberg, Carl Auer

Brigitte Gross

Mehrperspektivität / Exzentrizität (in der → Integrativen Therapie). Die Komplexität seelischer Störungen, von Krankheit und Gesundheit des Menschen sowie die Gesetze des sozialen Zusammenlebens in ihrer Fülle und Vielfalt durch eine einzige Theorie erklärbar machen zu wollen, ist bei der Vielgestaltigkeit von Wirklichkeit (Merleau-Ponty, 1966) und in postmodernen, transversalen Lebenswelten (Petzold, 1998) nicht möglich. Im Unterschied zum mechanistischen Weltbild, wo die Zerlegung in immer kleinere Elemente uns zum Verstehen von immer mehr Bruchstücken verhilft, ist es in der Psychotherapie nötig, Partialerkenntnisse aus verschiedenen Richtungen über den Menschen in eine kohärente Zusammenschau zu führen. Therapeutische Theorien im integrativen Sinn sollen Phänomene, z. B. real beobachtetes Verhalten, auf darin verborgene Strukturen und Tendenzen zu Entwürfen erklären können. Theorien dienen als eine „begriffliche Linse“, um das Wahrnehmen des Beobachters für natürliche Phänomene zu bündeln und zu schärfen, ihm das Erfassen von Phänomenen, strukturelles Verstehen und sinnhaftes Erklären zu ermöglichen. Jede Psychotherapie-Theorie steht im Spannungsfeld zwischen notwendig begrenzter Optik und der gegebenen Perspektivenvielfalt. Damit steht das Konzept der „Mehrperspektivität“ (Petzold, 1993: 91ff.) für die Integrative Therapie zentral, nicht nur als kognitive Synergieleistung mit Blick auf theoretische Zusammenhänge, sondern als leibliches Intuieren, atmosphärisches Erfassen und szenisches Verstehen, ganzheitliche Formen des Wahrnehmens, in denen durch Synopsen Sinnzusammenhänge entstehen. Im Hier-und-Jetzt der Gegenwart wird Lebenswirklichkeit durch Perspektiven auf Vergangenheit oder Zukunft, wird Bewußtes und Unbewußtes in seiner wechselseitigen Durchdringung ver-

stehbar. Eine exzentrische Position (H. Plessner) ermöglicht engagiertes Dabeisein und inneres Abstandnehmen. Das hilft dem Therapeuten, in „partiellm Engagement“ das Therapiegeschehen und die Situation des Patienten zusammenhängend wahrzunehmen und das von diesem Noch-nicht-Gesehene oder -Gespürte zu überblicken und zu begreifen, sich selbst auch als Teil des Gesamtkontextes zu betrachten, das eigene Handeln auf darin im Augenblick verborgene alte Szenen, unbewusste Anteile (Eigenübertragungs- / Gegenübertragungskontrolle) sowie auf komplexe Situationseinflüsse zu untersuchen und in mehrschichtigen Reflexionen (Luhmann, 1992; Petzold, 1998) „metahermeneutisch“ (→ Metahermeneutik) zu interpretieren. Das Prinzip der Mehrperspektivität ist auch Grundlage für Prozesse in Gruppen und hat zur Entwicklung eines mehrperspektivischen Gruppenmodells (Frühmann, 1986) geführt, das in Teamarbeit, Supervision und Metaconsulting zum Einsatz kommt.

Frühmann R (1986) Das Mehrperspektivische Gruppenmodell im „integrativen Ansatz“ der Gestalttherapie. In: Petzold HG, Frühmann R, Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit, Bd. 1. Paderborn, Junfermann, S 255–282

Luhmann N (1992) Beobachtungen der Moderne. Opladen, Westdeutscher Verlag

Merleau-Ponty M [1945] (1966) Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin, de Gruyter

Petzold HG (1993) Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bde. Paderborn, Junfermann

Petzold HG (1998) Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Paderborn, Junfermann

Renate Frühmann

Menschenbild und Verhaltenstherapie. → Verhaltenstherapie und Menschenbild; → Verhaltenstherapie.

Mentales Training (in der → Sexualtherapie). Bildhaft vorgestelltes Üben von Tätigkeiten ist gleich erfolgreich wie ein Realtraining (nach Paivio, 1970). Im Bereich der sexualtherapeutischen Behand-

lung von Frigidität und Impotenz werden in Masturbationsfantasien sexuelle Vorstellungen eingeübt und ausgebaut sowie ungestörte sexuelle Kontakte antizipiert (Arentewicz & Schmidt, 1993: 59f.). Besonders geeignet ist diese Methode, wenn angstfreiere sexuelle Beziehungen erreicht werden sollen (Kaplan, 1981: 38f.). Mittels mentalem Training können auch Sexualprobleme partnerloser Personen bearbeitet werden, indem der Partner imaginiert wird (Arentewicz & Schmidt, 1993: 59f., 98f.). Der Angstabbau mittels Vorstellungen wird in den neueren Ansätzen meistens in Kombination mit Sexualübungen zur Ablenkung von Angstvorstellungen oder gemeinsam mit angstreduzierenden oder gefäßerweiternden Neurotransmitter-Medikamenten angewendet, wodurch die sexuell blockierenden Angstvorstellungen geringer werden sollen (Kaplan, 1981: 74).

Arentewicz G, Schmidt G (1993) Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Stuttgart, Enke [bes. S 59f., 98f.]

Kaplan HS (1981) Hemmungen der Lust. Neue Konzepte der Sexualtherapie. Stuttgart, Enke [bes. S 38f., 121f.]

Paivio A (1970) On the functional significance of imagery. Psychological Bulletin 73: 385–392

Eva Adler

Meta-Analyse (→ Psychotherapieforschung). Integration der Ergebnisse von Einzeluntersuchungen durch Kumulation der jeweiligen statistischen Ergebnis-Kennwerte (p , t , F , χ^2 etc.), die in klassische → Effektstärken transformiert und gemittelt werden. Es wird also nicht auf Rohdaten zurückgegriffen, sondern einzelne Effektivitätsstudien sind selbst die Daten. Den Anstoß zum Einsatz der Meta-Analyse in der Psychotherapieforschung gab Eysenck (1952) mit seiner Arbeit über → Spontanremission im Vergleich zu Psychotherapie. Einen ersten Höhepunkt erreichte die „Rechtfertigungsphase“ der Psychotherapieforschung mit der Meta-Analyse von Smith et al. (1980). Die Autoren analysierten 475 Studien zur Effektivität von Psychotherapie mit insgesamt 1776 Effekt-

stärken und ermittelten eine mittlere Therapiewirksamkeit (Effektstärke) von 0,85, also eine Mittelwertsdifferenz von 0,85 Standardabweichungseinheiten zweier Verteilungen (Treatment/Kontrolle) über alle Messungen. Als varianzerzeugende Differenzierungsmomente für Interventionsstudien bzw. als Prädiktoren einer Gesamteffektstärke werden in der Regel angenommen: Merkmale der Intervention (Therapieziel, Methode, → Setting und Dauer etc.), Merkmale der Person (Sozialmerkmale des Klienten, → Diagnosen, → Compliance, Therapeuten-Erfahrung etc.) sowie Merkmale der Studie an sich (Validität, Kontrolle, Mortalität). In der anschließenden Datenanalyse werden Effektstärken in Abhängigkeit von diesen Variablen ermittelt. Das Ergebnis einer Meta-Analyse ist somit die Aggregation und Re-Differenzierung bzw. – im varianzanalytischen Sinn – die Zerlegung von Wirkungsmaßen. Zu den methodischen Problemen der Meta-Analyse zählen vor allem das Inkommensurabilitätsproblem (Vorwurf der unstatthaften Aggregation von Studien mit unterschiedlichen Variablendefinitionen, Meßverfahren und Gruppenzusammensetzungen), das Validitätsproblem (Vorwurf der unterschiedlichen methodischen Validität der Originalstudien), das Äquivalenzproblem (Smith et al., 1980) sowie Designprobleme (systematische Verzerrungen, z. B. durch den Publikations-Bias; → Psychotherapieforschung, Ethik in der).

Eysenck HJ [1952] (1961) The effects of psychotherapy. In: Eysenck HJ (Ed), Handbook of abnormal psychology: an experimental approach. New York, Basic Books, pp 697–725

Smith ML, Glass VG, Miller TI (1980) The benefits of psychotherapy. Baltimore, John Hopkins University Press

Strube MJ, Hartmann D (1982) Meta-Analysis: techniques, applications and functions. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51: 14–27

Hans-Christian Waldmann

Metahermeneutik. → Integrative Therapie gründet in → Phänomenologie (H. Schmitz), → Hermeneutik (P. Ricoeur),

Poststrukturalismus (M. Foucault), die ausgearbeitet zu einer modernen, „sozialwissenschaftlich ernüchterten“ Position von „wahrgenommenen Phänomenen zu den (historischen/biografischen) Strukturen, zu den persönlichen Entwürfen“ hin voranschreitet in korrespondierenden Interpretationsprozessen zwischen Therapeut, Patient und relevanten Netzwerkmitgliedern (Petzold, 1991: 91–151). Phänomenwahrnehmung wird wahrnehmungs-physiologisch, interpretatives Geschehen in neurowissenschaftlichen und kognitivistischen – spezifisch konnektionistischen – Theorien fundiert. Therapierrelevante Metahermeneutik muß, naturwissenschaftliche Forschung integrierend, ihre bio- und psychophysiologischen Grundlagen reflektieren: eine Metaperspektive, die zu einem „komplexen Bewußtseinsbegriff“ (Metzinger, 1996; Petzold, 1991: 248–330) vorstößt (Unbewußtes, Vorbewußtes, Mitbewußtes, Wachbewußtes, Ich-bewußtes, Klarbewußtes, Nichtsbewußtes; Petzold, 1991: 267). Nach Schleiermacher, Gadamer, Ricoeur muß jede menschliche Sinnkonstitution – z. B. in komplexen Lebenswelten, psychotherapeutischen Behandlungen – interpretative Prozesse von „Erklären und Verstehen“, einen „hermeneutischen Zirkel“, durchlaufen, womit ein „Universal-Anspruch der Hermeneutik“ (Habermas, 1980) begründet wird. In der Integrativen Therapie wurde dieses Modell zur „hermeneutischen Spirale“ entwickelt, die vom „leiblichen“ Wahrnehmen zum Erfassen, zum Verstehen und Erklären führt: permanente, ko-respondierende Interpretation von Wissensbeständen, die neues Wissen und beständig wachsende „Sinnerfassungskapazität“ des Subjektes und der Gemeinschaft generiert. Zunehmende Exzentrizität und → Mehrperspektivität begründen eine Metahermeneutik, die sich selbst zum Gegenstand ko-respondierender Beobachtung/Reflexion macht und dabei monodisziplinäre Diskurse zu multidisziplinären und interdisziplinären überschreitet, sodaß transdisziplinäre Qualitäten entstehen (Petzold, 1998). Psychotherapie, → Intervention, → Supervision, interdisziplinäre Projekte bieten damit ein „Mehrebenenmodell“ (ebd.: 156) der Beobachtung/Reflexi-

on, „Beobachtungen zweiter Ordnung“ (Luhmann, 1992) noch übersteigend (z. B. in Triplexreflexionen; Petzold, 1998: 153): Ich beobachte eine Therapiesituation (I), beobachte und analysiere dieses Beobachten ggf. mit dem Patienten (II), um dann dieses Reflektieren, z. B. mit einem Supervisor, in interdisziplinären Diskursen auf historische, ideengeschichtliche, kontextuelle, institutionelle Bedingungen und Einflüsse zu untersuchen (III). Dekonstruktionen (J. Derrida), Diskursanalysen (M. Foucault) sind Instrumente, um zu einem kontextbezogenen und „transversalen Sinn“ zu gelangen, mit dem Vielfalt erhalten bleibt und Therapeut und Patient dennoch in Strömungen und Wirbeln komplexer Lebenswelten navigieren können.

- Habermas J (1980) Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik. In: Apel KO, Bormann C, Bubner R, Gadamer H-G, Giegel HJ, Habermas J (Hg), Hermeneutik und Ideologiekritik. 2. Aufl. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 120–149
- Luhmann N (1992) Beobachtungen der Moderne. Opladen, Westdeutscher Verlag
- Metzinger T (1996) Bewußtsein. Paderborn, Ferdinand Schöningh
- Petzold HG (1991) Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie. Bd. 1: Klinische Philosophie. Paderborn, Junfermann
- Petzold HG (1998) Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Paderborn, Junfermann

Hilarion G. Petzold

Metakommunikation. → Kommunikationsregeln; → Familientherapie.

Metapher (aus Sicht der → Hypno[se]therapie). Schafft neue Sichtweisen, indem sie einen Sachverhalt mit Begriffen eines anderen ausdrückt. Therapeutisch dient sie der indirekten → Kommunikation, um neue Haltungen/Verhaltensweisen zu suggerieren, ohne eine rationale Analyse zu evozieren. Man unterscheidet zwischen Topik, d. h. meist dem Problem des Adressaten, und Vehikel, dem Bild, das die assoziative Begriffserweiterung vermittelt.

In der Metapher: „Peter stand da wie ein Baum“ wird das Problem, nicht weiterzukommen (Topik) durch das Bild des Baumes (Vehikel) um die Möglichkeit des Wachsens assoziativ erweitert. Sprichwörter sind eingefrorene Metaphern, weil ihre Deutung durch häufigen Gebrauch konventionell geworden ist. Symbole gelten als verdichtete Metaphern, die mehrere, oft archetypische Inhalte (→ Archetypen) verbinden. Erzählformen wie Anekdoten, Märchen, Gleichnisse und Fabeln dienen als Träger für Metaphern. Die in ihnen vorkommenden Relationen, Verhaltensweisen oder Figuren können metaphorisch verstanden werden. In der Rhetorik werden Metaphern zur Steigerung der Unterhaltsamkeit durch Ausschmückung und suggestiv durch Wiederholung desselben Inhalts in veränderter Form genutzt. Zentral ist der Gebrauch von Märchen und Gleichnissen in der → Positiven Psychotherapie (Peschkian, 1979). Seit Milton H. Erickson Anekdoten in der Hypnotherapie populär gemacht hat, verwenden Psychotherapeuten Fallgeschichten oder speziell auf den Klienten zugeschnittene Geschichten (Gordon, 1990; Lankton & Lankton, 1991). Die Wirkung von Metaphern beruht vermutlich auf drei Mechanismen: 1. Die einbetten den Geschichten lösen durch Dramatik Emotionen aus und fördern die Umschaltung von digitalem auf analogisches Denken. 2. Sie werden durch Mehrfachkodierung des Inhalts auf verbaler und bildlicher Ebene besser behalten als abstrakte Aussagen. 3. Der Zuhörer rezipiert in Metaphern verkleidete → Suggestionen leichter, da er sie bewußt nicht auf sie bezieht, wohl aber unbewußt, wenn hinreichend viele Aspekte zu seiner Situation passen. Metaphern beflügeln die Fantasie durch assoziative Reichhaltigkeit und analogisches Denken und umgehen durch → Projektion den Veränderungswiderstand. Hypnosetherapeutisch werden Metaphern zur Unterstützung der Argumentation, Modellvorgabe, Auslösung von Suchvorgängen, um einen Perspektivenwechsel zu erreichen, und zur Stärkung des → Rapports eingesetzt.

- Gordon D (1990) Therapeutische Metaphern. Paderborn, Junfermann

Lankton CH, Lankton S (1991) Geschichten mit Zauberkraft. München, Pfeiffer
Peseschkian N (1979) Der Kaufmann und der Papagei. Frankfurt/M., Fischer

Dirk Revenstorf

Metapher. In der → Neurolinguistischen Psychotherapie werden bei der Interventionsform Metapher isomorphe Strukturen genutzt, die individuell auf die Bedürfnisse und die Realitätskonstruktion des Klienten zugeschnitten werden. Die Metapher spricht gleichzeitig die bewusste und unbewusste Ebene an und transportiert die verbindende Strategie zwischen Problemstruktur und dem erarbeiteten Therapieziel.

Gordon D (1990) Therapeutische Metaphern. Paderborn, Junfermann
Lankton CH, Lankton S (1991) Geschichten mit Zauberkraft. München, Pfeiffer
Peseschkian N (1979) Der Kaufmann und der Papagei. Frankfurt/M., Fischer

Helmut Jelem

Metaprogramme (→ Neurolinguistisches Programmieren/NLP). Bezeichnung für die primären unbewussten Denk- und WahrnehmungsfILTER (Sortierfilter) von Menschen. Metaprogramme beschreiben Orientierungen im Denken, Fühlen und Handeln von Menschen. Gemäß einem prozeßorientierten Verständnis der → Neurolinguistischen Psychotherapie (NLPt) werden sie nicht nur als fixe Persönlichkeitsmerkmale (Traits) sondern auch als kontextabhängige Merkmale (States) eines Menschen aufgefaßt. Metaprogramme entstehen durch Vorbildlernen (unbewusste → Modellierungsprozesse, tiefgreifende Erlebnisse und jahrelange unbewusste Verfestigung). Veränderung von Metaprogrammen ist durch NLPt-Interventionstechniken möglich. Ursprünglich zur Beschreibung von Modellierungsprozessen kodiert, dienen Metaprogramme in der NLPt sowohl der Diagnostik als auch der Orientierung bei therapeutischen Interventionen. Das ursprüngliche Konzept der Metaprogramme stammt von Leslie Cameron und wurde 1987 von Roger Bailey erweitert (Persönlichkeitsdiagnostik). 1988 definierten

Tad James und Wyatt Woodsmall „komplexe Metaprogramme“. Traditionelle Metaprogramme sind: 1. Proaktiv – reaktiv: Überwiegend proaktiv orientierte Menschen initiieren unaufgefordert, überwiegend reaktive Menschen analysieren lange, bevor sie handeln bzw. handeln bevorzugt erst nach Auftrag. 2. Hin zu – weg von: Überwiegend hin-zu-orientierte Menschen werden durch das Erreichen von Zielen motiviert. Überwiegend weg-von-orientierte Menschen vermeiden Ziele. 3. Innen-Referenz – Außen-Referenz: Die jeweilige Entscheidung des Menschen erfolgt primär entweder nach den eigenen verinnerlichten Maßstäben oder nach den Maßstäben anderer. 4. Option – Verfahren: Überwiegend optionsorientierte Menschen wollen und können gut Alternativen bzw. eigene Verfahren entwickeln und diese einhalten. Überwiegend verfahrens- bzw. (regel-)orientierte Menschen können gut vorgegebenen Verfahrens-Richtlinien folgen, aber schlecht eigene (neue) Regeln aufstellen. 5. Allgemein – spezifisch – vergleichend: Filter bezüglich der Größe der Informationseinheit und Richtung der Informationsfilterung im Denkprozeß (→ Chunking). 6. Gemeinsamkeiten – Unterschiede (match/mismatch/compare): Der Schwerpunkt der Informationsverarbeitung wird jeweils durch die (unbewussten) Fragen „Was ist ähnlich?“, „Was ist an gegenteiliger Information verfügbar?“ und „Wie ist es vergleichbar?“ gesteuert. 7. Überzeugungs-Muster: Durch welche Reihenfolge und Wiederholung im Ablauf von → Repräsentationssystemen wird jemand veranlaßt, diese subjektiv als „richtig“ bzw. als Referenzstandard zu erleben?

Cameron-Bandler L, Lebeau M [1988] (1993) Die Intelligenz der Gefühle. Grundlagen der „Imperative Self Analysis“. 3. Aufl. Paderborn, Junfermann
Dilts R [1990] (1993) Die Veränderung von Glaubenssystemen. NLP und Glaubensarbeit. Paderborn, Junfermann
James T, Woodsmall W [1988] (1991) Time line, NLP-Konzepte zur Grundstruktur der Persönlichkeit. Paderborn, Junfermann
O'Connor J, Seymour J [1990] (1996) Gelungene Kommunikation und Entfaltung. 6. Aufl. Freiburg, Verlag für Angewandte Kinesiologie

Peter Schütz

Metapsychologie. Bezeichnet in der Freudschen → Psychoanalyse ein System theoretischer Konzepte, von dem angenommen wird, daß es psychologischen Phänomenen zugrundeliegt und diese erklärt. An diesem Terminus wird Freuds Wunsch deutlich, der Psychoanalyse den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit und Allgemeingültigkeit zu sichern. Das topografische, dynamische und ökonomische Modell beispielsweise umfaßt die metapsychologischen Konzepte des psychischen Apparats, der → Verdrängung, des → Triebes/Instinkts, der psychischen Energie, von Bewußt und → Unbewußt etc. (Freud, 1915). Das strukturelle Modell schließt die metapsychologischen Konzepte des → Es, → Ich und → Überich ein. Die Konzepte sollten Symptome, → Träume und → Konfliktserlebnisse beschreiben, vergleichbar den Konzepten von Materie, Energie und Anziehungskraft in der Physik. Gegenwärtiges Denken in der Psychoanalyse (Klein, 1976) tendiert eher dazu, die Metapsychologie als zu fern von tatsächlichen Erfahrungen abzulehnen. An ihrer Stelle wird eine erfahrungsnahe phänomenologische Beschreibung verwendet (Atwood & Stolorow, 1984; → Selbstpsychologie).

Freud S [1915] (1982) Das Unbewußte. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 119–173

Klein G (1976) Psychoanalytic theory. New York, International Universities Press

Atwood GE, Stolorow RD (1984) Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Donna M. Orange [Übers.: Erwin Bartosch, Christine Paulowsky]

Metapsychologie. (aus Sicht der → Individualpsychologie). Nach Freud (1915: 132, 140f.; 1926: 301) betrachtet die → Psychoanalyse als → Tiefenpsychologie „das Seelenleben“ und somit „jeden seelischen Vorgang“ unter dynamischen, ökonomischen und topischen Gesichtspunkten: Aus dynamischer Sicht führt die Psychoanalyse „alle psychischen Vorgänge [...] auf das Spiel von

Kräften zurück“; mit ihrer ökonomischen Betrachtungsweise nimmt sie verschiedene Quanten an psychischer Energie an, die gebunden, verschoben, gestaut und abgeführt werden können; und mit ihrer topischen Betrachtungsweise faßt sie „den seelischen Apparat als ein zusammengesetztes Instrument auf und sucht festzustellen, an welchen Stellen desselben sich die verschiedenen seelischen Vorgänge vollziehen“ (1926: 301f.). In der Ausarbeitung der Metapsychologie sah Freud „die Klärung und Vertiefung der theoretischen Annahmen, die man einem psychoanalytischen System zu Grunde legen könnte“ (1917: 179), und somit „die Vollendung der psychoanalytischen Forschung“ (1915: 140). In der späteren psychoanalytischen Literatur wurden den dynamischen, ökonomischen und topischen Gesichtspunkten weitere Gesichtspunkte hinzugefügt, unter anderem der genetische, der strukturelle, der adaptive. Bei Rapaport (1960) findet man zehn Gesichtspunkte definiert. In seiner Auseinandersetzung mit Freud kritisierte Adler (1911: 102f.) Freuds Theorieentwürfe, „die (in platter Weise) eine Analogie aus der Physik oder Chemie zu Hilfe nehmen“, indem sie etwa von „Stauung“, von „erhöhtem Druck“ oder vom „Zurückströmen“ von Energie „in infantile Bahnen“ sprechen. Adler meinte, daß solche Begriffe für das Verstehen und Nachvollziehen von psychischen Prozessen nur wenig hilfreich wären (→ Aktivität; → Einheit der Persönlichkeit). Adler eröffnete damit eine kritische Auseinandersetzung, die in der jüngeren psychoanalytischen Literatur nicht zuletzt von Schafer (1976) und Gill (1984) besonders differenziert und konsequent weitergeführt wurde.

Adler A [1911] (1914) „Verdrängung“ und „männlicher Protest“; ihre Rolle und Bedeutung für die neurotische Dynamik. In: Adler A, Furtmüller C (Hg), Heilen und Bilden. Frankfurt/M., Fischer, S 102–113

Freud S [1915] (1982) Das Unbewußte. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 119–173

Freud S [1917] (1982) Metapsychologische Ergänzungen zur Traumlehre. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-

- Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 175–191
- Freud S [1926] (1948) Psycho-Analysis. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 14. Frankfurt/M., Fischer, S 297–308 [bes. S 300]
- Gill MM (1984) Die Metapsychologie ist keine Psychologie. *Psyche* 38: 961–992
- Rapaport D [1960] (1973) Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Stuttgart, Klett-Cotta
- Schafer R [1976] (1982) Eine neue Sprache für die Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta

Wilfried Dattler

Methode, reduktive. In der → Analytischen Psychologie analytisches, konkretistisches und personalistisches Reduzieren von psychischem Material auf kausale (historische) Ursachen. Nach C.G. Jungs Auffassung für manche Patienten durchaus gut geeignet (GW, Bd. 17, §§ 194f.; Bd. 4, § 679; auch andere Therapieschulen gehen reduktionistisch vor). → Symbole werden dabei nur als Zeichen aufgefaßt. „Illusionen, Fiktionen und Übertreibungen“ der → Neurose werden „weggeätzt“ mit dem „Nichts als...“, Traum inhalte zerlegt in auf äußere Situationen bezogene Reminiszenz-[→]Komplexe („objektstufige“ Deutung). „Die einseitig reduktive Erklärung wird sinnwidrig, namentlich dann, wenn nichts Neues mehr dabei herauskommt als die vermehrten Widerstände des Patienten“ (GW, Bd. 8, §§ 149–154; → Widerstand; → Methode, synthetische; → Fantasie; → Traum).

- Berry P [1973] (1992) On reduction. In: Berry P, *Echo's subtle body*. Third edition. Dallas, Spring Publications, pp 163–185
- Jung CG [1916] (1976) Die transzendente Funktion. In: GW, Bd. 8, §§ 131–193. Olten, Walter
- Jung CG [1916] (1971) Zur ersten Auflage [aus den: Vorreden zu den Collected Papers on Analytical Psychology]. In: GW, Bd. 4, §§ 670–683. Olten, Walter
- Jung CG [1917] (1989) Über die Psychologie des Unbewußten. In: GW, Bd. 7, §§ 201, hier §§ 67–71, 96. Olten, Walter
- Jung CG [1926, 1946] (1972) Analytische Psychologie und Erziehung II. In: GW, Bd. 17, §§ 156–198. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydewolff

Methode, synthetische. In der → Analytischen Psychologie wird synthetisch-konstruktiv gedeutet, „wo entweder die bewußte Einstellung normal, aber größerer Vollständigkeit und Verfeinerung fähig ist, oder wo unbewußte, entwicklungsfähige Tendenzen von seiten des → Bewußtseins mißverstanden und unterdrückt werden“ (Jung, GW, Bd. 17, §§ 194f.). Gefragt wird, welche psychische Entwicklung sich vorausgreifend im → symbolischen Ausdruck zeigt, mit der das Bewußtsein in Einklang zu bringen wäre („subjektstufige“ → Traumdeutung; GW, Bd. 6, §§ 770–773; Bd. 7, § 130). Die Methode ist „gleichbedeutend mit dem dialektischen Verfahren und der Individuation“ (GW, Bd. 16, §§ 24–25). Eine höhere logische Stufe mit der → Seele als Grundmetapher der Psychologie hebt die Unterscheidung von synthetischer und reduktiver Methode in sich auf (→ dialektisches Prinzip; → Methode, reduktive; → Individuation).

- Jung CG [1917] (1989) Über die Psychologie des Unbewußten. In: GW, Bd. 7, §§ 1–201, hier §§ 121–140. Olten, Walter
- Jung CG [1921] (1994) Definitionen: Konstruktiv. In: GW, Bd. 6, §§ 770–773. Olten, Walter
- Jung CG [1926, 1946] (1972) Analytische Psychologie und Erziehung II. In: GW, Bd. 17, §§ 156–198. Olten, Walter
- Jung CG [1935] (1991) Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie. In: GW, Bd. 16, §§ 1–27. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydewolff

Methoden der Psychotherapieforschung. → Psychotherapieforschung, Methoden der.

Methodenintegration. Ist in der → Integrativen Therapie die Übernahme therapeutischer Interventionen oder Interventionsklassen aus therapeutischen Orientierungen in eine umschriebene Menge vorhandener Interventionen einer Therapierichtung. Methodentransgression ist neukonzipierende Überschreitung bestehender Methoden (Grawe, 1998; Petzold, 1992). Im Unterschied zum → Eklektizismus wird eine gezielte, theoriegeleitete,

klinisch orientierte Selektionskriterien überschreitende Anwendung betont (vgl. Petzold, 1992: 964–979). Historische Wegbereiter: die „integrative Psychologie“ von Pierre Janet, die „elastische Behandlungstechnik“ von Sándor Ferenczi, Frenchs Integrationsversuch von behavioristischen Methoden in die Psychoanalyse, Dollard und Miller mit der Übernahme psychodynamischer Ansätze in ein verhaltensorientiertes Konzept (vgl. Petzold, 1992; Norcross & Goldfried, 1992). Da die Psychotherapielandschaft zunächst nicht durch mehrere hundert Therapierichtungen zersplittert war, beschäftigten frühe Integrationsbemühungen sich mit psychoanalytischen und behavioralen Ansätzen. Dann suchte die Therapieforchung nach „common factors“ (J.D. Frank), spezifischen und unspezifischen → Heil- bzw. → Wirkfaktoren (S. Garfield) und Prozeßmustern (Garfield & Bergin, 1994). Orlinsky entwickelte sein → Generisches Modell der Psychotherapie (generic model of psychotherapy), Prochaska sein transtheoretisches Konzept (vgl. Norcross & Goldfried, 1992). Im deutschen Sprachraum haben sich V. von Weizsäcker durch Integration psychoanalytischer, existential-ontologischer und gestalttheoretischer Theorien sowie D. Wyss mit seiner „anthropologisch-integrativen Therapie“ hervorgetan. Seit Mitte der 60er Jahre entwickelt H. Petzold die „Integrative Therapie“, seinen an den Erfordernissen unterschiedlicher Praxisfelder orientierten Ansatz, aufgrund vergleichender Analyse von Therapietheorien (common and divergent concept approach), Erforschung spezifischer → Heilfaktoren und systematischer metatheoretischer Konzeptualisierungen („Tree of Science“, Petzold, 1992: 457–647; Märtens & Petzold, 1995). Untersuchungen zeigen: Therapeuten beschreiben (je nach Studie zwischen 29% und 69%) ihr Vorgehen als methodenübergreifend und integrativ, da sie die Methoden nur einer therapeutischen Orientierung als unzureichend erleben (z. B. Garfield & Bergin, 1994). Aufgrund dieser Befunde und eindeutigen Belegen für das Versagen einseitig schulenorientierter Vorgehensweisen – zumindest bei einigen Störungsbildern –

wird vom „neuen Integrationsparadigma“ gesprochen, das die Überwindung der Therapieschulen fordert (Petzold, 1992; Grawe, 1998; → Allgemeine Psychotherapie).

- Garfield SL, Bergin A (1994) Introduction and historical overview. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), Handbook of psychotherapy and behavior change. Fourth edition. New York, Wiley, pp 3–18
- Grawe K (1998) Psychologische Therapie. Göttingen, Hogrefe
- Märtens M, Petzold HG (1995) Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. Integrative Therapie 21(1): 7–44
- Norcross JC, Goldfried MR (Eds) (1992) Handbook of psychotherapy integration. New York, Basic Books
- Petzold HG [1992] (1999) Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“. In: Petzold HG, Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bd. 2. 2., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann, S 927–1040

Michael Märtens

Milton-Modell (→ Hypnose). Umgekehrt zur Dechiffrierung suggestiv-hypnotischer Sprachmuster kann der Einsatz von Unbestimmtheit und prozeßorientierten Mustern in der Therapeutensprache beim Patienten innere Suchprozesse auslösen. Dies wird als inverses Meta-Modell oder nach Milton Erickson als das Milton-Modell bezeichnet. Die dabei verwendete Prozeßsprache ist inhaltlich möglichst vage, ungenau, permissiv, nondirektiv. Das Abdecken aller Möglichkeiten, Mehrdeutigkeiten (Ambiguität), unspezifisch-unbestimmte Wörter, Bewußt-Unbewußt-Dissoziationen, indirekte → Suggestionen, Generalisierungen, Tilgungen, Verzerrungen, Allgemeinplätze („Truismen“) sind in besonderem Maße zulässig und machen dem Patienten möglichst wenig Vorgaben. Die Therapeutenaussagen passen auf jeden Fall zum Erleben des Patienten, lösen in ihm eine innere → Ja-Haltung aus und bieten ihm Möglichkeiten statt konkreter Anweisungen. Somit wird auch Widerstand und

→ Reaktanz vermieden, und dem Patienten bleibt ein möglichst großer inhaltlicher Freiraum mit dem Erleben von eigenen Ideen und Autonomie. Dadurch eignet sich das Milton-Modell sowohl für die Arbeit in und mit der Hypnose, wie auch zum Begleiten von → Imaginationen (z. B. in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie), um unnötige Vorgaben zu vermeiden und dem Patienten das Gefühl einer stimmigen Begleitung zu geben. Weiters induziert und / oder verstärkt die Verwendung dieser Prozeßsprache die → Trance, die durch erhöhte interne Entspannung und Erlebnisfähigkeit gekennzeichnet ist. Das Meta- und das Milton-Modell finden in zahlreichen anderen Psychotherapieformen ebenfalls Verwendung.

Bandler R, Grinder J (1980) Metasprache und Psychotherapie. Die Struktur der Magie I. Paderborn, Junfermann

Bandler R, Grinder J (1982) Kommunikation und Veränderung. Die Struktur der Magie II. Paderborn, Junfermann

Ladenbauer W (1994) Was ich von der Hypnose für das Katathyme Bilderleben gelernt habe. In: Gerber G, Sedlak F (Hg), Katathymes Bilderleben innovativ. München, Reinhardt, S 184–208

Revenstorf D (Hg) (1993) Klinische Hypnose. Berlin, Springer

Wolfgang Ladenbauer

Minderwertigkeitsgefühl (→ Individualpsychologie). Das Gefühl der Unzulänglichkeit und der Unterlegenheit sowie das Gefühl, Objekt und nicht Subjekt zu sein, wird in der Individualpsychologie konzeptionell als Minderwertigkeitsgefühl gefaßt. Adler erwähnte es erstmals 1910 in „Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose“. Schon drei Jahre vorher ging er in der „Studie über die Minderwertigkeit von Organen“ (1907) von der Bedeutung der Minderwertigkeit (hier → Organminderwertigkeit) und deren → Kompensation aus und machte dies zum wesentlichsten heuristischen Prinzip der Psychodynamik. Die spätere Aussage Adlers, „Menschsein heißt, sich minderwertig (zu) fühlen“, rückte den anthropologisch gefaßten Mensch-Umwelt-Konflikt

gegenüber dem intrapsychischen Konflikt zwischen Minderwertigkeitsgefühlen und erhöhten Persönlichkeitsidealen in den Vordergrund. Das Minderwertigkeitsgefühl wird als subjektive Antwort auf das subjektive Erleben einer → Mangellage angesehen, zu dem manifeste interpersonelle Erfahrungen zählen. Die manifeste Äußerung eines Minderwertigkeitsgefühls macht eine weitere Differenzierung nötig, kann diese doch zur Sicherung vor dem Erleben eines tieferliegenden unbewußten Minderwertigkeitsgefühls oder zur → Abwehr eines solchen Minderwertigkeitsgefühls eingesetzt werden (→ Sicherheitsstreben). Die Frage, ob dies als eine unbewußte Aktivität angesehen werden kann, wird von den unterschiedlichen Richtungen innerhalb der Individualpsychologie jedoch nicht einheitlich beantwortet. Die Kompensation des Minderwertigkeitsgefühls im Persönlichkeitsideal und im → Gemeinschaftsgefühl ist Teil der Selbstwertregulierung des gesunden wie des psychisch kranken Menschen und ist der Triebregulierung übergeordnet: „Das Gefühl der Minderwertigkeit peitscht [...] das Triebleben, steigert die Wünsche ins Ungemessene, ruft die Überempfindlichkeit hervor und erzeugt eine Gier der Befriedigung“ (Adler, 1910: 89). Das Minderwertigkeitsgefühl ist als Teilaspekt zahlreicher Affekte (u. a. von Schuldgefühlen, Angst, Ärger, Wut und Haß) anzusehen, insbesondere als der affektive Kern des Schamaffekts. Es ist als subjektives Gefühl Teil der dyadischen wie triadischen Beziehungserfahrungen sowie deren Konflikte und Strukturbildung. Hilgers (1992) knüpft daran an und stellt den Bezug zur archaischen Matrix des Ödipuskomplexes her. Aus einem häufig empfundenen Gefühl der Minderwertigkeit resultiert eine überdauernde, generalisierte Haltung, der Minderwertigkeitskomplex.

Adler A [1910] (1973) Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose. In: Adler A, Furtmüller C (Hg) (1914), Heilen und Bilden. Frankfurt/M., Fischer, S 85–93

Hilgers M (1992) Das Minderwertigkeitsgefühl in der archaischen Matrix des Ödipuskomplexes. Zeitschrift für Individualpsychologie 17: 149–159

Kretschmer W (1995) Minderwertigkeitsgefühl. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der

Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 326–328
Pongratz LJ (1983) Hauptströmungen der Tiefenpsychologie. Stuttgart, Kröner

Bernd Wengler

Minderwertigkeitskomplex. → Minderwertigkeitsgefühl; → Überlegenheitsstreben.

Minus-Symptomatik. → Schizophrener Formenkreis.

Mischabhängigkeit (Polytoxikomanie). → Suchtformen.

Mißbrauch, emotionaler (in der Psychotherapie). Kann als ein Phänomen der Therapeut-Klient-Interaktion auftreten, wenn seitens des Therapeuten ein Umgang mit dem Patienten intendiert ist, der als unangemessen und zwar hinsichtlich der Emotionen (a) des Patienten bzw. (b) des Therapeuten zu bewerten ist. Im Fall von (a) kommt es zu einem Ausnützen z. B. positiver Übertragungsgefühle (etwa zur therapeutisch ungerechtfertigten Therapieverlängerung), im Fall von (b) zu Therapiegestaltungen, die der Bedürfnisbefriedigung des Therapeuten dienen (in diesem Sinn äußern sich auch die ethischen Richtlinien des EAP; vgl. Hutterer-Krisch, 1996: 648). In einem weiteren Sinn liegt emotionaler Mißbrauch auch beim Instrumentalisieren von Emotionen des Patienten zum Erhalten von Informationen oder Indoktrinieren bestimmter Auffassungen vor. Die Bedürfnisbefriedigung kann u. a. sexuelle, narzißtische, dominanzorientierte Ziele haben (letztere z. B., wenn der Patient aus Unkenntnis oder in einem Abhängigkeitsverhältnis die Dominanz des therapeutischen Deutungsanspruches – oder sogar behaupteten Deutungsmonopols – toleriert). Sie kann auch eintreten, wenn z. B. der Therapeut sich unreflektiert mit dem Patienten „identifiziert“ und „ein Ersatz-Leben

aus zweiter Hand“ führt oder unreflektiert Partei ergreift (Problem in der Kinder- und Jugendpsychotherapie; Chiba, 1998). Bedürfnisbefriedigung liegt schließlich auch vor, wenn der Therapeut aus Angst vor Empathie bzw. aus einem starken Abgrenzungsbedürfnis seinen therapeutischen Umgang entemotionalisiert und (Manipulations-)Abstinenz mit (emotionaler) Abstinenz gleichsetzt. Wo diese Abstinenz unangemessen wird, wann diese Selbstenthaltung eine schädigende Potenz hat, darüber differieren die psychotherapeutischen Schulen einstellungs- und verhaltensmäßig. Alle aber streben nach dem angemessenen, konstruktiven Umgang des Therapeuten mit seinen eigenen Emotionen und denen des Patienten.

Chiba R (1998) Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Psychotherapie Forum 6(3, Suppl.): 114–117
Hutterer-Krisch R (Hg) (1996) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer
Sedlak F (1997) Überlegungen zum emotionalen Mißbrauch – ein Diskussionsbeitrag. Psychotherapie Forum 5(3, Suppl.): 163–166

Franz Sedlak

Mißbrauch in der Psychotherapie. → Mißbrauch, emotionaler (in der Psychotherapie); → Mißbrauch, narzißtischer (in der Psychotherapie); → Mißbrauch, sexueller (in der Psychotherapie); → Mißbrauchsforschung; → False-Memory-Syndrom.

Mißbrauch, narzißtischer (in der Psychotherapie). Besondere Form des emotionalen Mißbrauchs, die nicht selten und nicht leicht erkennbar sein dürfte: jede Interaktion in der Psychotherapie, die in erster Linie der narzißtischen Gratifikation des Psychotherapeuten dient und dabei die Entfaltung der Probleme des Patienten erschwert. Sichtbare Anzeichen dafür können sein: zahlreiche Höflichkeiten, lange stagnierende Phasen in der Psychotherapie, kaum oder keine realen Veränderungen. Psychodynamischer Ausdruck: z. B. häufig Idealisierungen des Psychotherapeuten, symbiotische Wünsche von beiden Seiten

(vgl. Reimer, 1990). Die Lebensgeschichte des narzißtischen Menschen ist durch Benutzung und/oder Demütigung in engen persönlichen Beziehungen charakterisiert. In der engen psychotherapeutischen Begegnung wird der narzißtische Charakter dazu neigen, sein ursprüngliches Trauma erneut zu inszenieren. „Der Narzißt kann Anforderungen genügen, aber er kann nicht er selbst sein. Es ist das Ziel der Psychotherapie, die Fähigkeit zu erwerben, man selbst zu sein“ (Johnson, 1988: 99). Die narzißtische Persönlichkeit kann oft gut andere manipulieren und hat das Bedürfnis, „etwas besonderes“ sein zu wollen. Dies kann sich darin zeigen, daß der narzißtische Klient versucht, den Psychotherapeuten zu veranlassen, die Grundregeln für die Psychotherapie abzuändern. Er kann versuchen, den Psychotherapeuten dazu zu benutzen, sein falsches Selbst zu unterstützen und zu erhöhen, indem er den Psychotherapeuten dazu veranlaßt, ihn als Sonderfall zu behandeln. Der narzißtische Klient kann versuchen, dem Psychotherapeuten zu dienen oder ihn zu versorgen. Diese Angebote von narzißtischen Klienten, sich erneut benutzen zu lassen, sind im Kontext der Psychotherapie vom Psychotherapeuten abzulehnen. Jeder solche Vorfall (z. B. Anbieten von Theaterkarten, berufliche oder finanzielle Hilfestellungen) ist eine Gelegenheit, die ursprüngliche narzißtische Kränkung zu deuten und durchzuarbeiten. Auch wenn der Psychotherapeut Angebote des Klienten nicht nur zu schätzen und zu genießen wüßte, sondern auch wirklich brauchen könnte, wie es etwa ein narzißtischer Klient, der etwa Politiker, Publizist oder Funktionsträger im psychotherapeutischen Bereich ist, dem Psychotherapeuten anbieten könnte, wäre die Treue zur psychotherapeutischen Aufgabe als höherrangiger Wert einzustufen als die Befriedigung der Bedürfnisse des Psychotherapeuten. Es ist Aufgabe des Psychotherapeuten, zu vermeiden, selbst manipuliert zu werden und zu vermeiden, den Klienten dazu zu benutzen, ihm zu dienen (Johnson, 1988: 100). Die „Offenheit sich selbst gegenüber“ ist in der Psychotherapie ein grundlegender Wert, der zur Basis der Berufsausübung zählt und sich in der hohen Bewertung 1. der Selbst-

erfahrung als Ausbildungsschritt, 2. der → Supervision sowohl als Ausbildungsschritt als auch 3. der Supervision als berufsbegleitender Maßnahme (und Qualitätsmerkmal) ausdrückt (vgl. Hutterer-Krisch, 1996: 58). Vorbeugung: z. B. Achtsamkeit der eigenen Lebensführung gegenüber, ggf. Eigentherapie, Supervision (zur „Lebensqualität von Psychotherapeuten“ vgl. Reimer, 1994).

- Hutterer-Krisch R (Hg) (1996) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer
Johnson SM (1988) Der narzißtische Persönlichkeitsstil. Köln, Edition Humanistische Psychologie
Reimer C (1990) Abhängigkeit in der Psychotherapie. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 35: 294–304
Reimer C (1994) Lebensqualität von Psychotherapeuten. Psychotherapeut 39: 73–78
Schmidt-Lellek CJ, Heimannsberg B (Hg) (1995) Macht und Machtmißbrauch in der Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Renate Hutterer-Krisch

Mißbrauch, sexueller (in der Psychotherapie). Sexuelle Handlungen zwischen Therapeuten bzw. Therapeutinnen und Patienten bzw. Patientinnen, wobei es unerheblich ist, von wem die Initiative ausgeht. Die Verantwortung für die Einhaltung der therapeutischen Grenzen obliegt allein dem Therapeuten bzw. der Therapeutin (Berufsethik; → Berufskodex). Angesichts der bereits in den Anfängen der Psychoanalyse sichtbar gewordenen Schwierigkeiten einiger Therapeuten, sich sexueller Kontakte mit Patientinnen zu enthalten, formulierte Freud 1915 die → Abstinenzregel. Diese bezog sich zunächst primär darauf, daß den Patienten bzw. Patientinnen die direkte Befriedigung (unbewußter) Bedürfnisse versagt sein sollte, da diese in der Behandlung zu interpretieren und bearbeiten wären. Später wurde die Abstinenzregel auf die Behandler und Behandlerinnen erweitert (Cremerius, 1984). Empirische Untersuchungen zu Verbreitung, Dynamik und Folgeschäden von sexuellen Übergriffen in der Psychotherapie sind in den USA bereits seit den 70er Jahren durchgeführt worden, im europäischen Raum dagegen

erst ca. zwanzig Jahre später (→ Mißbrauchsforschung). Die Folgeschäden bei den Patienten und Patientinnen sind gravierend. In der zur Zeit größten deutschen Untersuchung war die Symptombelastung nach einem sexuellen Übergriff im Vergleich zum Zustand zu Beginn der Therapie mehr als verdoppelt (Becker-Fischer & Fischer, 1996, 1997). Sie ähneln den Folgen anderer schwerer traumatischer Erfahrungen, lassen sich aber zu einem speziellen psychotraumatischen Syndrom, dem Professionalen Mißbrauchstrauma (PMT) zusammenfassen. Dieses ist gekennzeichnet durch Ängste, Depressionen, psychosomatische Beschwerden, Selbstzweifel, Schlafstörungen, Suizidalität und Mißtrauen. Bei den Opfern handelt es sich überwiegend um Frauen, die sich von der Gesamtpopulation der Psychotherapiepatientinnen nur wenig unterscheiden. Die Täter lassen sich grob in zwei Gruppen aufteilen: die der Unerfahrenen, Naiven, schlecht Ausgebildeten und die der Wiederholungstäter. Letztere zeichnen sich aus durch gute Ausbildung, Berufserfahrung und sind in allen Therapieschulen gleichermaßen vertreten und haben die überwiegende Mehrzahl der Opfer zu verantworten. Sie leiden unter schweren Charakterstörungen, bei denen Spaltungsmechanismen dominieren und haben in der Regel keine Einsicht in den Unrechtscharakter ihres Verhaltens. Im Gegensatz zu der ersten Gruppe sind sie selten rehabilitationsfähig.

- Becker-Fischer M, Fischer G (1996) Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie – was tun? Heidelberg, Asanger
- Becker-Fischer M, Fischer G (1997) Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Stuttgart, Kohlhammer
- Cremerius J (1984) Psychoanalytische Abstinenzregel. Vom regelhaften zum operativen Gebrauch. *Psyche* 38: 769–800
- Heyne C (1991) Tatort Couch. Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie. Zürich, Kreuz
- Pope KS, Bouhoutsos JC (1992) Als hätte ich mit einem Gott geschlafen – sexuelle Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten. Hamburg, Hofmann & Campe

Monika Becker-Fischer, Gottfried Fischer

Mißbrauchsforschung (→ Psychotherapieforschung). Es gehört zu den psychotherapeutischen Berufspflichten, mit dem besonderen Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnis in der psychotherapeutischen Beziehung verantwortlich umzugehen. Wenn Psychotherapeuten ihrer psychotherapeutischen Aufgabe untreu werden, um ihre persönlichen, wirtschaftlichen, sozialen oder sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen, kann von Mißbrauch gesprochen werden (→ Berufskodex). 1. Beispiele für Mißbrauch des Vertrauensverhältnisses im Sinne der Befriedigung wirtschaftlicher Interessen: Überzogene Honorarerhöhung (außerhalb der Richtlinien des nationalen Psychotherapeutenverbandes). Nicht betroffen ist die Tatsache, daß Psychotherapeuten prinzipiell Honorare für ihre Tätigkeiten verlangen oder wenn sie mäßige Honorarerhöhungen in einer entsprechenden Zeiteinheit und dem Land entsprechenden Inflationsrate durchführen. In diesem Sinne muß zwischen berechtigten und unberechtigten wirtschaftlichen Interessen der Psychotherapeuten unterschieden werden. 2. – im Sinne der Befriedigung emotionaler Interessen: z. B. ausufernde Selbstdarstellungen von Psychotherapeuten zum Zwecke eigener narzißtischer Bedürfnisse. 3. – im Sinne der Befriedigung sexueller Interessen: sexuelle Übergriffe zählen zu den am besten untersuchten Behandlungsfehlern. → Prävalenz: ca. 3–13% der Psychotherapeuten haben mindestens einmal in ihrer gesamten psychotherapeutischen Laufbahn erotische und/oder sexuelle Kontakte zu Klientinnen (Pokorny, 1996; Vogt & Arnold, 1993). In der Zwischenzeit gibt es ausreichend Befunde, die Hinweise darauf liefern, daß es häufig Frauen sind, die bereits in der Kindheit Opfer sexuellen Mißbrauchs durch Erwachsene waren, die in der Psychotherapie in Situationen der „Wiederholung“ bzw. „Wiederbelebung“ geraten (Wirtz, 1989; Becker-Fischer & Fischer, 1996). Die Symptome des Psychotherapeuten-Sex-Syndroms treten nicht unmittelbar nach dem sexuellen Kontakt, sondern zeitlich stark verzögert auf. Das „Therapist-Patient-Sex-Syndrom“ weist Ähnlichkeiten mit der → Posttraumatischen Streßstörung auf (Symptome sind z.

B. → Ambivalenz, Schuldgefühle, Isolation, Leere, kognitive Störungen in bezug auf Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, Flashbacks, Alpträume, Bedrängtwerden von Gedanken und Bildern, Identitäts- und Grenzfindungsstörung, Unfähigkeit, vertrauen zu können, Konflikte im Bereich von Abhängigkeit, Kontrolle und Macht, Verunsicherung in der Sexualität, Stimmungslabilität, schwere Depression, unterdrückte Wut, erhöhte Suizidgefahr). Präventionsmöglichkeiten: Förderung der fachlichen Kompetenz und Weiterbildung speziell in diesem Bereich, → Supervision, Eigenarbeit, Achtsamkeit gegenüber der eigenen Lebensführung, Prophylaxe durch adäquate Bedürfnisbefriedigung außerhalb des psychotherapeutischen Bereichs.

Bachmann KM, Böker W (Hg) (1994) Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Bern, Hans Huber

Becker-Fischer M, Fischer G (1996) Sexuelle Übergriffe in Psychiatrie und Psychotherapie. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer, S 447–460

Pokorny MR (1996) Wie ist mit Mißbrauch durch Psychotherapeuten umzugehen? In: Hutterer-Krisch R (Hg), Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer, S 460–466

Vogt I, Arnold E (1993) Sexuelle Übergriffe in der Therapie. Anleitungen zur Selbsterfahrung und zum Selbstmanagement. Ausbildungsmanual 1. Tübingen, DGV

Wirtz U (1989) Seelenmord. Inzest und Therapie. Zürich, Kreuz

Renate Hutterer-Krisch

Mißbrauchstrauma, professionales (PMT).

→ Mißbrauch, sexueller (in der Psychotherapie).

Mitglied(schaft). Kurt Ludewigs Mitglied-Konzept ermöglicht die Definition sozialer Systeme im Rahmen der → Systemischen Therapie. Weiters gelingt mit dem Mitglied-Konzept die logisch widerspruchsfreie Verbindung von Maturanas biologischer und Luhmanns soziologischer Theorie zu einer klinischen Theorie der Systemischen Therapie (Ludewig, 1992:

91ff., 107ff). Ein „Mitglied“ oder eine Mitgliedschaft wird von einem Menschen im Rahmen einer Kommunikation verkörpert. Somit ist ein „Mitglied“ kein Mensch, so wie auch eine Rolle kein menschliches Wesen ist. Zum Beispiel verkörpert jemand, der mit seiner Frau über seine Kinder spricht, eine andere Mitgliedschaft, als wenn er wenig später mit seinem Chef über einen Auftrag redet. Das heißt, eine Mitgliedschaft generiert eine Kommunikation um ein bestimmtes Thema, also mit einer bestimmten „Sinngrenze“. Umgekehrt kann aus dieser Kommunikation ein → Beobachter die aktuelle Mitgliedschaft eines Menschen erschließen. Da demnach zwischen Mensch und Mitgliedschaft, also seiner Kommunikation in bezug auf ein bestimmtes Thema, unterschieden werden kann, folgt daraus für die Systemische Therapie, daß auch eine Krankheit, ein Problem oder ähnliches, als leidvolle Mitgliedschaft eines Menschen im Rahmen der Kommunikation zu dem Thema Krankheit oder Problem betrachtet werden kann. Dies befreit von der Annahme, ein Mensch „hätte“ ein Problem (im Sinne eines Bestandteils seiner Persönlichkeit) und daher müsse die Therapie primär an der Veränderung des Menschen ansetzen. Ziel der Therapie ist es vielmehr, leidvolle Mitgliedschaften an einem Problemsystem aufzulösen und zu beenden.

Ludewig K (1992) Systemische Therapie. Grundlagen systemischer Theorie und Praxis. Stuttgart, Klett-Cotta

Schlippe A v, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Eva Reznicek

Mitsein (→ Daseinsanalyse). Im Gegensatz zu einer mitweltlich supponierten Aufteilung von Subjekt und Objekt leitet sich Beziehung daseinsanalytisch aus dem von Heidegger geprägten existenzialen Mitsein ab. Das In-der-Welt-sein enthält bereits ontologisch „den Anderen“ (Condrau, 1998: 73f.) als einer „Miterschlossenheit“ je eigenen → Daseins. Der, die oder das „Anderere“ ist immer schon die eigene Beziehung zu ihm bzw. zu ihr. „Auf dem Grunde dieses

mithaften In-der-Welt-seins ist die Welt [→ Welt, Weltbezug] je schon immer die, die ich mit den Anderen teile“ (Heidegger, 1993: 118), als Mitsein ist Dasein wesentlich umwillen Anderer (ebd.: 123). In der → Sprache, wo diese nicht als bloße Kommunikation bzw. als bloßer Informations- und Datentransfer gesehen wird, erschließt sich das Mitsein in exemplarischer Weise. Das, wovon in der Sprache die Rede ist, ist die gemeinsame Welt, jener Raum also, der die Partner in das ontisch gelebte Mitsein, das Miteinandersein, stellt. Jedes Miteinandersein ist immer in dieser oder jener Weise gestimmt. Für die phänomenologisch-daseinsanalytische Psychotherapie bedeutet dies die Betrachtung des jeweiligen mitweltlichen Bezogenseins, d. h. des jeweiligen Weltverhältnisses auf dem Hintergrund eines so verstandenen Beziehungsaspektes.

Condrau G [1989] (1998) Daseinsanalyse. Philosophisch-anthropologische Grundlagen. 2. Aufl. Dettelbach, J.H. Röhl
Heidegger M [1927] (1993) Sein und Zeit. 17. Aufl. Tübingen, Niemeyer

Claudius Condrau

Mittelstufe des → Autogenen Trainings. → Formelhafte Vorsatzbildung.

Modalitätenwechsel. → Erlebensmodalitäten.

Modell, top(ograf)isches. → Top(ograf)isches Modell; → Psychoanalyse.

Modellieren (Modelling; → Neurolinguistisches Programmieren/NLP). Bezeichnung für den Prozeß des emotionalen und intellektuellen Ab- und Nachbildens menschlicher Denk-, Gefühls- und Handlungsabläufe. Basierend auf der Annahme, daß menschliches Lernen im Kindesalter primär durch Modellierprozesse (zuerst analoge, später digitale) geschieht, wird im NLP postuliert, daß sich Beschreibungen

von Verständnis- und Veränderungsprozessen daran zu orientieren haben. 1974 begannen John Grinder und Richard Bandler, erfolgreiche Psychotherapeuten unterschiedlicher „Schulen“ zu modellieren. Dabei ging es primär nicht um das „Warum“ hervorragender Leistungen, sondern um das innere und äußere „Wie“. Daraus begründeten sich sowohl ein wichtiger Teil der methodischen Ursprünge des psychotherapeutischen Inventars des NLP, als auch der damit eingebrachte Erfahrungsschatz zur Vorgehensweise beim erfolgreichen Modellieren. Ein vollständiger Modellierungs-Prozeß umfaßt drei Phasen: 1. Die Phase der Informations-Sammlung beim Modell. 1.1. Explizites Modellieren: Die zu modellierende Person wird befragt und veranlaßt, eine bestimmte (innere oder äußere) Handlung assoziiert nochmals zu erleben und zu beschreiben. Dabei ist es wesentlich, genau zu beobachten, welche inneren Prozesse/Handlungen ablaufen, d. h. Verhalten, Physiologie, Glaubenssysteme, Strategien und Metaprogramme einer Modellperson werden explizit gemacht. 1.2. Implizites Modellieren: Durch Hineinversetzen in die Modellperson mit sehr gutem → Rapport (zweite → Wahrnehmungsposition) und entsprechendes Mitfühlen wird versucht, deren innere und äußere Prozesse im eigenen Verhalten und Erleben nachzuvollziehen. Das Ziel ist die Erreichung eines körperlichen und psychischen Zustandes, mit dem – kontextrelevant – ähnliche Ergebnisse wie die der Modellperson erzielt werden können. 2. In der zweiten Phase wird versucht, durch Reduktion komplexe (äußere und innere) Verhaltensschritte des Modells auf relevante Schlüssel-Elemente zurückzuführen. Dadurch wird experimentell erfahren, was zum Nachvollziehen der Modellstrategie wesentlich sein könnte. Dabei formt sich ein bewußtes Verständnis der „Funktionsweise“ des Modells. 3. In der dritten Phase werden die Kern-Elemente in eine Ablaufstruktur gebracht, meist → Strategie oder Muster genannt, und in der Praxis getestet.

Dilts R, Bandler R, Grinder J [1980] (1985) Strukturen subjektiver Erfahrung. Ihre Erfor-

schung und Veränderung durch NLP. Paderborn, Junfermann

O'Connor J, Seymour J (1996) Gelungene Kommunikation und Entfaltung. 6. Aufl. Freiburg, Verlag für Angewandte Kinesiologie

Walker W (1996) Abenteuer Kommunikation. Bateson, Perls, Satir, Erickson und die Anfänge des Neurolinguistischen Programmierens (NLP). Stuttgart, Klett-Cotta

Weerth R (1992) NLP & Imagination. Paderborn, Junfermann

Peter Schütz

Modelling. → Modellieren; → Neurolinguistisches Programmieren/NLP.

Modelllernen (→ Verhaltenstherapie). Auch „Beobachtungslernen“, „Imitationslernen“, „passives Lernen“, „soziales Lernen“, „stellvertretendes (vicarious) Lernen“; Bandura (1969) spricht von „Modellierung“ („modeling“). Grundlage der sozial-kognitiven Lerntheorie Banduras. Modelllernen ist dadurch definiert, daß ein Individuum sich aufgrund der Beobachtung des Verhaltens anderer und der darauf folgenden (positiven) Konsequenzen neue Verhaltensweisen aneignet oder schon bestehende in Richtung des Modellverhaltens verändert werden. Dies wird ermöglicht durch Prozesse der Hemmung, Enthemmung oder Verhaltensaktivierung. Als Modelle gelten reale Personen mit bestimmten Merkmalen, aber auch verbale Instruktionen, Filme und Bücher. Von seiten des Beobachters sind entsprechende Grundfertigkeiten sowie motivationale Komponenten Voraussetzung. Modelllernen wird in der Verhaltenstherapie sowohl zur Erklärung der Symptomenese (z. B. → Aggression als Resultat der Beobachtung eines Aggressors) als auch -veränderung (Beobachtung eines Alternativverhaltens und dessen positive Konsequenz) herangezogen. Es wird gezielt in der Kindertherapie als auch bei der Behandlung Jugendlicher und Erwachsener als Methode eingesetzt. Üblicherweise handelt es sich um eine Kombination der Beobachtung geeigneter Modelle und anschließender Übung (z. B. im Rollenspiel), bis der gewünschte Stan-

dard erreicht ist. Vor allem soziale Fertigkeiten werden über diesen Weg aufgebaut. Für die Behandlung von Ängsten und Phobien wurde die Methode der „partizipierenden Modellierung“ entwickelt. Aus den vorliegenden Effektivitätsstudien geht hervor, daß durch Modellierungsvorgänge nicht nur umschriebene Verhaltensweisen verbessert oder angeeignet werden, sondern das gesamte Selbstkonzept eine Veränderung erfährt.

Bandura A (1965) Vicarious processes: a case of no-trial learning. In: Berkowitz L (Ed), Advances in experimental social psychology, vol. 2. New York, Academic Press, pp 1–55

Bandura A (1969) Principles of behaviour modification. New York, Holt, Rinehart & Winston

Bauer M (1996) Modelllernen in der Verhaltenstherapie. In: Reinecker H, Schmelzer D (Hg), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Göttingen, Hogrefe, S 223–233

Kurt Meszaros

Modellpsychose. → Halluzinogene; → Psychopharmaka.

Modifikation, autogene. → Autogenes Training; → Formelhafte Vorsatzbildung.

Monodrama. Angewandtes → Psychodrama in der Einzeltherapie. Dabei werden Lebenskonflikte, Wünsche und Ängste szenisch aufgearbeitet. Eine wichtige Zielsetzung ist die Herausarbeitung der Relation von Fantasie und sozialer Realität. Durch die szenische Darstellung konkretisiert das Monodrama zum einen innere Figuren und Vorstellungen, zum anderen werden reale interpersonale Konflikte mittels Imagination auf der Bühne reproduziert und somit neu und umfassender erfahrbar gemacht. Die Gelegenheit zum ganzheitlichen szenischen Ausdruck des Patienten und die erweiterten Möglichkeiten zum szenischen Verstehen des Therapeuten stellen die wesentlichen Ziele für die Anwendung psychodramatischer Techniken in der Einzelarbeit dar. Die wichtigsten Techniken des

Monodramas sind die des inneren → Monologs, des → Rollenwechsels und des → Doppelns. Im Rahmen der Spielstruktur kann der szenische Kontext durch Gegenstände, Symbole oder intermediäre Objekte dargestellt werden. Dabei spielen Hilfsobjekte zum Verdeutlichen der inneren Erlebniswelt des → Protagonisten eine entscheidende Rolle. Der Teleprozeß (das ist die entsprechende gegenseitige und realitätsgerechte Wahrnehmung des anderen; → Tele) spielt sich zwischen Therapeut und Patient ab. In der Nachbesprechung muß darauf geachtet werden, daß der Patient wieder in die Situation des → Hier-und-Jetzt und damit in die realitätsadäquaten Rollen kommt. Hier erfolgt die Rückübersetzung der Symbolbesetzung in eine persönliche Bedeutungsebene.

Erlacher-Farkas B, Jorda C (Hg) (1996) Monodrama. Heilende Begegnung. Vom Psychodrama zur Einzeltherapie. Wien, Springer

Erlacher-Farkas B, Kasper E (1989) Monodrama: die psychodramatische Technik für Einzelberatung. In: Kösel E (Hg), Persönlichkeitsentwicklung in beruflichen Feldern. Freiburg, Schriften der Arbeitsstelle Gruppenpädagogik und Psychodrama-Forschung, S 100–105
Leutz GA (1982) Einleitung. Integrative Therapie 8(1–2): 1–3

Anneliese Schigutt, Christian Jorda

Monolog, innerer (Beiseite-Reden, Soliloquy; → Psychodrama; → Monodrama). Gehört sowohl zu den Warm-Up-, wie auch zu den Handlungstechniken und ist eng mit der Technik des Doppelgängers (→ Doppelns) verknüpft. Für den → Protagonisten ist es eine Möglichkeit, auftauchende Bilder und sich konkretisierende Erkenntnisse auszudrücken. Damit kann der Spieler laut aussprechen, was er im Spiel nicht auszudrücken wagt. Dieses therapeutische Selbstgespräch wird wie im Theater etwas beiseite gesprochen, um mehr über persönliche Hintergründe und verdeckte Motivationen zu erfahren, es führt aber auch zu einer Entlastung für die Patienten. Rollen können mit dieser stark an die sprachlichen Möglichkeiten des Patienten reichenden Technik aus dem Unbewußten hervorgeholt und aktualisiert werden. Yablonski

(1992) sieht im inneren Monolog ein effektiveres Verfahren als die → freie Assoziation in der → Psychoanalyse, da im Psychodrama der innere Monolog „in den Kontext einer aktuellen Situation verwoben“ (ebd.: 113) ist. Er dient nicht für analytische Zwecke, sondern „der Förderung des dramatischen Geschehens in der Sitzung“ (ebd.: 113).

Erlacher-Farkas B, Rabel G (1996) Die wichtigsten im Monodrama verwendeten psychodramatischen Techniken. In: Erlacher-Farkas B, Jorda C (Hg), Monodrama. Wien, Springer, S 118–128

Petzold H (1978) Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater. Paderborn, Junfermann

Weth EJ (1988) Monodrama mit Suizidalen. Psychodrama 1: 13–28

Yablonski L (1992) Psychodrama. Frankfurt/M., Fischer

Gertrude Paula Rabel, Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Morgendliches Pessimismus. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Motivation, existenzanalytische. → Grundmotivation, personal-existentielle; → Wille zum Sinn.

Motivationssysteme (→ Selbstpsychologie). Der Grundsatz der Theorie der Motivationssysteme ist die Annahme, daß → Psychoanalyse eine Theorie organisierter Motivation sei. Aus Beobachtungen in der → Säuglingsforschung können fünf verschiedene Motivationssysteme voneinander unterschieden werden. Jedes System ist um ein grundlegendes Bedürfnis herum aufgebaut und entfaltet sich von der Neugeborenenphase an in Übereinstimmung mit angeborenen sowie schnell erlernten funktionalen Mustern. Die Motivationssysteme entwickeln sich als Reaktion auf 1. das Bedürfnis nach der psychischen Regulierung physiologischer Anforderungen (Ernährung, Ausscheidung, Wärme, Gleichgewicht, Schlaf, tastende und proprio-

zeptive Bewegungen sowie generelle Gesundheit); 2. das Bedürfnis nach → Bindung und späterer Eingliederung in Gruppen; 3. das Bedürfnis nach Erforschung (exploration) und Durchsetzung (assertion) von Präferenzen; 4. das Bedürfnis, mit Widerspruch und/oder Rückzug abweisend zu reagieren; 5. das Bedürfnis nach sinnlicher Befriedigung (saugen, betasten, schaukeln) und sexueller Erregung. Jedes System organisiert und stabilisiert sich selbst. Im Säuglingsalter trägt jedes System in gegenseitig regulatorischer Interaktion mit der Bezugsperson zur Selbstregulierung bei. In jeder Lebensphase existieren die grundlegenden Bedürfnisse sowie Wünsche, Sehnsüchte, Absichten, Überzeugungen, Fantasien und Ziele, die mit jedem System assoziiert werden, in dialektischer Spannung mit jenen der anderen Systeme. Es können daher von Moment zu Moment Motive verschiedener Systeme dominieren. Die Motive der übrigen Systeme können assoziiert werden oder latent sein. Zusätzlich können die Motive, die aus den Systemen abgeleitet werden, hierarchisch neu arrangiert werden. Selbstempfinden ist ein Erleben, das Einheit oder ein „mit sich selbst identisch Sein“ sichert. Selbstempfinden wird als teilweise unabhängiges Zentrum für die Einleitung, Organisation und Integration von Motivation und Erfahrung definiert. Wenn die speziellen Bedürfnisse jedes Motivationssystems erfüllt werden, ist das Ergebnis eine Selbstobjekterfahrung von Vitalisierung und Kohäsion des Selbstgefühls (→ Selbstobjekt). Die fünf Motivationssysteme geben dem Analytiker ein Werkzeug in die Hand, das beides anbietet: sowohl eine Reihe primärer Motivationen als auch die Überlegung, daß jede Motivation im Dienste einer Erfahrung stehen kann, die vom Patienten abgelehnt wird. Sexualitäts- oder Bindungsmotivationen beispielsweise können benützt werden, um Isolation und Einsamkeit nicht erleben zu müssen, die durch exploratorische Streben aktiviert wurden. Die Relation zwischen den fünf Systemen muß in jedem Fall aufs Neue erarbeitet werden. Wenn Sexualität und → Aggression nicht mehr als Basis (der Interpretation/ des Verstehens) gesehen werden – nicht reduzierbare Trieb-

strebungen sind immer ein Zerfallsprodukt des → Selbst – dann kann der Analytiker der Erzählung (dem „Narrativ“) des Patienten frei folgen, ohne einer vorweg erstellten und empirisch nicht begründeten Hierarchie der Motive folgen zu müssen.

Lichtenberg JD (1989a) Modellszenen, Affekte und das Unbewußte. In: Wolf ES, Ornstein A, Ornstein PH, Lichtenberg JD, Kutter P (Hg), Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. München, Verlag Internationale Psychoanalyse, S 73–106

Lichtenberg JD (1989b) Psychoanalysis and motivation. Hillsdale (NJ), The Analytic Press
Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (1992) Self and motivational systems. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

*Joseph D. Lichtenberg, Fred Hilkert
[Übers.: Erwin Bartosch,
Christine Pawlowsky]*

Motive (der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie). Auf dem Hintergrund klinischer Beobachtungen wurden wiederholbare Bildmotive entwickelt, die erprobt und geeignet sind, symbolhafte Projektionen in wichtigen menschlichen Konfliktbereichen anzuregen. Dabei müssen die individuellen Bedeutungsinhalte auf den jeweiligen Patienten bezogen werden und können nicht im Sinne einer kollektiv gültigen allgemeinen Symbollehre übersetzt werden. Motive der → Grundstufe: Blumentest – das Motiv Blume wird am Beginn vorgegeben und als Einstieg zur Imagination benutzt. Das auftauchende Bild soll mit allen Sinnesqualitäten erfaßt werden. Es gibt behandelnden Psychotherapeuten Hinweise über Selbst- und Objektrepräsentanzen, auf die Objektbeziehungsfähigkeit und spiegelt auch die momentane und geschichtliche Lebenssituation. Wiese: Die Symbolik entspricht der mütterlich-oral getönten Welt und spiegelt auch die aktuelle emotionale Stimmung; es ist als projektive Anfrage an das Unbewußte breit gefächert. Das Motiv kann auch als Ebene für spontane oder induzierte Begegnungen benutzt werden. Bach: Ausdruck für fließende seelisch-emotionale Entwicklung, für ungehinderte Entfaltung der psychischen Dynamik. Wasser bedeutet Lebenskraft und

steht in enger Beziehung zur Symbolik des Unbewußten. Der Bach kann stromaufwärts zur Quelle oder abwärts zur Mündung verfolgt werden. Berg: Möglich sind Aufstieg mit Rundblick vom Gipfel und anschließend Abstieg oder die Betrachtung aus der Ferne. Unbewußte Konfliktdynamik, Leistungsniveau, innere Ansprüche und Möglichkeit der Bewältigung werden deutlich. Haus: Stellt die eigene Person, die Beziehung zu sich und anderen symbolisch dar; kann von außen und innen erforscht und als Fortsetzung über mehrere Stunden hinweg angewandt werden. Waldrand: Symbol des Unbewußten. Mit diesem Motiv als Grenzbereich kann eine Begegnung mit aufsteigenden Symbolgestalten aus dem Unbewußten herbeigeführt werden. Motive der Mittelstufe: Baum, Tier, Ich-Ideal, Inspektion des Körperinneren sind Motive, die auf Persönlichkeit und Selbsterleben ausgerichtet sind. Drei Bäume und die Tierfamilie stellen Beziehungsaspekte in den Mittelpunkt. Löwe, wildes Tier, Mitfahrgelegenheit, Rosenbusch, Obstbaum richten sich an die dynamischen Aspekte und stellen aggressive und sexuelle Impulse und deren Verarbeitung dar. Bezugsperson, aktueller Konflikt, Nachttraum, Weg, Brücke sind weitere Motive der Mittelstufentechnik. Dabei ist zu betonen, daß der Vorgabe anderer Motive keine Grenzen gesetzt sind, wenn sie therapeutisch angezeigt sind. Motive der Oberstufe: Höhle, Sumpfloch, Vulkan, Foliant, Familienalbum können u. a. für eine weitere Vertiefung der Mittelstufentechnik mit archaischen Dimensionen verwendet werden.

- Dieter W (1996) Lernen durch Erfahrung mit Hilfe von Symbolen. *Imagination* 18(3): 5–19
- Gerber G, Sedlak F (Hg) (1994) *Katathymes Bilderleben innovativ. Motive und Methoden*. München, Reinhardt
- Lang I (1997) Motivwahl und Durcharbeiten in der K.I.P. *Imagination* 19(2): 50–57
- Lang O (1997) Das Symbol als therapeutisches Agens. *Imagination* 19(2): 15–25
- Leuner HC [1985] (1994) *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie*. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Martina Hexel

Multimedial (→ Kunsttherapie). Dieser Begriff bezieht sich ursprünglich auf multimediale Veranstaltungen, bei denen visuelle und akustische Medien zusammen eingesetzt werden (moderne Formen des Gesamtkunstwerkes). Die Psychotherapie integrierte schon in ihren Anfängen verschiedene Kunstformen wie Theater, Musik oder bildnerische Künste (Jung; Moreno; Perls). In den letzten 30 Jahren entwickelten sich in den USA und Europa psychotherapeutische Konzepte, die mehrere künstlerische Ausdrucksformen zusammen oder in Abfolge im therapeutisch-künstlerischen Prozeß einsetzen: z. B. Musik, Tanz, Malerei, Plastik, Literatur, Theater, Pantomime, Video, Arbeit mit Masken, Improvisation u. a. Diese „multimediale“ Arbeitsweise wird durch begleitende Reflexion und theoretische Konzepte ergänzt. Auch die → rezeptive Kunsttherapie wird miteinbezogen. Ziel der „multimedialen“ Arbeitsweise ist es, die spezifischen Eigenschaften der verschiedenen kreativen Ausdrucksformen für den psychotherapeutischen Prozeß zu nutzen und diese wirkungsvoll zu kombinieren (→ intermedialer Transfer). Im Mittelpunkt steht die Entfaltung des kreativen Potentials (→ Kreativität) sowie die Erweiterung des therapeutischen Handlungsspielraumes, der Zugang zu oft unbewußten Ressourcen und Konflikten, das Erweitern von Wahlmöglichkeiten in Einstellung und Verhalten. Die Teilnehmer können zudem je nach Neigung und Begabung zwischen mehreren Ausdrucksformen wählen sowie neue Erfahrungen mit bislang unbekannten Medien machen. Multimediale Kunsttherapie ermöglicht eine alle Sinne umfassende „totale Kommunikation“. Sie fördert die Integration unbewußter Inhalte und stimuliert analoges und vernetztes Denken.

- Knill PJ (1979) *Ausdruckstherapie*. Halle, Ohlsen
- Petzold H, Orth I (Hg) (1990) *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie*. 2 Bde. Paderborn, Junfermann

Siegrid Schneider-Sommer

Multimodale Therapie. Weiterentwicklung der → Verhaltenstherapie, bei der das Spektrum der bei der Analyse zu berücksich-

tigenden potentiellen Bedingungsvariablen erweitert wird und die Probleme entsprechend auf verschiedenen Ebenen beschrieben werden: Behavior (Verhalten), Affect (Affekt), Sensation (Empfindung), Imagery (Vorstellungen), Cognition (Kognition), Interpersonal (soziale Beziehungen) und Drugs (Medikamente) – abgekürzt zu dem Akronym BASIC-ID (Lazarus, 1973). Ein weiterer Grund für die Erweiterung der Bedingungsanalyse war die Entwicklung neuer verhaltenstherapeutischer Methoden, die eine Veränderung im Bereich dieser neuen Variablen ermöglichen sollen (z. B. Selbstkontrolle, kognitive Variablen, soziale Kompetenz etc.). Bei Abhandlungen über Verhaltensdiagnostik von speziellen Störungen wird dazu noch eine Vielzahl weiterer Variablen genannt, sodaß innerhalb des Gesamtspektrums der Verhaltenstherapie unterschiedlich komplexe Behandlungsansätze für unterschiedliche Teilbereiche psychiatrischer, psychosomatischer oder somatischer Störungen angeboten werden.

Hand I (1997) Multimodale Verhaltenstherapie. In: Ahrens S (Hg), Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart, Schattauer, S 560–568

Lazarus AA (1973) Multimodal behavior therapy: treating the „basic ID“. Journal of Nervous and Mental Disease 56: 404–411

Lazarus AA (1978) Multimodale Verhaltenstherapie. Heidelberg, Asanger

Gerhard Lenz

Multiple Persönlichkeiten. → Dissoziation; → Analytische Psychologie.

Multiple Psychotherapie. → Mehrfachtherapie.

Multipl. Bewußtsein. → Unbewußtes, persönliches; → Analytische Psychologie.

Musik (in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie). Bereits in den Anfängen

der Katathym-Imaginativen Psychotherapie entstand eine Variante musikalischen Bilderlebens. Die Verwendung von Musik in der → Imagination ist eine Möglichkeit der → rezeptiven Musiktherapie. Im regressiven Zustand des Fantasierens verhält sich der Patient körperlich passiv, er ist nur in der sprachlichen Mitteilung gegenüber dem Therapeut aktiv – ein Agieren im Sinne einer → aktiven Musiktherapie würde das Setting wesentlich verändern. Durch Vorspielen ausgewählter Musik vom Tonband wird ein leicht hypnoider Zustand (→ Hypnoid) der Entspannung und Ruhe eingeleitet und die Imagination angeregt. Die Musikeinleitung kann im Einzel- und Gruppensetting die übliche verbale Spannungsvorgabe durch den Therapeuten sinnvoll ersetzen. Für die Einleitung des Tagtraums ist eine beruhigende, aber nicht einschläfernde Musik auszuwählen. Bei einer weiteren Anwendung von Musik musiziert der Therapeut aktiv auf Instrumenten seiner Wahl, der Patient bleibt rezeptiv. Bei dieser Vorgangsweise mit Live-Musik hat sich die Improvisation bewährt: Zwischen dem improvisierenden Therapeuten und dem hörenden Patienten bleibt der therapeutische Rapport lebendig, ein „Konzertcharakter“ wird vermieden. Musik kann in drei Formen beim „Bildern“ zur Anwendung kommen: 1. zur Einleitung; 2. einleitend und eine Weile den Tagtraum begleitend; 3. während des ganzen Tagtraums. Hierbei fehlen die sonst übliche verbale Beschreibung des Patienten und die verbalen Interventionen des Therapeuten (→ Musiktherapie).

Leuner HC (1980) Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Bern, Hans Huber

Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Edgar Hättich

Musiktherapeutische Techniken (→ Musiktherapie). Realisieren sich in der Verbindung von psychotherapeutischen Techniken wie Nähren, Stützen, → Holding, Spiegeln, Konfrontieren, Deuten u. a. m. und

gezielter Arbeit mit musikalischen Qualitäten wie Metrum (= Grundschat, auf dem sich ein Rhythmus bewegt), Rhythmus, Klang, Tonalität und Dynamik. Sie lassen sich den folgenden 3 Kategorien zuordnen: Produktion (musikalisch / klangliche Neuschöpfung), Reproduktion (musikalisch / klangliche Nachschöpfung) sowie Rezeption (miterlebendes Hören). Zur Produktion zählen alle Formen musiktherapeutischer → Improvisation (strukturiert / thematisch / kommunikativ / frei) mit Instrumenten / Stimme / Körper. Im Mittelpunkt stehen hierbei das Finden des eigenen Ausdrucks und die Beziehungsgestaltung. Bei der Reproduktion (mit Instrumenten / Stimme) stehen die haltgebende Form und aktualisierte Erinnerungen im Vordergrund. Schwerpunkte der Arbeit mit Musik-Rezeption sind der Bezug zur momentanen Befindlichkeit, aufsteigende → Assoziationen und manchmal Relaxation (live / Tonträger); letztere kann mittels archaischer Instrumente ein verändertes Wachbewußtsein (→ Bewußtsein) anstreben.

Schmölz A (1988) Entfremdung – Auseinandersetzung – Dialog. Zur Komplexität musiktherapeutischen Beziehungsgeschehens. In: Decker-Voigt H-H (Hg), Musik und Kommunikation, Bd. 2. Lilienthal, Eres Edition, S 211–225

Dorothee Storz

Musiktherapie. Kreativitätsbezogene Therapiemethode, die unterschiedliche Formen und Techniken beinhaltet, deren Gemeinsamkeit der gezielte Einsatz musikalischer Mittel zur Behandlung von physisch und/oder psychisch erkrankten Menschen ist. Erfahrung und theoretischer Ausgangspunkt dieser Methode ist die Annahme, daß über die vorsprachliche Darstellung das → Unbewußte eine Ausdrucksform findet und damit Zugang zu Ängsten, Wünschen und Sehnsüchten geschaffen wird. Zum anderen werden die funktionelle Wirkung von Musik (aktivierend oder relaxierend) und das musikimmanente Beziehungspotential (Initiieren von sozial-kommunikativen Prozessen) gezielt genutzt. Die Methode wird praktiziert vor

dem Hintergrund verschiedener Verfahren hauptsächlich zweier Grundorientierungen: der tiefenpsychologischen und der humanistischen. Hierbei bedient sich die Musiktherapie im Verständnis von intrapsychischen Prozessen und dem Entstehen psychischer Konflikte ihres tiefenpsychologischen Erbes, in der Arbeit an Gefühlen und Beziehungen des humanistischen Erbes mit dem Verständnis einer symmetrischen therapeutischen Beziehung. Hinzu kommen aktional-motorische sowie kognitive Elemente im Dienste von Bewußtmachung, Veränderung und/oder Aufbau neuen Verhaltens auf dem Wege der künstlerischen Probehandlung. In Abgrenzung zur Musiktherapie als entwicklungs- bzw. persönlichkeitsfördernde Methode liegt die psychotherapeutische → Indikation bei Leidenszuständen und Verhaltensstörungen, die mit verbalsprachlichen Kommunikationsmitteln allein nicht oder schwer behandelbar wären. Da Grundkriterien wie die Fähigkeit zum Verbalisieren und zur Abstraktion für den musiktherapeutischen Prozeß nicht unbedingt erforderlich sind, erweitert sich das Spektrum des für die psychotherapeutische Behandlung üblichen Klientels (Menschen mit → Neurosen, → Psychosomaten, → Psychosen oder → Persönlichkeitsstörungen) um Patientengruppen wie: Autisten, komatöse Patienten, demente und geistig behinderte Menschen. Spezielle Inhalte musiktherapeutischen Arbeitens sind z. B.: spielerisches Handeln im Übergangsraum nach Winnicott, symbolische Wunscherfüllung, Vermittlung zwischen → Primär- und → Sekundärprozeß, Aktualisierung von traumatischem Material (→ Trauma) im Handeln, → Probehandeln, nonverbales → Deuten und → Durcharbeiten, → Katharsis, → Regression im Dienste des Ich, nonverbale Kommunikation, Selbst- und Fremdwahrnehmung im Dialog. Die Musiktherapie begreift den Menschen als hörendes und gehört werden wollendes Wesen, das nach Ausdruck, Gestaltung und Ästhetik strebend sich im Dialog erkennen lernt. Pionierarbeit für die psychotherapeutische Identität der Musiktherapie leisteten im wesentlichen Lecourt, Loos, Priestley, Schmölz und Schwabe (→ Aktive Musiktherapie; → Rezeptive Musiktherapie).

Fitzthum E, Oberegelsbacher D, Storz D (Hg) (1997) Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Weltkongresse Hamburg-Wien 1996. Wien, Edition Praesens

Frohne-Hagemann I (Hg) (1990) Musik und Gestalt. Paderborn, Junfermann

Niedecken D (1991) Im Bannkreis der Musik – Fallstudie: Musiktherapie mit einem präpsychotischen Jugendlichen. Die Bedeutung der Musik im psychotischen Bearbeitungsprozeß. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 41: 77–82

Renz M (1996) Zwischen Urangst und Urvertrauen. Paderborn, Junfermann

Smeijsters H (1994) Musiktherapie als Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Methoden. Stuttgart, Gustav Fischer

*Elena Fitzthum, Dorothea Oberegelsbacher,
Dorothee Storz*

Musiktherapie, aktive. → Aktive Musiktherapie.

Musiktherapie, rezeptive. → Rezeptive Musiktherapie.

Muskelpanzer. → Panzerung; → Körperpsychotherapie.

Muskelrelaxation, progressive. → Progressive Muskelentspannung.

Musterunterbrechung (aus Sicht der → Hypno[se]therapie). Technik der Hypnose-therapie, die auf Milton H. Erickson zurückgeht. Eingefahrende Denk-, Wahrnehmungs- und motorische Verhaltensmuster sollen an kritischen Stellen unterbrochen werden. Dies kann durch → posthypnotische Suggestion, durch Überraschung, Provokation, → Humor, Überladung oder Konfusion (→ Konfusionstechnik) erzielt werden, sodaß ein Verschwinden oder Ersetzen des Problemverhaltens möglich wird. Auch imaginative Selbsthypnose-techniken können eingesetzt werden, um

neue, konstruktive Verhaltensmuster zu bahnen. Diese Technik zählt zu den lösungsorientierten, kurztherapeutischen Interventionen (→ Lösungsorientierung).

Gilligan S (1991) Therapeutische Trance. Heidelberg, Carl Auer

Gordon D, Meyers-Anderson M (1981) Phoenix. Therapeutische Strategien von Milton Erickson. Hamburg, Isko-Press, S 122–149

Hans Kanitschar

Musterunterbrechung (aus Sicht der → Systemischen Therapie). Musterbearbeitung im systemisch-therapeutischen Prozeß besteht in der immer wieder neu durch Klienten und Therapeuten stattfindenden Beschreibung der Wahrnehmung von Zusammenhängen. Simplizität entsteht durch eine Beschreibung, die durch ihre Festschreibung einengt. Verdinglichung und Kategorisierung sind die am weitesten verbreiteten Mechanismen zur Reduktion von Komplexität. Hier werden Prozesse und Phänomene durch Akte der Erkenntnis und Sprache zuerst erschaffen und dann faktisch als etwas „An-sich-Seiendes“ behandelt (Kriz, 1997: 137). Der therapeutische Prozeß kann zu einer Unterbrechung solcher festgeschriebenen Muster beitragen. Alte Zusammenhänge werden mit neuen Worten beschrieben, die Bedeutungsgebung ist nicht abgeschlossen. Relevant ist nicht der Konsens, sondern die unterschiedlichen Sichtweisen und Wahrnehmungen der beteiligten Personen. Wenn etwa Krankheitsbilder von systemischen Therapeuten wie → Metaphern verwendet werden, dann kommt die Begriffsbildung wieder in Gang, ein festgelegter Bedeutungszusammenhang wird wieder neu reflektierbar gemacht. Therapie kann damit als ein sich Bewegen im Feld handhabbarer Komplexität gesehen werden. Es gibt systemische Methoden, die helfen, Komplexität zu reduzieren, ohne daß es zu einer Festlegung kommt, und andere, die dazu beitragen, Komplexität zu erweitern, ohne daß völlig Chaotisches hereinbricht. Viele systemische Methoden fördern eine Distanzierung von der Unmittelbarkeit der Prozesse des Erkennens und Kommunizierens und helfen eine Beobachterperspektive zu ent-

wickeln, die weitere Reflexionen ermöglicht (Klar & Wolf, 1995).

Hinsch J, Schörghofer J (1991) Krankheit ist auch nur eine Metapher. Zuschreibung und Versuche zur Auflösung. In: Reiter L, Ahlers C (Hg) Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Berlin-Heidelberg, Springer, S 154–168

Klar S, Wolf F (1995) Musterbildung, Musterbearbeitung. Ein ästhetisches Konstrukt und seine Geschichten im therapeutischen Bereich. Systeme 9(1): 80–94

Kriz J (1997) Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien, Facultas

Sabine Klar, Gerda Klammer

Mutterkomplex (→ Analytische Psychologie). Sich auf die Idee von C.G. Jung beziehend, daß der → Komplex hervorgerufen werde durch den schmerzhaften Zusammenstoß des Individuums mit einer „Anpassungsforderung“ (Jung, GW, Bd. 6, § 926; → Anpassung), wird das Konzept des Komplexes dynamisch gesehen als die Verdichtung von generalisierten, meist schwierigen Beziehungserfahrungen, durch vergleichbare Information und Emotion ausgezeichnet. Der Mutterkomplex besteht demgemäß aus Beziehungserfahrungen mit der Mutter, mit Müttern und dem Mutterraum (Kast, 1994). Da es sich um generalisierte Beziehungserfahrungen handelt, können die Mütter unserer Komplexe nicht einfach mit den konkreten Müttern gleichgesetzt werden. Spricht man von „positivem“ Mutterkomplex, dann meint man damit, daß dieser Komplex lebensfördernd ist, spricht man von einem „negativen“ Mutterkomplex, daß er lebenshemmend ist. Kast (1994) schlägt vor, von „ursprünglich positivem Mutterkomplex“ zu sprechen, denn jede Komplexkonstellation, wird sie nicht altersgemäß verlassen, wird lebenshemmend, also zu einem negativen Komplex. Der Begriff „Mutterkomplex“ ist ein Sammelbegriff. Je nach der vorherrschenden generalisierten Komplexprägung haben Menschen eine bestimmte Atmosphäre um sich und eine bestimmte Art, auf die Welt zuzugehen. Generalisierend kann man sagen, daß Menschen mit einem ursprünglich positiven

Mutterkomplex sich als hinreichend gute Menschen in einer guten Welt verstehen. Sie haben eine fraglose Daseinsberechtigung, das Leben hat wie eine gute Mutter zu sein, die ihnen gibt, was ihnen zusteht. Sie nehmen teil am Reichtum des Lebens und können genießen. Versagt ihnen das Leben die Fülle, dann reagieren sie leicht mit depressiven Verstimmungen. Entwicklungsthemen sind Trennung, Entscheidung, Selbstverantwortung, das Sich-einverstandenen-Erklären mit dem Leben, wie es ist etc. Der ursprünglich negative Mutterkomplex vermittelt das Lebensgefühl, kein guter Mensch in einer schlechten Welt zu sein und ständig um die Daseinsberechtigung ringen zu müssen. Diese Daseinsberechtigung wird oft über Leistung gesucht, obwohl eigentlich ein Bedürfnis nach Teilhabe an den anderen Menschen besteht. Diese generalisierten Komplexbeschreibungen sind auch unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zu sehen. Archetypische Grundlage des Mutterkomplexes sind die Mythologeme (→ Mythen) der großen Mutter (auch in → Märchen), die nicht mit anderen Archetypen des Weiblichen zu verwechseln sind (→ Ödipuskomplex).

Franz ML v (1997) Das Weibliche im Märchen. 12. Aufl. Fellbach, Bonz

Jung CG [1938] (1976) Die psychologischen Aspekte des Mutterarchetypus. In: GW, Bd. 9/ I, bes. §§ 161–198. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Kast V (1994) Vater-Töchter, Mutter-Söhne: Wege zur eigenen Identität aus Vater- und Mutterkomplexen. Stuttgart, Kreuz

Verena Kast

Mutter-Tochter-Beziehung (→ Feministische Psychotherapie). Der feministische Blickwinkel auf die Mutter-Tochter-Beziehung zeichnet sich durch die Einbeziehung des sozialen und psychischen Gefüges aus. Die „Mutter-Kind-Dyade“ wird im gesellschaftlichen Kontext – Mütter/Töchter, Mütter/Söhne, Väter/Männer – analysiert und deren gesellschaftliche Auswirkungen dargestellt (Asymmetrie der Geschlechter; Dinnerstein, 1979). Chodorow (1985) führt den Unterschied zwischen den Geschlechtern auf das „Muttern“ der Frauen zurück. Sie

weist die Reproduktion der Mütterlichkeit als eine der wenigen universellen Elemente der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung aus. Die Mutter-Tochter-Beziehung ist durch geschlechtliche Ähnlichkeit, die Mutter-Sohn-Beziehung durch geschlechtliche Verschiedenheit gekennzeichnet. Die Identifikation der Mutter mit der Tochter führt dazu, daß die Tochter als Erweiterung ihres Selbst erlebt und geliebt wird, wogegen der Sohn in seiner Andersartigkeit bestätigt wird. Männlichkeit wird durch die frühe Lösung von der Mutter konstituiert, die mit Verleugnung von Abhängigkeit und der Abwertung von Frauen verbunden ist. Die Notwendigkeit der Individuation der Tochter bleibt bei gleichzeitig bestehenbleibender Identifikation mit der Mutter konflikthaft. Rohde-Dachser (1991) sieht die Bedeutsamkeit der Mutter-Tochter-Beziehung in der „Verbundenheit durch die Verwandtschaft der Körper“, der „gemeinsam geteilten Mütterlichkeit“, der den „Verlust der narzißtischen Ganzheit“ weniger schmerzhaft erscheinen läßt. Frühe Interaktionserfahrungen zwischen Mutter und Tochter werden symbolisch und sprachlich weniger abgewehrt. Daraus folgt, daß die Sprache der Frauen im allgemeinen „näher am Gefühl“ bleibt. Aus einer feministischen Betrachtungsweise der → psychosexuellen Entwicklung werden sowohl die → androzentrische Wissenschaft selbst als auch die unterschiedlichen Mutterbilder in Frage gestellt. Unterschwellige Schuldzuweisungen an Mütter können durch ein Verständnis der Ambivalenz eine mögliche Entlastung von der omnipotenten Last bieten, alles richtig machen zu müssen. Konflikte, die durch die mütterliche → Ambivalenz genährt werden, werden nicht nur als Mangelerlebnisse gesehen, sondern auch als potentiell kreativ gedeutet.

Chodorow N (1985) Das Erbe der Mütter. München, Frauenoffensive

Dinnerstein D (1979) Das Arrangement der Geschlechter. Stuttgart, Deutsche Verlags Anstalt

Parker R (1995) Torn in two. Experience of maternal ambivalence. London, IRAGO Press

Rohde-Dachser C (1991) Expedition in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse. Berlin, Springer

Margot Scherl

Myroagogik. → Trauer und Krebs; → Psychoonkologie.

Myropädie. → Trauer und Krebs; → Psychoonkologie.

Mystik. Griech. *myein* = „Augen oder Lippen schließen“, um dadurch die äußere Wahrnehmung auszuschalten und zur inneren Erfahrung zu gelangen; *myein* heißt aber auch „den Mund schließen“, um den Uneingeweihten die Mysterien nicht zu verraten. Allgemein bezeichnet Mystik eine Erfahrung des Einsseins mit der „Höchsten Wirklichkeit“ (Steindl-Rast, 1985). In der jüdisch-christlichen und der islamischen Tradition gipfelt die Erfahrung in der „*unio mystica*“, in der erlebten Vereinigung mit Gott. Nontheistische Glaubenssysteme beschreiben Mystik als Einswerden mit dem Urgrund des Seins, mit der Leere, aus der alles hervorgeht (Zundel, 1989). Mystische Elemente treten in allen Religionen auf: im Christentum als christliche Mystik, im Judentum als Kabbala, im Buddhismus als Zen, im Islam als Sufismus, im Hinduismus als Yoga. Die Momente überwältigender, grenzenloser Zugehörigkeit und die Augenblicke universellen Einsseins charakterisieren die Erfahrungen der Mystiker. Die → Transpersonale Psychologie ist seit ihren Anfängen (→ Peak Experience nach Maslow) mit dem Phänomen konfrontiert, daß grundsätzlich bei allen Menschen mystische Erfahrungen auftreten können, nicht nur bei den sogenannten Mystikern, Heiligen und Meditierenden (→ Meditation). „Schließlich ist der Mystiker keine besondere Art Mensch, sondern jeder Mensch ist eine besondere Art Mystiker“ sagt der Benediktinermönch David Steindl-Rast (Steindl-Rast, 1985: 178). Die Transpersonale Psychologie versucht die von Mystikern erlebten Phänomene in ihren Ähnlichkeiten und Unterschieden zu beschreiben und deren heilendes Potential zu nutzen. Im wesentlichen geht es dabei um die Integration von Psychotherapie und spirituellen Erkenntniswegen (→ Spiritualität). Um die mystische Erfahrung von

Regressionszuständen (→ Regression) abzugrenzen, verwendet Ken Wilber für letzteres den Begriff „präpersonal“. Transpersonale Einheitsgefühle bauen auf dem Personalen (einem funktionalen und steuernden Ich) auf. Der mystische Weg wird aus transpersonaler Perspektive durch eine Ichstärkung vorbereitet (→ Identität; Eigenständigkeit). In der mystischen Erfahrung verbindet sich das Personale mit dem Transpersonalen. Nach diesem Verständnis hat Mystik nichts mit Weltflucht und Abkehr von der Welt zu tun; der Mystiker übernimmt Verantwortung in der Welt, weil er sich als Teil des Ganzen erkennt (Jäger, 1991).

- Jäger W (1991) Suche nach dem Sinn des Lebens. Bewußtseinswandel durch den Weg nach innen. Petersberg, Vianova
 Steindl-Rast D (1985) Fülle und Nichts. Die Wiedergeburt christlicher Mystik. München, Dianus Trikont
 Zundel E (1989) Einleitung. In: Zundel E, Fittkau B (Hg), Spirituelle Wege und Transpersonale Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S 11–29

Hermann Wegscheider

Mythe. In der → Prozeßorientierten Gesprächspsychotherapie (Swildens, 1991), einer Variante der → Klientenzentrierten Psychotherapie, ist mit Mythe ein Bedeutungszusammenhang in der Erlebniswelt des Klienten gemeint. Diese Bedeutungsgestalt ist die Geschichte des Klienten, wie er sie sieht, erzählt und gebraucht, um sein Gewordensein zu erklären. Dabei handelt es sich nicht um eine genaue, möglichst objektive historische Erklärung, sondern um eine die persönlichen Beschränkungen motivierende und das persönliche Versagen entschuldigende Geschichte (→ Alibi). Mythe bedeutet erzählte Geschichte, es bedeutet aber auch Entschädigung, Ersatzanspruch und Rehabilitation. Die Mythe ist in diesem Sinne die zu privaten Zwecken der jeweiligen Person berichtigte Individualgeschichte. Daß dabei → Verdrängung, → Verleugnung und andere → Abwehrmechanismen eine Rolle spielen, kann in diesem Zusammenhang unberücksichtigt bleiben. Die Mythe zeigt sich überall, wo die

Person sich betrachtend sich selbst gegenübertritt oder sich in Selbstaussagen dem anderen darstellt.

Swildens H (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG

Hans Swildens

Mythen. Ein Mythos ist eine bildhafte, ehemals heilige Erzählung, die als symbolischer Ausdruck von Urerlebnissen der Menschen und Völker gedeutet werden kann. Aus der Sicht der → Analytischen Psychologie sind Mythen als psychische Manifestationen, welche die Bewegungen der → Seele darstellen, aufzufassen. Mythen werden nicht bewußt ausgedacht, sondern als symbolische Ausformungen von unbewußten psychischen Vorgängen, als Manifestationen und → Projektionen von kollektivem psychischem Bildmaterial vorgefunden (→ Unbewußtes, kollektives/psychoides). Psychologisch gesehen sind nicht nur die alten Göttererzählungen Mythen, und in gewisser Hinsicht sind sie auch nicht überholt (die Erzählungen vom unermüdlich fremdgehenden Zeus und seiner eifersüchtigen Ehefrau Hera stellen ein überzeitliches Modell einer bestimmten Beziehungsform und –dynamik dar). Wie in den paganen Kulturen wirkt auch in uns eine mythopoietische Kraft (→ Anima) als Arrangeurin unbewußter Inhalte, Bilder und „dramatischer Inszenierungen“. Als „Mythen“ werden im pejorativen Sinne auch moderne, weitgehend irrationale kollektiv wirksame Geflechte von Überzeugungen oder unbewußte Dominanten bezeichnet. Mit den Mythen der schamanistischen und rituellen Kulturstufe (auch als Selbstdarstellungen der → Archetypen verstehbar) haben diese aber nur dann etwas zu tun, wenn deren mythologische Motive darin (in zeitgenössischer Verkleidung) zum Ausdruck kommen. Nicht nur religiöse oder politische Ideologien, sondern auch anscheinend rein wissenschaftliche Theorien können insofern mythologisch mitgeformt sein (→ Religion). Von den kollektiven Mythen wird mitunter auch der persönliche Mythos unterschieden: Die Überzeugungen und Wirklichkeitskonstrukte des

einzelnen Menschen beruhen nicht nur auf Bewußtseinsvorgängen, sondern werden prälogisch mitbestimmt (→ Seele). Mit dem Erkennen des persönlichen Mythos im Sinne Jungs ist gemeint, daß das Individuum seine Funktion als Mitschöpfer der Welt wahrnehme und eine symbolische („mythologische“) Perspektive auf sein Leben entwickle. Dies ist auch ein Teil der Bedeutung des → Individuationsprozesses.

Giegerich W (1991) Vom Reden über Götter: ein psychologischer Betrug. Gorgo 20: 7–28

Jung CG [1911, 1912, 1952] (1973) Symbole der Wandlung. In: GW, Bd. 5, § 27ff. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Kast V (1984) Paare. Beziehungsphantasien oder wie Götter sich in Menschen spiegeln. Stuttgart, Kreuz

Martin Kunz

- N -

Nähren und Anreichern. Eines der → Regieprinzipien in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie (KIP). Es bezieht sich fast ausschließlich auf den Umgang mit feindseligen bzw. angstbesetzten Symbol- oder Realgestalten im katathymen Tagtraum. Das hauptsächliche Ziel des Nährens und Anreicherns sind die Neutralisierung destruktiver Emotionen und die Wandlung angstbesetzter Gestalten. Dies geschieht durch reichhaltiges Anbieten und Verabreichen von Nahrung an die angstbesetzte Gestalt. Beispielsweise wird nach entsprechender Vorbereitung des Klienten eine angstbesetzte Person im Tagtraum von ihm zu einem Picknick eingeladen. Nimmt die Person diese Einladung an und isst und trinkt, so verliert sie nach und nach ihre Bedrohlichkeit und die Interaktion wandelt sich. Ähnlich verhält es sich mit angstbesetzten Symbolgestalten: Ein schnappende Riesenfisch wird z. B. mit Fisch- und Fleischteilen solange gefüttert, bis sich sein aggressives Verhalten ändert und er friedlicher wird. Dies ermöglicht in weiterer Folge konstruktive Interaktion und Beziehung. Tiefenpsychologisch gesehen repräsentieren solche Gestalten nicht-integrierte, feindselige Impulse vom → Ich abgespaltenen Introjekte. Diese richten sich gegen das Ich und rufen oft heftige Ängste hervor. Mit Hilfe der Technik des Nährens und Anreicherns kann ihre Integration in das Ich oft erfolgreich angebahnt werden. Eine verwandte Technik stellt das „Versöhnen und Umfängen“ dar. Dem Prinzip des Nährens und Anreicherns kommt besonders auf der → Grundstufe der KIP große Bedeutung zu.

Leuner HC [1970] (1989) Katathymes Bilderleben. Grundstufe. 4. Aufl. Stuttgart, Thieme
 Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Hans Kanitschar

Narrativer Ansatz (→ Systemische Therapie). Besagt, daß der Fokus der Aufmerksamkeit des Therapeuten auf der Sprache liegt, auf der Art und Weise, wie die Klienten ihre Situation, ihre Probleme und ihre Geschichte erzählen (Narrationen) und darauf, wie die gemeinsame therapeutische Geschichte sich erzählend weiterentwickelt und dabei die ursprüngliche Geschichte verändert. Die Ergebnisse der Erzählforschung (Schapp) zeigen, daß Sinnzusammenhänge im menschlichen Leben in Geschichten organisiert werden. Menschliche Systeme sind demnach sprachschöpferische und sinnerzeugende Systeme. Bedeutungen (Sinn) und Verständnis werden kulturell und zwischenmenschlich konstruiert. Die Bedeutungsmuster, die durch Sprache vermittelt werden, sind Geschichten. Sprache schafft auf diese Weise Realität. Ein Problem entsteht ursprünglich dadurch, daß es von jemandem benannt wird. Wenn von vielen möglichen Beschreibungen eine durch Konsens in der Kommunikation dominiert wird, wird sie in der Problemgeschichte zu einer Eigenschaft, einem Symptom oder einer Diagnose festgeschrieben. Für den therapeutischen Dialog ergeben sich z. B. folgende Fragen: Was wird nicht erzählt (→ Ausnahme vom Problem)? Aus welcher Perspektive wird erzählt? Was wird → implizit und → nonverbal erzählt? Die Veränderung passiert im therapeutischen Dialog dadurch, daß neue Beschreibungen, andere Bedeutungszusammenhänge und Ideen konstruiert werden, die zu neuen Geschichten mit neuen Überschriften führen. Daraus abgeleitet entwickeln sich neue kognitive und emotionale Handlungsmuster.

Anderson H, Goolishian H (1990) Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. Familiendynamik 15: 212–243

Hoffman L (1996) Therapeutische Konversation. Dortmund, Modernes Lernen

White M, Epston D (1990) Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken. Heidelberg, Carl Auer

*Brigitte Roschger-Stadlmayr,
Juliane Kleibel-Arbeitsbuber*

Narzißmus (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Der Begriff bezeichnet die Liebe einer Person zu sich selbst. Ursprünglich vom persischen nargis (für die Blume Narzisse; Kluge, 1975: 503) stammend, wird er in der psychologischen Bedeutung auf den griechischen Mythos vom Jüngling Narzissos (nárkissos), der sich im Spiegel des Wassers selbst sah und sich in sich selbst verliebte, zurückgeführt. Freud verwendete den Begriff bereits 1909 als Begriff für „ein notwendiges Übergangsstadium vom [→] Autoerotismus zur Objektliebe“ (Jones, 1962: 322); in der Arbeit „Zur Einführung des Narzißmus“ (1914) wird er in die Psychoanalyse eingeführt. Ökonomisch wird Narzißmus als libidinöse → Besetzung der eigenen Person verstanden, entweder als ein sehr frühes, nach klassischer Auffassung normales Stadium, als „primärer Narzißmus“, oder als (pathologische) Rückkehr zu demselben, als „sekundärer Narzißmus“. Zugleich kennzeichnet das Auftreten des Begriffs in Freuds fortschreitender Metapsychologie den Beginn der Entwicklung des neuen Modells des psychischen Apparats, nämlich des → Strukturmodells, weil damit eine zusätzliche (libidinöse) Dimension der ganzen Psyche beschrieben wurde, die im → topischen Modell nicht ausreichend erfaßt war. In der Folge wird dem Begriff, der sich auf Gesamtheit des Subjekts, nicht so sehr auf die Instanzen bezieht, über einige Jahrzehnte weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Und doch entwickeln sich mehrere Auffassungsvarianten: Kernberg z. B. beschreibt in den späten 60er Jahren eine – auf die Triebtheorie gestützte – Auffassung des pathologischen Narzißmus, der sich in primitiven Reaktionsweisen, Impulshaftigkeit und mangelnder Ich-Kontrolle ausdrückt (→ narzißtische Störungen; Kernberg, 1975). Grunberger führt den Ursprung des Narzißmus auf einen „erhebenden pränatalen Zustand“ (Grunberger, 1977: 25) zurück und sieht ihn

damit im Gegenüber zur Triebtheorie. Für Kohut führte die Beschäftigung mit den narzißtischen Übertragungen (Kohut, 1968) zu einem Begriff von Narzißmus, der sich in mangelnder Lebensfreude und einem Gefühl der Leere hinter sozialem Funktionieren zeigt. Dieses Verständnis wird zum Feld, in dem Kohut die Theorie des → Selbst, die Selbstpsychologie, entwickelt, die sich ab 1975 zu einer eigenen psychoanalytischen Theorie entfaltet, nun losgelöst von der → Triebtheorie und der → Ich-Psychologie (Kohut, 1977). Eine konsequente Weiterentwicklung der ganzheitlichen Auffassung des Subjekts ist die ganzheitliche Sicht der Gesamtsituation des Beziehungskontexts des Selbst (die von Kohut in der Idee der Selbst-Selbstobjekt-Beziehung bereits grundlegend entworfen wurde). Im Mittelpunkt der heutigen Selbstpsychologie steht daher nicht sosehr der Narzißmus als eine Ein-Personen-Sicht des Selbst, sondern die → Intersubjektivität als das Wechselspiel zweier (oder mehrerer) Subjekte (worin die Selbst-Selbstobjekt-Beziehung zur Subjekt-Subjekt-Beziehung erweitert wird).

Grunberger B [1971] (1977) Vom Narzißmus zum Objekt. Frankfurt/M., Suhrkamp

Jones E (1962) Das Leben und Werk von Sigmund Freud, Bd. 2. Bern, Hans Huber

Kernberg OF [1975] (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kluge F [1883] (1975) Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. 21. Aufl. Berlin, de Gruyter

Kohut H [1968] (1975) Die psychoanalytische Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. In: Kohut H, Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S. 173–204

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Narzißmus (aus Sicht der → Existenzanalyse). → Selbstwert.

Narzißtische Störungen. Der Begriff ist in der → Psychoanalyse Freuds ungebräuchlich und erhält eine Bedeutung zunächst im

Rahmen der → Ich-Psychologie und zugleich eine andere Bedeutung in der Narzißmustheorie von Heinz Kohut: er bezeichnet dort die Störungen des → Selbst. In der Ich-Psychologie beschreibt Kernberg eine Auffassung des pathologischen Narzißmus, der durch primitive Reaktionsweisen, Impulshaftigkeit und mangelnde Ich-Kontrolle gekennzeichnet ist (Kernberg, 1978: 261ff.). Ätiologisch versteht er ihn in der Nachfolge von Jacobsons Auffassung des Selbst als Rückkehr zur Verschmelzung von Selbst- und Objektimages nach der Stabilisierung der Ich-Grenzen als „Abwehr unerträglicher Gegebenheit im zwischenmenschlichen Beziehungsfeld“ (ebd.: 266). Narzißtische Störungen stehen im Ausmaß dem Borderline-Syndrom (→ Borderline-Persönlichkeitsstörungen) nahe (wo das Verhältnis der „guten“ und „bösen“ Anteile der Images nicht ausgewogen ist). Beide sind nach Kernberg nicht analysierbar, aber immerhin mit bestimmten → Parametern psychoanalytisch therapeutisch behandelbar. Kohut beschreibt eine andere Auffassung im Rahmen eines positiv getönten Narzißmusbegriffs. Narzißtische → Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen sind durch Leere, mangelnde Lebensfreude und herabgesetztes Selbstwertgefühl gekennzeichnet, in Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen durch die Art der Abwehr dieser primären Symptome differenziert. Kohut belegt, daß diese Störungen mit der Psychoanalyse behandelbar sind und entwickelt im Kontext dieser Behandlungen die → Selbstpsychologie. Die Behandlung dieser Störungen in der Selbstpsychologie ist im besonderen durch eine lange Phase der Einfühlung (→ Empathie) und des Verstehens vor der Phase der → Deutung gekennzeichnet. In der Theorie wird der Begriff der narzißtischen Störungen mit der wachsenden Bedeutung des Selbst und des → Selbstobjekts – zentrale Begriffe der Selbstpsychologie – immer mehr zur Grundlage der Betrachtung auch anderer Störungen: Kohut vertritt die Auffassung, daß die ödipalen Störungen erst auf der Grundlage eines brüchigen Selbst entstehen, das – als Stabilisierung der Brüchigkeit gedacht – zu vorzeitig verfestigten neurotischen Verhaltensformen führt. Die

neurotischen Symptome sind dann als Desintegrationsprodukte des brüchigen Selbst zu verstehen. Im Rahmen der zunehmenden Fokussierung der Selbstpsychologie auf die Entwicklung des Selbst wird der Begriff „narzißtische Störungen“ schon bei Kohut durch den Terminus „Selbst-Selbstobjekt-Störungen“ ersetzt. Die Betonung des intersubjektiven Beziehungsfeldes (→ Intersubjektivität) in der neueren Selbstpsychologie erweist den Begriff der narzißtischen bzw. der Selbst-Selbstobjekt-Störungen als einen individuell auf den Patienten bezogenen und läßt ihn im Kontext einer stärker beziehungsorientierten Psychoanalyse in den Hintergrund treten.

Kernberg OF [1975] (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kohut H [1968] (1975) Die psychoanalytische Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. In: Kohut H, Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 173–204

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Narzißtische Wut (→ Selbstpsychologie). „Narzißtische Wut“ ist ein komplexer Affektzustand und keineswegs ein „Triebabkömmling“. Ob akut oder chronisch, narzißtische Wut entstammt dem Boden einer vorweg existierenden Selbstpathologie, die ihr eine komplexe und vieltätige Ausformung verleiht. Das geschwächte, zur → Fragmentierung neigende oder über lange Zeit immer wieder fragmentierte → Selbst ist leicht verletzbar, indem es lächerlich gemacht, in Verlegenheit gebracht, beschämt oder gedemütigt wird. Auf diese Verletzungen reagiert das Selbst mit den destruktivsten Formen von Wut. Heinz Kohut verwendete den Begriff, um das gesamte Spektrum destruktiver → Aggression zu bezeichnen, von leichtem Ärger auf der einen Seite des Spektrums über Zorn und narzißtische Wut bis hin zu den destruktivsten Formen der Aggression am anderen Ende. Er beschrieb die narzißtische

Wut umfassend und bot einen neuen Weg ihrer Behandlung an: der analytische Fokus sollte – wie er sagt – auf der spezifischen Verletzlichkeit des Selbst und nicht darauf liegen, den Patienten direkt mit seiner Wut zu konfrontieren. Es ist vielmehr das Verstehen dessen, was die Wut erzeugt hat (im Zusammenhang mit dem → Durcharbeiten der → Selbstobjektübertragung), das eine zunehmende Besserung herbeiführen kann.

Kohut H [1971] (1975) Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut. In: Kohut H, Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 205–251

Ornstein PH, Ornstein A [1993] (1997) Selbstbehauptung, Ärger, Wut und zerstörerische Aggression: Perspektiven des Behandlungsprozesses. *Psyche* 51(4): 289–310

Paul H. Ornstein [Übers.: Erwin Bartosch]

Negative therapeutische Reaktion.

Begriff in der Freudschen → Psychoanalyse, der bezeichnet, daß bei manchen Patienten jede „[...] Lösung, die eine Besserung oder ein zeitweiliges Aussetzen der Symptome zur Folge haben sollte und bei anderen auch hat, [...] eine momentane Verstärkung ihres Leidens hervor[ruf]t, sie verschlimmern sich anstatt sich zu bessern“ (Freud, 1923: 316). Die metapsychologische Erklärung gibt Freud mit dem Kunstgriff der „unbewußten Schuldgefühle“ (ebd.: 295; → Schuldgefühl) des Patienten dafür, daß er dem Analytiker (noch immer) nicht die ganze Wahrheit gesagt hat. Aus diesen heraus erfolgt der Rückfall. Im Laufe der Entwicklung der Psychoanalyse von der → Ich-Psychologie zur → Objektbeziehungstheorie und zur → Selbstpsychologie wird der Begriff so verstanden, daß sich der Patient in diesem Augenblick nicht ausreichend verstanden fühlt (Kohut, 1979: 54; Bacal, 1985). In der intersubjektiven Auffassung der Selbstpsychologie (→ Intersubjektivität) verändert der Begriff insofern seine Bedeutung, als die Reaktionen von Patient und Analytiker als Teil des gesamten analytischen Prozesses bzw. des → Unterbrechungs- und Wiederherstellungs-

prozesses der therapeutischen Beziehung verstanden werden.

Bacal H (1985) Optimal responsiveness and the therapeutic process. In: Goldberg A (Ed), *Progress in self psychology*, vol. 1. New York, Guilford Press, pp 202–227

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. III: *Psychologie des Unbewußten*. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Kohut H [1977] (1979) *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Negative Therapieeffekte. → Therapieschäden; → Indikation; → Kontraindikation.

Nekrophilie. → Perversion.

Neologismus. → Schizophrener Formenkreis.

Nervöser Charakter (→ Individualpsychologie). Adler publizierte 1912 die Gedanken, die er „innerhalb des Kreises um Freud und zugleich gegen Freud entwickelt hatte“ (Adler, 1912: 11), in geschlossener Form in seinem Buch „Über den nervösen Charakter“. Er stellt darin Konzepte wie jene der → Finalität und der → Kompensation, des → Macht- und → Überlegenheitsstrebens, der → Fiktion oder der → Apperzeption dar und erläutert, inwiefern neurotische Symptombildungen darin gründen, daß sich Menschen vor dem bewußten Gewahrwerden von → Minderwertigkeitsgefühlen zu schützen versuchen (→ Abwehr; → Sicherheitsstreben). Adlers Buch „Über den nervösen Charakter“ stellt den Beginn der Individualpsychologie als eigenständiger Tradition innerhalb der → Tiefenpsychologie dar. An den Textänderungen, die Adler für nachfolgende Auflagen vornahm, kann besonders deutlich die weitere Theorieentwicklung der traditionellen Individualpsychologie abgelesen

werden, der die gegenwärtige Individualpsychologie zum Teil äußerst kritisch gegenübersteht (Witte, 1988, 1994; Lehmkuhl & Lehmkuhl, 1995).

- Adler A [1912, 1919] (1997) Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Kommentierte, textkritische Ausgabe, hg. von Witte KH, Bruder-Bezzel A, Kühn R. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Lehmkuhl U, Lehmkuhl G (1995) Zur Theorieentwicklung der Individualpsychologie. In: Bell K, Höhfeld K (Hg), Psychoanalyse im Wandel. Gießen, Psychosozial-Verlag, S 246–263
- Witte K-H (1988) Das schielende Adlerauge – oder wie Alfred Adler die Schätze seiner ursprünglichen Theorie übersah. Zeitschrift für Individualpsychologie 13: 16–25
- Witte K-H (1994) Alfred Adler als Redaktor seiner Falldarstellungen. Eine textkritische Analyse von Adlers Redaktionsarbeit bei den Neuaufgaben seines Hauptwerks „Über den nervösen Charakter“. Zeitschrift für Individualpsychologie 19: 20–37

Wlfrfried Datler

Netzwerktherapie. Zuerst in den sozialpsychiatrischen Arbeiten von Jacob Levy Moreno (1934) beschrieben, in Soziotherapie (Petzold, 1997), → Familientherapie, → Systemischer Therapie (z. B. von Lewis Attneave, Speck, Minuchin, Haley) als Gegenpol zur individuenzentrierten Psychotherapie entwickeltes Bündel therapeutischer Interventionsformen (Röhrle et al., 1998), bei denen das soziale Netzwerk eines Klienten respektive die in diesem ablaufenden pathogenen (in der → Integrativen Therapie auch salutogenen) Muster Gegenstand der Therapie sind. Grundannahmen: Bewältigungen von Krisen lassen sich am besten im sozioökologischen → Kontext (→ sozialökologische Praxis), Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und ihren Ursachen am besten zirkulär und nicht linear-kausal verstehen. Integrative Therapie entwickelt seit Ende der 60er Jahre Morenos Tradition der Soziotherapie und Netzwerktherapie (Petzold, 1995) weiter und sieht die informellen Netzwerke nicht nur als aktuelle Interaktionen, sondern als „convoys“, Beziehungen in der Lebenslauf-

perspektive (→ Lebensspanne). Dabei werden auch die – unter Umständen divergierenden – kollektiven Kognitionen und Weltansichten („social worlds“) in den Netzwerken berücksichtigt (ebd.: 206ff.). Je nach Interventionsebene (Klient, Netzwerk, „Community“) werden verschiedene Formen der Netzwerktherapie unterschieden: „Soziodrama“, „Network Coaching“, „Partial Network Assembly“, „Community Network Therapy“, „Full Scale Network Assembly“. Letztere involviert bis zu hundert Personen. In der Familientherapie steht oft nur der Klient im Fokus der Therapie. Primäres Ziel ist Förderung unterstützender Verhaltensweisen („social support“) im Klientenumfeld, ggf. auch „Entmischungen“, d. h. Trennungen von Netzwerksegmenten oder Personen mit nicht-förderlichem Einfluß auf den Therapieerfolg. Seltener kommen wie in der Integrativen Therapie netzwerkanalytische Methoden zur Optimierung einzelner struktureller oder interaktionaler Netzwerkmerkmale (z. B. Dichte, Reziprozität) zur Anwendung. Indikationen: Probleme in interpersonellen Beziehungen, ein breites Spektrum chronisch-psychischer Störungen bei Suchterkrankungen, in der Kinder-, Jugendlichen- und Gerontotherapie. In der Durchführung werden von einem Interventionsteam Zusammenkünfte zwischen einem Klienten und einer (von diesem oder den Netzwerkmitgliedern getroffenen) Auswahl von Personen organisiert, meistens beim Klienten zuhause. Im Verlauf meist mehrerer und mehrstündiger Sitzungen werden verschiedene Phasen durchlaufen, wobei ein breites Spektrum an Techniken, insbesondere aus dem → Psychodrama, der Familien- und Systemischen Therapie sowie an → kreativen Medien eingesetzt wird.

- Hass W, Petzold HG (2000, im Druck) Die Bedeutung sozialer Netzwerke für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold HG, Märtens M (Hg), Wege zu effektiven Psychotherapien. Bd. 1, Opladen, Leske + Budrich
- Moreno JL [1934, 1954] (1967) Die Grundlagen der Soziometrie. 2. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag
- Petzold HG (1995) Wegegeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt. In: Metzmacher B, Petzold HG, Zaepfel H

- (Hg), *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute*. Paderborn, Junfermann, S 189–280
- Petzold HG (1997) *Soziotherapie – ein Beruf ohne Chance?* In: Sticht U (Hg), *Gute Arbeit in schlechten Zeiten – Suchtkrankenhilfe im Umbruch*. Freiburg, Lambertus, S 57–115
- Röhrle B, Sommer F, Nestmann F (Hg) (1998) *Netzwerkintervention*. Tübingen, DGVT

Wolfgang Hass

Neuentscheidung. In der → Transaktionsanalyse bedeutet Neuentscheidung Korrektur von in der Kindheit getroffenen Skriptentscheidungen durch neue, konstruktive Entscheidungen im → Hier-und-Jetzt. Das → Skript (der Lebensplan) eines Menschen beruht auf Entscheidungen, die er in der Kindheit auf dem Hintergrund seiner Erfahrungen mit seinen Bezugspersonen und der Umwelt getroffen hat und die lebenslange Bedeutung behalten. Diese Skriptentscheidungen (z. B. hart zu arbeiten) stehen im Dienste der Abwehr, das Kind trifft sie auf der Basis seiner kindlichen Emotionen, Denkprozesse und Möglichkeiten der Realitätsprüfung als beste Strategie zum Überleben in einer oftmals frustrierenden und verletzenden Welt. Im Erwachsenenleben können diese frühen Entscheidungen den Menschen in den Möglichkeiten seiner Beziehungs- und Lebensgestaltung einschränken. Die von Goulding & Goulding (1979) entwickelte Neuentscheidungstherapie – eine Verbindung von transaktionsanalytischen Techniken (u. a. inhaltliche Vertragsarbeit [→ Verträge], Bearbeiten von → Engpässen) mit erlebnisorientierten Techniken der → Gestalttherapie – stellt die Neuentscheidung in das Zentrum der therapeutischen Arbeit. Sie ist geeignet zur Bearbeitung abgegrenzter Problemstellungen (Fokalthherapie), betont die persönliche Stärke und Verantwortlichkeit des Menschen (McNeel, 1981) und fokussiert auf den → Ich-Zustand des Kindes. Gelenkte Inszenierung innerpsychischer Konflikte erlaubt es dem Klienten, in der Fantasie in die Zeit der Skriptentstehung zurückzugehen, seinen Kind-Ich-Zustand zu besetzen, die traumatische Szene der Skriptentscheidung mit dem ganzen Hintergrund und damit auch

den Ressourcen seiner gegenwärtigen Person wiederzuerleben und im Rahmen der vertrauensvollen Beziehung zu einem erlaubnis- und schutzgebenden Psychotherapeuten (Clarkson, 1996) eine neue konstruktive Entscheidung zu treffen. Zentrales Merkmal einer Neuentscheidung ist es, daß sich die Person, während sie die frühe Szene wiederbelebt, bewußt wird, daß sie als Erwachsener in der Gegenwart Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung hat, die ihr zur Zeit der Skriptentscheidung nicht zur Verfügung standen (Stewart, 1993).

- Clarkson P (1996) *Transaktionsanalytische Psychotherapie*. Freiburg, Herder
- Goulding M, Goulding R [1979] (1981) *Neuentscheidung. Ein Modell der Psychotherapie*. Stuttgart, Klett-Cotta
- McNeel J (1981) *Die sieben Faktoren der Neuentscheidungstherapie*. In: Barnes G (Hg), *Transaktionsanalyse seit Eric Berne*, Bd. 3. Berlin, Institut für Kommunikationstherapie, S 111–133
- Stewart I (1993) *Transaktionsanalyse in der Beratung*. Paderborn, Junfermann

Renate Stöger

Neugier (→ Systemische Therapie). Neugier gegenüber Menschen, Ereignissen, Ideen und Verhaltensweisen ist eine wichtige systemische Grundhaltung. Jedes System hat eine Logik (→ Autopoiese) in bezug auf seine Interaktion mit anderen. Respekt gegenüber dem System erhöht die Neugier darauf, wie Ideen, Verhaltensweisen und Ereignisse die Integrität des Systems erzeugen, aufrechterhalten und verändern können. Neugier, Achtsamkeit und Respekt gegenüber den Personen und Respektlosigkeit gegenüber festgefahrenen Ideen führen zur Erforschung und Erfindung alternativer Sichtweisen und Bedeutungsgebungen, und unterschiedliche Bedeutungen und Sichtweisen bringen wiederum Neugier hervor. → Neutralität und Neugier bringen sich rekursiv in einen Kontext, der Unterschiede hervorbringt. Im therapeutischen Gespräch leitet Neugier und Lernen wollen das wechselseitige Suchen nach Verstehen und Exploration des Problems im Dialog miteinander (Position des „Nichtwissens“). Der Therapeut versucht sich ständig an der Position des Klienten zu orientieren, in-

dem er mit seinem Wissen zu verstehen versucht und dabei den Sichtweisen, Bedeutungen und dem Verstehen des Klienten Vorrang gibt. Beide bleiben Lernende. Für Therapeuten kann der Verlust der Neugierhaltung eine wichtige Informationsquelle für eigene Reflexionen werden (Cecchin): Langeweile im Interview kann bedeuten, bereits (zu) eindeutige Sichtweisen zu haben, die nicht weiter hinterfragenswert erscheinen (z. B. die Mutter bevormundet das Kind); eine Lösung für das Problem des Klienten drängt sich dem Therapeuten auf, er weiß, was Familienmitglieder tun müssten (dem Kind muß mehr Raum gegeben werden); u. U. stellen sich beim Therapeuten psychosomatische Symptome ein, die die Aufmerksamkeit auf sich ziehen; Verantwortung für die Lösung wird dem Klienten nicht mehr allein zugetraut; Der Therapeut gerät in Gefahr, belehrend zu wirken und der Familie eine Sichtweise aufzuzwingen (der Vater muß sich mehr mit dem Kind befassen).

Anderson H, Goolishian H (1990) Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Familiendynamik* 15: 212–243

Cecchin G (1988) Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität. Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13: 190–203

Deissler KG, Keller T, Schug R (1995) Kooperative Gesprächsmoderation. Selbstreflexive systemische Diskurse – ein Bouquet von Ideen und Methoden für Organisationsberatung als sozialer Konstruktionsprozeß. *Zeitschrift für systemische Therapie* 13: 12–30

Gerda Klammer, Sabine Klar

Neuroleptika (→ Psychopharmaka). Relativ einfache chemische Substanzen, die sich besonders zur Behandlung bestimmter psychotischer Zustände (→ Psychose), vor allem akuter schizophrener Erkrankungen (→ schizophrener Formenkreis) eignen. Weitere Indikationen sind manische Zustände (→ manisch-depressiver Formenkreis), Wahnsyndrome (→ Wahn), → Halluzinationen hirnnorganischer Genese (z. B. beim Delirium) und ängstlich-agitierte Depressionen (→ manisch-depressiver Formenkreis). Ihre Wirksamkeit beruht auf einer Hemmung der dopaminergen Neuro-

nen im Gehirn. Dieser antidopaminerge Effekt, vermittelt durch Blockade der Dopamin-Rezeptoren, entspricht nach heutiger Interpretation der „antipsychotischen“ Wirkung (König, 1992: 82). Die Einführung von Chlorpromazin im Jahre 1952 durch John Delay und Pierre Deniker als erste wirksame Behandlungsmöglichkeit für die „produktive“ Symptomatik der Schizophrenie (Breyer-Pfaff et al., 1993: 128) führte zu revolutionären Veränderungen in der Psychiatrie. Der klinisch wirksame antipsychotische Effekt machte es möglich, die meisten Patienten aus den psychiatrischen Anstalten zu entlassen, entweder nach Hause oder in betreute Wohneinrichtungen (Übergangswohnheime). Vor der Einführung der Neuroleptika verbrachten zwei Drittel der Patienten ihr Leben in geschlossenen Anstalten, heute leben 95% der Patienten außerhalb der Krankenhäuser (Davis et al., 1989: 1591). Die Einteilung der Neuroleptika erfolgt entweder nach der chemischen Struktur oder nach der „antipsychotischen“ Wirksamkeit. Bei letzterer unterscheidet man hoch-, mittel- und niedrigpotente Neuroleptika. Die hochpotenten Neuroleptika (z. B. Haldol®, Dapotum®, Fluanxol®) wirken besonders gut „antipsychotisch“, aber nur gering sedierend. Relativ häufig treten spezifische unerwünschte Wirkungen wie Früh dyskinesien (→ Dyskinesien), parkinsonartige Bewegungsstörungen und Spätdyskinesien auf. Die mittelpotenten Neuroleptika (z. B. Orap®, Dogmatil®, Cisordinol®, Nipolept®) wirken weniger „antipsychotisch“, dafür stärker sedierend. Die „niedrigpotenten“ Neuroleptika (z. B. Buronil®, Esucos®, Melleril®, Nozinan®, Truxal®) wirken primär sedierend und deutlich geringer „antipsychotisch“. Spezifische unerwünschte Wirkungen treten selten auf. Neuroleptika werden symptomatisch eingesetzt, d. h. hochpotente vorwiegend bei Halluzinationen, Denkstörungen und Wahnbildungen (produktive Symptomatik), niedrigpotente vorwiegend bei Schlaflosigkeit, Unruhe und Antriebssteigerung (König, 1992: 5; Bäuml, 1994: 61). Die sogenannten atypischen Neuroleptika (z. B. Laponex®) und neuen Neuroleptika (z. B. Risperdal®, Zyprexa®, Serdolect®) haben

eine mittlere bis hohe neuroleptische Potenz und weniger spezifische unerwünschte Wirkungen.

- Bäumle J (1994) Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Wien, Springer
- Breyer-Pfaff U, Gaertner HJ, Stevens I (1993) Grundlegendes zur Neuroleptikatherapie. In: Möller H-J (Hg), Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart, Enke, S 128–137
- Davis JM, Barter JT, Kahn JM (1989) Antipsychotic drugs. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds), Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkins, pp 1591–1626
- König P (1992) Indikationen und Dosierung. In: Riederer P, Laux G, Pödlinger W (Hg), Neuropsychopharmaka, Teil 4: Neuroleptika. Wien, Springer, S 82–94

Gerhard Miksch

Neuroleptikasyndrom, malignes (→ Psychopharmaka). Sehr seltene, aber lebensbedrohliche Komplikation einer Behandlung mit → Neuroleptika. Neben einer gefährlichen Temperaturerhöhung kann es zu Akinese (Bewegungsarmut), Rigor (Muskelsteife), Haltungsstereotypien und allgemeiner Starre kommen. Weiters finden sich vegetative Störungen in Form von Herzrasen und Blutdruckschwankungen, Bewußtseinstörungen bis zum Koma und Veränderungen bestimmter Blutwerte. Die Abgrenzung zu infektiösen Erkrankungen des Zentralnervensystems (z. B. Virusencephalitis) und der katatonen Schizophrenie (→ schizophrener Formenkreis) ist oft schwierig. Das Syndrom soll in 20% der beschriebenen Fälle einen tödlichen Ausgang nehmen. Die Behandlung sollte auf einer Intensivstation erfolgen.

- Finzen A (1998) Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. 12., überarb. u. erw. Aufl. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Langer G, Heimann H (1983) Psychopharmaka – Grundlagen und Therapie. Wien, Springer
- Möller HJ (1993) Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart, Enke

Wolfgang Grill

Neurolinguistisches Programmieren (NLP). Modell zur Beschreibung und kon-

struktiven Veränderung der Struktur subjektiver Erfahrung, dessen Anwendung zum Ziel hat, die Kommunikation oder anderes Verhalten effektiver zu gestalten, sei es im Alltag oder im Berufsleben, in Beratung, Therapie oder Training, in Verhandlungssituationen oder im Verkauf, für sich selbst oder für andere. In der → Neurolinguistischen Psychotherapie (NLPt) wurden NLP-Modelle und Techniken zu einer strukturierten Behandlungsmethode für psychische Störungen weiterentwickelt und zusammengefaßt. NLP entstand in den 70er Jahren durch → Modellieren der Denk- und Verhaltensmuster erfolgreicher Kommunikatoren, allen voran Milton Erickson (→ Hypnotherapie), Virginia Satir (→ Familientherapie) und Fritz Perls (→ Gestalttherapie). Die beiden Amerikaner John Grinder und Richard Bandler erforschten und beschrieben diese Muster und machten sie damit lern-, lehr- und vorhersagbar. So war es möglich, weitere Denk- und Verhaltensmuster zu generieren, die denen ihrer Vorbilder einerseits zwar strukturell entsprachen, andererseits aber über deren ursprüngliches Repertoire noch hinausgingen. NLP beruht auf der konstruktivistischen → Grundannahme, daß jeder Mensch im Lauf seines Lebens sein individuelles, von anderen Menschen unterschiedliches Weltbild entwickelt und sein Verhalten bewußt oder unbewußt darauf ausrichtet, es auch aufrechtzuerhalten (→ Konstruktivismus). Viele Einschränkungen, denen sich Menschen ausgesetzt glauben, existieren demnach nicht in einer objektiven Realität, sondern nur in der begrenzten sinnesspezifischen (neurologischen) Wahrnehmung und sprachlichen (linguistischen) Deutung dieses subjektiven Weltbilds. Gelingt es, dieses zu erweitern, stehen damit auch mehr Wahlmöglichkeiten im Verhalten zur Verfügung, das Leben vielfältiger und erfolgreicher zu gestalten. Das Konzept der Neuro-Linguistik wurde bereits in den 30er Jahren vom Sprachwissenschaftler Alfred Korzybski formuliert. Korzybski erklärte menschliches Verhalten als Neuro-Linguistische bzw. Neuro-Semantische Reaktion und postulierte die Fähigkeit zur bewußten Unterscheidung von „neurologischer“ (durch das Nervensystem vermittel-

ter) Wahrnehmung, subjektiver sprachlicher Be-Deutung und verhaltensmäßiger Schlußfolgerung als Grundlage psychischer und physischer Gesundheit. In den 50er Jahren formulierte der amerikanische Linguist Noam Chomsky seine „Generative Grammatik“ auf der Basis des Konzepts von „Tiefenstruktur“ als Bezeichnung der vor-sprachlichen Erfahrung und „Oberflächenstruktur“ als deren sprachliche Repräsentation. Diese werden durch grammatikalische und syntaktische Transformationen ineinander übergeführt. Beide Denkansätze benutzten Bandler und Grinder als Grundlagen jenes Modells, das sie, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der gerade aufblühenden Computerwissenschaften, Neurolinguistisches Programmieren nannten. Benannte Korzybski menschliche Verhaltensweisen „Neuro-Linguistische Reaktionen“, so bezeichneten Bandler und Grinder diese als „Programme“, also als strukturierte Abfolgen innerer und äußerer Prozesse – das entspricht im Sinne Chomskys der Transformation von Tiefenstruktur zu Oberflächenstruktur.

- Bandler R [1985] (1987) Veränderung des subjektiven Erlebens. Fortgeschrittene Methoden des NLP. Paderborn, Junfermann
Bandler R, Grinder J [1975] (1981) Metasprache und Psychotherapie. Struktur der Magie I. Paderborn, Junfermann
Bandler R, Grinder J [1979] (1994) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme. 11. Aufl. Paderborn, Junfermann
Grinder J, Bandler R [1976] (1989) Kommunikation und Veränderung. Die Struktur der Magie II. Paderborn, Junfermann

Helmut Jelem

Neurolinguistische Psychotherapie (NLPt). Ist eine systemisch-imaginative Psychotherapiemethode mit integrativ-kognitivem Ansatz und sinnesspezifischer Orientierung. Im Zentrum der Neurolinguistischen Psychotherapie (NLPt) steht die zielorientierte Arbeit unter besonderer Berücksichtigung der → Repräsentationssysteme, → Metaphern und der Beziehungsorganisation der Person. Die verbale und analoge Ausprägung und Integration der Lebensäußerungen und Informationsverar-

beitung wird in der therapeutischen Arbeit stark berücksichtigt. NLPt wird in einzel-, paar-, familien- oder gruppentherapeutischen Settings praktiziert. Ziel der Methode ist es, Menschen beim Erreichen ökologisch verträglicher Ziele zu begleiten und zu unterstützen, die subjektiv → guten Absichten, die den Krankheitssymptomen zugrundeliegen, innerlich durch Wertschätzung so aufzubereiten, daß alte → Fixierungen an inneres und äußeres unproduktives Verhalten und Einstellungen gelöst werden und neue subjektiv und intersubjektiv gesunde Verhaltensweisen und Einstellungen daraus resultieren können. Die Neurolinguistische Psychotherapie basiert auf fünf historisch zu unterschiedlichen Zeitpunkten entstandenen, einander ergänzenden Theorien und einer aus dem Modellierungsprozeß und den Konzepten von William James resultierenden Grundannahme: 1. die auf William James zurückgehende Theorie der sinnesspezifischen Repräsentationssystemen und Persönlichkeitsteile als Grundbausteine der Informationsverarbeitung und des subjektiven Erlebens; 2. die Allgemeine Bedeutungslehre (General Semantics) von Alfred Korzybski (1933) und die darauf basierende Transformationsgrammatik von Noam Chomsky, die unter Einbezug der Postulate von Glasersfeld, Bandler und Grinder in weiterführende Modelle der Sprache (Metamodell und Milton-Modell) entwickelt werden konnten (→ Neurolinguistisches Programmieren/NLP); 3. die Kybernetik der Theorie des Geistes von Gregory Bateson, insbesondere der logischen Ebenen des Lernens sowie der Unified Field Theory als Weiterentwicklung von Robert Dilts; 4. die sozial-kognitive Lerntheorie von Albert Bandura mit dem von Bandler und Grinder praktisch weiterentwickelten Modellierungs-Ansatz; 5. die Theorie einer grundsätzlichen Zielorientierung menschlichen Handelns (Miller et al., 1960); 6. die aus der Praxis des Modellierens von Perls, Satir und Milton Erickson resultierende Grundannahme der Existenz funktional-autonomer Persönlichkeitsanteile mit bewußten und unbewußten Prozeßkomponenten. In der Praxis wird NLPt oft synonym mit den Begriffen NLP, NLP-Therapie oder NL-Therapie ver-

wendet, jedoch steht NLPt für eine begriffliche Differenzierung gegenüber den pädagogischen Anwendungsformen des NLP. Methodisch integriert NLPt mittels des metatheoretischen Konzeptes der doppelten Beschreibung sowohl kognitive als auch psychodynamisch orientierte Arbeitsformen. Während der Schwerpunkt traditioneller NLP-Ausbildungen bei Kurzinterventionen liegt, verfügt NLPt ebenso über störungsspezifische, länger dauernde Begleitungskonzepte.

- Bandler R, Grinder J [1975] (1981) Metasprache und Psychotherapie. Struktur der Magie I. Paderborn, Junfermann
- Bandler R, Grinder J [1979] (1994) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Paderborn, Junfermann
- Bandura A [1971] (1979) Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart, Klett-Cotta
- Bateson G [1964] (1981) Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. (Die logischen Kategorien von Lernen und Kommunikation). Frankfurt/M., Suhrkamp
- Dilts R (1995) Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit. NLP-Veränderungsarbeit. 3. Aufl. Paderborn, Junfermann
- Korzybski A (1933) Science and sanity: an introduction to non-Aristotelian systems and general semantics. Fourth Edition. Lakeville (CT), The International Non-Aristotelian Library Publishing Company
- Miller GA, Galanter E, Pribram KH [1960] (1973) Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens. Stuttgart, Klett-Cotta

Peter Schütz

Neuro-Logische Ebenen. Das Konzept der Neuro-Logischen Ebenen wurde von Robert Dilts in das → Neurolinguistische Programmieren (NLP) eingeführt und leitet sich von dem durch Gregory Bateson entwickelten Modell logischer Lerntypen ab. Die logischen Ebenen sind hierarchisch aufgebaut, stehen miteinander in Wechselwirkung und sind als mentale Organisations- und Prozessebenen aufzufassen, die dem Therapeuten als Referenzsystem dienen. Man unterscheidet folgende Ebenen: Umwelt bzw. Kontext: Umfaßt die belebte oder unbelebte Umwelt des Menschen, also alles, was wahrgenommen wird, worauf man reagiert oder wovon Beeinflussung

ausgeht. Typische Fragen: Wer (außer mir selbst) tut etwas? Was geschieht? Wann? Wo? Mit wem? Verhalten: Beobachtbare Aktionen und Reaktionen bzw. Interaktion mit belebter und unbelebter Umwelt („äußeres Verhalten“), aber auch sogenanntes „inneres Verhalten“. Typische Frage: Was tue ich? Fähigkeiten: Voraussetzungen für Verhalten wie z. B. Erfahrungen, Wissen sowie innere Verhaltens- und Gefühlsressourcen. Evozierende Frage: Wie tue ich es? Glaubens- und Wertsysteme: Innere Kriterien auf bewußter und unbewußter Ebene zur Einschätzung und Wertung der Realität und zur Steuerung unseres Handelns. Evozierende Frage: Warum tue ich etwas? Identität: Position einer Person in bezug auf identitätsrelevante Lebensbereiche wie z. B. familiäre, religiöse, staatliche, soziale, berufliche Einbindung, sexuelle Orientierung, das Selbstbild und die gestellten Lebensaufgaben. Evozierende Frage: Wer bin ich? Spiritualität: Einbindung einer Person in ein höheres Ganzes über die Einbindung auf der Identitätsebene hinaus. Fragen: Wozu bin ich hier? Was ist der Sinn meiner Existenz? Wovon bin ich ein Teil? Was ist das größere Ganze? etc. Die Neuro-Logischen Ebenen sind wichtige Parameter zur Konfiguration der inneren Landkarte (Realitätskonstruktion) für Kommunikation und Interaktion, sowohl im intra- als auch im interpersonellen Systemzusammenhang.

- Bateson G [1964] (1983) Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. (Die logischen Kategorien von Lernen und Kommunikation). Frankfurt/M., Suhrkamp, S 362–399
- Dilts R [1990] (1993) Die Veränderung von Glaubenssystemen. NLP & Glaubensarbeit. Paderborn, Junfermann
- Jochims I (1995) NLP für Profis. Glaubenssätze & Sprachmodelle. Paderborn, Junfermann
- Weerth R (1992) NLP & Imagination. Paderborn, Junfermann

Helmut Jelem

Neurose (aus allgemeiner Sicht). Dabei handelt es sich um einen mittlerweile in den gängigen Klassifikationssystemen, z. B. ICD-10, DSM-IV, nicht mehr verwendeten Begriff, der aber im traditionellen Sprach-

gebrauch noch die Bedeutung psychischer, nicht-psychotischer Störungen überwiegend psychogenen Ursprungs hat (→ psychogene Erkrankungen). Die Kategorie „Neurose“ hatte im Rahmen der psychoanalytisch beeinflussten Nosologie einen großen Stellenwert und bedeutet in diesem Kontext eine nicht-psychotische Störung mit psychischen und somatischen Symptomen, verursacht durch intrapsychische, zum Teil unbewusste → Konflikte, in denen → Es, → Ich und → Überich eine Rolle spielen. Die Symptome sind Ausdruck des inneren Konfliktes, der Wirkung der → Abwehrmechanismen und teils auch der Reaktionen auf die → Abwehr. Neurosen zeigen sich in mehreren, teils spezifischen Formen, wie z. B. hysterischen Neurosen (→ Hysterie), → Angstneurosen oder Zwangsneurosen (→ Zwang). Nach der psychoanalytischen Theorie sollten spezifische Störungen in der Dynamik zwischen Es, Überich und Außenwelt sowie die Antwort des Ich darauf zu unterschiedlichen Formen der Neurose führen. Genetische Untersuchungen weisen aber mehr auf die Bedeutung von Anlagefaktoren für ängstliche oder depressive Reaktionen (→ Depression) hin (vgl. Schepank, 1986). Dies hat die Auffassung bekräftigt, daß der psychoanalytische Neurosebegriff nosologisch wenig geeignet und höchstens als Syndrombezeichnung von Wert sei, nämlich als psychische Störung, wobei die Realitätsprüfung intakt bleibt und die Symptome als ich-fremd (ich-dyston; → alloplastisch/autoplastisch) und nicht akzeptabel („distressing and unacceptable“) erlebt werden. Das Verhalten verletzt nicht ernsthaft soziale Normen, es ist relativ anhaltend oder geht auch ohne Behandlung zurück (Kaplan & Sadock, 1988). Dies hat zu einer Abkehr von der Verwendung in den herkömmlichen Diagnoseschemata geführt. Während das DSM-III zumindest in Klammer noch sechs Neurosekategorien unterschied, kommt der Begriff als diagnostische Kategorie in der Version des DSM-IV nicht mehr vor. Auch im ICD-10 ist Neurose nicht mehr als eigene Störungskategorie genannt und wurde unter Abschnitt F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) ersetzt u. a. durch pho-

bische Störung (→ Phobie), andere → Angststörungen, → Zwangsstörung, dissoziative bzw. Konversionsstörungen und andere neurotische Störungen (z. B. Neurasthenie, Depersonalisations- und Derealisationsstörung).

- American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe
- Kaplan HI, Sadock BJ (1988) Synopsis of psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkins
- Schepank H (1986) Epidemiologie psychogener Erkrankungen. In: Kisker K, Lauter H, Meyer J-E, Müller C, Strömgen E (Hg), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1: Neurosen – Psychosomatische Erkrankungen – Psychotherapie. Berlin, Springer, S 1–27
- World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Hans Swildens

Neurose (aus Sicht der → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Eine Gruppe von Krankheiten, im besonderen die → Hysterie, die Zwangsneurosen und -krankheiten (→ Zwang; → Zwangsstörungen) sowie die → Phobien. Von den Symptomen, die sie charakterisieren, wird angenommen, sie seien das Resultat eines psychischen → Konflikts zwischen Wünschen, die sexuellen oder aggressiven → Trieben entstammen und dem → Lustprinzip entsprechen, und den Forderungen des → Realitätsprinzips auf der anderen Seite. Ursprünglich glaubten Freud und Breuer, daß die Neurose unbewusste Erinnerungen an → Traumen, speziell solche früher sexueller Verführung, in verschlüsselter Form darstelle (→ Verführungstheorie). Später kam Freud jedoch zu dem Schluß, daß die Ursachen in innerpsychischen Konflikten liegen, die in universellen und angeborenen → Fantasien gründen. Psychische Energie, die keine geeignete Form der Abfuhr findet, verwandele sich in Symptome, die den unbewußten Konflikt repräsentieren. Noch später, in der Periode der Struktur-

theorie, betrachtete Freud die Neurose als Gruppe von Erscheinungen, die durch Signalangst (→ Angst) gekennzeichnet waren und dann entstanden, wenn die Strebungen (oder: Interessen) von → Es, → Ich und → Überich keine entsprechende Lösung (wie beispielsweise die → Sublimierung) für ihre Konflikte finden konnten. In der → Selbstpsychologie und anderen zeitgenössischen psychoanalytischen → Beziehungstheorien wird die Neurose nur als ein mögliches Resultat einer problematischen frühen Entwicklung gesehen. → Narzißtische oder Selbststörungen, aber auch Psychosen werden heute weiter verbreitet gesehen und sind daher von größerem Interesse. Nachdem Kohut sich von der → Triebtheorie verabschiedet hatte, vertrat er die Meinung, daß jene neurotischen Konflikte, die „klassische“ Freudianer der mißlungenen Bewältigung der ödipalen Phase zuschrieben, nur dann auftraten, wenn die zugrundeliegende Selbstobjektbeziehung schon früher gestört war. Deshalb fehlt die → psychische Struktur oder Festigkeit, die nötig ist, um komplexe spätere Stadien der Entwicklung zu bewältigen. So kommt es zu Symptomen oder Selbstfragmentierungen, die von den Freudianern Neurose genannt werden.

Freud S [1896] (1952) Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 377–403

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Donna M. Orange
[Übers.: Erwin Bartosch,
Christine Pawlowsky]

in der individuellen Disposition des Individuums begründeten – Reaktion auf die Umwelteinflüsse (C.G. Jung, GW, Bd. 6, § 970). Im Sinne eines Ergänzungsverhältnisses wirken Anlage und Umwelt zusammen. C.G. Jung verzichtete aus drei Gründen bewußt auf eine Neurosenlehre, was einen großen Fortschritt in der psychologischen Erkenntnis bedeutet: 1. Neurosen sind immer individuelle Erkrankungen. „Jeder Fall ist für mich fast eine neue Theorie“ (GW, Bd. 18/1, § 6). Man kann Neurosen nicht als abgegrenzte und spezifische Krankheitsbilder beschreiben, sonst schiebt man alles in den Vordergrund, was an einer Neurose unwesentlich ist und deckt den einzig wichtigen Aspekt zu, „daß sie stets eine [...] individuelle Erscheinung bedeutet. [...] Ich selber habe auf eine einheitliche Neurosentheorie längst verzichtet, bis auf wenige [...] allgemeine Gesichtspunkte, wie [→] Dissoziation, [→] Konflikt, [→] Komplex, [→] Regression, [→] Abaissement [...], die sozusagen zum eisernen Bestand einer Neurose gehören“ (GW, Bd. 17, §§ 204). Die Vielfalt individueller Möglichkeiten von Neurosen und ihrer Ursachen zeigt sich u. a. darin: Man kann neurotisch sein, „weil man verdrängt oder weil man nicht verdrängt“ (ebd., § 203). 2. Primärer Motor der Therapie ist das unbewußte Wissen im Patienten selber und nicht das Wissen des Therapeuten (Frey-Rohn, 1969: 289). 3. Wenn wir ein systematisches Lehr- und Wissensgebäude aufbauen, schließen wir das → Unbewußte unweigerlich aus. Dieses ist gerade das, was wir nicht wissen. Bei der Neurose steht nicht ein intrapsychischer unbewußter frühkindlicher Konflikt im Zentrum, sondern die Gesamtpersönlichkeit des Patienten, die im Zustand des „Uneingseins mit sich selber“ ist. Der neurotische Konflikt ist eine Gegensatzspannung (→ Gegensatzthematik) zwischen zwei in sich völlig erhaltenen Persönlichkeitsanteilen. Neurose ist eine Krankheit der Persönlichkeit. Behandelt wird nicht die Fiktion der Neurose, sondern die gestörte → Ganzheit eines Menschen. Die Neurose wird als ein den Patienten vital angehendes Ereignis gesehen. Nicht die Bewußtmachung der Ursachen ist wichtig, sondern das Auffinden des in der Neurose

Neurose (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Neurosen entstehen aus der –

verborgenen → Sinns. „In der Neurose steckt in Wirklichkeit ein Stück noch unentwickelter Persönlichkeit, ein kostbares Stück Seele, ohne welches der Mensch zur Resignation, zur Bitterkeit und sonstigen Lebensfeindlichkeit verdammt ist“ (GW, Bd. 10, § 355).

Frey-Rohn L (1969) Von Freud zu Jung. Zürich, Rascher

Jung CG [1936] (1971) Psychologische Typologie. In: GW, Bd. 6, §§ 960–987. Olten, Walter

Jung CG [1926, 1946] (1972) Analytische Psychologie und Erziehung. In: GW, Bd. 17, §§ 127–229. Olten, Walter

Jung CG [1934] (1974) Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie. In: GW, Bd. 10, §§ 333–370. Olten, Walter

Jung CG [1935] (1981) Über Grundlagen der Analytischen Psychologie. Tavistock lectures. In: GW, Bd. 18/1, §§ 1–415. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Barnim Nitsch

Neurose, noogene. → Logotherapie; → Sinn.

Neurotisches Arrangement (→ Individualpsychologie). Das neurotische Arrangement gründet nach Adler im → Sicherheitsstreben und damit in einem schöpferischen Akt, mit dem der Neurotiker sich vor dem Erleben von → Minderwertigkeitsgefühlen und „Niederlagen“ zu schützen versucht (→ nervöser Charakter). Es ist unbewußt gestaltet und dazu bestimmt, dem Außenstehenden ebenso wie dem Betroffenen selbst den Einblick in den Hintergrund der Neurose zu verschleiern. Adlers Theorie zufolge nimmt der Neurotiker eine tendenziöse Einschätzung seiner Person, seiner Erlebnisse und seiner Umgebung vor (tendenziöse → Apperzeption). „Das Ziel der Überlegenheit drängt, aufgestachelt durch sein Minderwertigkeitsgefühl, alles Wollen, Denken, Fühlen und Handeln auf ein der Sachlichkeit fremdes Gebiet“ (Adler, 1913: 57). Das neurotische Arrangement stellt nach Adler eine Finte im Dienste des neurotischen Persönlichkeitsideals dar: interpersonell eine Flucht aus dem Leben, vor der Ausein-

andersetzung mit der Gemeinschaft und vor Verantwortung; intrapsychisch eine Steigerung der „Ichhaftigkeit“ bei Minderung des → Gemeinschaftsgefühls. Darüber hinaus provoziert der Neurotiker Erlebens- und Verhaltensweisen wie Mißtrauen, Zweifel, Hilflosigkeit, Arroganz, Aggression und Unterwerfungsgebärden und v. a. neurotische und psychosomatische Symptome, die dazu geeignet erscheinen, „das Persönlichkeitsgefühl zu heben und die nähere Umgebung zu drücken“ (Adler, 1912/1919: 345; → Entwertungstendenz). Das neurotische Arrangement ist als Versuch der Sicherung des Selbstwertgefühls in den interpersonellen Beziehungen und Konflikten (z. B. durch das Erleben von Macht) sowie gegenüber unlösbar erscheinenden intrapsychischen Konflikten (z. B. durch das Erleben von Überlegenheitsgefühl) anzusehen, wobei die Sicherung nach außen und nach innen in ihren Wechselwirkungen zu betrachten und zu differenzieren ist. Mentzos' (1982, 1988) Arbeiten über die psychosozialen Abwehrmechanismen und die Polarität zwischen Selbst- und Objektbezogenheit thematisieren ähnliches.

Adler A [1912, 1919] (1997) Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Kommentierte, textkritische Ausgabe, hg. von Witte KH, Bruder-Bezzel A, Kühn R. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Adler A [1913] (1974) Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In: Adler A, Theorie und Praxis der Individualpsychologie: Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer. Frankfurt/M., Fischer, S 48–66

Ansbacher H, Ansbacher R (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München, Reinhardt [bes. S. 268–270]

Mentzos S (1982) Neurotische Konfliktverarbeitung. München, Kindler

Bernd Wengler

Neutralisation, Autogene. → Autogene Neutralisation; → Autogenes Training.

Neutralität. Neben → Zirkularität und Hypothesisieren ein zentraler Begriff in der → Systemischen Therapie. Ursprünglich bedeutete neutral sein, sich moralischem (zustimmendem oder ablehnendem) Urteilen zu entziehen, da dies unvermeidlich zu einer Verbindung mit einzelnen Familienmitgliedern führen würde (Selvini-Palazzoli et al., 1981). Der Therapeut nimmt an dem fortlaufenden „Tanz“ mit den Klienten oder der Familie teil und bewahrt dabei sorgfältig die Balance zwischen den Bedürfnissen der verschiedenen Familienmitglieder (Allparteilichkeit, „multipartiality“). Spätere begriffliche Erweiterungen: 1. In einem Interview neutral bleiben heißt, eine Ausgewogenheit zwischen strategischem Vorgehen und offenem Zuhören zu finden. 2. Die Entwicklung von Vielfalt und eine respektlose Haltung gegenüber Eindeutigkeit bzw. einer einzig richtigen Beschreibung/Erklärung ermöglicht, Geschichten, Beschreibungen und Erklärungen in neutralerer Weise zu sehen (Cecchin, 1988). 3. Sprache strukturiert die eigene Erfahrung und die Erfahrung jener, mit denen wir in Dialog stehen. Dominante Diskurse lassen andere verstummen oder an den Rand drängen. Auf die Notwendigkeit des Hörens der (bisher) unterdrückten oft auch nicht gehörten Stimmen im sozialen Kontext der Klienten weisen vor allem feministisch orientierte Psychotherapeutinnen hin, die mit Familien arbeiten, in denen Gewalt bzw. Mißbrauch vorkam (→ Feministische Therapie; → Familientherapie, feministische; → Gewalt gegen Frauen). 4. Mehrere Stimmen koexistieren in einer Person. Zahlreiche Kontexte lassen eine Vielheit in uns entstehen, die eine narrative Vielfalt (Gergen & Kaye, 1992), eine Vielschichtigkeit innerhalb einer und um eine Person erschafft: Das ruft nach einer therapeutisch neutralen Haltung gegenüber den vielen, koexistierenden, auch widersprüchlichen Versionen und Aspekten der Geschichten eines Klienten (→ narrativer Ansatz). Retzer (1994) unterscheidet zwischen sozialer Neutralität (gegenüber den verschiedenen Systemmitgliedern), Konstruktneutralität (gegenüber dem Weltbild der Klienten) und Veränderungsneutralität (gegenüber dem Problem bzw. der Lösung).

- Cecchin G (1988) Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität. Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13: 190–203
- Gergen K, Kaye J (1992) Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In: McNamee S, Gergen K (Eds), *Therapy as social construction*. Newbury Park (CA), Sage Publications, pp 166–185
- Retzer A (1994) *Familie und Psychose*. Stuttgart, Gustav Fischer
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1981) Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter einer Sitzung. *Familiendynamik* 6(4): 123–138

Gerda Klammer, Sabine Klar

Neutralität. (aus Sicht der → Psychoanalyse). → Abstinenz.

Nirvana-Therapie. Von I.H. Schultz eingeführte Methode, hoffnungslose Fälle, bei denen ein Hinführen zu Selbstverwirklichung körperlich und/oder seelisch nicht mehr möglich ist, mit Hilfe der Grund- und eventuell auch Oberstufe des → Autogenen Trainings einer beglückenden Traumwelt zuzuführen. Die Effekte sind mit Drogen-erlebnissen zu vergleichen, freilich ohne ihre schädlichen Nebenwirkungen. Vom bionom-psychotherapeutischen Standpunkt aus nur zulässig, wenn es darum geht, zum Beispiel bei Krebs im Endstadium die noch vorhandene Lebensspanne zu erleichtern.

- Schultz IH [1932] (1970) *Das autogene Training*. 13. Aufl. Stuttgart, Thieme [bes. S 260]
- Völkel H (1965) Zur Anwendung des Autogenen Trainings bei depressiven Verstimmungszuständen. In: Luthe W (Hg), *Autogenes Training – Correlationes Psychosomaticae*. Stuttgart, Thieme, S 138–143

Heinrich Wallnöfer

Nische, persönliche. Vom verhaltensbiologischen Begriff „ökologische Nische“ abgeleitet; selbst gestalteter Umweltanteil, d. h. jener Ausschnitt der Umwelt, den die Person selbst wählt, beeinflusst, formt oder schafft, und der somit die Spuren ihrer Einwirkung trägt. Dieser selbstgestaltete

Umweltanteil enthält unbelebte und belebte Anteile (als selbstgestaltetes soziales Beziehungsnetz). Es wird von der These ausgegangen, daß sich die Person im Gestalten einer Nische entwickelt und sich damit eine äußere Struktur schafft, in Ergänzung zur inneren Struktur der Schemata (J. Piaget) bzw. der persönlichen Konstrukte (G. Kelley). In der persönlichen Nische materialisieren sich die persönlichen Erfahrungen, in ihr finden sich die Zeugen und Spuren der eigenen Geschichte. Der Lebenslauf ergibt sich als wirkungsgeleiteter Prozeß, in dem die selbsterzeugten Wirkungen Ausgangspunkt der darauf folgenden persönlichen Entwicklungsschritte sind. Psychische Störungen jeder Art beeinträchtigen die Fähigkeit, sich eine differenzierte und reichhaltige Nische zu schaffen. Äußere Umstände können die wirksame Nischengestaltung und damit die persönliche Entwicklung herausfordern oder überfordern. So wie eine Person schafft sich auch ein Paar seine dyadische bzw. eine Familie ihre familiäre Nische. Vor allem in der stützenden Psychotherapie schwerer → Persönlichkeitsstörungen geht es darum, Fähigkeiten zu fördern, sich über die Nische psychisch zu regulieren.

Willi J (1991) Was hält Paare zusammen? Reinbek, Rowohlt

Willi J (1996) Ökologische Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Jürgen Willi

NLP. → Neurolinguistisches Programmieren; → Neurolinguistische Psychotherapie.

NLP-Techniken (→ Neurolinguistisches Programmieren). Formalisierte Abläufe ritualisierter Denkschritte, die der Klient unter Anleitung des NLP-Begleiters vollzieht, um ein bisher als einschränkend erlebtes Denk- und Verhaltensmuster durch mentales Hinzufügen neuer → Ressourcen und Wahlmöglichkeiten anzureichern und neu zu erleben, um dadurch die spätere Umsetzung in der Realität zu erleichtern. NLP-Techniken basieren auf einer → Grundannahme (oder mehreren), mit

dem Ziel, die innere Landkarte zu erweitern und neue Wahlmöglichkeiten zu schaffen, den Sinn und Nutzen des bisherigen Verhaltens zu erkennen und zu würdigen und Ressourcen zu aktivieren bzw. zu generieren. Wesentliche Technikbereiche: Meta-Modell (→ Sprachmodelle): Fragetechnik zur Wiederherstellung möglichst vollständiger innerer sinnesspezifischer Repräsentationen, die durch Tilgungen, Verallgemeinerungen und Verzerrungen als einschränkend und belastend erlebt werden (→ Zielarbeit). Milton-Modell: Sprachmuster mit bewußter Verwendung von Tilgungen, Verallgemeinerungen und Verzerrungen sowie metaphorischer Ausdrucksweise, um dem Klienten möglichst großen Spielraum für kreative Eigeninterpretation und damit Ressourcenaktivierung zu ermöglichen (→ Tranceinduktion und -utilisation). Anker-Techniken (→ Ankern), bei denen innere Ressourcen durch Reiz-Reaktion-Verknüpfung neu generiert oder aus einem bestehenden Kontext in einen anderen übergeführt werden (Zustandsanker, Ankerausgleich, Ankerketten, Change History, Re-Imprinting etc.). → Reframing-Techniken: Sprachliches Umdeuten der inneren Kodierung belastender Inhalte und Nutzbarmachen als zusätzliche Ressource (Inhalts-, Kontext- und Bedeutungsreframing, 6-Step-Reframing, Symbolreframing, Konfliktreframing etc.). → Submodalitäten-Techniken: Verändern der Untereigenschaften belastender innerer sinnesspezifischer Wahrnehmungen, um neue Verhaltensreaktionen darauf zu ermöglichen (Phobietechnik, Compulsion Blowout, Belief Change, Aufbau von Zielbildern, etc.). Assoziations- / Dissoziations-Techniken: Wechseln der Perspektive und Veränderung der Wahrnehmungspositionen, um neue Bewertung eines belastenden Erlebnisses zu ermöglichen (Phobietechnik, Behavior Generator, Metaspiegel etc.). Teile-Techniken (→ Parts): Kodieren unerwünschter Verhaltensweisen als Teilaspekte der Persönlichkeit, um deren Wert für die Gesamtperson anerkennen und kreativ damit umgehen zu können (Reframings, Visual Squash, Integration von Polaritäten etc.). → Strategie-Techniken: Erkennen und Verändern der Abfolge innerer sinnesspezifischer Repräsentatio-

nen, die ein Verhalten auslösen und aufrechterhalten (Motivation, Lernen, Entscheiden etc.).

- Bandler R, Grinder J [1979] (1994) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme. 11. Aufl. Paderborn, Junfermann
Grochowiak K (1995) Das NLP Practitioner Handbuch. Paderborn, Junfermann
O'Connor J, Seymour J [1990] (1996) Gelungene Kommunikation und Entfaltung. 6. Aufl. Freiburg, Verlag für Angewandte Kinesiologie

Helmut Jelem

Nocebo. → Placebo.

Noetische Dimension. → Anthropologie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Nomothetisch / Idiografisch. Eine auf den deutschen Philosophen Windelband (1912) zurückgehende Unterscheidung wissenschaftlichen Arbeitens. Als nomothetisch wird eine Wissenschaft bezeichnet, wenn sie ihren Gegenstand in Form eines allgemeinen (Natur-)Gesetzes – z. B. als Fallgesetz, psychophysische Funktion etc. – zu erfassen versucht. In derartigen „Gesetzeswissenschaften“ lassen sich Beziehungen zwischen relevanten Elementen ohne Substanzverlust abstrakt darstellen, d. h. in einem eindeutigen, subjekt- und kontext-unabhängigen Symbolsystem formulieren, im Idealfall als mathematisches Modell. Nomothetische Realität erscheint zwingend vorgegeben; aus den in ihr wirkenden Gesetzmäßigkeiten lassen sich zwar praktische Anwendungen ableiten, die Gesetze selbst lassen sich jedoch nicht beeinflussen, es gibt keine Alternativen dazu und auch keine Veränderung. Als idiografisch wird eine Wissenschaft bezeichnet, wenn sie an der Beschreibung spezifischer, unwiederholbarer Vorfälle interessiert ist bzw. an eigenständigen Identitäten („Subjekten“), die zur Selbststeuerung fähig sind (→ Autopoiese). Für eine idiografische Beschreibung eignen sich selbstbezügliche Phänomene, die sich in einem offenen Entwicklungsprozeß befinden, zu dem die

daran Beteiligten aktive Position beziehen, ihn beeinflussen und durch selektive Auswahl von Alternativen verändern können. Um Eigenschaften wie Selbstorganisation, Eigendynamik, Mehrdeutigkeit und Geschichtlichkeit sowie Subjektivität und Reflexivität berücksichtigen zu können, operieren idiografische „Ereigniswissenschaften“ nicht mit eindeutig formulierten Algorithmen, sondern mit kognitiven Konzepten, d. h. mit sinnvollen Begriffen, die sich selbst ebenfalls historisch entwickeln und immer wieder neu in der Beziehung zu dem erfassen lassen, was gerade thematisiert wird. Für die Psychotherapie ist das Begriffspaar nomothetisch-idiografisch wegen der Kontroverse relevant, welches Wissenschaftsverständnis zur Erfassung therapeutischer Realität brauchbarer wäre. Die Polarisierung in die Lager „nomothetische Naturwissenschaft“ und „idiografische Geisteswissenschaft“ erscheint heute anachronistisch: Empirische Realität stellt im Regelfall keinen reinen Typus dar, sondern eine je spezifische Mischung. Versteht man psychotherapeutische Realität als vorwiegend oder zumindest teilweise idiografisch, wird allerdings plausibel, daß es keine definitiven theoretischen Lösungen, sondern einen permanenten Prozeß der Entwicklung und Auffächerung therapeutischer Modellvorstellungen gibt: Je nachdem, welcher Aspekt zur Leitdifferenz genommen wird, entwickeln sich unterschiedlichste Möglichkeiten, das Thema zu analysieren (multiple Thematisierbarkeit).

- Schülein J (1999) Psychoanalyse als konnotative Theorie. Gießen, Psychosozial Verlag
Slunecko T (1996) Einfalt oder Vielfalt in der Psychotherapie. In: Pritz A (Hg), Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien, Springer, S 293–321
Windelband W (1912) Lehrbuch der Geschichte der Philosophie. Tübingen, Mohr

Thomas Slunecko

Non-direktiv. Bezeichnung für eine Vorgehensweise innerhalb der → Klientenzentrierten Psychotherapie nach C. Rogers, bei der der Psychotherapeut sämtliche Direktiven sowie kontrollierende und lenkende Aktivitäten unterläßt. Die therapeu-

tische Beziehung ist so strukturiert, daß die inhaltliche Gestaltung, die Ziele und die Entwicklung des Prozesses in der Verantwortung des Klienten sind. Die nicht-direktive Einstellung betont das Recht jedes Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Integrität zu erhalten. Die therapeutische Praxis ist gekennzeichnet durch eine permissive Beziehung in einem eindeutig strukturierten Setting, in der dirigistische Formen der Gesprächsführung vermieden werden, die die Autonomie des Klienten ver- oder behindern (Vermeiden von Ratschlägen, Interpretationen, „Ausfragen“, Diagnosen, Instruktionen, engen Fragen und längeren Äußerungen etc.). Das Motto dabei ist: „Der Klient bestimmt den Weg und die Inhalte des Gespräches“; das Meta-Ziel ist die eigenständige Weiterentwicklung des Klienten. Ein Schwerpunkt auf die non-direktive Vorgangsweise wurde besonders in der ersten Phase der Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie (1942–51) gelegt.

- Raskin N (1948) The development of non-directive therapy. *Journal of Consulting Psychology* 12: 92–110
 Rogers CR [1942] (1972) Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler

Robert Hutterer

Nonverbal (→ Kunsttherapie). Der Begriff beinhaltet im Grunde alle nicht-sprachlichen Ausdrucks-, Wahrnehmungs- und Erlebensweisen des Menschen. Das Nonverbale ermöglicht Verständigung auch über sprachliche Barrieren hinweg. Forschungen von Daniel Stern über die Bedeutung der globalen Erlebnisweisen vor dem Spracherwerb zeigen die Wichtigkeit der averbalen Welt des Kleinkindes in ihrer Bezogenheit zur Welt der Sprache der Erwachsenen. Die Entwicklung zum Erwachsenen und sein Leben werden durch sie nachhaltig beeinflusst. Die Kunsttherapie nützt, wenn sie mit dem Klienten mit → kreativen Medien arbeitet, die authentischen Erlebnis- und Ausdrucksmöglichkeiten des Averbals für den therapeutischen Prozeß und schafft neue versöhnlichere

Übergänge zum Erwachsensein. Beim Eintauchen in die Welt des Averbals kommt der Klient wieder in spielerischer und experimenteller Weise mit verschütteten Fähigkeiten in Kontakt, welche mittelbar und reflektierbar werden.

- Stern DN (1991) Tagebuch eines Babys. München, Piper
 Stern DN (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Thomas Mayr

Noodynamik. In der → Logotherapie von Viktor Frankl eingeführte Bezeichnung für das polare Spannungsfeld zwischen dem „Sein“ des Menschen (Subjektpol) und dem „Sollen“ des situativen Sinnanspruchs (Objektpol), der der Verwirklichung durch den Menschen harrt. Im Gegensatz zur → Psychodynamik erlebt sich der Mensch in der Noodynamik als frei und von → Werten angezogen anstatt dranghaft getrieben. Ein Mindestmaß an Noodynamik ist für die Psychohygiene erforderlich (Unterfordrungsstreß, → existentielles Vakuum). Frankl publizierte den Begriff erstmals 1946 und verwendete ihn synonym mit existentieller Dynamik. Aus heutiger Sicht ist die existentielle Dynamik weiter zu fassen und meint sowohl die Noodynamik als auch die existentielle → Psychodynamik, die als tragende Kraft miteinfließt. Sie beeinflusst (fördernd oder hemmend) die Qualität und Kraft der existentiellen Dynamik: z. B. wenn ein Mensch nicht leben mag (→ Grundmotivationen, personal-existentielle), wird das, was er als „gut“ empfindet, beeinträchtigt sein; oder wenn ein Mensch nie „satt“ geworden ist an der Erfahrung, angenommen zu sein, wird ihn dieser „Hunger“ in seiner → Selbstverwirklichung hemmen. Die Noodynamik und die Themen der existentiellen Grundmotivationen sind ihrerseits richtungsgebend („wegweisend“) für die existentielle Psychodynamik (→ Existenzanalyse). Frankls Vernachlässigung der existentiellen Psychodynamik resultiert aus der Entstehungsgeschichte der existenzanalytischen → Anthropologie, die er als Ergänzung zu den Theorien Freuds und Adlers verstand.

Frankl VE [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 6, 73f.]

Frankl VE [1975] (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Neuausgabe. München, Piper

Lilo Tutsch, Alfred Längle

Noogene Neurose. → Logotherapie; → Sinn.

Nootropika (→ Psychopharmaka). Zentral wirkende Substanzen, die die Hirnleistung, vor allem Gedächtnis, Konzentrations- und Auffassungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Urteilsvermögen und Orientierung sowie die Beeinträchtigung sozialer Alltagsaktivitäten verbessern können. Es wird vermutet, daß die Nootropika noch funktionsfähige Nervenzellverbände zu optimaler Leistung anregen (Stabilisierung der adaptiven Kapazität) oder vor pathologischen Einflüssen (z. B. Störungen des zerebralen, energetischen oder Transmittermetabolismus) schützen können (protektive Kapazität). Der Begriff Nootropika wurde erstmals 1973 von Giurgea eingeführt. Die verwendeten Substanzen stammen aus verschiedenen pharmakologischen Gruppen und haben unterschiedliche, zum Teil hypothetische Wirkungsmechanismen (→ pharmakologische Wirkungen). Bereits das Verhindern einer Progredienz ist als therapeutischer Erfolg zu werten, da eine Besserung der Symptomatik nicht regelmäßig erwartet werden kann. Zum Wirksamkeitsnachweis von Nootropika ist zu fordern, daß sich auf drei Ebenen signifikante Verbesserungen bestimmter Zielparameter der → Demenz zeigen: 1. Ebene des psychopathologischen Befunds, 2. Ebene objektivierender Leistungsverfahren und 3. Ebene des Verhaltens in Alltagssituationen. Diese Forderung wird derzeit nur von wenigen der im Handel befindlichen Nootropika umfassend erfüllt. Wirksame Nootropika, die bei bestimmten Demenzformen den Verlauf verzögern können (z. B. Tacrin=Cognex®), sind jedoch nicht immer gut verträglich. Haupteinsatzgebiet für Nootropika sind

intellektuell-kognitive Leistungsstörungen, wie sie insbesondere bei dementiellen Syndromen auftreten, in erster Linie bei der (häufigen) Demenz vom Alzheimer-Typ. Beispiele für Nootropika: Cop-Dergocrin (= Hydergin®), Pyritinol (= Encephabol®), Nimodipin (= Nimotop®), Nicergolin (= Ergotop®), Piracetam (= Nootropil®).

Benkert O, Hippus H (1996) Psychiatrische Pharmakotherapie. 6. Aufl. Wien, Springer

Brosch W (1996) Psychopharmaka – Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und andere professionelle Helfer. Wien, Orac

Möller H-J (Hg) (1993) Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart, Enke

Werner Brosch

Normen. → Regeln; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Notfallpsychiatrie. → Krise und Notfallpsychiatrie.

Numinos. → Religion; → Analytische Psychologie.

- 0 -

Oberstufe, analytische, des → Autogenen Trainings.

Aus der → Oberstufe des Autogenen Trainings von I.H. Schultz und K. Thomas durch gezielten Einsatz analytischer Techniken von H. Wallnöfer weiterentwickelte Form der „gehobenen Aufgabenstufen“, wie Schultz die Oberstufe ursprünglich nannte. Der Erfinder des Autogenen Trainings hat immer die große Bedeutung analytischen Denkens hervor-gehoben. Bereits im ersten Satz der ersten Publikation über das Autogene Training betonte er, daß O. Vogt dreißig Jahre vorher bei den von ihm entwickelten „prophylaktischen Ruhezypnosen“ „erstaunliche Innenklärungen über die Psychogenese“ der Reaktionen („Selbstanalyse“) seiner Patienten beobachten konnte. Besonderer Wert wird auf eine strenge Abstinenz des Therapeuten gelegt, damit ein freies – von lenkenden Ideen des Therapeuten weitgehend unabhängiges – Assoziieren möglich wird. Beispiele analytischer Techniken in der Oberstufe sind: das Schweigen, das schweigende „aufmerksame“ Zuhören, „neutrales“, „abstinentes“ Fragen, vorsichtiges Hinweisen, das wörtliche Wiederholen eines Satzes oder einer Passage aus dem Bericht des Übenden, (selten) vorsichtige Deutung, Umgehen mit der Regression; Bearbeitung von → Übertragung und → Gegenübertragung, das Bearbeiten von auftauchenden Symbolen, Aufdecken negativer Besetzungen, Bearbeiten von „Versprechern“ in den Formeln (Krapf, Wallnöfer), die „carte blanche“-Methode von Luthe, die „verschwiegene“ Gruppe und der Umgang mit dem analytisch-gruppendynamischen Geschehen. Die Grundidee ist: Der Übende soll mit der in der analytischen Oberstufe noch gesteigerten Distanz zum Ich (→ Umschaltung) die Fähigkeit der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, die Freud dem Analytiker empfiehlt, sich selbst ge-

genüber entwickeln. Dabei spielt auch der „hidden observer“ – ein Teil des Ich bleibt „wach“ (Hilgard, 1984) – eine integrierende Rolle. Wesentlich ist dabei die Beachtung der Forderungen von I.H. Schultz: Der absolute Respekt vor dem Erleben des anderen, die Beachtung des → Autorhythmus und das autogene Geschehen (→ Autogenes Prinzip; → Bionomie).

Hilgard ER (1984) The hidden observer and multiple personality. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 32(2): 248–253

Krug J (1991) Das Autogene Training. München, Beck

Rosa KR (1975) Das ist die Oberstufe des Autogenen Trainings. München, Kindler

Stephanos S (1996) Die „relaxation analytique“. Eine ambulante Anwendung eines stationären therapeutischen Konzepts. In: Uexküll T v, Adler R (Hg), Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg, S 382–385

Wallnöfer H (1978) Analytische Techniken in der Oberstufe des Autogenen Trainings. Journal für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie 4(1–4): 75–96

Heinrich Wallnöfer

Oberstufe des → Autogenen Trainings.

Heute ein Sammelbegriff für verschiedene tiefenpsychologische Ansätze in der → Autogenen Psychotherapie. Ursprünglich von I.H. Schultz als „gehobene Aufgabenstufen“ bezeichnet (1929), mit dem seelischen Mikroskop von O. Vogt verglichen und mit psychonanalytischem Denken verbunden: „es ist ein ‚freies Assoziieren‘ im allereigentlichsten und häufig schöpferischen Sinne“ (Schultz, 1929: 82). Die vertiefte Selbstschau „gestattet in einem gewissen Rahmen eine Autopsychokatharsis, ja bei entsprechender Schulung, Eignung und Selbständigkeit der Per-

son eine Autopsychanalyse, oft bis zu überraschender Tiefe“ (ebd.). I.H. Schultz verweist auf die Bedeutung für die Bearbeitung des Widerstandsphänomens in der Psychoanalyse. Für den Therapeuten, der mit der Oberstufe arbeitet, verlangt Schultz eine „gründliche analytische Schulung“. Grundlegend für die Arbeit mit der Oberstufe ist die von I.H. Schultz beschriebene „Schichtenbildung im hypnotischen Selbstbeobachten“: 1. Optisches Vormaterial: Formloses (amorphe Schicht); 2. visualisiertes Denken: Intellektualisiertes (unterbewußte Schicht); 3. Plastisch-leibhaftige Fremderlebnisse (Primitivschicht; unbewußte Schicht). Es geht auch keineswegs nur um „Bilder“, sondern um Arbeit mit allen Möglichkeiten des sensorischen Erlebens: Hören, Riechen, Sehen, Spüren, „Wissen“, daß jemand im Raum ist etc. Die von Anfang an bestehende enge Verbindung zur Psychoanalyse wurde von mehreren Therapeuten fortgesetzt bzw. erweitert: G. Kühnel, G. Bartl, S. Rosmanith, G. Gastaldo und M. Gastaldo-Ottobre (→ Autogene Psychotherapie in vier Stufen), H. Kraft (→ Autogene Imagination), G. Krapf, L. Peresson, U. Pисicelli, K.R. Rosa, S. Stephanos („relaxation analytique“), H. Wallnöfer (→ Oberstufe, analytische des Autogenen Trainings).

Kraft H (1996) Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. Stuttgart, Hippokrates

Rosa KR (1975) Das ist die Oberstufe des Autogenen Trainings. München, Kindler

Schultz IH [1929] (1968) Gehobene Aufgabenstufen im Autogenen Training. In: Langen D (Hg), Der Weg des Autogenen Trainings. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S 73–83

Thomas K (1989) Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trainings (nach I.H. Schultz). Formelhafte Vorsatzbildung und Oberstufe. Stuttgart, Thieme

Wallnöfer H (1992) Auf der Suche nach dem Ich. Stuttgart, Nagelschmidt

Heinrich Wallnöfer

Objekt (→ Psychoanalyse). Der Begriff steht auf dem Hintergrund des metapsychologischen Konzepts (→ Metapsychologie), das von Freud erstmals im Zusam-

menhang mit der → Triebtheorie definiert wurde. „Objekt“ bezog sich ursprünglich auf eine Sache, die außerhalb des Subjekts lebendig oder unbelebt war und den → Trieb (libidinös oder aggressiv) anregte, sein Ziel der Spannungsreduktion (Triebentladung) zu erreichen. Objektbesetzung bedeutete für Freud den Einsatz libidinöser oder aggressiver Energie in ein externes Objekt, das wiederholt Spannungsreduktion für den Trieb ermöglichte. Im Zuge der Entwicklung, wenn die Quelle des Triebes sich in ihrer Konzentration auf verschiedene erogene Zonen (oral, anal, phallisch und genital) verändert, werden aus Partialobjekten (z. B. der Brust der oralen Phase) ganze Objekte (z. B. die Objektwahl der genitalen Phase). Freud bezeichnete später auch den eigenen Körper (z. B. → Autoerotismus) und das eigene Ich (z. B. im primären und sekundären → Narzißmus) als Objekte. Objekte, die „im Kopf existieren“, werden interne Objekte oder Objektrepräsentationen genannt und als Konstruktionen aus realen und fantasierten äußeren Objekten gesehen. Andere Theoretiker, besonders Klein und Fairbairn, veränderten die grundlegende Definition des Objekts in vielerlei Hinsicht (→ Objektbeziehungstheorie). Im Unterschied zu Freud, der das Objekt ursprünglich außerhalb der Psyche des Kindes annahm und es so zu einer der unbestimmtesten Variablen der Triebtheorie machte, verlegte Klein den Ursprung des Objektes in die Fantasien oder die (inneren) Repräsentationen der Triebe. Für sie beinhaltete das Ziel eines Triebes immer eine Repräsentation seiner Befriedigung durch die Verwendung eines Objektes vor der tatsächlichen Erfahrung mit diesem Objekt (z. B. der Fantasie eines oralen Triebes würde so die Repräsentation des Saugens an der Brust zugrundeliegen). Fairbairn veränderte das Konzept des Objekts noch radikaler, indem er es aus der Triebtheorie herausnahm. Für Fairbairn war menschliche Motivation bestimmt durch das Bedürfnis nach beständigen Verbindungen zu anderen, nicht durch die Reduktion der Triebspannung. So hob er Freuds Objekt von dessen Position als unbestimmtes Anhängsel der Triebtheorie auf einen Platz im Zentrum der menschlichen Moti-

vation, der Entwicklung und der psychischen Struktur.

- Fairbairn WRD (1952) *Psychoanalytic studies of the personality*. London, Tavistock, Routledge and Keegan Paul
- Freud S [1914] (1982) Zur Einführung des Narzißmus. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. III: *Psychologie des Unbewußten*. Frankfurt/M., Fischer, S 37–68
- Freud S [1915] (1982) Triebe und Tribschicksale. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. III: *Psychologie des Unbewußten*. Frankfurt/M., Fischer, S 75–102
- Freud S [1917] (1982) Trauer und Melancholie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. III: *Psychologie des Unbewußten*. Frankfurt/M., Fischer, S 193–212
- Klein M (1975) *Love, guilt, and reparation and other works 1921–1945*. New York, Dell

Neil J. Skolnick

*[Übers.: Erwin Bartosch,
Christine Pawlowsky]*

Objektbeziehungstheorie. Der Terminus bezieht sich auf eine Konstellation von psychologischen Theorien, die primär Wert auf die Bedeutung von Beziehungen zu externen → Objekten (hauptsächlich zu anderen Menschen) in der Erklärung menschlicher Motivation, Entwicklung, → psychischer Struktur und Psychopathologie legen. Die Theorien überschneiden sich, es gibt keine Übereinkunft, und manchmal stehen sie sogar in direkter Opposition gegeneinander. Sie ähneln sich alle im Widerspruch gegen die → Triebtheorie der → Psychoanalyse, die Vorgänge im Zusammenhang mit den → Trieben als Zentrum der psychologischen Erklärung annimmt und den Objekten eine Position sekundärer Bedeutung zuteilt. Die Arbeiten von Klein, Fairbairn, Guntrip, Winnicott und Balint, als Gruppe unter dem Namen „Britische Schule“ bekannt, werden meist als eigentliche Quelle der Objektbeziehungstheorie angesehen. Spätere Theoretiker, wie Greenberg, Kernberg, Kohut, Loewald, Mahler, Mitchell, Sandler und Schafer, haben wesentliche Beiträge zur Objektbeziehungstheorie geleistet. Unter

den modernen theoretischen psychoanalytischen Strömungen spielt die Objektbeziehungstheorie eine wesentliche Rolle in der zeitgenössischen Kleinianischen Theorie, den „relational psychoanalytic perspectives“, und der → Selbstpsychologie.

- Fairbairn WRD (1952) *Psychoanalytic studies of the personality*. London, Tavistock, Routledge and Keegan Paul
- Greenberg J, Mitchell S (1983) *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, Harvard University Press
- Kernberg OF (1976) *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York, Jason Aronson
- Kohut H [1971] (1973) *Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Schafer R (Ed) (1997) *The contemporary Kleinians of London*. Madison (CT), International Universities Press
- Winnicott DW (1975) *Through pediatrics to psychoanalysis*. New York, Basic Books

Neil J. Skolnick

[Übers.: Christine Pawlowsky]

Objektive Selbstaufmerksamkeit. → Selbstaufmerksamkeit.

Objektstufige Deutung. → Methode, reduktive; → Analytische Psychologie.

Ödipuskomplex (→ Psychoanalyse). Der Begriff – von Freud zuerst in einem Brief an W. Fließ (1897) verwendet – geht auf die antike Tragödie „Ödipus Tyrannos“ von Sophokles zurück. Sie handelt von einem König, der ohne sein Wissen seinen Vater erschlug und die eigene Mutter heiratete. Als man ihm seine wahre Herkunft eröffnet, blendet er sich. Seit 1910 verstand Freud den Ödipuskomplex als anthropologisches Konstituens, den „Kernkomplex“ und „Grundpfeiler der Psychoanalyse“ (Freud, 1910: 73): Das vier- bis fünfjährige Kind wendet sich, bedingt durch die Reifung seiner Sexualität, dem andersgeschlechtlichen Elternteil zu. Durch diese

Triangulierung (→ Triangulation) manifestiert sich die → Ambivalenz in bisexuellen Strebungen. Der eigentliche Konflikt wird ausgelöst durch das Inzestverbot und die damit verbundene Kastrationsangst (→ Kastrationskomplex). Dies führt nach Freud zur positiven oder negativen Bewältigung, dem „Untergang“ des Ödipuskomplexes (Freud, 1925: 28). Daß die ödipale Problematik in der analytischen Praxis immer wieder auftaucht, gründet nicht in ihrer Universalität oder in biologischen Determinismen, wie Freud annahm. Kultur- und geschlechtsspezifische Erziehungsformen spielen dabei die entscheidende Rolle. Die psychoanalytische → Selbstpsychologie (und die → Säuglingsforschung) gehen davon aus, daß der Ödipuskomplex in einer „fehlerhaften Selbst-Selbstobjekt-Matrix“ (Kohut, 1984) eingebettet ist, daß er also durch entwicklungspsychologisch frühere Störungen begründet ist.

Freud S [1910] (1982) Über einen besonderen Typus der Objektwahl beim Manne. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 185–195

Freud S [1925] (1982) Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 253–266

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Michael Erb

Ödipuskomplex (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Nach C.G. Jung (GW, Bd. 4, §§ 340–352) ist diese Bezeichnung „zunächst nur eine Formel [...] für das kindliche Begehren gegenüber Vater und Mutter und für den Konflikt, den dieses Begehren hervorruft – wie jedes eigennützige Begehren Konflikte hervorruft“. Kleine Mädchen haben sinngemäß, solange die Liebe vor allem der Mutter gilt, wie Knaben zuerst auch einen Ödipus-(→)Komplex – später könne man eher von einem „Elektrikomplex“ gegenüber dem Vater sprechen. Freuds Reduktion des Ödipus-Komplexes ins Konkretistische wird abgelehnt. Die Ödipus-Thematik ist

vielmehr ein archetypischer „Spezialfall des Inzestproblems überhaupt“ (Jung, GW, Bd. 10, §§ 658f.; Bd. 14/I, § 104; → Inzest). Die Triebimpulse des Kindes, das noch in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Bilderwelt des kollektiven → Unbewußten steht, zielen ja nicht auf die Realisierung des Koitus mit einem Elternteil. Eine gelungene Lösung des ödipalen Konfliktes im Spannungsverhältnis Vater-Mutter-Kind befreit zur → Individuation sowohl des Kindes als auch der Eltern. Sie ermöglicht die Weiterentwicklung der Libido zu Objekten außerhalb der Familie, die Reifung der Dialog- und Beziehungsfähigkeit, die Begegnung der Geschlechter (→ Energie, psychische). Wenn im Erwachsenenalter die Libido bei einem Anpassungsvorgang auf ein zunächst unüberwindliches Hindernis trifft, kann die regredierende Libido das Begehren im ödipalen Konflikt wiederbeleben (GW, Bd. 4, § 568f.; → Regression; → Mutterkomplex; → Vaterkomplex; → Anpassung).

Giegerich W (1978) Die Gegenwart als Dimension der Seele. Aktualkonflikt und archetypische Psychotherapie. Analytische Psychologie 9(2): 99–110

Jung CG [1913] (1971) Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie. In: GW, Bd. 4, S 107–111 u. §§ 203–522, bes. §§ 340–352. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Kerényi K, Hillman J (1991) Oedipus variations. Dallas, Spring Publications

Lisa Bock, Rudolf Bock

Offenständigkeit. → Existenzialien; → Daseinsanalyse.

Ökologie. Das Ökologiekonzept des → Neurolinguistischen Programmierens leitet sich von Gregory Bateson ab, der diesen Begriff in den psychologisch-therapeutischen Kontext eingeführt hat. Mit „Ökologischer Abklärung“ meint man im NLP und in der → Neurolinguistischen Psychotherapie, mögliche Veränderungen einer genauen Überprüfung hinsichtlich ihrer Auswirkung im systemischen Lebenszusammenhang des Klienten zu unterziehen. Insbesondere wird die Auswirkung auf Beziehungen, Familie und Beruf und die Vereinbarkeit mit der

Identität einer Person beachtet. Der sogenannte „Öko-Check“ ist integraler Teil jeder Veränderungsarbeit im NLP und eine wichtige Steuerungsgröße im co-kreativen, therapeutischen Prozeß. Die Einschätzung über Brauchbarkeit, Umsetzbarkeit und Angemessenheit einer inneren oder äußeren Verhaltensänderung ist ein ganzheitlicher Vorgang, bei dem das Wahrnehmen des korrelierenden inneren Zustandes (State) durch den Klienten und das Beobachten der → Physiologie durch den Therapeuten von entscheidender Wichtigkeit sind.

Bateson G [1964] (1983) Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. (Die logischen Kategorien von Lernen und Kommunikation). Frankfurt/M., Suhrkamp, S 362–399

Werth R (1992) NLP & Imagination. Paderborn, Junfermann

Helmut Jelem

Ökologische Psychotherapie (griech.: oikos: Haus, Behausung, Haushalt, Familie, Wohnort). Von Willi (1996) ausgearbeiteter beziehungsorientierter Therapieansatz, der in besonderer Weise die Entwicklung der Person im Gestalten ihrer Umwelt beachtet. Lehnt sich theoretisch an Modelle der Verhaltensbiologie an: Ein Individuum entwickelt seine psychischen Strukturen im Gestalten seiner Umwelt, im Beantwortetwerden seines Wirkens. Aufgrund seiner Motivationslage tastet es die dingliche und soziale Umwelt auf Ansprechbarkeit auf seine Handlungsangebote ab. Es sucht für seine Potenzen korrespondierende Umweltvalenzen (Müller, 1991). Die durch sein Wirken hervorgerufenen Beantwortungen wirken auf seine Motivationslage zurück. Es schafft sich seine persönliche → Nische, deren Struktur die Entwicklung seines Lebenslaufes leitet. Diese selbstgeschaffene Nische kann zur psychischen Regulation und Entwicklung genutzt werden. Zur persönlichen Nische gehören auch Partner, mit welchen das Individuum in koevolutiven Prozessen steht, d. h. in einer wechselseitigen Beeinflussung der persönlichen Entwicklung. Die ökologische Psychothera-

pie hat sich aus den Konzepten von Kollusion (Willi, 1975; → Partner-Kollusion) und → Koevolution (Willi, 1985) entwickelt, mit Anleihen aus der Psychoanalyse und systemischen Ansätzen (→ Systemische Therapie). Zu psychischer Dekompensation kommt es bei tatsächlichem oder befürchtigtem Verlust an korrespondierendem Wirken bzw. durch Blockierung der Entwicklung in Beziehungen aus Angst vor deren Rückwirkungen. Ziel der Therapie ist die Gestaltung einer Beziehungsumwelt, welche eine weitere persönliche Entwicklung ermöglicht.

Müller HJ (Hg) [1988] (1991) Ökologie. 2. Aufl. Jena, Fischer

Willi J (1975) Die Zweierbeziehung. Reinbek, Rowohlt

Willi J (1985) Koevolution. Die Kunst gemeinsamen Wachsens. Reinbek, Rowohlt

Willi J (1996) Ökologische Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Jürg Willi

Ökonomische Selbststeuerung (→ Vegetotherapie, charakteranalytische). Die Fähigkeit der ökonomischen Selbststeuerung ist nach Wilhelm Reich ein wesentliches Merkmal des genitalen Charakters (→ Charakter), während der neurotische Charakter über eine zwangsmoralische Steuerung verfügt. „Ökonomie“ bezieht sich auf die Art der Haushaltung der libidinösen Erregung: Die ungestörte und vollständige Umsetzung der Erregung gemäß der Spannungs-Ladungs-Formel im allgemeinen, wie im besonderen im genitalen Sexualleben, ist im Lichte der → Sexualökonomie das Kriterium für ein sexualökonomisch gesundes Leben und somit die Voraussetzung ökonomischer Selbststeuerung (Reich, 1935: 8f.). Im therapeutischen Prozeß wird Stück um Stück die neurotische Qualität des Charakters verwandelt. Das bedeutet, daß der therapeutische Prozeß zwangsmoralische Instanzen ebenso wie neurotische Hemmungen durch Energieentzug abbaut und die sexualökonomische Steuerung gleichzeitig stärkt. Dynamik und Ökonomie: Bei der (sexual-)ökonomischen Selbststeuerung haben die periodischen orgasmischen Lösungen libidinöser Spannung des

→ Es eine beträchtliche Verminderung der Triebansprüche des Es zur Folge. Das Ich steht auch vom Ich-Ideal wenig unter Druck, weshalb es nur wenig Gegenbesetzungen braucht und reichlich Energien zur Verfügung hat, um sein Handeln und Erleben frei und strömend zu erleben (→ vegetative Lebendigkeit). Reich zufolge kann bei der zwangsmoralischen Steuerung der Sadismus nicht sublimiert werden, weil das Es auf die Befriedigung dieser Impulse drängt. Der auf das Ich ausgeübte Druck äußert sich in einer brutalen Zwangsmoral und einem unbefriedigten, gestauten Es (Reich, 1989).

Reich W (1935) Überblick über das Forschungsgebiet der Sexualökonomie. Zeitschrift für politische Psychologie und Sexualökonomie 2(1): 5–13

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Reich W [1945] (1971) Die sexuelle Revolution. Frankfurt/M., Fischer

Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Günter Hebenstreit

Omega-Rochade (→ Dynamische Gruppenpsychotherapie). Bezeichnet eine Verhaltenstechnik des Gruppenleiters nach dem rangdynamischen Modell von R. Schindler (→ soziodynamische Rangstruktur). Dabei manipuliert der Gruppenleiter (meist Therapeut einer dynamischen Gruppentherapie oder → bifokalen Familientherapie) sich selbst bewußt in die Omega-Position (Außenseiter-Position) der Gruppe. Hauptindikation ist der Schutz oder die Mobilisation eines gefährdeten Omega-Mitglieds. Als Hebel wird Provokation der Gruppe in Kombination mit Machtlosigkeit eingesetzt; Gefahr des Zerfalls der Gruppe oder verstärkter affektives Agieren. Es handelt sich um ein Element der rangspezifischen Therapietechnik (→ Intervention), die sich nicht an Inhalten oder personengebundenen Verhaltensweisen orientiert. Als Gegenbewegung zum „Sündenbock-Mechanismus“ (→ soziodynamische Grundformel) und zum Verständnis eines

unbewußten, neurotischen Verhaltens, das den Patienten in Gruppen bevorzugt in Omega führt, gewinnt es besondere praktische Bedeutung. Man beachte auch die „ohnmächtige Provokation“ pubertierender oder psychotischer Personen und ihre Auswirkungen zur Fixierung der Familiengruppe.

Schindler R (1961) Der Gruppentherapeut und seine Position in der Gruppe. Praxis der Psychotherapie 6(1): 1–8

Schindler R (1990) Interventionen in kritischen Situationen. In: Ertl M, Fliedl R, Margreiter U (Hg), Gruppenarbeit – zu Theorie und Praxis von Therapie- und Selbsterfahrungsgruppen. Wien, ÖAGG, S 97–115

Raoul Schindler

Onanie. → Selbstbefriedigung.

Ontologie (griech.: „Seinswissenschaft“). Ist unter Bezugnahme auf Heideggers Seinsdenken (Heidegger, 1987) für Psychotherapie, insbesondere für die → Daseinsanalyse, unverzichtbar, weil es in ihr immer um Weisen des → Mitseins und Füreinander-seins menschlicher → Existenz und um das optimale Offenhalten der Wahrheit (Offenheit) des → Seins geht. Der Name „Ontologie“ taucht erstmals bei R. Goclenius (1613) auf. Der Sache nach ist das Denken des Seienden (alles Anwesenden) hinsichtlich der Weisen seines Seins (= ereignishaft erfahrenen Anwesens) grundlegende Aufgabe der „ersten Philosophie“ (Aristoteles), die mißverständlich „Metaphysik“ genannt wurde. Das Seiende ist noch im Mittelalter das, was (immer) ist, sich selbst zeigt und woraufhin der Mensch im Bezug steht. Seit Johannes Duns Scotus und besonders in der neuzeitlichen Ontologie (allgemeine Metaphysik) ist Seiendes meist nur mehr das begrifflich-abstrakt Denkbare, das möglicherweise vorhanden sein kann, also nicht das, was uns im Weltbezug (→ Welt, Weltbezug) zu sein möglich und aufgegeben ist. Nach Heidegger denkt die Metaphysik paradigmatisch nur das in der Welt uns begegnende Seiende bzw. nur das Seiende hin-

sichtlich seines Seins, aber nicht das ereignishaft erfahrene Sein als solches in der Vielfältigkeit seiner möglichen Offenbarkeit bzw. die Fundiertheit alles Seienden im → Da-sein. Aus dessen Sein und zu diesem können wir uns (als die Seienden, die wir sind) jeweils so oder so (frei) verhalten (→ Freiheit). Gegenüber der klassischen Ontologie legt Heideggers „Fundamentalontologie“ (Heidegger, 1977) die existentialen Strukturen (→ Existenzialien) der menschlichen Existenz frei, und zwar als den Ort, wo allein Sein verstanden werden kann. Die Überwindung der Seinsvergessenheit ist epochal sowie anthropologisch von höchster existentieller Relevanz. Ihr entspricht die daseinsgemäße Psychotherapie durch Freilegung des menschlichen Anwesend-sein-Könnens in den sich zeigenden Beeinträchtigungen von Offenheit und Freiheit des In-der-Welt-seins. Für die Daseinsanalyse ergibt sich aus der Erhellung des Seinssinnes ein ursprüngliches therapierelevantes Verständnis menschlichen Daseins.

Heidegger M [1927] (1977) Sein und Zeit. Gesamtausgabe, Bd. 2. Frankfurt/M., Klostermann

Heidegger M [1953] (1983) Einführung in die Metaphysik. Gesamtausgabe, Bd. 40. Frankfurt/M., Klostermann

Heidegger M (1987) Zollikoner Seminare. Hg. von Boss M. Frankfurt/M., Klostermann

Augustinus Karl Wucherer-Huldenfeld

OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik). → Diagnose; → Indikation zur Psychoanalyse; → Operationalisierung.

OPD Arbeitskreis (Hg) [1996] (1998) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD. Grundlagen und Manual. 2., korrig. Aufl. Bern, Hans Huber

Operante Konditionierung. → Störungsmodelle, verhaltenstherapeutische.

Operation am → Symbol. Spezifisches therapeutisches Prinzip in der → Kata-

thym-Imaginativen Psychotherapie (KIP). Es besagt, daß Symbole, die mit Konflikten in Zusammenhang stehen, im begleiteten Tagtraum durch den Klienten – meist über Anregung durch den Therapeuten – aktiv verändert und damit therapeutische Schritte bewirkt werden können. Arbeit am Symbol in der KIP bedeutet direkte Auseinandersetzung mit unbewußten Affekten, Bedürfnissen, Frustrationen und Konflikten in ihrer primärprozeßhaften Erlebnisform und eine Möglichkeit der direkten Einflußnahme auf unbewußte Affektkonstellationen und Konflikte. Die katathymen (der Seele entsprechenden) Bilder drücken nach Leuner als „mobile Projektionen“ sowohl den momentanen psychischen Status als auch zugrundeliegende Persönlichkeitsstrukturen aus. Des weiteren sind die katathymen Bilder mit bewußten und unbewußten Emotionen und Affekten assoziativ verbunden. In Symbolen des Tagtraumes werden u. a. Selbstrepräsentanzen, Objektbilder, Konfliktkerne, Beziehungsgefüge sichtbar (symbolischer Abbildungsvorgang, Symbolgestalt). Diese Symbole sind im dynamischen Prozeß des Tagtraumes veränderbar. Da der Klient während des „Bilderns“ in ständigem verbalen Austausch mit dem Therapeuten steht, ist dieser in der Lage, auf das träumerische Geschehen Einfluß zu nehmen. Der Klient kann sich unter Begleitung und Anleitung durch den Therapeuten mit Symbolen und Symbolgestalten auseinandersetzen, zum Beispiel u. a. durch das Prinzip der differenzierten Wahrnehmung mit Einbeziehung aller Sinnesmodalitäten oder mit Hilfe der Technik des → Nährens und Anreicherns auf der → Grundstufe der KIP, mit den Techniken der → Symbolkonfrontation und des → assoziativen Vorgehens etc. auf der Mittelstufe, sowie u. a. mit dem Prinzip des „Erschöpfens und Minderns“ auf der Oberstufe der KIP (→ Regieprinzipien). Durch die genannten Techniken, aber auch durch individuelle kreative Möglichkeiten wie Nachbearbeitung durch kreatives Malen, lassen sich im Tagtraum Symbole im therapeutischen Sinn verändern und weiterentwickeln (→ Wandlungsphänomen), was oft auch unmittelbar beobachtbare therapeutische Effekte zur Folge hat.

- Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) (1997) *Imagination in der Psychotherapie*. Bern, Hans Huber [bes. S 216ff.]
- Lang O (1997) Emotionen in der katathym-imaginativen Psychotherapie und ihr Zusammenhang in der Symbolik. *Imagination* 19(2): 26–49
- Leuner HC [1985] (1994) *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie*. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Hans Kanitschar

Operationalisierung. Angabe jener Operation, mit der ein Begriff gemessen werden kann. In empirisch-analytischen Wissenschaften (→ Empirismus; → nomothetisch/idiografisch) werden Hypothesen anhand von Beobachtungen überprüft. Naturwissenschaften zeichnen sich dadurch aus, daß den empirischen Sachverhalten theoretische Begriffe und Meßoperationen eindeutig zugeordnet werden können. Im Gegensatz dazu können die in den Humanwissenschaften interessierenden Variablen wie Einstellungen, Bedürfnisse, Emotionen nicht direkt gemessen werden. Für die in der Hypothese verwendeten Begriffe müssen daher meßbare Indikatoren gesucht werden, denen entsprechend konkreter theorienimmanenter Vorannahmen oder eines vorwissenschaftlichen Alltagsverständnisses ein Zusammenhang mit den zugrundeliegenden Phänomenen oder Prozessen unterstellt wird. Operationalisierungen sind damit keine logischen Gleichungen, sondern komplexe Gefüge aus theoretischen Annahmen, Zuordnungsregeln, empirischen Vermutungen und Beobachtungsaussagen. Statt von „operationaler Definition“ kann daher von „empirischer Interpretation“ theoretischer Begriffe gesprochen werden (vgl. Breuer, 1991). Für eine gegenstandsangemessene → Psychotherapieforschung ist die Entwicklung von Erfassungsmethoden nötig, die den theoretischen Konzepten der jeweiligen Therapieschule gerecht werden. In diesem Zusammenhang wird auch eine theoriengeleitete Operationalisierung von Störungen und therapeutischen Veränderungsprozessen angestrebt (z. B. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; OPD Arbeitskreis, 1996).

- Breuer F (1991) Wissenschaftstheorie für Psychologen. Münster, Aschendorff, S 111–117
- OPD Arbeitskreis (Hg) [1996] (1998) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD. Grundlagen und Manual*. 2., korrigierte Aufl. Bern, Hans Huber

Elisabeth Wagner

Optimale Frustration (→ Selbstpsychologie). Kohut verwendet den Begriff „optimale Frustration“, um das traumatische Erleben der Beziehung des → Selbst zum → Selbstobjekt vom nicht-traumatischen abzugrenzen. Die optimale Frustration ist dann jene, die vom Subjekt so bewältigt wird, daß dabei → psychische Struktur aufgebaut wird. Was also „optimal“ ist, hängt vom Entwicklungsstadium und von der Beziehung Selbst-Selbstobjekt ab. Kohut (1984) knüpft die Idee daran, daß es ein gewisses Maß an Frustration geben müsse, damit psychische Strukturbildung im Selbst des Kindes/Patienten stattfindet. Wegen der negativen Definition des Begriffes und dem häufigen Mißverständnis, der Analytiker könne oder müsse gar optimale Frustration herstellen – Kohut meinte im Gegensatz dazu, vor allem in Situationen, die durch unvermeidbare und keineswegs absichtlich herbeigeführte Empathiemängel (→ Empathie) bestimmt sind, erfolge psychische Strukturbildung im Patienten – wird der Begriff immer mehr vom positiv definierten und umfassenderen Begriff der → Responsivität abgelöst (Bacal, 1985).

- Bacal H (1985) Optimal responsiveness and the therapeutic process. In: Goldberg A (Ed), *Progress in self psychology*, vol. 1. New York, Guilford Press, pp 202–227

- Kohut H [1984] (1987) *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Oral. → Psychoanalytische Phasenlehre.

Organdialekt (→ Individualpsychologie). 1912 schrieb Adler den Aufsatz „Organdialekt“ (Adler, 1914). Er legte dar, daß Menschen ihre psychischen Zustände, subjektiven Motivationen und ihre persönli-

chen Einstellungen nicht nur durch Sprache, sondern auch durch körperliche Symptome zum Ausdruck bringen können: „Um kurz auf Beispiele von Organdialekt hinzuweisen: Trotz kann durch Verweigerung normaler Funktionen und normaler Lebensformen (Bettnässen, Nägelbeissen, Nasenbohren, Unreinlichkeit, Schlampelei), Neid und Begehren durch Schmerzen, Ehrgeiz durch Schlaflosigkeit, Herrschsucht durch Überempfindlichkeit, durch Angst und durch nervöse Organerkrankungen zum Ausdruck kommen“ (Adler, 1914: 118). Adler hat somit bereits 1912 eine Theorie der Psychogenese organischer Störungen entworfen, allerdings nicht systematisiert. Körperliche Symptome können Psychisches ausdrücken.

- Adler A [1914] (1973) Organdialekt. In: Adler A, Furtmüller C (Hg) (1914), Heilen und Bilden. Frankfurt/M., Fischer, S 114–122
 Schmidt R (1995) Organdialekt. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 361–362

Jürg Rüedi

Organe, psychische. → Ich-System; → Transaktionsanalyse.

Organisation. Bezeichnet sowohl ein „Ganzes“, wie dessen „Entwicklung“. In der → Feldtheorie von Lewin, einer der theoretischen Grundlagen der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie, ist damit gemeint, daß immer kleinere Einheiten oder Zellen sich zu Obereinheiten oder Regionen im psychologischen → Lebensraum zusammenfügen, sich gegeneinander durch feste Grenzen separieren und die jeweils umfaßten Einheiten in eine hierarchische Ordnung bringen. Im Verlauf der Entwicklung steigt das Ausmaß der → Differenzierung und → Interdependenz voneinander abgegrenzter Bereiche des dynamischen Ganzen. Differenzierung und Interdependenz als Konstrukte des dynamischen Prozesses der Organisation/Organisiertheit in einer reifenden → Gruppe zeigen sich als Selbständigkeit, die es der Person ermöglicht,

sich auf eigene Gefühle, Eindrücke, Urteile zu verlassen und demgemäß zu handeln. Organisation im sozialen Lebensraum entwickelt sich, während eine Anzahl von Personen neue Verfahrensweisen, Maßstäbe und Wertvorstellungen ausarbeiten, die den Zielen und Fähigkeiten der Gruppenmitglieder entsprechen. Im Kontext des sozialen Lebensraumes einer Organisation wird der mit Wertigkeiten verbundene Zustand eines Organisationsmitglieds als „Status“ bezeichnet. Vereinbarungen betreffend die Strukturierung des Beziehungsfeldes und der Tätigkeitsverteilung führen zu „Funktionen“. Prozeßabhängige Beziehungsmuster führen zu „Rollen“, die das Zusammenleben flexibel gestalten, beeinflusst durch eigene und fremde Erwartungshaltungen. Dabei sind in jeder Gruppe und in jeder Organisation die „Positionen“ der → soziodynamischen Rangstruktur zu beobachten.

- Graumann C-F (Hg) (1982) Einführung. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, Bd. 6 [Psychologie der Entwicklung und Erziehung]. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta, S 11–37 [bes. S 22–26]
 Pechtl W (1989) Zwischen Organismus und Organisation. Linz, Veritas, S 200–215

Bernhard Dolleschka

Organisationssupervision (→ Supervision). Bemüht sich um ein Konzept, in dem ein deutlich von der Psychotherapie unterscheidbarer Arbeitsansatz in Korrespondenz mit hochkomplexen Systemen (Organisationen), den dortigen Aufgabenstellungen, Mitarbeitern und Führungskräften in deren jeweiligen Positionen und Kooperationsstrukturen leistbar ist. Supervisionen für Teams, Abteilungen, Berufsgruppen, für einzelne Mitarbeiter, Führungskräfte oder im Stab angesiedelte Experten erfordern eigene Grundorientierungen. Der methodische Ansatz der Organisations-supervision besteht darin, zielgerichtet und ausschnittsbezogen jene Organisationskomplexität verstehbar werden zu lassen, welche die Mitglieder eines bestimmten Organisationssettings emotional und inhaltlich in ihren Positionen, Aufgaben und Kooperationen betrifft. Es

handelt sich also um „institutionelle Reflexion“. Wesentliche methodische Zugangsebenen sind sowohl eigenes institutionelles Handeln (Aufbau und Weiterentwicklung von Supervisionssystemen) als auch die Analyse der organisationsdynamischen Prozesse, die sich im Handlungsfeld Supervision zeigen (Wellendorf, 1994). Grundzüge dieses Konzepts und des methodischen Vorgehens hat vor allem Gotthardt-Lorenz (1996, 1997) entwickelt: Demnach wurde der Begriff Organisationssupervision eingeführt, um der Komplexität von Anfragen und Zielsetzungen – z. B. Teamentwicklung, Projektgruppenentwicklung, Rollen- und Positionsberatung für Führungskräfte, Konzeptentwicklung in Berufsgruppen, Abteilungs- und Projektsupervision – gerecht zu werden. Der Vorschlag, „institutionelle Supervisionssysteme“ aufzubauen und weiterzuentwickeln, deckt sich weitgehend mit den Überlegungen anderer Autoren (Buchinger, Leffers, Rappe-Giesecke oder Weigand) und schließt an die Konzeptüberlegungen zur Team-Supervision an.

Gotthardt-Lorenz A (1994) Organisationssupervision. Rollen und Interventionsfelder. In: Pühl H (Hg), Handbuch der Supervision 2. Berlin, Edition Marhold, S 365–379

Gotthardt-Lorenz A (1996) Warum „Organisationssupervision“? Supervision 29: 25–32

Gotthardt-Lorenz A (1997) Methodische Vorgehensweise in der Organisationssupervision. In: Luif I (Hg), Supervision, Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich. Wien, Orac, S 207–229

Wellendorf F (1994) Supervision als Institutionsanalyse und zur Nachfrageanalyse. In: Pühl H (Hg), Handbuch der Supervision 2. Berlin, Edition Marhold, S 26–36

Angela Gotthardt-Lorenz

Organische Psychotherapie. Bezeichnet einen Teilbereich des Methodenspektrums der → Biodynamik. Es handelt sich dabei um verbale Techniken, die in enger Verbindung mit einer organischen (physisch-vegetativen) Ebene angewendet werden. Entsprechend dem energetischen Verständnis der Biodynamik wird der verbalen Arbeit vor allem dann viel Raum gegeben, wenn beim Patienten eine gewisse energetische Durchlässigkeit vorhanden ist. Die

therapeutische Einladung besteht darin, alles, was in den Sinn kommt, zu erforschen und Worte dafür zu finden. Die Absicht des Therapeuten ist es, daß der Patient nicht über verschiedene, auftauchende Themen spricht, sondern es zu einem organisch verbundenen, von Gefühlen, Empfindungen und Gedanken oder Bildern bewegten Sprechen kommt. Auf diese Weise werden immer weitere Ebenen des Unbewußten erreicht. Neben dem Erforschen von unbewußten Inhalten geht es dabei auch um eine verbale Entladung, um eine Art von „verbal emptying“, wie es Gerda Boyesen bezeichnet. Der Therapeut achtet dabei auf jede kleinste körperliche Veränderung, auf Unregelmäßigkeiten im Atemrhythmus und die Modulation im Tonfall (Southwell, 1990: 215). Er bewertet absolut nicht, interpretiert nicht, sondern ermutigt gelegentlich, mitunter nur durch ein Wort (z. B. „...und dann?“). Auch ist sich der Therapeut bewußt, daß er durch die Art seiner Präsenz, seiner Entspannung, seiner Langsamkeit, seines Tonfalls viel zur Unterstützung dieses Prozesses beiträgt (Eberwein, 1990: 36f.).

Eberwein W (1990) Impulse von Innen. Oldenburg, Transform

Southwell C (1990) Biodynamische Psychologie In: Rowan J, Dryden W (Hg), Neue Entwicklungen der Psychotherapie. Transform, Oldenburg, S 198–221

Gerhard Lang

Organismische Bewertung. → Bewertungsinstanz, innere; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Organismische Bewertungsinstanz. → Bewertungsinstanz, innere (organismische); → Personenzentrierter Ansatz.

Organismische Erfahrung (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Im klientenzentrierten Ansatz ist damit jener Gesamtprozeß gemeint, der sich ständig innerhalb des menschlichen → Organismus abspielt und potentiell der Gewährleistung zu-

gänglich ist. Es geht also um die psychologischen Aspekte von biophysiologicalen Vorgängen (einschließlich der Wahrnehmung von „externen“ Prozessen und Emotionen). Prozesse im Organismus, die prinzipiell unerfahrbar sind – wie z. B. die Aktivität von Nervenzellen oder Blutzuckeränderungen – gehören nicht zur organismischen Erfahrung. Der Organismus erlebt Befriedigung durch jene Stimuli oder Verhaltensweisen, die ihn in aktueller Gegenwart wie auf lange Sicht hin erhalten und fördern (dies ist die Realisierung der → Aktualisierungstendenz). Wesentlich für den Menschen ist, daß diese Erfahrungen symbolisiert werden können (und teilweise werden) und als dynamisch organisierte Gestalt (→ Gestaltbegriff) zentrale Grundlage des → Selbst bilden. Es können aber Widersprüche zwischen der tatsächlichen organismischen Erfahrung und den im Selbst repräsentierten → Symbolisierungen auftreten; dies führt zu innerer Spannung und Konfusion, die als Angst erlebt und durch das Konzept der → Inkongruenz thematisiert wird. Organismische Erfahrung, die inkongruent mit der Selbststruktur ist, stellt eine Bedrohung dar; auf diese Bedrohung reagiert der Organismus mit → Abwehr(verhalten). Fühlt sich eine Person hingegen in keiner Weise bedroht, dann ist sie offen für die Gesamtheit der organismischen Erfahrung. Bei dieser (hypothetischen) völligen Offenheit für die Gewahrwerdung der organismischen Erfahrung wäre das Selbstkonzept eine bewußte Symbolisierung, die völlig kongruent mit dem Erleben wäre (→ „Fully functioning person“; vgl. Rogers, 1987: 82).

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Jürgen Kriz

Organismische Selbstregulierung. In den Anfängen der → Gestalttherapie wurde organismische Selbstregulierung als grundlegendes gestaltpsychologisches Konzept für das Verständnis von persönlichen und gemeinschaftlichen Wachstumsprozessen begriffen. Danach entwickeln sich diese am

wirkungsvollsten, wenn sie nicht durch innere oder äußere Eingriffe kontrolliert werden. Diese auch auf das biologische Homöostase-Prinzip zurückgehende und vor allem von Fritz Perls vertretene Vorstellung muß heute als weitgehend überholt angesehen werden. Heilungs- und Wachstumsprozesse bedürfen auch der Kontrolle und Wertentscheidungen. Gleichwohl weist das Konzept der organismischen Selbstregulation auf – durch die Selbstorganisationstheorie gut belegte – Wechselwirkungsprozesse hin, die eigen-dynamisch und daher nicht ursächlich determinierbar sind. Dies spricht gegen symptom- oder störungsspezifisch normierte Behandlungspläne in der Therapie und für die Unterstützung von Selbstheilungskräften durch das Ausbalancieren von Bedürfnissen und Interessen einerseits und Umwelterfordernissen sowie die Überwindung dysfunktionaler Hemmnisse andererseits. Anliegen der Gestalttherapie ist ein dynamisches Gleichgewicht mit bestmöglichen Wechselbeziehungen im → Organismus-Umwelt-Feld (→ schöpferische Anpassung). Dies schließt die Möglichkeit ein, daß rigide Verhaltens- und Beziehungsmuster durch neuartige Erfahrungen in der therapeutischen Situation irritiert werden („skillful frustration“) und zur Neugestaltung von → Kontaktprozessen und Lebensgewohnheiten führen. Die Entscheidung, ob selbstregulierende Wechselbeziehungen im Organismus-Umwelt-Feld funktional („gesund“) oder dysfunktional („krank“) sind, unterliegt der gemeinsamen Überprüfung im therapeutischen → Dialog und kann – dem Selbstregulationsprinzip zufolge – nicht normativ festgelegt werden.

Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1995) Gestalt-Ansatz. Köln, Edition Humanistische Psychologie [bes. S 135–152]

Perls F, Hefferline R, Goodman P [1951] (1991) Gestalttherapie. Grundlagen. München, dtv [bes. S 59ff.]

Portele H (1989) Gestalttherapie und Selbstorganisation. Gestalttherapie 1: 5–15

Reinhard Fuhr

Organismus. Aus der Sicht der → Klientenzentrierten Psychotherapie wird damit die Gesamtheit, aber auch der innere Kern bzw. die biologische Einheit eines Lebewesens, im besonderen der Person bezeichnet, in dem auch die → Aktualisierungstendenz ihren Ausgangspunkt hat. Der Organismus ist autonom und grundsätzlich fähig zur Bewertung, ob Ereignisse eine konstruktive Entwicklungstendenz unterstützen. Daraus schließt Rogers, daß man auf die „Weisheit des Körpers“ und auf die innere, organismische → Bewertungsinstanz vertrauen kann. Im Idealfall würde daraus hypothetisch eine Person resultieren, die sich ganz dem Prozeß des Seins und Werdens hingeben kann (→ „Fully functioning person“). → Organismische Erfahrungen können jedoch in einen Gegensatz zum – phänomenologisch gefaßten – → Selbst(konzept) einer Person geraten (→ Inkongruenz), wenn Erfahrungen aufgrund ihres Bedrohungsgehalts nicht exakt symbolisiert werden (→ Wahrnehmungsverzerrung, Wahrnehmungsverleugnung; → Symbolisierung, exakte) und somit vom Organismus zur Aufrechterhaltung einer scheinbaren Konsistenz dem → Gewährwerden entzogen werden.

Höger D (1993) Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hg), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Köln, GwG, S 17–41

Quitmann H (1991) Humanistische Psychologie. Zentrale Konzepte und philosophischer Hintergrund. Göttingen, Hogrefe [bes. S 128ff.]

Gerhard Stumm

Organismus-Umwelt-Feld. Steht in der → Gestalttherapie für die differenzierte Einheit lebendiger Organismen (beispielsweise Person oder soziale Einheit) mit ihrem Umwelt-Feld; es ersetzt die übliche Subjekt-Objekt-Trennung und verweist stattdessen auf dynamische Wechselbeziehungen. Im Prozeß der Gestaltbildung (→ Gestalt; → Figur/Hintergrund) grenzt sich

der Organismus von seiner Umwelt ab und wird sich seiner Existenz als „Ich“ (im Falle einer Person) oder „Wir“ (im Falle einer sozialen Einheit) gegenüber einem „Nicht-Ich“ bzw. „Nicht-Wir“ bewußt (Beaumont, 1988). Das von den Gründern der Gestalttherapie (Perls) eingeführte Konzept geht auf Lewins → Feldtheorie (1963) zurück: Die Erfahrungen und Verhaltensweisen des Organismus – wie funktional oder dysfunktional sie auch sein mögen – werden als Resultat wechselseitiger Beeinflussung von Organismus und Umwelt-Feld verstanden und sind als dynamische Muster erkennbar. Statt von „Störungen“ oder „Pathologien“ und deren Ursachen zu sprechen, ermöglicht es dieses Konzept, dysfunktionale Erscheinungsformen als Ausdruck komplexer Wirkungsgefüge zu verstehen, in das die jeweilige Umwelt, also auch der Therapeut, immer miteinbezogen ist. Das Konzept Organismus-Umwelt-Feld entspricht der selbstreflexiven Perspektive gegenüber der Figur/Hintergrund-Formation: Im Prozeß des bewußten Erlebens heben sich Figuren vor einem Hintergrund ab; dabei erfährt sich der lebendige Organismus als vom Umweltfeld unterschieden und gleichzeitig in dieses eingebunden.

Beaumont H (1988) Ein Beitrag zur Gestalttherapietheorie und zur Behandlung schizoide Prozesse. Gestalttherapie 2(2): 16–26

Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1995) Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive. Köln, Edition Humanistische Psychologie [bes. S 65–78]

Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber

Reinhard Fuhr

Organizing Principles (→ Intersubjektivität). Ein Terminus, der in der psychoanalytischen „Theorie der Intersubjektivität“ verwendet wird (Stolorow et al., 1987), um jene wesentlichen emotionalen Vorannahmen zu bezeichnen, die subjektive Erfahrung organisieren. „Organizing principles“ sind entweder automatisch und starr oder reflektiert und flexibel. Sie sind, meist unbewußt, die emotionalen Schlüsse, die ein Mensch aus lebenslanger Erfahrung seines emotionalen Umfeldes zieht, insbe-

sondere aus den komplexen, auf Gegenseitigkeit beruhenden Verbindungen zu den frühen Bezugspersonen. Bis zu dem Zeitpunkt, da diese „organizing principles“ der bewußten Reflexion zugänglich gemacht werden und neue emotionale Erfahrungen einen Menschen dazu bringen, sich neue Formen der emotionalen Beziehung vorzustellen und zu erwarten, werden sie das Selbsterleben bestimmen (Orange et al., 1997).

Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) Working intersubjectively: contextualism in psychoanalytic practice. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Stolorow RD (1978) The concept of psychic structure: its metapsychological and clinical psychoanalytic meanings. International Review of Psycho-Analysis 5: 313–320

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer

*Robert D. Stolorow, Donna M. Orange
[Übers.: Erwin Bartosch,
Christine Pawlowsky]*

Organminderwertigkeit (→ Individualpsychologie). Den Begriff der Organminderwertigkeit führte Adler 1907 ein. Er dachte an einzelne Organe oder ganze Organsysteme, die mangelhaft ausgebildet sind (morphologische Organminderwertigkeit), und an eine den Anforderungen nicht genügende Arbeitsweise von Organen (funktionelle Organminderwertigkeit). Jede Organminderwertigkeit stellt das betreffende Individuum vor die Aufgabe der → Kompensation. Gelingt diese, so kann der Nachteil zum Beispiel durch intensives Training sogar in einen Vorzug umgewandelt werden. Mißlingt die Kompensation, wird die Weiche in Richtung neurotische Entwicklung gestellt. 1907 glaubte Adler somit, seine Neurosenlehre auf der Lehre von der Organminderwertigkeit aufbauen zu können (vgl. Rüedi, 1992: 23f.). Später schränkte Adler mit der Einführung des → Minderwertigkeitsgefühls die Tragweite der Organminderwertigkeit für die Entstehung von Neurosen und Psychosen ein und gewichtete stärker fehlerhafte Erziehungsstile wie Strenge,

Verwöhnung und Verwahrlosung sowie die subjektive Einschätzung des Individuums.

Adler A [1907] (1977) Studie über Minderwertigkeit von Organen. Frankfurt/M., Fischer

Rüedi J (1992) Die Bedeutung Alfred Adlers für die Pädagogik. Eine historische Aufarbeitung der Individualpsychologie aus pädagogischer Perspektive. Bern, Haupt

Jürg Rüedi

Organspezifitätstheorie. Psychosomatisches Konzept von Franz Alexander (1950), der als Leiter des Psychoanalytischen Instituts Chicago um einen Brückenschlag zwischen Organmedizin und dem psychoanalytischen Ansatz bemüht war. Das Konzept bedeutet: 1. es besteht eine Vulnerabilität eines Organs im Sinne von Alfred Adlers → „Organminderwertigkeit“ oder Sigmund Freuds „somatischem Entgegenkommen“; 2. weiters wird eine spezifische psychodynamische Konfiguration und eine entsprechende Abwehrbildung in der Kindheit angenommen und 3. eine aktuelle Lebenssituation, die diesen unbewußten → Konflikt wieder dynamisch wirksam werden läßt. Für Alexander war das Triebkonzept und die Frage nach der emotionalen Spezifität der vegetativen Neurosen von großer Wichtigkeit. Emotionale Verfassungen wurden den sympathischen und parasympathischen Bereitstellungen als den beiden Komponenten des vegetativen Nervensystems zugeordnet. Beispiel für die Zuordnung eines spezifischen Konflikts zu einem Krankheitsbild nach Alexander: Störungen der Atmungsfunktion (Asthma bronchiale) – spezifischer Konflikt: um eine exzessive, nicht gelöste Mutterbindung kreisende Konflikte als psychodynamischer Kernfaktor. Als Abwehr gegen diese infantile Fixierung können sich alle Arten von Persönlichkeitszügen entwickeln. Der Konflikt besteht zwischen sexuellen Wünschen und dem Anlehnungsbedürfnis. Nachteile des Konzepts: Vorstellung des spezifischen Konfliktes führt zur Einengung des diagnostischen Blickes; Zuordnung einer emotionalen Konstellation zu bestimmter Pathophysiologie ist unhaltbar. Vorteile des Konzepts: Sehr befruchtend für psychosomatische

Forschung; Annahme einer Multikausalität inkl. des damals letzten Standes des somatischen Wissens.

Alexander F [1950] (1971) Psychosomatische Medizin. Berlin, de Gruyter
Schuster P, Springer-Kremser M [1994] (1998) Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht. 2. Aufl. Wien, WUV

Marianne Springer-Kremser

Orgasmusreflex (→ Vegetotherapie, charakteranalytische). Als Orgasmusreflex beschreibt Wilhelm Reich eine unwillkürliche Körperbewegung, bei der sich das Kopf- und Rumpfe nach vorne einander zu bewegen: „Der Oberkörper zuckt nach vorn, die Mitte des Bauches bleibt ruhig und der Unterkörper zuckt gegen den Oberbauch hin“ (Reich, 1987: 241). Diese einheitliche, organismische Bewegung geht einher mit Strömungsempfindungen (→ Strömung) im Körper. Der Orgasmusreflex tritt dann auf, wenn der Organismus in seinem Energiefluß ungehemmt ist. Dieselbe Reflexbewegung ist am Höhepunkt des Geschlechtsakts zu beobachten, jedoch ist er bei den meisten Menschen durch chronische → Panzerung unterdrückt (Baker, 1980). Da die in der Therapie provozierten Wut- oder Angsteffekte selbst als Abwehrkräfte behandelt werden, erlangt der Patient durch „Herauslösung“ dieser Affekte seine emotionale, sexuelle, und vegetative Beweglichkeit. Nach Reich ist die körperliche Seite des Verdrängungsvorgangs, also die Muskelverkrampfung, die Grundlage für die dauernde Erhaltung des Symptoms, die es aufzulösen gilt. Häufige Unterdrückungsmuster sind z. B. ein verspannter Gesichtsausdruck, ein steifer Hals, ein aufgeblähter Brustkorb, ein angespanntes Zwerchfell, eine angespannte Bauchdecke oder ein zurückgezogenes Becken. Stilisiert betrachtet, ergeben sich derart sieben Segmentringe (→ Segmente), die den Organismus senkrecht zur Körperachse umfassen. Die Funktion des Orgasmusreflexes liegt in der Begründung der vegetativen Lustfähigkeit. Beim Neurotiker sind die vegetativen Impulse zersplittet oder blockiert. Sie dienen

vornehmlich der Abwehr der spontanen unwillkürlichen Lustfähigkeit. Auf der psychischen Ebene äußert sich dieser Zustand in neurotischen Symptomen oder Charakterzügen (→ Charakter). Sexuelle Stauung auf der körperlichen Ebene bedeutet eine Bremsung des vegetativen Ausdrucks und eine Absperrung der Tätigkeit und Beweglichkeit zentraler vegetativer Organe. Der Orgasmusreflex tritt im Laufe der Therapie (zumeist gegen Ende) auf und wird als Zeichen der vegetativen Integration und der Gesundung des Patienten gewertet. Auf der psychischen Seite gehen mit dem Orgasmusreflex das Empfinden der Einheitlichkeit, des In-Kontakt-Seins und des Wohlbefindens einher (Reich, 1987).

Baker EF [1967] (1980) Der Mensch in der Falle. München, Kösel

Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Rosenberg JL, Rand ML, Asay D (1996) Körper, Selbst & Seele. Ein Weg zur Integration. Paderborn, Junfermann

Günter Hebenstreit

Orgasmusschwierigkeiten (→ Sexualtherapie). Dazu zählen Störungen der → Ejakulation, wie die vorzeitige, gehemmte oder ausbleibende Ejakulation beim Mann (Ejaculatio praecox, Ejakulation ohne Orgasmus) und Probleme, den Orgasmus zu erreichen, bei der Frau (Anorgasmie). Trotz sexueller Stimulation erreichen die meisten Männer mit ausbleibender Ejakulation und Frauen mit Orgasmusschwierigkeiten nicht den sexuellen Höhepunkt mit nachfolgender Entspannung (Kaplan, 1981: 19f.). Orgasmusprobleme dieser Art gehören zu den psychophysiologischen Störungen. Sie entstehen im Zusammenhang mit sexualbezogener Angst und stellen eine Indikation für Sexualtherapie dar. In den letzten Jahren verlagerte sich die Behandlung der Orgasmusschwierigkeiten des Mannes immer stärker in den chirurgischen und pharmakologischen Bereich.

Der Erforschung über die Wirksamkeit von Neurotransmittern, die gefäßerweiternd wirken, gelang 1998 mit der Substanz Sildenafil (Viagra® von Pfizer) der große Durchbruch. Es reguliert den Blutstrom im Penis und wirkt bei psychogenen Erektionsstörungen sowie bei erektiler Dysfunktion nach Rückenmarksverletzungen, durch Arteriosklerose, Diabetes oder Bluthochdruck (Schmidt, 1998), indem es die Erektion fördert, aber nicht direkt hervorruft. Männer mit starken Partnerschaftskonflikten oder schweren neurotischen Konflikten benötigen neben dem gefäßerweiternden Medikament auch eine Sexualtherapie oder → Paartherapie (Schmidt, 1998).

- Arentewicz G, Schmidt G (Hg) (1993) Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Stuttgart, Enke
 Kaplan HS (1981) Hemmungen der Lust. Neue Konzepte der Sexualtherapie. Stuttgart, Enke [bes. S 19ff.]
 Schmidt G (1998) C.R. Rosen im Gespräch: Über Viagra. Zeitschrift für Sexualforschung 11(3): 271–280

Eva Adler

Orgasmustheorie. → Orgasmusreflex; → Vegetotherapie, charakteranalytische.

Orgastische Potenz. Dieses zentrale Konzept im Werk W. Reichs sieht das allen Neurosen gemeinsame Symptom in einer gestörten sexuellen Hingabefähigkeit (Reich, 1982). Wilhelm Reich definiert erstmals 1927: „Unter orgastischer Potenz werden wir die Fähigkeit eines Menschen verstehen, zu einer Befriedigung zu gelangen, die der jeweiligen Libidostauung adäquat ist“ (Reich, 1982: 18). Später betont Reich hierbei vermehrt den biologischen und bioenergetischen Blickwinkel: „Sie ist die Fähigkeit zur Hingabe an das Strömen der biologischen Energie ohne jede Hemmung, die Fähigkeit zur Entladung der hoch gestauten sexuellen Erregung durch unwillkürliche lustvolle Körperzuckung“ (Reich, 1987: 81). Die orgastische Potenz steht idealtypisch im qualitativen und quantita-

tiven Gegensatz zur orgastischen Impotenz. Ein orgastisch impotenter Mensch kann sich nicht der Unwillkürlichkeit des Orgasmus (→ Orgasmusreflex) hingeben, womit regelmäßig eine Restspannung verbleibt. Aktuelle Probleme werden zu neurotischen, wenn die Restspannung zur deren Energiequelle wird. Zentrales Ziel, aber nicht Mittel zum Zweck, ist in der Therapie daher die Herstellung der orgastischen Potenz durch das Prinzip der Energieabfuhr (Reich, 1927: 62). In der charakteranalytischen → Vegetotherapie ist daher der Ansatzpunkt die der Neurose zugrundeliegende Energiequelle (gestaute Libido, vegetative Erregungstauung).

- Reich W [1927] (1982) Frühe Schriften 2. Genitalität in der Theorie und Therapie der Neurosen. Frankfurt/M., Fischer
 Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch
 Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Günter Hebenstreit

Orgonenergie, Organomie. → Energie; → Körperpsychotherapie; → Vegetotherapie, charakteranalytische.

Orgonotische (plasmatische) Strömung. → Strömung, orgonotische (plasmatische); → Körperpsychotherapie.

Orientierung, existentielle. → Existentielle Orientierung.

Orientierung, interaktionelle. → Interaktionelle Orientierung; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Orientierung, sexuelle. → Sexuelle Orientierung.

Outstroke und Instroke. Von Will Davis geprägte funktionale Bezeichnung für die beiden Phasen der → Pulsation, die sich in der Richtung des Radix-Flusses (→ Radix) unterscheiden. Outstroke bezeichnet die Phase der Pulsation, in der sich die energetische → Ladung vorwärts und zentrifugal, also weg vom Zentrum des lebenden Systems bewegt. Ein vollständiger Outstroke besteht einerseits aus dieser zentrifugalen Energiebewegung, andererseits in einem Abgeben energetischer Ladung an die Umgebung, z. B. in der Form von Kontakt, emotionaler Entladung etc. Beispiele: Wachzustand, Abgabe von Information, Ausscheidung, Ausatmung, Gefühlsausdruck. Instroke bezeichnet die Pulsationsphase, in der sich die energetische Ladung einwärts und zentripetal, also zum Zentrum des Systems hin bewegt. Ein vollständiger Instroke besteht aus der Aufnahme (Akkumulation) energetischer Ladung aus der Umgebung in das System (Inkorporation) sowie der Sammlung (Konvergenz) der Ladung im Zentrum. Beispiele: Schlaf, Aufnahme von Information oder Nahrung, Einatmung. Wilhelm Reich benutzte die Begriffe → Expansion und → Kontraktion, um den Energiefluß vom Zentrum in die Peripherie und zurück zu beschreiben. Er bezeichnete so nicht nur die Richtung der Energiebewegung, sondern verband damit auch eine Qualität und eine subjektive Erfahrung der Bewegung: Expansion als die Grundlage von Lusterleben, Kontraktion als die Grundlage von Angsterleben. Instroke und Outstroke benennen hingegen nur die Richtung, ohne eine Wertung zu implizieren. Eine Kontraktion etwa kann sowohl den Instroke als auch den Outstroke behindern. Beispiele für einen nicht-kontraktiven Instroke sind Schlaf und Sammlung (Zentrierung, Konzentration). Beispiele für einen nicht-expansiven Outstroke sind explosive, dissipative und kontaktlose Prozesse, d. h. Prozesse, die ohne Kontextbezug ablaufen.

Davis W (1988) Arbeit mit dem Instroke. Ströme 2(2): 16–35

Glenn L, Müller-Schwefe R (1999) The Radix Reader. Mayflower (USA), Heron Press

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Werner Pitzal

- P -

Paarbeziehung, komplementäre. In der Kommunikationsforschung von Watzlawick et al. (1967) entwickelter diagnostischer Begriff, der ein Beziehungsgeschehen beschreibt, welches die sich gegenseitig ergänzenden Unterschiedlichkeiten der Partner hervorhebt. Watzlawick betont in diesem Zusammenhang die Zirkularität in Kommunikationsprozessen – ein Verhalten wird durch das andere ausgelöst und bedingt es auch. In komplementären Beziehungen nimmt ein Partner in manchen Bereichen die führende Position ein, der andere die des Geführten. Eine gewisse Ausgewogenheit und Flexibilität charakterisieren eine förderliche Kommunikation. Komplementäre Beziehungen bergen allerdings die Gefahr der Erstarrung und Verschärfung von Über- und Unterordnungsbeziehungen. Gefühle von Frustration und Verzweiflung bei einem oder beiden Partnern kennzeichnen diese redundanten Kommunikationsschleifen (z. B. Kontaktwunsch – Rückzug, diskutieren – vermeiden der Diskussion, kritisieren – verteidigen, beschuldigen – verleugnen). Die strategische → Familientherapie nimmt Kommunikationsabläufe und u. a. diese Interaktionssequenzen als Ansatzpunkt. Sie postuliert, daß die Partner durch ihre Reaktionen genau diejenigen Symptome aufrecht erhalten, die sie zu beseitigen trachten („Das Problem ist die Lösung“; Watzlawick et al., 1974). Das Ziel der strategischen Therapie ist demnach die Identifizierung und Veränderung derjenigen regelmäßigen Verhaltenszyklen, die sich um ein Symptom herum gebildet haben (→ Paarbeziehung, symmetrische).

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD [1967] (1969) Menschliche Kommunikation. Bern, Hans Huber

Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1974) Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern, Hans Huber

Margarete Scholze

Paarbeziehung, symmetrische. In der Kommunikationsforschung von Watzlawick et al. (1967) entwickelter diagnostischer Begriff, der eine Beziehungsform beschreibt, welche die Gleichheit der Partner betont. Watzlawick und seine Forschergruppe beschäftigten sich eingehend mit der → Zirkularität von Kommunikation: Jede Botschaft kann als eine Reaktion auf das vorangegangene Beziehungsgeschehen gesehen werden und als Anstoß für das nächste. Der Empfänger gibt der Botschaft Bedeutung und reagiert gemäß seinem inneren Modell. In der symmetrischen Interaktion sind die Partner um Gleichheit bemüht und verhalten sich spiegelbildlich. Wenn jeder der Partner „ein bißchen gleicher“ sein will, ist die Beziehung durch permanente Rivalität von symmetrischer Eskalation bedroht. Die Selbstdefinition des Partners wird nicht anerkannt, es zeigen sich mehr oder weniger offene Konflikte, die zu körperlicher und emotionaler Erschöpfung führen können (→ Paarbeziehung, komplementäre).

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD [1967] (1969) Menschliche Kommunikation. Bern, Hans Huber

Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1974) Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern, Hans Huber

Margarete Scholze

Paardynamik. Paardynamik wirkt im Austausch von Körper, Geist und Seele,

gesteuert durch Dialog- und Strategiekompetenz, abhängig von der Kräfteverteilung im Lebensraum des Paares. Die Überschneidung beider Eigenräume im Lebensraum des Paares ergibt den Partnerraum als Austragungsort der Paardynamik (Cöllen, 1997). Form und Größe entscheiden über Paarsubstanz und Bindungskräfte des Paares. Partner wählen einander überwiegend so, daß sie in der Mischung von Gegensätzen und Übereinstimmungen durch → Paarsynthese (Cöllen, 1989) größte gegenseitige Vervollständigung und damit Sinn-erfüllung erreichen.

Cöllen M (1989) Das Paar – Menschenbild und Therapie der Paarsynthese. München, Kösel
Cöllen M (1997) Paartherapie und Paarsynthese – Lernmodell Liebe. Wien, Springer

Michael Cöllen

Paargestalt. Erster von fünf Abschnitten integrativer Paartherapie im Verfahren der → Paarsynthese, um die „Gestalt des Paares“ und seine → Paardynamik den Partnern selbst sichtbar zu machen. Dabei wird über verbale Bestandsaufnahme hinaus durch Körper- und Medienarbeit sowie spezifisch dyadische Interventionstechnik die → Paarsubstanz in den Grunddialogen (Körper, Gefühl, Sprache, Sinn, Zeit) sowie in den → Partnerstilen (Intuition, Anpassung, Durchsetzung, Planung, Integration) prägnant. Erst im weiteren Vorgehen (Partnerwerdung, Paardynamik, Konfliktanalyse und Paargestaltung) wird durch tiefenpsychologisches und dialogisches Arbeiten Lösungsverhalten durch verbesserte Konflikt-, Dialog- und Strategiekompetenz angestrebt. Therapeutisches Beziehungsmodell ist dabei die Triade, in der die Therapeuten selbst als empathische „Partner“ intervenieren.

Cöllen M (1989) Das Paar – Menschenbild und Therapie der Paarsynthese. München, Kösel
Cöllen M (1997) Paartherapie und Paarsynthese – Lernmodell Liebe. Wien, Springer

Michael Cöllen

Paargestaltung. Fünfter Abschnitt integrativer → Paartherapie im Verfahren der →

Paarsynthese, um das „Liebende Ineinander“ (Cöllen, 1997) von Frau und Mann und deren Zusammenwirken durch Gleichberechtigung, Androgynie und Ganzheit unter Anwendung von Resonanz- statt Durchsetzungsenergie (Duhm, 1991) sinnerfüllend zu gestalten. Ausgehend von der → Paargestalt meint Paargestaltung den fortschreitenden Prozeß heilender Intimität durch Austausch von Körper, Geist und Seele im Zusammenwirken von weiblichem und männlichem Prinzip. Dabei kommt es zur Verdichtung von Integration, Synthese und Expansion zwischen den Partnern. Sie führt durch Sinnlichkeit zum Sinn der Liebe, nämlich zur gegenseitigen Erfüllung und ergänzender Lebensgestaltung.

Cöllen M (1997) Paartherapie und Paarsynthese – Lernmodell Liebe. Wien, Springer
Duhm D (1991) Der unerlöste Eros. Radolfzell, Meiga

Michael Cöllen

Paar-Konfliktanalyse. Dient in der → Paarsynthese (Cöllen, 1997) dazu, das Verstehen gegenseitiger Verflechtung im Konfliktpotential aufgrund der Wechselwirkung in der → Paardynamik als Basis für Verzeihen und Versöhnen zu erarbeiten. In diesem Prozeß der Sinnfindung von Konfliktvernetzung auf tiefenpsychologischer, dialogischer und spiritueller Ebene lernen Liebende die allmähliche Umwandlung vom stetigen Anklagen zum Frieden mit sich und dem Partner. Zugrunde liegt die Annahme, daß der Partner erst durch seine „Fehler“ ermöglicht, bestimmte eigene zu erkennen. Ohne Konflikt mit diesem werden sie statt schmerzhafter Selbsteinsicht durch „blinde Flecken“ abgewehrt. Der Partner spiegelt, was im eigenen Selbst zu lernen ist.

Cöllen M (1989) Das Paar – Menschenbild und Therapie der Paarsynthese. München, Kösel
Cöllen M (1997) Paartherapie und Paarsynthese – Lernmodell Liebe. Wien, Springer

Michael Cöllen

Paar-Konfliktstrategie (→ Paarsynthese). Jeder der fünf → Partnerstile (Intuition, Anpassung, Durchsetzung, Planung und Integration) verfügt über eine je eigene Konfliktstrategie, nämlich Reaktanz (Witte, 1994), Manipulation, Projektion, Delegation und Dominanz. Bei Streit-Eskalation und starker Streß-Einwirkung reduziert sich das eigene Verhalten überwiegend auf diejenige Abwehr-Strategie, die, schon in der Kindheit als bevorzugte Problemlösungstechnik erworben, jetzt reflexhaft ausgeführt wird. In dieser Einseitigkeit führt sie schließlich zur Blockierung des liebenden Austausches von Körper, Geist und Seele bis zum Zusammenbruch der Dyade. In gleicher Reihenfolge stehen demgegenüber die Liebesstrategien (Kreation, Stimulation, Konfrontation, Evokation und Synthese), die im liebevollen Dialog zur Paarsynthese führen.

Cöllen M (1997) Paartherapie und Paarsynthese – Lernmodell Liebe. Wien, Springer

Witte EH (1994) Lehrbuch Sozialpsychologie. Weinheim, Beltz

Michael Cöllen

Paarmodell, inneres. Ist ein Begriff aus der systemischen → Familientherapie und dient jedem Partner als Orientierungsmatrix in allen Situationen, die das Zusammenleben als Paar betreffen. Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens in Interaktion mit seiner Umwelt sein „inneres Modell“ oder seine „innere Landkarte“, aufgrund der er seine Umgebung wahrnimmt und ihr Bedeutung gibt. Das innere Paarmodell wird geprägt sowohl von „horizontalen“ Bedingungen, d. h. dem gegenwärtigen Austausch in der derzeitigen Partnerschaft, als auch den „vertikalen“ Bedingungen, wie z. B. Erfahrungen aus früheren Beziehungen und/oder Erfahrungen aus der Herkunftsfamilie. Es beinhaltet Grundannahmen über affektiven Austausch, Werte, Normen und koordinative Handlungspläne.

Merl H (1987) Familientherapie: Grundlagen und Versuche einer Theorie der Intervention. Ehe und Familie Zeitschriften-Verlagsgesellschaft, Wien

Welter-Enderlin R (1992) Paare, Leidenschaft und lange Weile. Männer und Frauen in Zeiten des Übergangs. München, Piper

Margarete Scholze

Paarsubstanzkonflikt. In der → Paarsynthese verwendeter Begriff für beiden Partnern gemeinsame, verbindende (Paarsubstanz) und trennende Handlungsmotive (Paarsubstanz-Konflikt). Die trennenden Elemente sind zunächst unbewußt, werden tabuisiert bzw. verdrängt, sodaß sie als Substanzkonflikt unlösbar weiterwirken, wie beispielsweise sexuelle Ängste oder fehlendes Vertrauen. Die Konfliktvernetzung (Cöllen, 1997) entsteht aus der oft entgegengesetzten Art im Umgang mit dem Partner. Der eine Partner zieht sich beispielsweise ängstlich zurück und verweigert, während der andere aggressiv fordert und kritisierend angreift. Die Tabuisierung geht soweit, daß ausweichend über ein Ersatz-Thema gestritten wird. Die Streitspirale beginnt sich so immer weiter auszuweiten.

Cöllen M (1989) Das Paar – Menschenbild und Therapie der Paarsynthese. München, Kösel

Cöllen M (1997) Paartherapie und Paarsynthese – Lernmodell Liebe. Wien, Springer

Michael Cöllen

Paarsynthese. Ab 1975 als Modell einer verfahrenübergreifenden und integrativen Paar- und Sexualtherapie von Michael Cöllen begründet und weiterentwickelt, stellt im erweiterten Sinn eine Liebes- und Beziehungslehre dar. Die der Liebe innewohnenden Regeln und Gesetze dienen dabei als Richtlinien für menschliches, professionelles und politisches Handeln. Liebe wird somit zum „Lernmodell“ für andere soziale Systeme. Aus Psychologie, Sozialforschung und therapeutischer Praxis wurde dazu ein multikulturelles Konzept hergeleitet. Es geht aus von dyadischer Anthropologie und lehrt eine Psychologie und Therapie des Paares (Cöllen, 1997) im Zusammenspiel von Integration, Synthese und Expansion. Zentrale Annahmen sind: Liebe und Intimität als Antriebskräfte des

Lebens; sie gelten als Grundform menschlichen Daseins (Binswanger, 1962). Die emotional-intime Bindung wird zu einem wichtigen Faktor der Persönlichkeitsentwicklung im Sinne einer life-span-theory (Entwicklungspsychologie der → Lebensspanne). Paarsynthese ersetzt das Paradigma „Individuum“ durch „Paar“. Sie sieht Liebe als Sinn, Dialog als Weg und Würde als Wirkprinzip. Zielsetzungen sind: Gleichberechtigung, Ganzheit und Androgynie. Synthese als Prozeß (Ruffiot, 1984), hergeleitet aus dem Zusammenwirken der geschichtlichen, dialogischen und spirituellen Kräftepotentiale von Frau und Mann, wird durch Verknüpfung der verschiedenen Liebeskulturen und einschlägiger Fachbereiche weitergeführt. „Liebe als Lernmodell“ kommt so im klinischen, therapeutischen, pädagogischen und kirchlichen Bereich sowie in verschiedenen Unternehmenszweigen in Form von Job-, Team- und Führungskompetenz zur Anwendung. Forschung, Lehre und Anwendung der Liebedynamik vermögen die Steuerung dieser umfassendsten aller menschlichen Energien zu fördern, die besondere Heilkraft der Intimität auf andere Beziehungsformen zu übertragen.

Binswanger L (1962) Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. München, Reinhardt

Cölln M (1997) Paartherapie und Paarsynthese – Lernmodell Liebe. Wien, Springer

Ruffiot A (1984) Le couple et l'amour. In: Kaes R, Anzieu D (Eds), La thérapie psychanalytique du couple. Paris, Dunod, pp 85–145

Michael Cölln

Paartherapie. Therapeutische Bearbeitung von Beziehungsproblemen im Paarsetting; entwickelte sich in England und in den USA, aber auch im deutschen Sprachraum, in den 60er Jahren. Konzeptuell und methodisch stehen vier therapeutische Modelle im Vordergrund: 1. der psychodynamische Ansatz (→ Paartherapie, psychoanalytische); 2. der systemische Ansatz: Er beachtet das Paar als System, das sich kybernetisch reguliert, die zirkuläre oder rekursive Kausalität in der Problembildung und die Interdependenz des Verhaltens der

Partner. Dysfunktionale Paare versuchen, durch negative Rückkoppelung Informationen, die Veränderung induzieren könnten, zu absorbieren, wozu auch Symptombildungen dienen können. Systemisch-konstruktivistische oder lösungsorientierte Ansätze versuchen, erstarrte Beziehungsstrukturen zu verstören und alternative Lösungen zu fördern (Retzer, 1988); 3. der verhaltenstherapeutische Ansatz: Er strebt das Einüben kommunikativer Fertigkeiten und das Ausbalancieren der Gegenseitigkeit mittels Problemlösungstraining, Kommunikationsübungen und Hausaufgaben an (Holzworth-Munroe & Jacobson, 1991). Kognitiv-behaviorale Strategien in der Behandlung ehelicher Störungen zielen auf die kognitive Umstrukturierung unrealistischer Beziehungsüberzeugungen und auf Veränderungen von Ursachenzuschreibung (Partnerattributionen); 4. der dyadische Ansatz, die → Paarsynthese, eine auf das Paar als Einheit bezogene Beziehungslehre, die Polarität, Ambivalenz und Zyklus als Grundprinzip versteht. Im Gegensatz zu anderen Ansätzen wird der Fokus in der Paarsynthese auf die Liebes- und Entwicklungskräfte des Paares gerichtet. Paarsynthese kommt insbesondere in der Paargruppentherapie, aber auch in der Einzelpraxis, zur Anwendung (Cölln, 1989). Spezielle Therapieformen sind Sexualtherapie, Paartherapie bei Alkoholismus, stützende Paartherapie bei schweren psychischen oder körperlichen Krankheiten. Setting: Paartherapie ist kombinierbar mit Einzeltherapie und wird auch als Paargruppentherapie angewandt. Die Einzeltherapie bietet einen geschützteren Rahmen zur individuellen Vertiefung (Willi, 1978). Therapieergebnisse: Primäre Zielsetzung der Paartherapie ist besonders in den USA die Erhaltung der Paarbeziehung und Verbesserung der ehelichen Zufriedenheit; die scheidungsprophylaktische Wirkung ist jedoch unsicher, rund ein Drittel der Paartherapien endet in Trennung. Unabhängig von Trennung kann ein positiver Effekt im folgenden liegen: Ehelicher Streß kann vermindert werden; durch Anwesenheit des Partners in der Therapie werden Klienten in besonderer Weise konfrontiert mit Tendenzen, Konflikten auszuweichen

und Gefühle zu projizieren. Paartherapie fördert die allgemein wichtige Fähigkeit zuzuhören, eigene Perspektiven durch jene des Partners zu erweitern, Gefühle und Bedürfnisse in adäquater Weise zu kommunizieren und Konflikte konstruktiv auszutragen (Willi, 1978). Heute werden für einen Trennungsentscheid die Bedürfnisse der Kinder stärker beachtet. Zur Scheidungsbewältigung dient auch der Einsatz von → Mediation (Bastine, Link & Lörch, 1992). Prävention: Spezielle, vor allem kommunikationstherapeutische Lernprogramme für Ehevorbereitung und Prävention von Beziehungsstörungen (Thurmaier et al., 1992).

- Bastine R, Link G, Lörch B (1992) Scheidungsmediation. Möglichkeiten und Grenzen. *Familiendynamik* 17: 378–398
- Cölln M (1989) Das Paar – Menschenbild und Therapie der Paarsynthese. München, Kösel
- Gurman AS (1981) Integrative marital therapy: toward the development of an interpersonal approach. In: Budman S (Ed), *Forms of brief therapy*. New York, Guilford, pp 415–462
- Holzworth-Munroe A, Jacobson NS (1991) Behavioral marital therapy. In: Gurman AS, Kniskern DP (Eds), *Handbook of Family Therapy*, vol. II. New York, Brunner/Mazel
- Retzer A (1988) Systemische Therapie eines Paares mit somatischer Symptomatik. *Familiendynamik* 13: 300–317
- Thurmaier F, Engl J, Eckert V, Hahlweg K (1992) Prävention von Ehe- und Partnerschaftsstörungen EPL (Ehevorbereitung – ein partnerschaftliches Lernprogramm). *Verhaltenstherapie* 2: 116–124
- Willi J (1978) *Therapie der Zweierbeziehung*. Reinbek, Rowohlt

Jürg Willi, Thomas Weber

Paartherapie, integrative. Der Begriff integrative Paartherapie unterscheidet zwei verschiedene, schulenübergreifende Strömungen: 1. den dyadischen Ansatz einer Partnerbeziehungslehre, entwickelt aus der → Gestalttherapie und von Cölln weiterentwickelt zu einem neuen Verfahren, der → Paarsynthese; 2. den systemischen Ansatz in Verbindung mit individualpsychotherapeutischen Ansätzen, wie → Psychoanalyse und → Verhaltenstherapie (nach Gammer). Die integrative Paartherapie ist Teil der schulenübergreifenden Beziehungslehre der

Paarsynthese (Cölln, 1997), ein Therapie-modell, das sich an dyadischer Anthropologie und Paarpsychologie orientiert. Frau und Mann bilden danach eine ganzheitliche Polarität mit ständiger Bewegung zwischen Partnerbindung und Selbstentfaltung, zwischen Verschmelzung und Trennung. Unterschiede zur Einzeltherapie: dyadische Interventionstechnik und Triade als therapeutisches Beziehungsmodell. Individuation jedes der Partner vollzieht sich durch Bindung. Das dyadische Lebenskonzept lehrt intimes Zusammenwirken in Gleichberechtigung, Ganzheit (des Paares) und Androgynie. Bei der integrativen Paartherapie handelt es sich um eine Arbeitsform, die theoretische Konzepte, Behandlungsstrategien und Interventionen aus systemischen Ansätzen mit denen der Individualtherapie zusammenbringt. Der Begriff „Integrative Paartherapie“ wurde Anfang der 80er Jahre in den USA von A. Gurman eingeführt, der drei verschiedene Verfahren miteinander kombinierte: psychoanalytische → Objektbeziehungstheorie, Verhaltenstherapie und Systemtherapie (→ Systemische Therapie). In diesem vielschichtigen Ansatz wird systemisch-zirkuläre Kausalität mit psychodynamischen individuellen Prozessen zusammengebracht. Zur selben Zeit werden die Probleme im „Hier-und-Jetzt“ bearbeitet, und eine Tiefenarbeit in bezug auf die Familiengeschichte jedes Partners geleistet. In integrativer Paartherapie wird die Wichtigkeit der psychodynamischen Prozesse des Einzelnen betont. Zentral für das Integrative Konzept ist, daß Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen sich gleichzeitig entwickeln und gegenseitig unterstützen. Grundanforderung des Modells ist, daß der Therapeut sowohl in systemischen als auch in individuellen Therapieformen ausgebildet sein muß. In den 90er Jahren kann sich der Begriff „Integration“ auf Ansätze beziehen, die eine Methode der systemischen Arbeitsweise (z. B. → Konstruktivismus, narrative oder strukturelle Therapie) mit irgendeiner Art von individueller Therapie verbindet, wie z. B. kognitive Verhaltensmodifikation, Gestalttherapie, → Feministische Therapie, → Klientenzentrierte Psychotherapie (Lebow, 1997).

- Berner-Hürbin A (1989) Eros – die subtile Energie. Basel, Schwabe
- Cöllen M (1997) Paartherapie und Paarsynthese – Lernmodell Liebe. Wien, Springer
- Gurman AS (1981) Integrative marital therapy: toward the development of an interpersonal approach. In: Budman S (Ed), Forms of brief therapy. New York, Guilford Press, pp 415–462
- Lebow J (1997) The integrative revolution in couple and family therapy. Family Process 36: 1–17
- Ruffiot A (1984) Le couple et l'amour. In: Kaes R, Anzieu D (Eds), La thérapie psychanalytique du couple. Paris, Dunod, pp 85–145

*Carole Gammer, Michael Cöllen,
Thomas Weber*

Paartherapie, psychoanalytische. Wesentlich an der psychoanalytischen Paartherapie ist die Vorstellung, daß Paare ein „psychodynamisches“ System darstellen. Dieses System beinhaltet die bewußten und unbewußten Beziehungsfantasien, die die Wahrnehmung, Gefühle und Verhaltensweisen der Partner bestimmen. Gestörte Paarbeziehungen sind dadurch gekennzeichnet, daß die Partner zwischen Attraktion (Verschmelzung) und Feindseligkeit (Abgrenzung zum Schutz gegen Verschmelzung) hin und her schwanken, wobei dieses Schwanken zumeist „mit verteilten Rollen“ vor sich geht: Wenn der eine sich annähert, versucht der andere zu fliehen und umgekehrt. Die Partner haben aufgrund ihrer jeweiligen Lebensgeschichte Probleme mit der psychischen Abgrenzung, was dazu führt, daß sie nicht wirklich in Kontakt zueinander treten können. Statt dessen entwickeln sich Szenen von aktiven und passiven Übergriffen verbaler und nonverbaler Art. Die Veränderung im therapeutischen Prozeß geschieht insbesondere im Therapeuten, das heißt: Er wird automatisch in das Beziehungssystem des Paares einbezogen und erlebt in seiner Gegenübertragung die Gefühle und Fantasien des Paares. In dem Maße, wie er in sich diese Gefühle zulassen und reflektieren kann, wird er Interventionen finden, die das pathologische System in Frage stellen. Es geht dabei vor allem darum, die Grenzen zwischen den Personen, also auch zwischen

Therapeut und jedem der Partner, zu wahren und einen guten Kontakt zu beiden Partnern zu halten. Die verändernde Wirkung aller inhaltlichen Äußerungen und Deutungen des Therapeuten beruht auf deren Bedeutung in der jeweils aktuellen therapeutischen Beziehung. Deshalb können keine Standards für geeignete Interventionen unabhängig von der jeweiligen Beziehungssituation entwickelt und gelehrt werden.

Thea Bauriedl

Psychoanalytische Paartherapie beachtet in besonderer Weise die unbewußte Reinszenierung internalisierter Objektbeziehungen in der Paarbeziehung und kollusive Abwehrarrangements (→ Partner-Kollusion). Theoretische Grundlage ist vor allem die → Objektbeziehungstheorie Henry Dicks' (1967), gründend auf den Theorien der → projektiven Identifikation von Melanie Klein und der Objektbeziehungstheorie. Ronald Fairbairns beschrieb als Kernpunkt der Attraktion zweier Partner das Suchen und Wiederentdecken unterdrückter Aspekte des Selbst im Partner und dessen anschließende projektive Verfolgung.

Jürg Willi

- Bauriedl T (1994) Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse
- Bauriedl T (1996) Leben in Beziehungen. Von der Notwendigkeit, Grenzen zu finden. Freiburg, Herder
- Dicks HV (1967) Marital tensions. New York, Basic Books
- Framo J (1981) The integration of marital therapy with sessions with the family of origin. In: Gurman AS, Kniskern DP (Eds), Handbook of family therapy. New York, Brunner/Mazel, pp 133–156
- Herberth F, Maurer J (Hg) (1997) Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Frankfurt/M., Brandes & Apsel
- Scharff DE, Scharff JS (1987) Object relations family therapy. Northvale, Jason Aronson
- Willi J (1978) Therapie der Zweierbeziehung. Reinbek, Rowohlt

Paartherapie, systemische. Bezeichnet eine Reihe von Therapieansätzen auf dem theoretischen Hintergrund der Systemtheorie. Der systemtheoretische Ansatz fokussiert die Wechselwirkungen biologischer, intrapsychischer, interpersoneller und gesellschaftlicher Einflußfaktoren auf die Paardynamik. Der Therapeut sieht sich als Mitgestalter des therapeutischen Systems (→ Kybernetik 2. Ordnung), der ein alternatives Bedeutungs- und Handlungsmodell im Dialog den Klienten anbietet und kontinuierlich auf die aktuelle Sinnhaftigkeit überprüft. Es werden eher wenige Sitzungen (bei Kurztherapien maximal 10), über einen längeren Zeitraum verteilt, angeboten. Die Auswirkungen der therapeutischen Impulse im alltäglichen Leben des Paares werden kontinuierlich evaluiert und genutzt. Das Zusammenleben des Paares wird in einem erweiterten biografischen, familiären, sozialen, historischen und aktuellen Bezug gestellt. Zwei kurztherapeutische Ansätze, die auf Gregory Batesons Forschungen gründen, werden unter anderem in der Paartherapie erfolgreich eingesetzt. Der Ansatz des Mental Research Institutes in Palo Alto (Watzlawick, Weakland, Fisch) fokussiert das Problem und die es aufrecht erhaltenden Muster des Denken, Fühlens und Handelns. Das Milwaukee Modell (de Shazer, 1988) ist konsequent lösungsorientiert. Es wird ein Ziel konkretisiert, „Ausnahmen“ bzw. problemfreie Zeiten erfragt; Zielvisionen bzw. konkret bereits vorhandene Erfahrungen von Veränderung werden als Lösungsansatz genutzt. Die Geschichte des Paares ist bei beiden Ansätzen nur unter dem Aspekt der Bereitstellung möglicher Ressourcen- und Lösungsstrategien von Bedeutung. Insbesondere weibliche Familientherapeuten wie z. B. Rosmarie Welter-Enderlin und Ingeborg Rücker-Embsen-Jonasch beziehen aus einer Gender-Perspektive die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse in Bezug auf Ehe und Partnerschaft mit ein, und verknüpfen diese mit der problematischen Situation der Klienten. Sie sehen Menschen in Partnerschaften sowohl beeinflusst durch ihre Geschichte als Teil des aktuellen Beziehungsgefüges in ihrem sozialen, politischen und kulturellen Kontext und zu-

gleich auch als Einflußträger. Das Ziel der Psychotherapie, das (Wieder-)Finden lebbarer Perspektiven und eine Neuorientierung der Lebenspraxis wird durch Fragen, Anregungen und Experimentieren gefördert, wobei dem „Chor im Hintergrund“, der Herkunftsfamilie, eine besondere Bedeutung zukommt.

- Jacobson NS, Gurman AS (1995) *Clinical handbook of couple therapy*. New York, The Guilford Press
- de Shazer S (1988) *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Rücker-Embsen-Jonasch I, Ebbecke-Nohlen A (Hg) (1992) *Balanceakte. Familientherapie und Geschlechterrollen*. Heidelberg, Carl Auer
- Welter-Enderlin R (1992) *Paare, Leidenschaft und lange Weile. Männer und Frauen in Zeiten des Übergangs*. München, Piper
- Welter-Enderlin R, Hildebrand B (1996) *Systemische Therapie als Begegnung*. Stuttgart, Klett-Cotta

Margarete Scholze

Pacing und Leading (→ Hypnose). Prinzipien der → Tranceinduktion, die in der (Klinischen) Hypnose zur Herstellung des → Rapports angewendet werden. Pacing (engl. „to pace“=[einher]schreiten) bedeutet Begleiten oder Folgen und kann auf der verbalen und auf der nonverbalen Ebene stattfinden. Beim verbalen Begleiten werden vom Therapeuten die objektiv feststellbaren und offensichtlichen Verhaltensweisen des Klienten sowie seine mutmaßlichen Erlebnisinhalte wie Gefühle, Stimmungen und körperliche Wahrnehmungen, aber auch mutmaßliche kognitive Vorgänge wie Überlegungen und Erwartungen in einer Weise beschrieben, daß der Klient innerlich zustimmen kann. Nonverbal kann der Therapeut sich an die Körperhaltung, die Sprechweise, die Atmung, und bestimmte Verhaltensmuster des Klienten anpassen oder diese spiegeln und verstärken. Dadurch wird dem Klienten auf einer nichtsprachlichen Ebene signalisiert, daß er verstanden wird, und er kann eine → Haltung entwickeln. Schon während der Entstehung dieses kommunikativen Rapports kann der Therapeut schrittweise beginnen, den Klienten mittels Leading (Leiten, Lenken) in eine → Trance zu führen.

- Erickson MH, Rossi EL, Rossi S (1986) Hypnose. München, Pfeiffer
- Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. 2., korrigiert u. überarbeitet. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Hans Kanitschar

Pädophilie. → Perversion.

Panikattacken. Eine Panikattacke ist eine einzelne Episode von intensiver Angst oder Unbehagen. Sie beginnt abrupt, erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten (laut Studien durchschnittlich 30 Minuten). Nach dem ICD-10 besteht eine Panikattacke aus mindestens 4 von 14 Symptomen, wobei ein Symptom aus der Gruppe der ersten vier Symptome stammen muß: 1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz; 2. Schweißausbrüche; 3. fein- oder grobschlägiger Tremor; 4. Mundtrockenheit; 5. Atembeschwerden; 6. Beklemmungsgefühl; 7. Thoraxschmerzen und -mißempfindungen; 8. Nausea oder abdominelle Mißempfindungen (z. B. Unruhegefühl im Magen); 9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit; 10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation); 11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“; 12. Angst zu sterben; 13. Hitzegefühle oder Kälteschauer; 14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle. Eine Panikstörung besteht nach dem ICD-10 aus wiederholten Panikattacken, die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind und oft spontan auftreten (d. h. die Attacken sind nicht vorhersagbar). Die Panikattacken sind nicht verbunden mit besonderer Anstrengung, gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen. Nach dem DSM-IV müssen bei einer Panikattacke mindestens vier von 13 Symptomen abrupt auftreten und innerhalb von 10 Minuten einen Höhepunkt erreichen. Die Symptomliste stimmt im wesentlichen mit

dem ICD-10 überein (das DSM-IV nennt noch Erstickungsgefühle, das ICD-10 Mundtrockenheit). Eine Panikstörung ohne → Agoraphobie besteht nach dem DSM-IV aus wiederkehrenden unerwarteten Panikattacken, wobei nach mindestens einer Panikattacke mindestens einen Monat lang mindestens eines von drei Symptomen auftrat: 1. anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken; 2. Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen (z. B. die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, verrückt zu werden); 3. deutliche Verhaltensänderungen infolge der Attacken. Panikattacken können nach dem DSM-IV nicht nur bei allen Angststörungen, sondern bei allen psychischen Störungen kodiert werden. Unerwartete oder situationsbegünstigte Attacken sind typisch für Panikstörungen, situationsgebundene Attacken charakteristisch für spezifische und soziale Phobien.

- American Psychiatric Association (Hg) (1998) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. 2., überarbeitete Aufl. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. Göttingen, Hogrefe
- Kasper S, Möller H-J (Hg) (1995) Angst und Panikerkrankungen. Jena, Gustav Fischer
- Margraf J, Schneider S (1990) Panik. Angststörungen und ihre Behandlung. 2. Aufl. Berlin, Springer
- Morschitzky H (1998) Angststörungen. Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst. Wien, Springer
- World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Hans Morschitzky

Panzerung. Zentraler, von Wilhelm Reich für die charakteranalytische → Vegetotherapie beschriebener Begriff für chronische → Kontraktion. Panzerung bietet gleichzeitig Schutz vor Verletzung und behindert lebendige Bewegung. Sie äußert sich in fixierter Körperhaltung, im Verhalten und im Ausdruck. Charakterpanzerung:

Summe der automatisierten, neurotischen Verhaltens- und Ausdrucksweisen eines Individuums. Reich begreift Panzerung als „erstarrte Lebensgeschichte“. Charakterpanzerung bildet die affektive Besetzung des Ausgangskonflikts (Boadella) und äußert sich (in der Therapie) in dem aktuellen Verhalten des Patienten, das den Therapiefortschritt hemmt, wie z. B. Rationalisierung, überfreundliches Verhalten, Distanziertheit etc. Reich beschreibt spezifische Charakterwiderstände und ordnet diese bestimmten Charaktertypen zu (→ Charakter). Der Charakterpanzer dient der Herstellung und Aufrechterhaltung eines (neurotischen) Gleichgewichts. Körperpanzerung: chronische Rigidität bzw. Kontraktion des Körpers mit der Funktion der Abwehr; besteht aus dem Zusammenwirken der chronischen Blockierung der → Segmente, wodurch der energetische Fluß beschränkt oder völlig behindert wird. Die Erlebnisfähigkeit, der emotionale Ausdruck und die Handlungsfähigkeit sind dadurch eingeschränkt. In der charakteranalytischen Vegetotherapie erfolgt eine Auflösung der Panzerung über direkte körperliche Intervention an den einzelnen Segmenten. Wilhelm Reich beschreibt den Panzer vor allem als Muskelpanzer. Boyesen entdeckte und beschreibt in der → Biodynamik zwei weitere Formen, nämlich den Gewebs- und den Eingeweidepanzer. Charakter- und Körperpanzerung sind ihrer Funktion nach identisch, dienen gleichermaßen einer spezifischen Abwehr und sind immer gleichzeitig vorhanden.

- Boadella D (1996) Wilhelm Reich. Pionier des neuen Denkens. Bern, Scherz
 Boyesen G, Boyesen ML (1987) Biodynamik des Lebens. Die Gerda Boyesen Methode. Essen, Synthesis
 Fuckert D (1992) Psychiatrische Orgontherapie. In: Maul B (Hg), Körperpsychotherapie. Berlin, Maul, S 87–106
 Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Christian Bartuska

Paradigma. Von Kuhn (1962) eingeführter Begriff, um die historische Entwicklung wissenschaftlicher Disziplinen verständ-

lich zu machen. Paradigmen können als ein Set von Überzeugungen, Wertvorstellungen und Techniken definiert werden, welche die überwiegende Mehrheit der Mitglieder eines bestimmten Fachbereiches akzeptiert haben. Wissenschaftliche Leistungen sind zwar wesentlich von ihrem Paradigma bestimmt, dieses ist allerdings weder direkt sichtbar noch thematisierbar. Paradigmen beinhalten explizite wie implizite Feststellungen über die Beschaffenheit von Natur und Wirklichkeit sowie über die Strukturen und Objekte, die darin zu finden sind; sie definieren der wissenschaftlichen Gemeinschaft für einen gewissen Zeitraum den zulässigen Problembereich, legen akzeptable Methoden und Strategien zu seiner Erschließung sowie Qualitätskriterien für die Lösungen fest; d. h. Paradigmen dienen dazu, ein wissenschaftliches Feld auf bestimmte Fragen zu lenken und andere auszublenden. Beim Paradigma (ein wesensmäßiger, nicht nur den Umfang betreffender Unterschied etwa zu dem Begriff der Theorie oder Weltanschauung) handelt es sich um ein Ensemble verschiedener Elemente: Vorstellungen, Praktiken und Institutionen, d. h. Arten der Realisation und Artikulation fließen hier zu einer „disziplinären Matrix“ zusammen. Mit dem Begriff des Paradigmas wird der Fokus wissenschaftstheoretischer Reflexion erstmals auf andere Faktoren als auf wissenschaftliche Aussagen und deren Wahrheitsbezug gelenkt und der bis dahin vorherrschende „statement view“ (die Ansicht, die Wissenschaft bestehe im wesentlichen aus Sätzen, die zu verifizieren oder zu falsifizieren seien) verlassen. Für die Psychotherapie ist in diesem Zusammenhang vor allem die Frage relevant, ob sie sich gegenwärtig in einer prä-paradigmatischen Phase befindet – d. h. im Stadium einer „unreifen“ Disziplin, die sich noch nicht über ihre Paradigmen einigen konnte (vgl. Deurzen-Smith & Smith, 1996) – oder ob der bestehende „Zustand“ der Schulenvielfalt eine unhintergehbare Bedingung psychotherapeutischer Modellbildung darstellt (vgl. Slunecko, 1996).

Deurzen-Smith E van, Smith D (1996) Ist die Psychotherapie eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin? In: Pritz A (Hg), Psycho-

therapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien, Springer, S 19–43

Kuhn T [1962] (1973) Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt/M., Suhrkamp

Slunecsko T (1996) Wissenschaftstheorie und Psychotherapie. Wien, WUV

Thomas Slunecsko

Paradoxe Intention. Eine von Frankl 1929 entwickelte, erstmals 1938 publizierte Methode der existenzanalytischen Therapie (→ Existenzanalyse; → Logotherapie) der Erwartungsangst, in welcher die Person angeleitet wird, sich paradoxerweise gerade das, wovor sie sich so fürchtet, zu wünschen oder vorzunehmen. Die Angstkonfrontation soll möglichst übertrieben, willentlich übersteigert und humorvoll ausgestaltet werden, damit es zu einer maximalen Entfaltung der → Selbstdistanzierung und zur Unterbrechung des neurotischen Vermeidungsverhaltens kommt. Ein Beispiel: Eine soziophobische Patientin hat Angst, sie könnte durch ihren (vermeintlich) torkeligen Gang auffallen und ob ihres Schwindelgefühls „umfallen“ (kollabieren). Es wird erarbeitet, sich vorzunehmen, zunächst einmal täglich einen besonders auffälligen Ausgang zu unternehmen, dabei am besten gleich mehrmals zu kollabieren, vor der Wohnung der „heuchlerischen“ Nachbarin, im Geschäft, natürlich auf der Straße, wie ein Stehaufmännchen, damit es ja alle bemerken und sich denken, welch eine arme, verrückte Person etc. Durch dieses Vorgehen wird 1. der Erwartungsangst (Angst vor der Angst) der Boden entzogen; 2. der unrealistische Anteil der Angst aufgedeckt; 3. das Erleben des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht reduziert. Der Betroffene erfährt sich somit wieder als jemand, der dasein und den Selbstanforderungen standhalten und dem bedrohlich Erlebten etwas entgegensetzen kann. „Die Angst wird unverrichteter Dinge nachgeben“ (Frankl, 1983: 208). Diese Erfahrung stärkt wiederum das → Grundvertrauen des Menschen. Die Paradoxe Intention ist demgemäß nicht nur eine symptomorientierte Methode, sondern eine „grund-legende“ strukturbildende Vor-

gangsweise. Voraussetzungen für den Einsatz der Paradoxon Intention sind (a) eine exakte Differentialdiagnose v. a. gegenüber den Angst- und Zwangsphänomenen psychotischer Menschen, (b) eine Vertrauensbasis zwischen Therapeut und Klient, (c) eine verständliche Information über Entstehung und Aufrechterhaltung der unangemessenen Angst, (d) ontologische Vorarbeit (Grundvertrauen). Indikationsbereich: Angst- und Zwangsstörungen bzw. unangemessene Angst- und Absicherungsphänomene. Häufige Verwechslungen geschehen mit der Symptomverschreibung (der Patient erhält den Auftrag, das Symptom bewußt zu wiederholen, z. B. beim Waschzwang sich die Hände statt 5mal jedesmal 20mal zu waschen) und der → Paradoxon Intervention. Bei ihr interveniert der Therapeut paradox, indem er den scheinbar widersinnigen Auftrag (die Verhaltensanweisung) gibt, nicht gegen die Störung zu handeln, sondern das Problem zu erhalten. Im Unterschied dazu soll der Therapeut bei der Paradoxon Intention nicht mit Verhaltensanweisungen intervenieren, sondern die (innere) Einstellung des Patienten zur Angst (die Erwartungs-Haltung) ansprechen und mit Hilfe seiner eigenen „Trotzmacht des Geistes“ die Automatik der Vermeidungsreaktion durch eine ihr zuwiderlaufende „paradoxe“ eigene Absicht (Intention) durchbrechen („Jetzt reicht's mir mit dem ewigen Davonlaufen; jetzt wünsch ich mir, endlich einmal wirklich zu kollabieren, zu schwitzen...“, nach dem Muster: „Lieber ein Ende mit Schrecken als ein Schrecken ohne Ende“). Erleichternd und die Effektivität verstärkend ist die Fähigkeit zum Humor auf Seiten des Patienten und des Therapeuten sowie seine Bereitschaft, die paradoxe Handlung vorzuspielen.

Ascher ML (1985) Die Paradoxe Intention aus der Sicht des Verhaltenstherapeuten. In: Längle A (Hg), Wege zum Sinn. Logotherapie als Orientierungshilfe. München, Piper, S 130–141

Ascher ML (1989) Therapeutic paradox. New York, Guilford

Frankl VE (1982) Psychotherapie in der Praxis. Wien, Deuticke [bes. S 155ff.]

Frankl VE [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 185f.]

Gerz HO (1966) Experience with the logotherapeutic technique of paradoxical intention in the treatment of phobic and obsessive-compulsive patients. *American Journal of Psychiatry* 123: 548–553

Lilo Tutsch

Paradoxe Intervention (aus Sicht der → Systemischen Therapie). Ausgehend von der Methode der → Paradoxen Intention (Frankl) wird ein Klientensystem mit einem kontradiktorischen Handlungs- oder Ideenmuster konfrontiert, um damit die bislang als belastend wahrgenommenen und erlebten Interaktionsmuster zu verändern. Dies kann etwa bedeuten, dem Klientensystem aufzutragen, bis zur nächsten Sitzung bewußt nichts am gegebenen Problem zu verändern oder aber das Problem bewußt in Gang zu setzen (Symptomverschreibung). In der Kommunikations- bzw. der strukturell-systemischen Therapie wird angenommen, daß das Klientensystem allen Versuchen, sein Problem zu verändern, Widerstand entgegensetzt. Durch eine Symptomverschreibung entsteht eine paradoxe Situation, nachdem das Klientensystem entweder das Symptom auf Anweisung des Therapeuten produziert und sich damit seiner Kontrolle unterwirft, oder aber Widerstand leistet und damit das Symptom aufgibt („therapeutisches → Double-Bind“). In neueren systemischen Ansätzen, wie der → lösungs-orientierten Kurztherapie, werden Paradoxien im Sinne einer Anpassung („Koope-ration“) an bestehende Muster und Haltungen mit einer darin versteckten kleinen Fokusveränderung angewendet, um dadurch zu neuen Sichtweisen zu gelangen. Ein Beispiel hierfür wären sogenannte Beobachtungsaufgaben, die darin bestehen, sich selbst und /oder andere dahingehend zu beobachten und darauf zu fokussieren, was sich im Verlaufe der Therapie keinesfalls verändern soll (de Shazer: „Formula First Session Task“). Es wird davon ausgegangen, daß man ohnehin ständig sich selbst, vor allem aber den/die anderen beobachtet und durch eine Fokusverschiebung im vertrauten Muster neue Perspektiven entwickelt, indem man sein Augenmerk auf die positiven Bereiche richtet.

de Shazer S (1989) Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeit-therapie. Heidelberg, Carl Auer

Haley J (1978) Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. München, Pfeiffer

Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1975) Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart, Klett-Cotta

Weeks GR, L'Abate L (1985) Paradoxe Psychotherapie. Stuttgart, Enke

Ferdinand Wolf

Paradoxe Theorie der Veränderung.

Hat in der → Gestalttherapie zentralen Stellenwert und besagt, daß „Veränderung geschieht, wenn wir werden, was wir sind, und nicht, wenn wir versuchen zu werden, was wir nicht sind“ (Beisser, 1970: 77). Entdecken, annehmen und akzeptieren dessen, was ist, bezeichnete Fritz Perls als Veränderung per se. Er stellte dieses Prinzip dem gegenüber, was er den Konflikt zwischen „Topdog“ und „Underdog“ nannte: der ständige innere Kampf, anders sein zu wollen, als man ist, sich aufzureiben zwischen den Polen des „ich sollte“ und des „ich kann nicht“. In der gestalttherapeutischen Arbeit bedeutet dies, sich mit beiden Polen innerer Gegensätzlichkeit zu identifizieren, ihr Vorhandensein als ein gegebenes So-Sein zu akzeptieren und in der Auseinandersetzung mit ihnen → Selbstverantwortung zu übernehmen. Diese Methode spielt eine besondere Rolle in der → Psychosenpsychotherapie; sie ist nach Harris (1992) während jeder Phase des psychotischen Prozesses angebracht. Es geht dabei um die Anerkennung der Einzigartigkeit im Wesen des Patienten und seiner Erfahrungswelt.

Beisser A (1970) The paradoxical theory of change. In: Fagan J, Shepherd I (Eds), *Gestalt therapy now*. New York, Harper, pp 77–80

Harris CO (1992) Gestalt work with psychotics. In: Nevis EC (Ed), *Gestalt therapy. Perspectives and applications*. New York, Gardner Press, pp 239–261

Hutterer-Krisch R (Hg) (1994) Historischer Abriß der Psychosen-Psychotherapie. In: Hutterer-Krisch R (Hg), *Psychotherapie mit psychotischen Menschen*. Wien, Springer, S 3–68

Renate Hutterer-Krisch, Inge Bolen

Paradoxie. → Gegensatzthematik; → Analytische Psychologie.

Parameter. Von Kurt Eissler 1953 eingeführtes, der psychoanalytischen Behandlungstechnik zuzuordnendes Konzept. Unter „Parameter“ werden begründete Abweichungen von der Standardtechnik, welche sich auf die Deutung als ausschließliches analytisches Werkzeug beschränkt, verstanden. Dementsprechend sind an die Einführung eines Parameters bestimmte Bedingungen geknüpft: „(1) ein Parameter darf nur eingeführt werden, wenn bewiesen ist, daß die Standardtechnik nicht ausreicht; (2) Er darf nie das unvermeidbare Minimum überschreiten; (3) Er darf nur benutzt werden, wenn er letztlich zu seiner Eliminierung führt“ (Eissler, 1990: 40; Übers.: O.F.). Historisch ist das Postulat einer normierten psychoanalytischen Behandlungstechnik nachvollziehbar, hatte doch Freud die psychoanalytischen Nachfahren mit widersprüchlichen technischen Empfehlungen zurückgelassen, sodaß sich nach Freud – mit der weltweiten Etablierung und der Erweiterung des Indikationsradius – eine Tendenz ausbreitete, die → Psychoanalyse mittels verbindlicher Standards als eine gesellschaftlich anerkannte wissenschaftlich fundierte Therapieform zu installieren und „wildes“ Analysieren hintanzuhalten. Das Konzept des Deutungspurismus (und damit der Parameter) ist aus heutiger Sicht überholt, vor allem, weil sich Psychoanalyse zu einer Zwei-Personen-Psychologie weiterentwickelt hat, aus deren Sicht sowohl die Entwicklung → psychischer Strukturen als auch deren Veränderung im → psychoanalytischen Prozeß als ein intersubjektives Geschehen (→ Intersubjektivität) verstanden werden. Das Gewicht der → Deutung als eines alleinigen therapeutischen Wirkfaktors wird heute zugunsten der → Empathie (Schwaber, 1981; Wolf, 1982), der → Responsivität (Bacal, 1985), aber auch zahlreicher anderer, nicht notwendigerweise originär psychoanalytischer Wirkfaktoren relativiert (→ Selbstpsychologie).

Bacal H (1985) Optimal responsiveness and the therapeutic process. In: Goldberg A (Ed),

Progress in self psychology, vol. 1. New York, Guilford Press, pp 202–226

Eissler KR [1953] (1990) The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. In: Langs R (Ed), Classics in psychoanalytic technique. Northvale (NJ), Jason Aronson, pp 397–414

Schwaber E (1981) Empathy: a mode of analytic listening. Psychoanalytic Inquiry 1: 357–392

Wolf ES (1982) Empathische Resonanz. Psychoanalyse 3: 306–314

Oskar Frischenschlager

Paramnesie. → Pseudoerinnerung; → Hypermnesie; → Trancephänomene; → Hypnose.

Paranoia. Wird nach Kraepelin charakterisiert durch die schleichende Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems bei erhaltener Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln. Die Wahnideen fügen sich in einem gewissen logischen Zusammenhang zu einem ganzen Wahnsystem zusammen. Im Gegensatz dazu sind die Wahnideen von schizophren Erkrankten oder Menschen mit einem hirnorganischen Psychosyndrom viel bizarrer und unzusammenhängender (Bleuler, 1983: 513). Der → Wahn kann nur nach längerer, genauerer Exploration und aus der Lebensgeschichte erkannt werden. Er ist charakterisiert durch die Wahngewißheit, die nicht korrigierbar ist. Begleitet wird er von Beziehungsideen (z. B. werden die hustenden Passanten auf der Straße für Spione gehalten, die sich mit Geheimzeichen verständigen). Der Wahn begleitet den Betroffenen überall hin; im subjektiven Erleben des Betroffenen gibt es kein Entkommen: Wenn er z. B. vor den Spionen von Wien nach Zürich flüchtet, warten dort schon die nächsten. Die Paranoia befällt vor allem Männer (Geschlechterverhältnis 7 zu 3). Der Erkrankungsbeginn erfolgt zumeist um das 40. Lebensjahr und ist aus der Lebensgeschichte heraus verständlich. Die Diagnose stützt sich auf den Nachweis eines systematischen Wahns bei Fehlen deutlicher Zeichen anderer psy-

chischer Störungen. Der Verlauf ist schleichend. Der Paranoiker kann neben seinem Wahn ein ganz unauffälliges normales Leben führen. Im ICD-10 wird die Paranoia unter die anhaltend wahnhaften Störungen (F22) eingeordnet (→ Psychosenpsychotherapie).

- Berner P (1982) Psychiatrische Systematik. Bern, Hans Huber
 Bleuler E (1983) Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl. Wien, Springer, S 513ff
 World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber, S 105

Gerhard Miksch

Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie. → Schizophrener Formenkreis.

Paranoid-schizoide Position (→ Psychoanalyse; → Objektbeziehungstheorie). Melanie Klein (1946) hat sie als eine psychische Organisation beschrieben, die von Geburt an besteht und das psychische Erleben der ersten sechs Lebensmonate dominiert. Vernichtungsängste, → Abwehrmechanismen, strenge, undifferenzierte Äußerungen des → Überich und vorwiegend Teilobjekt-Beziehungen prägen das Bild. Es gibt nur eine geringe Selbst- und Objektintegration. Der Säugling ist heftigen Ängsten vor Vernichtung durch fantasierte aggressive Angriffe ausgesetzt, die im → Todestrieb wurzeln und drohen, die lebenserhaltenden Fantasien der Überlebenstriebe zu überschwemmen. Um das psychische Funktionieren zu garantieren, stehen dem → Ich bestimmte defensive Operationen zur Verfügung, welche die ständige Bombardierung durch dem Todestrieb entstammende Fantasien bewältigen. Diese frühen Abwehrmechanismen bedienen sich der → Projektion, der → Spaltung, der → Introjektion, der → projektiven Identifikation und der → Idealisierung. Die Zuwendung einer liebenden mütterlichen Figur und deren Introjektion führen zunehmend zur

Integration von Selbst- und Objektbild, d. h. zur Aufhebung der ursprünglichen Spaltung in gute und böse Selbst- und Objektrepräsentanzen. Das Konzept wurde von zeitgenössischen Psychoanalytikern (Ogden, 1986) um einen Modus zur Verarbeitung von Erfahrung erweitert, der dialektisch mit M. Kleins → depressiver Position zusammenwirkt und über das ganze Leben andauert. Es wird angenommen, daß die paranoid-schizoide Organisation bei bestimmten Formen schwerer Persönlichkeitsstörungen vorherrscht, speziell bei → narzißtischen und → Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Kernberg, 1976).

- Kernberg OF (1976) Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York, Jason Aronson
 Klein M (1946) Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psychoanalysis 27: 99–110
 Ogden TH (1986) The matrix of the mind. Northvale (NJ), Jason Aronson
 Segal H (1964) Introduction to the work of Melanie Klein. London, Hogarth Press

*Caryn Gordon, Neil J. Skolnick
 [Übers.: Erwin Bartosch]*

Paraphilie. → Perversion.

Parentifikation. → Triangulation; → Familientherapie.

Parenting, intuitive. → Intuitive Parenting.

Partialisieren. Methode des → Begleitens im → Focusing; dabei wird der jeweilige Erlebensinhalt des Klienten als Teil (als ein „Etwas“) der Person angesprochen, zu dem dann die Person Beziehung aufnehmen und einen → Felt Sense kommenlassen kann. Beispiel: Klient: „Ich bin ratlos.“ Therapeut: „Da ist etwas in Ihnen, das sich ratlos anfühlt.“ Das Partialisieren etabliert zwei wesentliche Voraussetzungen für das Zustandekommen des Focusing-Prozesses: 1.

es läßt einen Abstand (→ Freiraum) zwischen der wahrnehmenden Person (→ Ich) und dem Erlebensinhalt entstehen, der Identifikation zwischen Ich und Inhalt aufhebt und so eine unmittelbare Beziehungsaufnahme (direct reference; → Experiencing) der Person mit dem Erlebensinhalt ermöglicht; 2. es greift den bereits expliziten Anteil („ratlos“) des Erlebensinhaltes auf und weist gleichzeitig auf die noch impliziten Anteile („etwas in Ihnen“) hin, die sich, wenn der Klient mit ihnen achtsam verweilt, explizieren können (→ implizit; → Verweilen). Damit wird der Erlebensprozeß weitergeführt (carrying forward; → Fortsetzungsordnung). Dieser Prozeßschritt kann durch → Guiding unterstützt werden, z. B.: „Bleiben Sie noch ein bißchen bei dem („etwas“) in Ihnen, das sich ratlos fühlt.“ Partialisieren ist eine methodische Variante des → Listening.

Cornell AW (1993) *The Focusing guide's manual*. Third edition. Berkeley (CA), Focusing Resources [Eigenverlag] [bes. pp 21f.]

Wiltshko J (1995) *Focusing-Therapie*. Studien-texte 4. Würzburg, DAF [bes. S 11f.]

Frank O. Lippmann

Partialobjekt. → Objekt; → Psychoanalyse.

Partialtrieb. → Trieb; → Psychoanalyse.

Participation mystique. In der → Analytischen Psychologie Bezeichnung für eine unbewußte → Identität zwischen Subjekt und Objekt. Der von L. Lévy-Bruhl (1910) erstmals verwendete Begriff stammt aus Beobachtungen an Naturvölkern. „Es wird darunter eine eigentümliche Art einer psychologischen Verbundenheit mit dem Objekt verstanden. Sie besteht darin, daß das Subjekt sich nicht klar vom Objekt unterscheiden kann, sondern mit diesem durch eine unmittelbare Beziehung, die man als partielle Identität bezeichnen kann, verbunden ist“ (Jung, GW, Bd. 6, § 780). Sie ist Einssein in gemeinsamer Unbewußtheit, z. B. zwischen Eltern und Kindern, und ent-

steht durch → Projektion unbewußter Inhalte. *Participation mystique* schließt individuelle Differenzierung und Entfaltung aus. Positiv ist sie Grundlage für jegliche Einfühlung, archetypisches Fundament (→ Archetypus) unserer sozialen Instinkte (höchster Ausdruck als christliche Nächstenliebe oder buddhistisches Allerbarmen).

Jung CG [1921] (1994) Definitionen: *Participation mystique*. In: GW, Bd. 6, § 780. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Lévy-Bruhl L [1910] (1921) *Das Denken der Naturvölker*. Wien, Braumüller

Barnim Nitsch

Partner-Kollusion. Unbewußte oder uneingestandene Komplizenschaft von Partnern in einem Beziehungsspiel, das der Abwehr korrespondierender Beziehungsängste dient und die Erfüllung unreifer Wünsche in Aussicht stellt. Partner können einander unbewußt so wählen, daß jeder dem anderen jenes Beziehungsverhalten abfordert, das der Kompensation eigener Beziehungsängste dient. Dies vermittelt den Partnern ein Gefühl von Unentbehrlichkeit füreinander und besonderer Exklusivität ihrer Beziehung. Problematisch ist dies, wenn es den Partnern dazu dient, sich gegenseitig in ihrer persönlichen Entwicklung in der Partnerschaft zu blockieren. Von Henry Dicks wird Kollusion auch als Wiederentdeckung und anschließende Verfolgung abgespaltener Selbstanteile im Partner beschrieben (→ Paartherapie, psychoanalytische). Das von Jürg Willi entwickelte Kollusionsmodell gründet auf psychoanalytischer Grundlage unter Einbezug systemischer Aspekte. In Kollusionen polarisieren sich Partner häufig in komplementären Rollen: der eine in regressiver, der andere in progressiver, scheinbar überlegener. Von Willi (1975) wird Kollusion in vier Modellen exemplifiziert: In der narzißtischen Kollusion suchen die Partner in Abwehr der Subjekt-Objekt-Spaltung Liebe als *unio mystica* zu realisieren, indem der eine das Idealself verkörpert, der andere als Komplementärnarzißt sich mit dessen Selbst identifiziert. In der oralen Kollusion (Helfer-Kollusion) suchen die Partner in

Abwehr von Ängsten vor Frustration Liebe als Fürsorglichkeit zu realisieren, indem der eine den progressiven Helfer, der andere den Regressiv-Hilflosen verkörpert. In der anal-sadistischen Kollusion geht es um Liebe als sicherheitsspendende Abhängigkeit in der Polarisierung von kontrollierendem Führer und folgsam Abhängigem. In der phallischen Kollusion stellen Partner einander den Gewinn von Sozialprestige in Aussicht durch Polarisierung von Impovergehaben und komplementärem Bewundern. Zunächst vermittelt eine Kollusion das Gefühl einer idealen Ergänzung, dann aber behindert sie die weitere Entwicklung und Integration der verdrängten Beziehungsanteile. Der Auflösung der Kollusion wird ein uneingestandener Widerstand entgegengesetzt, für den jeder den anderen beschuldigt und der jedem zur Rechtfertigung des eigenen Verhaltens dient. Das Kollusionskonzept wurde von Willi und Mitarbeitern (Willi, 1996) durch Aspekte von → Koevolution und → ökologischer Psychotherapie erweitert. Kollusionsbildungen können auch in Familien, in Arbeitsbeziehungen und in therapeutischen Beziehungen (Übertragungs-Gegenübertragungs-Kollusionen) beobachtet werden (Willi, 1978).

- Dicks HV (1967) Marital tensions. New York, Basic Books
Willi J (1975) Die Zweierbeziehung. Reinbek, Rowohlt
Willi J (1978) Therapie der Zweierbeziehung. Reinbek, Rowohlt
Willi J (1996) Ökologische Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Jürg Willi

Partner-Polaritäten (Partnerwerdung). Polarität, in der Beziehungslehre der → Paarsynthese zweites Wesensmerkmal von Liebe, ist ein universales Ordnungsprinzip (Hueck, 1928) im Mikro- und Makrokosmos. In der „Einheit der Gegensätze“ („coincidentia oppositorum“ bei Nikolaus von der Flühe) sind alle Lebenskräfte polar im Kreis geordnet, in dessen Zentrum das Paar als „Wir-heit die Grundform des Daseins“ (Binswanger, 1942) bildet. Insgesamt vierzehn Pole, paarweise einander gegen-

sätzlich zugeordnet, sind als Lebensraum des Paares zu verstehen, in welchem es sich bewegt: z. B. Frau – Mann, Hingabe – Trennung, Schöpfung – Tod, Gesellschaft – Individuum, Zukunft – Vergangenheit, Alltag – Kosmos, Körper – Seele. Im Liebeszyklus gewinnen sie nacheinander an Bedeutung und ermöglichen gegenseitige Erfüllung als Frau und Mann.

- Binswanger L [1942] (1964) Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. München, Reinhardt
Hueck W [1928] (1988) Die Welt als Polarität und Rhythmus. München, Piper

Michael Cölln

Partnerressourcen (→ Systemische Familientherapie). Bezeichnet Erlebnisse und Erfahrungen aus der gemeinsamen Geschichte von Partnern, aus denen sie in Krisenzeiten sowohl emotionale als auch handlungsrelevante Erfahrungen nutzen können. Die Partner haben im Laufe ihrer Geschichte eine gemeinsame Welt, materielle und ideelle Werte sowie gemeinsame Kontakte im Freundeskreis und in der Nachbarschaft erschaffen. Jürg Willi unterscheidet als mögliche Quellen von Ressourcen der Paarwelt 1. die innere Behausung: gemeinsame Geschichte und dyadisches Konstruktsystem; 2. die äußere Behausung: gemeinsam geschaffene Wohnsituation, Besitz und finanzielle Situation und 3. die soziale Behausung: Freundes- und Bekanntenkreis sowie Nachbarschaft.

- de Shazer S (1988) Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart, Klett-Cotta
Willi J (1991) Was hält Paare zusammen? Der Prozeß des Zusammenlebens in psychoökologischer Sicht. Reinbek, Rowohlt

Margarete Scholze

Partnerschaftliches Focusing. Eine von E.T. Gendlin entwickelte Anwendungsform des → Focusing als Methode der Selbsthilfe: Zwei Personen → begleiten sich abwechselnd in ihren Erlebensprozessen (→ Experiencing). Dabei gelten zwei Grundregeln: 1. die „focusingende“ Person ist frei; sie

entscheidet, worauf sie sich innerlich beziehen, was sie also zum Thema machen will und welche Erlebensinhalte sie ausdrücken oder für sich behalten möchte; 2. der Focusing-Begleiter gibt allem, was in der „focussierenden“ Person auftaucht, Raum (→ Freiraum), begleitet es absichtslos und ist bereit, von der „focussierenden“ Person zu lernen, wie diese begleitet werden möchte bzw. was deren Erlebensprozeß unterstützt. Im partnerschaftlichen Focusing können persönliche Probleme bearbeitet, kreative Prozesse unterstützt, Entscheidungen gefunden, Konflikte geklärt und der gesamte körperliche Lebensprozeß gefördert werden. Partnerschaftliches Focusing ist ein neues Beziehungsmodell und eine neue Beziehungserfahrung, in der das Raumgeben für persönliche Entwicklungsschritte (→ Fortsetzungsordnung) unabhängig von professionellen (Psychotherapie) oder intimen (Partnerschaft) Beziehungen ermöglicht wird. Da die funktionellen Rollen (Klient, Therapeut) wechseln, kein Geld im Spiel ist und die Achtung vor der anderen und der eigenen Person an erster Stelle steht, wird die jeder zwischenmenschlichen Beziehung innewohnende prinzipielle Gleichzeitigkeit im partnerschaftlichen Focusing verwirklicht. Eine Variante des Partnerschaftlichen Focusing ist das Interactive Focusing (Olsen-Webber & Webber, 1994), das speziell für das Klären und Fördern von (privaten und beruflichen) Paar-Beziehungen entwickelt wurde.

- Ebert-Wittich S (1996) Interactive Focusing. Eine personenzentrierte Methode strukturierter Kommunikation zur Klärung von (Paar-)Beziehungen. GwG-Zeitschrift 100: 55–59
- Gendlin ET [1978] (1998) Focusing. Hamburg, Rowohlt
- Gendlin ET (1984) The politics of giving therapy away: listening and focusing. In: Larson D (Ed), Teaching psychological skills: models for giving psychology away. Brooks/Cole, Monterey, pp 287–305
- Gendlin ET (1987) Focusing partnerships. The Focusing Folio 6(2): 58–78
- Olsen-Webber L, Webber L (1994) Interactive Focusing. The Focusing Folio 13(1): 1–16

Klaus Renn

Partnerstile. In der Psychologie der → Paarsynthese bilden fünf Partnerstile (Intuition, Anpassung, Durchsetzung, Planung, Integration) zusammen mit fünf Partnerdialogen (Körper, Gefühl, Sprache, Sinn, Zeit) die spezifischen Wesensmerkmale des Paares gegenüber anderen sozialen Subsystemen (Cölln, 1989). Als individuell erlernte Verhaltensstrategien dienen sie dazu, den Austausch des Paares von Körper, Geist und Seele im Partner-, Eigen- und Lebensraum zu steuern. In der Kindheit als „Bindungsstil“ (Bowlby, 1988) infolge elterlicher Einwirkung erworben, bestimmt die am effektivsten erlernte Strategie wesentlich das persönliche Beziehungsverhalten und verbindet sich mit dem des Geliebten in der → Paardynamik. In Partnerkrisen reduzieren sich Partnerstile entsprechend auf Reaktanz, Manipulation, Projektion, Delegation und Dominanz.

- Bowlby J (1988) A secure base-clinical applications of attachment theory. Bristol, Arrow-smith
- Cölln M (1989) Das Paar – Menschenbild und Therapie der Paarsynthese. München, Kösel

Michael Cölln

Partnerübertragung. Im therapeutischen Prozeß meint Partnerübertragung jene Beziehungswünsche, die Streitende auf den Paartherapeuten richten, dem eigenen Partner aber vorenthalten, in der Fortwirkung eigener Altlasten, Ahnenbotschaften und Liebeserfahrungen, die als → Partnerstile auf die Paarbeziehung einwirken. Paartherapie im Rahmen der → Paarsynthese verdeutlicht die daraus resultierenden, immer gegenseitige Konflikt-Vernetzung in der Arbeit mit → Partnerwerdung, → Paardynamik und → Paar-Konfliktanalyse. Durch therapeutisches Verstehen dieser früher erworbenen „Liebesmuster“ lassen sich klare Aussagen über die Krisendynamik treffen, wie es beispielsweise zu Opfern, Tätern, Chaos oder Erstarrung kommt. Unbearbeitete Partnerübertragung führt die Partner durch ihre Konfliktstrategien über Streiteskalation in den Zusammenbruch der Dyade.

Cölln M (1997) Paartherapie und Paarsynthese – Lernmodell Liebe. Wien, Springer

Michael Cölln

Partnerwerdung. Partnerwerdung gilt in der Beziehungslehre der → Paarsynthese (Cölln, 1989) als lebenslanger Entwicklungsprozeß, ohne den umfassende Individuation (Jung, 1988) nicht gelingt. Die in der eigenen Geschichte erfahrenen Werte, beginnend bei den Ahnen bis hin zur aktuellen Paarbeziehung, formen das Individuum, prägen seine Identität und wirken in allen Beziehungen weiter. Störungen in der Paarbeziehung sind oftmals Folge familiärer Prägungen und Ahnenbotschaften. Diese elterlichen, mitgenommenen „Altlasten“ blockieren die Partnerschaft und wirken tief in die Paarbeziehung hinein. Die Beteiligung des Partners zur Unterbrechung und Integration solcher gegenseitiger „Behinderungen“ ist daher von entscheidender Bedeutung.

Cölln M (1989) Das Paar – Menschenbild und Therapie der Paarsynthese. München, Kösel
Jung CG (1988) Von Sexualität und Liebe: Einsichten und Weisheiten. Hg. von Alt F. Olten, Walter

Michael Cölln, Thomas Weber

Parts (work) (→ Teile-Arbeit). Leitet sich aus der praktischen Arbeit von Virginia Satir und Milton Erickson ab, wurde im → Neurolinguistischen Programmieren weiterentwickelt und in viele Interventions-techniken integriert. Man geht dabei von der → Grundannahme aus, daß jedes innere oder äußere Verhalten von einem Teil (der Gesamtperson) ausgeht und von diesem aufrechterhalten bzw. gesteuert wird. Ein Teil ist also ein Subsystem des größeren Systems „Gesamtperson“. Es kann sein, daß ein anderer Teil ein von einem bestimmten Teil hervorgebrachtes Verhalten gutheißt, ablehnt, ja sogar verwerflich findet. Der Begriff Verhalten ist hier bewußt weitgefaßt und inkludiert emotionale Zustände ebenso wie psychosomatische Symptomkomplexe. Jedes Verhalten oder → Symptom (mag es nun als wünschenswert einge-

schätzt oder als schädlich, unmoralisch oder schambesetzt abgelehnt werden), ist der Ausdruck eines inneren Teiles und somit ein Versuch, der positiven Intention (→ „Gute Absicht“) dieses Teiles für das Gesamtsystem gerecht zu werden. Es wird unterstellt, daß das Verhalten das Beste ist, was dieser Teil zu tun imstande ist. Dadurch gelingt es, die Auswirkung des Verhaltens auf das Gesamtsystem von der verursachenden Intention zu trennen. Widersprüche und Alternativen können daher gleichzeitig als Lösungsversuche verschiedener Teile existieren. Eine gegenseitige Blockade durch ambivalente Strebungen oder eine völlige Abspaltung eines ungeliebten Teiles kann dadurch verhindert werden. Teile sind einerseits autonome innere Instanzen (gleichsam Teilpersönlichkeiten), die unterschiedliche Wertvorstellungen, Ziele, ja sogar Erfahrungen haben können; sie sind aber andererseits als Teile des Gesamtsystems diesem durch die positive Intention verbunden. Teile können auch verschiedene Lebensbereiche repräsentieren (Beruf, Privatleben, Öffentlichkeit) oder bestimmten Fähigkeiten entsprechen (Selbstsicherheit, Zurückgezogenheit, Aggressivität etc.). Sie können auch so konfiguriert sein, daß sie unterschiedlichen Entwicklungsphasen der Person entsprechen („jüngeres Selbst“).

Andreas C, Andreas T (1995) Der Weg zur inneren Quelle. Core-Transformation in der Praxis. Neue Dimensionen des NLP. Paderborn, Junfermann

Bandler R, Grinder J [1982] (1988) Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann

Bandler R, Grinder J [1979] (1994) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme. 11. Aufl. Paderborn, Junfermann

Satir V [1988] (1992) Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. 3. Aufl. Paderborn, Junfermann

Helmut Jelem

Passives Lernen. → Modelllernen; → Verhaltenstherapie.

Pathologischer Internet-Gebrauch.
→ Internet-Sucht.

Pathologisieren. Als „Pathologizing“ von Hillman (1975; → Archetypische Psychologie) in die → Analytische Psychologie eingeführter Begriff für die „autonome Fähigkeit der Psyche, in jeglichen Aspekten ihres Verhaltens Krankheit, Siechtum, Störungen, Abnormalität und Leiden zu erschaffen und das Leben durch diese deformierte und heimgesuchte Perspektive zu erfahren und zu imaginieren“ (eigene Übers.; vgl. mit dem „Krankheitskomplex“ bei C.G. Jung, GW, Bd. 2, §§ 798, 816). Starke derartige Bilder der Seele von ihrer eigenen Tiefe (z. B. Verkrüppelung, Blutsturz, Wurmfraß, Hirntumor, Herzinfarkt, AIDS) verstören das Alltagsbewußtsein, lösen medizinische und religiöse Fantasien aus („Behandeln“, Bußidee). Pathologisieren als rhetorischer, psychopathologischer Stil der Seele erfordert jedoch symbolisches Verstehen (→ Symbol). Kollektive Orte pathologisierter Bilder sind insbesondere → Mythen, die → Alchemie, ars memorativa (Gedächtniskunst), religiöse → Imagination (z. B. Hl. Sebastian, Kreuzigungen; → Religion) sowie Filme.

Hillman J [1975] (1992) Pathologizing or falling apart. In: Hillman J, Re-visioning psychology. New York, Harper Perennial, pp 53–112

Yates FA (1997) Gedächtnis und Erinnern. Mnemonik von Aristoteles bis Shakespeare. Berlin, Akademie Verlag

Andreas von Heydwofff

PC-Muskeltraining. Von Kegel (1952) entwickeltes, vierstufiges Übungsprogramm, das der Stärkung des Musculus pubococcygeus dient. Dieser sogenannte „PC-Muskel“ verläuft vom Schambein bis zum Steißbeinfortsatz und wird auch als „organische Manschette“ bezeichnet, da er während des Orgasmus mehrmals unwillkürlich kontrahiert. Das Training kann als wirkungsvolle Therapie für Frauen, die unter Harninkontinenz leiden, eingesetzt werden. Eine positive Auswirkung auf die sexuelle Erlebnis- und Orgasmusfähigkeit konnte in neueren Studien jedoch nicht bestätigt werden (→ Sexualtherapie).

Kegel A (1952) Sexual functions of the pubococcygeus muscle. Western Journal of Sur-

gery, Obstetrics, and Gynecology 60(10): 521–542

Masters W, Johnson V, Kolodny R (1993) Liebe und Sexualität. Frankfurt/M., Ullstein

Paul Kochenstein

Peak Experience. „Gipfelerlebnis“, ein von A. Maslow geprägter Begriff, der spontan auftretende Erfahrungen transzendenter Natur beschreibt. Gipfelerlebnisse treten universell auf und sind theistischen, übernatürlichen oder nicht-theistischen Inhalts. Die Erfahrung ist so einzigartig wie die Person, die sie erlebt. Unabhängig vom Inhalt und der Interpretation der Erfahrung arbeitet Maslow bestimmte Charakteristika heraus, die konstant bei Gipfelerfahrungen auftreten: Sie sind vereinheitlichend und ego-transzendierend, sinngebend und integrierend; sie können therapeutisch wirksam sein, indem sie eine Zunahme an freiem Willen, Selbstbestimmtheit, → Kreativität und → Empathie bewirken. Maslow empfiehlt das Studium der Peak Experiences, um persönliches Wachstum, Integration und Erfüllung im Leben zu fördern und um sie allen Menschen zugänglich zu machen. Obgleich Maslow in den Begriff auch die mystischen Erfahrungen mit einschließt, ist ihm jedoch an einer Säkularisierung gelegen, da er davon ausgeht, daß Gipfelerlebnisse zu den natürlichen Erfahrungen des Menschen gehören und auch ohne religiösen Kontext erlebbar sind (z. B. in → Krisensituationen, beim Fasten, Joggen, im Rahmen von Naturerlebnissen).

Maslow A (1970) Religious aspects of peak-experiences. Personality and religion. New York, Harper & Row

Hans Peter Weidinger

Peergroup-Supervision. → Intervision.

Penisneid. In der Freudschen → Psychoanalyse die Basis, „der gewachsene Fels“, für die neurotischen Erkrankungen der Frau (Freud, 1937: 96–99). Das kleine Mädchen werde durch den Anblick des Penis (anderer Knaben, des Vaters) in ein Gefühl von

Unvollständigkeit versetzt, das nach Freud letztlich nur durch die Gleichung „Kind= Penis“, d. h. eine bestimmte Bedeutung von Mutterschaft ausgeglichen werden kann. Diesen Ausgleich erwartete sich die neurotische Frau mehr oder weniger unbewußt vom Vater. Heinz Kohut akzeptierte die Erkenntnis des Mädchens, keinen Penis zu haben, als unvermeidliche narzißtische Kränkung, sah den Wunsch der „gesunden Frau“ nach dem Kind allerdings als Ausdruck ihres Bedürfnisses nach Verwirklichung ihres → Selbst (Kohut, 1978: 785f.; → Selbstpsychologie). → Säuglingsforschung und die „sex and gender“-Diskussion haben eine grundlegende Neuorientierung in dieser Frage eingeleitet. Dem Phänomen „Penisneid“ begegnen wir immer noch in Analysen von Frauen, allerdings meist erst nach Jahren der Analyse und auch dann nur als flüchtige Erscheinung. Als solche stellt es sich nun deutlich erkennbar als die → sexualisierte Form erlebter Abwertung durch die frühen Bezugspersonen dar, die im Kontext patriarchalischer Einstellungen erlebt und gewertet haben. Die Mutter, die sich selbst als Frau entwertet erlebte, und der Vater, der in gleicher Weise nur den Wert des „Männlichen“ anerkennen konnte, vermitteln dem Mädchen das Gefühl, „nichts wert zu sein“, das in seiner sexualisierten Form als „Penisneid“ auftreten kann.

Freud S [1931] (1982) Über die weibliche Sexualität. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 273–292

Freud S [1937] (1982) Die endliche und die unendliche Analyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 351–392

Kohut H (1978) A note on female sexuality. In: Ornstein PH (Ed), The search for the self, vol. 2. New York, International University Press, pp 783–792

Ornstein A (1989) Klinische Darstellung. In: Wolf ES, Ornstein A, Ornstein PH, Lichtenberg JD, Kutter P (Hg), Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. München, Verlag Internationale Psychoanalyse, S 43–72

Erwin Bartosch

Perinatale Matrizen (→ Transpersonale Psychotherapie). Sind um den Geburtsvorgang herum entstandene Konstellationen des → Unbewußten; nach Stanislaw Grof Muster transpersonaler Erfahrungen, vor allem in Zusammenhang mit Tod und Wiedergeburt, die sich im biologischen Geburtsvorgang widerspiegeln. Grof unterscheidet vier perinatale Grundmatrizen (PGM): PGM I: Erfahrungen der symbiotischen Einheit des Fötus mit dem mütterlichen Organismus in der vorgeburtlichen Zeit – „ozeanisches“ Grundgefühl, natürliche Geborgenheit; PGM II: Erfahrungen aus der Zeit zwischen dem Beginn der Wehen und der Öffnung des Geburtskanals – Gefühl des „kosmischen Verschlungenwerdens“, der Ausweglosigkeit und Existenzangst; PGM III: Erfahrungen vom Durchgang durch den Geburtskanal – Gefühle von Schmerz, Aggression, Sexualität und „vulkanischer Ekstase“; PGM IV: Erfahrungen aus der Entbindungsphase – Hingabe, Befreiung, Erlösung und „Ich-Tod“ (Grof, 1985: 112–124). Nahezu alle psychischen Störungen und eine Vielzahl von transpersonalen Erfahrungen lassen sich nach Grof auf diese Grundkomplexe zurückführen. Somit haben nach Grof therapeutische Systeme, die das → Geburtstrauma einbeziehen, „ein viel größeres therapeutisches Potential als solche, die sich auf die biographische Ebene beschränken“ (ebd.: 198). Empirische Bestätigung findet das Modell der perinatalen Matrizen in vielen therapeutischen Verfahren der → Transpersonalen Psychologie, vor allem in verschiedenen Formen der → Atemarbeit; es dient zur Erklärung von Phänomenen, die bei diesen Methoden in erweiterten → Bewußtseinszuständen auftreten können.

Grof S (1985) Geburt, Tod und Transzendenz. Neue Dimensionen der Psychologie. München, Kösel

Grof S (1997) Kosmos und Psyche. An den Grenzen menschlichen Bewußtseins. Frankfurt/M., Krüger

Wilfried Ehrmann

Person. Zentralbegriff der → Existenzanalyse zur Bezeichnung der geistigen Dimension des Menschen (→ Anthropologie) und seiner Fähigkeit zur → Existenz. Person

(noetische Dimension) ist bei Frankl (1990: 226) definiert als „das Freie im Menschen“. Ersetzt den Personbegriff polar zum kausal-determinierten Psychophysikum, das ex definitione das Unfreie am Menschen ist. Im Franklschen Verständnis besteht zwischen Person und Psychophysikum eine Wesensunterschiedlichkeit, die sie zur → Selbstdistanzierung befähigt. Diese schafft die innere Freiheit, der durch sie ermöglichte innere Dialog den Raum der Intimität und des intuitiven Gespürs (→ Gewissen). Mit dem Konzept des „opponierenden Geistes“ steht Frankl in der Tradition M. Schelers (Wicki, 1991). Die Freiheit der Person entsteht zwar aus dem opponierenden „frei von“, erfüllt sich aber erst im „frei für“ – dem sich selbst überschreitenden, eigenverantwortlichen Akt, in welchem sich der Mensch ganzheitlich auf → Werte in der Welt einläßt und darin den → Sinn seines Lebens erfüllt und sich als Persönlichkeit gestaltet. Die Freiheit und Unfaßbarkeit der Person ist letztlich im Gewissen als ihrer größten, im geistig Unbewußten wurzelnden Tiefe begründet. Eine Erweiterung und Akzentverschiebung erfuhr das Personkonzept durch A. Längle (1993), der vom Verständnis der Person als „dem in mir Sprechenden“ ausgeht, zu dessen Wesensbestimmung der Dialog gehört. Die der Person eigene Fähigkeit zur → Begegnung entstammt dem innerlichen sich selbst Gegenüber-Haben (Intimität, inneres Gespräch, Selbstdistanzierung) und dem Ausgerichtetsein auf andere(s) (→ Selbst-Transzendenz), worin sich die wesensmäßige Offenheit der Person verwirklicht und das Ich als doppeltes Bezogensein konstituiert wird: Dies läßt sich grafisch mit zwei sich überschneidenden Kreisen veranschaulichen, deren einer die Innenwelt (Intimität) symbolisiert, während der andere für die Außenwelt (Bezug zur Andersheit) steht. Die Schnittfläche dieser Kreise stellt hierbei die Person dar, die immer zugleich „innen und außen“, Intimität und Offenheit, ist. Die Offenheit der Person führt zu weiteren Charakteristika wie Verletzlichkeit, Scham, Intimität, Selbstsein (→ Selbstwert), → Authentizität. Die personale Potenz (Dynamik) zeigt sich in der Fähigkeit, in einen Umgang mit sich

selbst und der Welt zu gelangen. Diesen Umgang (Begegnungsfähigkeit) vollzieht die Person in drei Schritten: Ansprechbarkeit (Beeindruckbarkeit), Stellungnahme (Verstehen) und Antwort geben (Ausdrucksvermögen). Dieses prozessuale Personkonzept wurde in der → Personalen Existenzanalyse psychotherapeutisch fruchtbar.

- Frankl VE (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In Frankl VE, v Gebtsattel VE, Schultz JH (Hg), Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. III. München, Urban & Schwarzenberg, S 663–736
- Frankl VE [1975] (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Neuausgabe. München, Piper
- Frankl VE [1972] (1991) Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. 4. Aufl. München, Piper [bes. S 108–118]
- Längle A (1993) Personale Existenzanalyse. In: Längle A (Hg), Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien, GLE-Verlag, S 133–160
- Wicki B (1991) Die Existenzanalyse von Viktor E. Frankl als Beitrag zu einer anthropologisch fundierten Pädagogik. Stuttgart, Haupt

Alfried Längle

Persona. Mit Persona wird in der → Analytischen Psychologie ein Funktionskomplex bezeichnet, welcher der → Anpassung an die Außenwelt dient. Sie hat die Aufgabe, gleichsam als Maske den eigenen Wirkungsabsichten nach außen und den Ansprüchen und Meinungen der Umgebung gerecht zu werden (vgl. C.G. Jung). Die Persona ist nicht identisch mit der Individualität eines Menschen, sondern ein Ausschnitt aus der Kollektivpsyche. Sie ist aber notwendig und sinnvoll, um eine Art Schutz vor der Preisgabe anderer („innerer“) Seiten des Menschen zu bilden und im Alltag Varianten der Kommunikation gemäß den in einer Kultur bzw. Subkultur üblichen Umgangsformen zu ermöglichen. Wenn die Persona eines Menschen zu starr ist, wirkt dieser auf die Umgebung klischeehaft und unpersönlich, da so die innere Persönlichkeit zu wenig durch die Maske durchscheinen kann. Umgekehrt kann es bei Patienten dringend notwendig sein, die Entwicklung der Persona therapeutisch zu

fördern (Hopcke, 1995). Zerstörerische Schicksalsschläge und ein Überwältigtsein von Material aus dem Unbewußten (→ Inflation; → Psychose) können zur Folge haben, daß jemand auf eine frühere, seinem eigentlichen Potential nicht angemessene Entfaltungsstufe seiner Persönlichkeitsentwicklung zurückfällt. Dabei handelt es sich um eine regressive Wiederherstellung der Persona (→ Regression).

Hopcke R (1995) *Persona. Where sacred meets profane*. Boston, Shambala Publications
 Jacobi J (1972) *Die Seelenmaske*. Olten, Walter
 Jung CG (versch. J.) *GW*, Bd. 6, §§ 799–809; Bd. 7, §§ 243ff., 254ff., 305–309. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Martin Kunz

Personale Dimension. → Anthropologie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Personale Existenzanalyse (PEA). Bezeichnung der von A. Längle 1988–90 entwickelten zentralen Methode der → Existenzanalyse. Sie stellt eine Anleitung dar für den (psychotherapeutischen) Prozeß der Entwicklung einer autonomen, authentischen, emotional erfüllten, sinnvollen und personal verantworteten → Existenz. Die Entwicklung der PEA markiert die personale Wende in der Existenzanalyse, durch die subjektives Erleben, Emotionen, personale Prozesse vor, während und nach dem Existenzvollzug (→ Grundmotivationen) sowie Biografie (→ biografische Methode) in den Mittelpunkt existenzanalytischer Psychotherapie rückten (parallel dazu entwickelte G. Funke im Rahmen der Existenzanalyse eine „personale“ Pädagogik). Dadurch wurde das von Frankl als zentral für die Existenz angesehene Sinntheorem (→ Sinn; → Logotherapie) den personalen Prozessen nachgeordnet und in seiner Bedeutung für die Psychotherapie als Ergebnisvariable erkannt, das nur selten unmittelbar als psychotherapeutisches Instrument zum Einsatz kommt. Die PEA basiert auf dem prozessualen Personkonzept (→ Person) von A. Längle, wonach die Person ihr Sein im dialogischen Austausch

mit der Welt über drei Schritte vollzieht. Sie markieren die drei Grundfähigkeiten personaler → Begegnung, sind dafür konstitutiv und schaffen den inneren (subjektiv-intimen) als auch äußeren (begegnenden) Zugang zur Person. Die drei Fähigkeiten bilden im dialogischen Geschehen wie im subjektiven Erleben stets eine Einheit. Darin kommt die Offenheit, Selektivität und Interaktivität (Kommunikativität) des Personseins zum Ausdruck. Grafisch kann dieses Person-Modell mit einem gleichseitigen Dreieck veranschaulicht werden. Eindruck, Stellungnahme und Ausdruck bilden die markanten Ecken der Person. Ihnen entspricht ihr äußeres Erscheinungsbild: dem (inneren) Eindruck die (äußere) Ansprechbarkeit, der (inneren) Stellungnahme das Verstehenkönnen, dem (inneren) Ausdrucksverhalten die (äußere) Antwort. Die Methode der PEA erfolgt in vier Schritten: PEA 0 (deskriptive Vorphase): Inhaltliche Beschreibung der Fakten (Probleme); Beziehungsaufnahme; kognitive Haltung des Therapeuten; PEA 1 (phänomenologische Analyse): Heben des Eindrucks (primäre Emotion und phänomenaler Gehalt); therapeutische Haltung: Empathie; PEA 2 (authentische Restrukturierung): Einarbeiten des Eindrucks zu bestehenden Wertbezügen (verstehen – entscheiden – entschließen); innere Stellungnahme (integrierte Emotion; → Emotionstheorie); therapeutische Haltung: konfrontativ-begegnend; PEA 3 (Selbstaktualisierung): Erarbeiten des adäquaten Ausdrucks als handelnde Antwort (äußere Stellungnahme); schützend-ermutigende Haltung des Therapeuten.

Längle A (1993) *Personale Existenzanalyse*. In: Längle A (Hg), *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge*. Wien, GLE-Verlag, S 133–160

Längle A (1995) *Personal existential analysis*. In: Korean Academy of Psychotherapists (Ed), *Psychotherapy East and West. Integration of Psychotherapies*. Seoul, Korean Academy of Psychotherapists, pp 348–364

Alfried Längle

Personale Leibtherapie. → Initiatische Therapie.

Personale Positionsfindung. Phänomenologische Methode der → Existenzanalyse zur Behandlung von Passivierungsgefühlen bei Angst, Depression, generalisierenden Annahmen etc. Die Aktivierung der → Person und Festigung ihres → Willens geschieht über das Beziehen von Stellungnahmen, wodurch die Methode zu den primär stützenden Verfahren zählt. Als Vorläuferin der → Personalen Existenzanalyse teilt sie mit ihr eine formale Analogie, stellt aber inhaltlich eine Ausgestaltung ihres 2. Schrittes (authentische Restrukturierung) dar. Die Schritte im einzelnen (z. B. bei einem ängstlichen Gefühl: man könnte nicht ernst genommen werden; bei einem depressiven Gefühl: weil „alle anderen besser“ sind, bleibe ich zu Hause): PP1 – Position nach außen: „feststellen“, was real der Fall ist („Stimmt es?“ – „Woran sehe ich das?“ – „Was kann real passieren?“); führt zu Abgrenzung, situativer Entflechtung und Schutz; PP2 – Position nach innen: „sich einstellen“ auf die eigenen Kräfte/Fähigkeiten und → Selbstdistanzierung von den eigenen Ansprüchen („Könnte ich das Negative noch einmal aushalten?“); führt zur inneren Freigabe; PP3 – Position zum Positiven: „sich dazu-stellen“ zum Wert, um den es einem in der Situation geht (authentische Motivation; → Selbst-Transzendenz) mit Fragen wie: „Um was geht es mir eigentlich? – Was ist mir wichtig? – Was will ich?“; führt zur Stärkung der personalen Intentionalität. PP3 deckt sich weitgehend mit V. Frankls → Dereflexion.

Längle A (1994) Die personale Positionsfindung (PP). Bulletin der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse 10(3): 6–21

Längle A (1997) Die personale Positionsfindung (PP) in der Angsttherapie. In: Hofmann P, Lux M, Probst C, Steinbauer M, Taucher J, Zapotocky H-G (Hg), Klinische Psychotherapie. Wien, Springer, S 284–297

Alfried Längle

Personal – existentielle Grundmotivationen. → Grundmotivationen, personal-existentielle.

Person – Centered Expressive Arts

Therapy. Natalie Rogers erweitert die von ihrem Vater Carl Rogers entwickelte → Klientenzentrierte Psychotherapie durch die Verwendung von verschiedensten Mitteln von Kunst (→ Kunsttherapie). Sie sieht die Möglichkeiten der Mitteilung und → Selbstexploration nicht nur im Gespräch, sondern auch in allen anderen Fähigkeiten unseres Körpers wie Bewegung, Malen und Zeichnen, Formen von Material, Erzeugen von Tönen, Musizieren und Schreiben. Der Ausdruck des → Selbst, das Kennenlernen der eigenen Tiefen durch diese Mittel ist dabei das Ziel und niemals künstlerische Perfektion. → Empathie, unbedingte → Wertschätzung und → Kongruenz sind Basis der Psychotherapie. Der Psychotherapeut stellt Materialien wie Instrumente, Malutensilien, Raum für Bewegung etc. zur Verfügung. Der Klient ist eingeladen, diese zu verwenden, bestimmt aber immer selbst, ob, wann und wie er sie einsetzt und ob der Psychotherapeut mitwirkt. Im Gegensatz zu anderen Kunsttherapieformen wird die Art, wie der Klient die verschiedenen Mittel der Kunst verwendet, nicht analysiert oder interpretiert. Wichtig ist jedoch der Hinweis auf die Möglichkeit, verschiedene Mittel der Kunst in Verbindung zu setzen („Creative Connection“), um immer tiefer in das Selbst und seine Möglichkeiten vorzudringen (→ Selbstaktualisierungstendenz). Der schöpferische Prozeß, der in diesem freien Umgang mit den künstlerischen Mitteln ermöglicht wird, bewirkt mehr → Kreativität, dadurch Heilung und auch die Möglichkeit zu spirituellem Wachstum.

Furth G (1988) The secret world of drawings: healing through art. Boston, Sigo Press

Merry T (1997) Counselling and creativity: an interview with Natalie Rogers. British Journal of Guidance and Counselling 25(2): 263–273

Rogers N (1993) The creative connection. Expressive arts as healing. Palo Alto (CA), Science & Behavior Books

Rogers N (1999) The creative connection: a holistic expressive arts process. In: Levine SK, Levine EG (Eds), Foundations of Expressive Arts Therapy: theoretical and clinical perspectives. London, Jessica Kingsley Publishers, pp 113–131

Marianne Wewalka

Person(en)zentrierter Ansatz. Verallgemeinerung der Prinzipien und grundlegenden Auffassungen (z. B. Menschenbild, hilfreiche Beziehungsqualität) der → Klientenzentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers als weit über dieses Anwendungsfeld hinausreichende – philosophisch untermauerte – Orientierung (analog z. B. zur Psychoanalyse). Beschreibt somit Merkmale von Wachstum und Veränderungsprozessen förderlichen zwischenmenschlichen Beziehungen, vor allem in der Ausdehnung klientenzentrierter Aktivitäten auf schülerzentrierten Unterricht und den Bildungs- und Erziehungssektor im allgemeinen (Rogers, 1974a, 1981), Ehe und Partnerschaft, den Bereich der → Encountergruppen (Rogers, 1974b, 1981), interkulturelle Großgruppen (→ Cross-Cultural Communication), Friedenspolitik etc. Wood (1996) streicht hervor, daß es sich dabei um einen Ansatz im Sinne einer Seinsweise in Lebenssituationen handelt, und nicht um eine Schule, eine Bewegung oder eine Philosophie. Das anthropologische Fundament (siehe auch → Humanistische Psychologie) gründet auf der Überzeugung, daß Menschen grundsätzlich die Fähigkeit haben („Tendenz zur konstruktiven Erfüllung der ihnen innewohnenden Möglichkeiten“) und unter geeigneten Beziehungsbedingungen („psychologisches Fruchtwasser“) auch nützen, anhand ihrer organismischen Bewertungskapazität (→ Bewertungsinstanz, innere) diese immanenten Potentiale zu aktualisieren (→ Aktualisierungstendenz) und ihnen entsprechende Entscheidungen zu treffen. Demnach verbieten sich expertenorientierte, direktive Aussagen über andere. Vielmehr basiert in einer optimistisch anmutenden Weise „der personenzentrierte Ansatz auf einem grundlegenden Vertrauen zum Menschen und allen Organismen“ (Rogers, 1981: 69). In der personorientierten Auffassung sind Psychotherapeuten, → Facilitators oder andere psychosoziale Helfer Experten dafür, ein von bestimmten, vom Helfer erlebten und von Klienten nachvollziehbaren → Grundhaltungen (→ Kongruenz, positive Beachtung bzw. → Wertschätzung, unbedingte, Bemühen um empathisches Verstehen, → Empathie) ge-

prägtes Beziehungsangebot bereitzustellen. Das Expertentum bezieht sich somit ausschließlich auf die Beziehungsebene, nicht aber auf den Prozeß, Inhalt oder Lösungen. Menschen werden in strikter Ablehnung des medizinischen Modells nicht als (leidende, passive) Patienten angesehen, sondern als mündige, selbstverantwortliche und zur Selbstbestimmung fähige Personen, weswegen zunehmend auch vom Terminus „Klient“ Abstand genommen wird.

- Rogers CR [1969] (1974a) Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität. München, Kösel
 Rogers CR [1970] (1974b) Encounter-Gruppen. Das Erlebnis menschlicher Begegnung. München, Kindler
 Rogers CR [1977] (1978) Die Kraft des Guten. München, Kindler
 Rogers CR [1979] (1981) Die Grundlagen eines personzentrierten Ansatzes. In: Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta, S 65–84
 Wood JK (1996) The person-centered approach: toward an understanding of its implications. In: Hutterer R, Pawlowsky G, Schmid PF, Stipsits R (Eds), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion. Frankfurt/M., Peter Lang, S 163–181

Gerhard Stumm

Personenzentrierte Psychotherapie. → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Personifizieren (→ Analytische Psychologie). C.G. Jungs Aufmerksamkeit für die personifizierende Eigentätigkeit der → Seele schloß die Psychologie im 20. Jh. an die abgerissene abendländische Tradition des bildhaften Denkens an. Die lebendige → Imagination psychischer Personen (und damit der Kontakt zum seelischen Urgrund der individuellen Symbolbildung [→ Symbol]) war seit ihrer letzten Blüte in der Renaissance von der kollektiven Bewußtseinsentwicklung zugunsten des abstrakten Denkens verworfen worden. Personifizieren war quasi nur noch in Kunst, Irrenhaus (Prinzhorn, Gugging) und Kinderstube geduldet. Traumpersonen (→ Traum) sind personifizierte → Komplexe, → Symptome das Hereinbrechen dieser Personen in unser normales Leben (Jung, GW, Bd. 18, § 150).

Ein imaginativer Umgang mit Personifikationen – gesprächsweise, gestaltend, durch Aktive → Imagination – sowie deren Reflexion hilft, menschliche Beziehungen von Überbürdung und → Inflation durch ihre → Projektionen freizuhalten (→ Fantasie).

Hillman J [1976] (1992) Personifying or imagining things. In: Hillman J, Re-visioning psychology. New York, Harper Perennial, pp 1–51
Jung CG [1902] (1971) Zur Psychologie und Pathologie sogenannter okkultur Phänomene. In: GW, Bd. 1, §§ 1–150, bes. §§ 132f. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydwofff

Persönliche Gleichung (→ Analytische Psychologie). Der Begriff persönliche Gleichung erscheint in C.G. Jungs theoretischen Überlegungen zum Wesen des Psychischen, wo Jung die Tatsache darlegt, daß die Psychologie nur den Lebensprozeß der Psyche selbst beschreiben kann. Im Kontext dieser Bemerkung steht die Erkenntnis, daß die Tiefenpsychologie, die Jung entwickelte, namentlich das → Archetypenkonzept, nichts mit Naturwissenschaft zu tun hat (Jung, GW, Bd. 8, § 421; → Empirismus). Die Fragestellung ist nicht gegenständlich. Es gibt kein Objekt, das losgelöst vom Subjektiven und vom Seelenhintergrund beobachtet werden könnte. In jeder Aussage ist der subjektive Anteil notwendig enthalten, denn jede Frage nach dem Objekt ist zugleich die Frage nach dem Wesen der → Seele und dem erkennenden Subjekt. Damit ist nicht gesagt, daß persönliche Gleichung willkürlichen Subjektivismus meint. Das so verstandene psychologische Begreifen folgt einem Denkakt, der grundsätzlich für alle nachvollziehbar ist.

Jung CG [1946, 1954] (1976) Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen. In: GW, Bd. 8, §§ 343–442. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Giegerich W (1987) Die Bodenlosigkeit der Jungschen Psychologie. Zur Frage unserer Identität als Jungianer. Gorgo 12: 43–62

Doris Lier

Persönliche Nische. → Nische, persönliche.

Persönlichkeit (aus Sicht der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie). Ist geprägt durch die dynamische Ordnung der Kräfte von Person und Umwelt, die das → Verhalten gegenüber anderen Menschen und Dingen bestimmen. Diese Kräfte sind durch intrapsychische und interpsychische Dynamik geprägt; sie wurden durch Lewins Vektorpsychologie beschrieben und zur → Feldtheorie, einer der wichtigsten Grundlagen der Dynamischen Gruppenpsychotherapie, weiterentwickelt. Solche Kräfte sind → Triebe, Erfahrung, → Anpassung der Person sowie Valenzen bzw. Barrieren ihres → Lebensraumes. Hier wird Lewins „Übergang von aristotelischer zur galileischen Denkweise“ deutlich. Für die aristotelische Denkweise würde die Umwelt nur insofern eine Rolle spielen, als sie die Person „stören“ könnte; in der galileischen Denkweise tritt neben die Person auch gleichwertig die Situation (→ Situationsanalyse) in der sie sich befindet. Erst durch die konkrete, Person und Umwelt umfassende, Gesamtsituation sind die Vektoren bestimmt, die die Dynamik der Persönlichkeit und des Verhaltens aktuell beherrschen (→ Topologie). Diese Gesamtheit aller Faktoren zum momentanen Zeitpunkt (→ Hier-und-Jetzt-Prinzip) hat jedoch eine zeitliche Tiefe, sie schließt die psychologische Vergangenheit (So-Geworden-Sein), Gegenwart und Zukunft ein. Bei der Betrachtung des „So-Geworden-Seins“ lehnt sich die Dynamische Gruppenpsychotherapie an auf Freud aufbauende Persönlichkeitsmodelle an: z. B. Angyal (Milieu), Klein (Bezugsperson), Bion (→ Grundannahme), Caruso (progressive Personalisation). Die Persönlichkeit prägt das flexible Rollenrepertoire eines Menschen, mit welchem er seine → Funktionen, je nach Situation, bekleidet. Die Dynamische Gruppenpsychotherapie glaubt an die Entwicklungs-/Erweiterungsfähigkeit der Persönlichkeit. Für die „reife“ Persönlichkeit kann man die Akzeptanz der → Interdependenz (wechselseitige Abhängigkeit) von Person und Gegebenheiten im

Lebensraum als richtungsweisend für die Entwicklung annehmen, ebenso die gelungenen → Organisation von Beziehungen sowie der Menschen in → Gruppen und die Ganzheitlichkeit der Person als psychosomato-soziales Wesen. Die „reife“ Persönlichkeit hat eine wachsende Bewußtheit ihrer selbst und ihrer Motivation; ebenso, wie sie sich selbst wertschätzend akzeptiert, akzeptiert sie andere wertschätzend und ist fähig zur Gruppenmitgliedschaft.

Dolleschka B (1996) Prophylaxe und Psychotherapie. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Psychotherapie, Lebensqualität und Prophylaxe. Wien, Springer, S 183–198

Lewin K (1981) Der Übergang von der aristotelischen zur galileischen Denkweise in Biologie und Psychologie. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 1 [Wissenschaftstheorie I]. Bern / Stuttgart, Hans Huber / Klett-Cotta, S 233–278

Bernhard Dolleschka

Persönlichkeit. → Person; → Selbstwert; → Existenzanalyse.

Persönlichkeiten, multiple. → Dissoziation; → Analytische Psychologie.

Persönlichkeitsstörungen. Diese Störungskategorie wurde vor allem von Th. Millon im Rahmen des DSM eingeführt und bis zur derzeit aktuellen Version, dem DSM-IV, immer weiter standardisiert und differenziert. Die aktuelle Definition sieht in Persönlichkeitsstörungen „ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht“ (APA, 1998: 251). Dieses bleibende Muster zeigt sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: abweichende Kognitionen, Affekte, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und Impulskontrolle. Dieses Muster ist starr und beeinflusst ein weites Feld persönlicher und sozialer Situationen und führt in einem bedeutsamen Ausmaß zu Leiden und sozialen, beruflichen und anderen Beschränkungen. Vor dieser im

DSM-IV (APA, 1998: 251–260) unter 301, aber in ähnlicher Form auch im ICD-10 (WHO, 1991: 212–218) unter F60 enthaltenen Kategorisierung sind entsprechende Zustände im Sinne einer chronifizierten neurotischen Haltung (→ Neurose) bzw. → Charakterneurose und im Sinne des älteren Psychopathiebegriffes beschrieben worden. Sowohl Neurose als auch Psychopathie werden jedoch nicht mehr exklusiv einer bestimmten → Ätiologie zugeordnet, sondern zunehmend nur noch als Syndrombezeichnungen gebraucht. Das bedeutet, daß im Begriff Persönlichkeitsstörungen vieles subsumiert ist, was zuvor mit den nunmehr überholten Begriffen der Charakterneurose bzw. Psychopathie umschrieben wurde. Im einzelnen werden folgende Persönlichkeitsstörungen in DSM-IV genannt: Cluster A: paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung; Cluster B: → Borderline-Persönlichkeitsstörung, antisoziale, histrionische und narzißtische Persönlichkeitsstörung; Cluster C: vermeidend-selbstunsichere, dependente sowie zwanghafte Persönlichkeitsstörung; im ICD-10 werden zum Teil in etwas anderer Terminologie ganz ähnliche Untergruppen genannt. Epidemiologische Befunde (→ Epidemiologie) zeigen eine hohe Verbreitung der Persönlichkeitsstörungen (→ Prävalenz: ca. 10–13,5% der Normalbevölkerung; nach Weissman, 1993) und damit eine hohe Behandlungsrelevanz an. Theoretische Überlegungen und empirische Belege stützen eine Indikation zur Psychotherapie (vgl. Sachse, 1997). Die tiefenpsychologische Theoriebildung neigt aus heutiger Sicht dazu, Persönlichkeitsstörungen auf sogenannte → frühe Störungen in den Selbst- und Objektbeziehungen (→ Objekt; → Objektbeziehungstheorie) zurückzuführen (→ narzißtische Störungen). Daraus resultiert, daß Persönlichkeitsstörungen eine → Indikation zu (stützender und ich-stärkender) Psychotherapie bedeuten können. In der → Klientenzentrierten Psychotherapie werden Persönlichkeitsstörungen gemäß einer phänomenologischen Betrachtung als Störungen des → Selbst gesehen. Demnach wird in diesen Fällen davon ausgegangen, daß sich das Selbstkonzept kaum ausbilden konnte und daher auch nicht –

wie bei den neurotischen Störungen – verteidigt werden muß. Die Person ist daher nicht in der Lage, sich auf Selbstentfaltung auszurichten, sondern ist aufgrund der Defizite in der Selbstentwicklung mit seiner Aufmerksamkeit und Energie auf ein psychisches „Überleben“ und auf Selbsterhaltung konzentriert (→ Selbstaktualisierungstendenz). Auffällig ist in den meisten Fällen, daß die Symptome als ego-synton (→ alloplastisch) einzustufen sind, d. h., daß die betroffenen Personen diese als unabhängig von inneren Konflikten bzw. sie nicht als → Inkongruenz von Selbstkonzept und Erfahrung erleben. Dies entspricht den spezifischen, als „primitiv“ bezeichneten Formen der → Abwehr, wie z. B. Externalisierung (die Zuschreibung der Problemverursachung vorwiegend oder ausschließlich auf äußere Quellen und Umstände) und → Spaltung (→ Abwehrmechanismen). Das typische Erlebens- und Verhaltensmuster bzw. das Erscheinungsbild von Personen mit Persönlichkeitsstörungen, das unter anderem durch eine geringe Fähigkeit zur Selbstreflexion charakterisiert ist, ist als Äußerung eben dieser Selbsterhaltungstendenz zu begreifen. Die auffallende „Beziehungsstörung“ muß eine entsprechende Akzentuierung und Berücksichtigung in der psychotherapeutischen Arbeit finden (zur Ätiologie von Entwicklungsstörungen dieser Art siehe z. B. Biermann-Ratjen, 1993; zur Behandlungspraxis z. B. Swildens, 1996).

- American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe
- Biermann-Ratjen E-M (1993) Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hg), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Köln, GwG, S 77–87
- Millon T (1996) Disorders of personality. New York, Wiley
- Sachse R (1997) Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen, Hogrefe
- Swildens H (1996) Client-centered psychotherapy in personality disorders. In: Esser U, Pabst H, Speierer G-W (Eds), The power of the person-centered approach. New challenges –

perspectives – answers. Köln, GwG, pp 205–213

- Weissman MM (1993) The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. Journal of Personality Disorders 7(Suppl. 1): 44–62
- World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Hans Swildens

Persönlichkeitsstörungen (aus Sicht der → Existenzanalyse). Persönlichkeit ist in der Sicht der Existenzanalyse eine in der psychischen Dimension (→ Anthropologie; → Dimensionalontologie) verankerte Struktur der → Psychodynamik, durch die eine umschriebene anhaltende Bereitschaft zu spontaner Emotionalität, reaktiver Affektivität inklusive Impulsivität und emotionaler Aktivität entsteht, die sich im Erleben und im Verhalten zeigt. Der Ursprung dieser Erlebnis- und Reaktions-Disposition beruht auf einer vererbten und einer durch Verhaltensweisen und Erleben von Lebensumständen erworbenen Komponente (die jeweiligen Anteile sind individuell verschieden). Die Psychodynamik der Störung wird im Spalten der psychischen Integrität gesehen, die auf den spezifischen Copingreaktionen der dritten → Grundmotivation beruht, vor allem dem auf Distanz-Gehen gegenüber unerträglichen Schmerzen. Die Ausdifferenzierung von unterschiedlichen Persönlichkeitstypen geschieht im Hinblick auf eine bessere subjektive Lebensbewältigung. Sie erfolgt aufgrund individueller Fähigkeiten bzw. durch eine kompensatorische Bewältigung von Leid oder Defiziten in den Grundbedingungen der → Existenz (Grundmotivationen). Entsprechend dieser (durch die Grundmotivation dynamisch ausgeprägter) Existenzbedingungen werden die Persönlichkeitstypen und Persönlichkeitsstörungen in der Existenzanalyse gruppiert in: ängstliche, depressive, soziopathische und dependente. Die häufigsten Persönlichkeitsstörungen finden sich im Bereich der im sozialen Kontext stattfindenden Selbstwertbildung (dritte Grundmotiva-

tion, → Selbstwert): histrionische, → narzißtische Störungen, → Borderline-Persönlichkeitsstörungen und paranoide Persönlichkeitsstörung. Die einer jeden Persönlichkeit eigene „Neigung“, in einer spezifischen Weise zu erleben und zu reagieren, führt bei einer Persönlichkeitsstörung zu anhaltenden, tiefgreifenden Unausgeglichenheiten und innerpsychischen Spannungen, die auf direktem Wege oder über störungsspezifische Copingreaktionen in ein andauerndes und gleichbleibendes selbst- und fremdschädigendes Verhalten mündet.

Frankl VE [1975] (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München, Piper [bes. S 230, 324]
Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 15(1): 16–27

Alfried Längle

Perversion. Unter Perversion, sexueller → Deviation bzw. Paraphilie wird die Notwendigkeit unüblicher oder bizarrer Vorstellungen oder Handlungen zur Erreichung einer sexuellen Erregung verstanden. Diese unüblichen oder bizarren Vorstellungen oder Handlungen müssen eine dauernde Voraussetzung für die sexuelle Stimulierung sein und sich dem Betroffenen auch unfreiwillig aufdrängen. Als unüblich und bizarr werden in diesem Zusammenhang verstanden: 1. eine Vorliebe für das Benützen nichtbelebter Objekte für die sexuelle Erregung; 2. die Notwendigkeit, wirkliche oder vorgestellte Sexualpartner leiden zu lassen, erniedrigen zu müssen oder einen sich verweigernden Partner zwingen zu müssen. Zur Klärung, ob eine bestimmte sexuelle Handlung als vorübergehende sexuelle Impulshandlung oder andauernde Paraphilie bezeichnet werden soll, ist weiter die zwischenmenschliche Beziehung zwischen den Partnern, der Anlaß und die Häufigkeit der sexuellen Handlung, das Vorliegen oder Nichtvorliegen von psychischen Störungen, geistigen Behinderungen oder Altersveränderungen zu berücksichtigen. Formal werden Paraphilien nach abnormen Sexualobjekten (Fetischismus; Gebrauch unbelebter Objekte), Pädophilie

(Hauptinteresse auf präpubertäre Kinder), Sodomie (Sexualität mit Tieren), Nekrophilie (Sexualität an Leichen) bzw. nach abnormen Sexualzielen unterschieden: Exhibitionismus (Zurschaustellung der Genitalien), Voyeurismus (Beobachten sexueller Aktivitäten), sexueller Sadismus (Demütigung oder Verursachen von Leid), sexueller Masochismus (Gedemütigtwerden oder Leiden) unterschieden.

American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe
World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Werner Brosch

Perversion. Dem Begriff liegt grundsätzlich der Bezug auf eine Vorstellung von „Normalität“ zugrunde, indem er die Abweichung des sexuellen Verhaltens von der Norm beschreibt. Freuds Beitrag (→ Psychoanalyse) zum Verständnis der Perversion war revolutionär und paradox zugleich. Indem er den Säugling als „polymorph pervers“ (Freud, 1905: 91) und die → Neurose als „das Negativ der Perversion“ (ebd.: 65) bezeichnete, befreite er den Begriff einerseits vom Odium des Abnormen und Verwerflichen. Durch seine → Triebtheorie bahnte er andererseits den Weg für eine neue Norm: Die reife, genitale Sexualität. In der psychoanalytischen → Selbstpsychologie ist die „Norm“ an den Bedingungen orientiert, die ein Kind für sein Aufwachen und die Ausbildung eines gesicherten → Selbst braucht. Das sexuelle Erleben und Verhalten eines Menschen wird als Ergebnis seiner prägenden Beziehungsformen (→ Selbstobjekterfahrungen) verstanden. Perversion ist die → Sexualisierung eines Selbstobjektbedürfnisses, indem das schädigende Erleben in szenischer Darstellung idealisiert und zum Zweck der Kompensation schwerer Enttäuschungen agiert wird

(vgl. → Masochismus). „Die Perversion ist ein verfrüht in die eigene Verfügung übernommener sexualisierter Ersatz für die Selbstobjektfunktion“, in der die Eltern versagt haben (Bartosch, 1999: 125). Der Abwehrvorgang der → Spaltung spielt bei der Perversion eine zentrale Rolle.

Bartosch E (1999) Ganz normal pervers? In: Bartosch E, Auf dem Weg zu einer neuen Psychoanalyse. Charakterentwicklung und Therapie aus der Sicht der Selbstpsychologie. Wien, Verlag Neue Psychoanalyse, S 101–130

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Freud S [1940] (1982) Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 389–394

Erwin Bartosch

Pessimismus, morgendliches. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Phallisch. → Psychoanalytische Phasenlehre.

Phänomenales Feld (auch: Erlebnisfeld; → Klientenzentrierte Psychotherapie). Im klientenzentrierten Ansatz in Anlehnung an Snygg und Combs (1949) verwendetes Synonym für die Gesamtheit der organismischen Erfahrung. All das, was in einem bestimmten Augenblick der unmittelbaren Wahrnehmung oder dem Bewußtsein präsent ist: Eindrücke, Wahrnehmungen, Emotionen und Gedanken einschließlich aktuell aktiver Erinnerungen und Einflüsse vergangener Erfahrungen. Das Individuum agiert stets im Zentrum dieses – sich ständig verändernden – Feldes, das seine Erfahrungswelt darstellt. Davon ist üblicherweise nur ein kleiner Teil bewußt. Eine Person reagiert also nicht auf externe „Reize“ oder auf interne „Erregungen“ oder „Störungen“ als solche, sondern es reagiert auf das Feld, so wie es dies erfährt und wahrnimmt.

Snygg D, Combs AW (1949) Individual behavior. New York, Harper [Aktualisierte Fassung: Combs A, Richards A, Richards F (1988) Perceptual psychology. A humanistic approach to the study of persons. Boston, University Press of America]

Jürgen Kriz

Phänomenologie. Das Wort „Phänomenologie“ bedeutet im Rückgriff auf seine aus dem Griechischen stammenden Wortteile: das, was sich zeigt (phainomenon), zu Wort (logos) kommen zu lassen. Historisch gesehen ist sie eine von Husserl, einem Schüler von Brentano, begründete und fortschreitend erweiterte philosophische Methode, als deren wirksamste Vertreter Heidegger und Merleau-Ponty gelten. In einem weiten Sinn ist Phänomenologie als vorurteilsfreie Wesensschau zu verstehen, die das, was erscheint, unbefangen zu beschreiben und Typen zuzuordnen versucht, statt es durch theoretische Spekulationen zu erklären (vgl. Heideggers Maxime „Zu den Sachen selbst!“ und seine Grundregel „Das was sich zeigt, so wie es sich von ihm selbst her zeigt, von ihm selbst her sehen lassen“; 1977: 46). Ausgangspunkt ist die Einsicht, daß alles Wirkliche sich in unserem → Bewußtsein manifestieren muß; aufgrund seiner Intentionalität (→ Sinn) ist Bewußtsein immer schon auf Welt gerichtet und nicht – wie es der Subjekt-Objekt-Dualismus der traditionellen Erkenntnistheorie nahelegt – als von der Welt isoliert zu denken. Im besonderen läßt sich Phänomenologie als Gegenposition zu einer auf cartesianischen Prinzipien beruhenden Methode charakterisieren, welche prinzipiell jene Bereiche ausklammert (bzw. berechenbar macht und damit ihres Eigenwesens beraubt), die für den Menschen konstitutiv sind: Lebenszeit und Lebensgeschichte als identitätsstiftende Mächte; → Sprache in ihrer kommunikations- und traditionsbegründenden Funktion (von Freud als therapeutisches Instrument wiederentdeckt); Leiblichkeit und Geschlechtlichkeit als Voraussetzungen sinn-erfüllten Lebens; → Lebenswelt als Ausgangspunkt der Erfahrung. Folgt man Heidegger (1975: 26ff.), gibt es drei „Grund-

stücke“ der phänomenologischen Methode: 1. Die Reduktion beruht in der Rückführung aus dem alltäglichen Seinsverständnis in das dem jeweiligen Seienden adäquate Verstehen des ihm eigentümlichen Seins. 2. Weil aufgrund der Seinsverfassung des → Daseins („Verfallen“) ein bestimmter Seinsbegriff wie selbstverständlich herrscht und das Dasein zu Verdinglichungen neigt, müssen Alltagsmeinungen wie wissenschaftliche Erkenntnisse und vor allem die dabei verwendeten Begriffe einer Destruktion unterworfen, d. h. auf ihre Rechtmäßigkeit hin geprüft werden. 3. Erst dann setzt mit der Konstruktion das eigentliche Sehenlassen ein, wobei das Lassen als Grundmerkmal phänomenologischer Interpretation konsequent eingeübt werden muß. Die Phänomenologie macht methodisch ausdrücklich und sucht zu festigen, was zum Wesen des Daseins gehört und dabei immer wieder verfehlt wird: die Offenheit für alles Begegnende. Weil diese Haltung dem Verfallen ausgesetzt ist und somit an die Stelle der Offenheit (die Prinzipientreue ebenso wie die Bereitschaft zum Widerruf einschließt) das tritt, was „man“ über Gott und die Welt immer schon zu wissen glaubt, ist Phänomenologie mehr als nur eine spezielle Methode innerhalb eines bestimmten Fachbereichs, sondern weit über die Philosophie hinaus in Disziplinen wie Psychologie, Soziologie, Pädagogik wirksam, in denen es darum gehen könnte, den Menschen aus seiner Selbstentfremdung zu befreien. Im therapeutischen Bereich zeigt sich ihre Wirkung über die Grundhaltung der unbefangenen Beschreibung hinaus in dezidiert phänomenologischen Entwürfen: zunächst in der von Binswanger begründeten daseinsanalytischen Psychiatrie, dann in der von Boss begründeten Zürcher Schule der Daseinsanalyse, die in ihren Grundbestimmungen auf Heideggers Philosophie basiert.

Condrau G [1989] (1998) Daseinsanalyse. Philosophisch-anthropologische Grundlagen. Die Bedeutung der Sprache. 2. Aufl. Dettelbach, J.H. Röll

Heidegger M [1927] (1977) Sein und Zeit. Gesamtausgabe, Bd. 2. Frankfurt/M., Klostermann

Heidegger M (1975) Die Grundprobleme der Phänomenologie. Gesamtausgabe, Bd. 24. Frankfurt/M., Klostermann

Herzog M, Graumann CF (Hg) (1991) Sinn und Erfahrung. Phänomenologische Methoden in den Humanwissenschaften. Heidelberg, Asanger

Merleau-Ponty M (1966) Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin, de Gruyter

Helmuth Vetter, Thomas Slunecko

Phänomenologische Bewegungsdiagnostik. → Bewegungsdiagnostik, phänomenologische; → Integrative Bewegungstherapie.

Phänomenologische Haltung. Psychotherapeutische Haltung in der → Existenzanalyse, die in der Offenheit zum anderen besteht und ihn in seiner Eigenart beläßt. Leitend dabei ist Heideggers hermeneutische Wende (vgl. Heidegger, 1967, § 7) von Husserls Phänomenologie, wonach „Phänomen“ das ist, was sich von ihm selbst her zeigt. Dabei ist auch die private Bestimmung von Erscheinung zu berücksichtigen, nach der sich etwas nie ganz zeigen kann, sondern nur so, wie es in Wechselwirkung mit dem Medium (teilverhüllt) in Erscheinung treten kann. Diese verdeckte Form des alltäglichen Seins gilt es phänomenologisch aufzudecken, von ihm selbst her sehen zu lassen. Die → Phänomenologie wird zu einer hermeneutischen, indem sie nicht von der Anschauung – von Objekten – sondern vom Verstehen ausgeht (→ Existenz). Als psychotherapeutische Haltung ist ihr Anliegen das Ansichtigwerden des Patienten von ihm selbst her. Dies vollzieht sich durch das Entstehen-Lassen und Im-Blick-Behalten eines interpersonellen Feldes, in dem das Wechselspiel zwischen den unterschiedlich organisierten Verstehensweisen des Patienten und des Therapeuten geschieht. Das erfordert vom Therapeuten, sich vom Patienten treffen zu lassen und zugleich, sich von seiner eigenen Betroffenheit zu distanzieren, wodurch freier Raum für die Artikulation des Selbstverständnisses des Patienten entsteht. Es gilt also, die Bedeutung dessen, was ein

Patient artikuliert, aus einer Perspektive innerhalb des Bezugsrahmens des Patienten zu verstehen. Dies heißt Suspension des Urteils (epoché) über eine vermeintlich „objektive Realität“. Die einzige Realität, die phänomenalen Charakter aufweist, ist die subjektive Realität des Patienten und des Therapeuten; es ist die intersubjektive Realität des interpersonalen Feldes, aus dem „Realität konstituiert wird“. Die phänomenologische Haltung entfaltet sich in der → Personalen Existenzanalyse durch die „Deskription“, in der sich das Selbstverstehen des Patienten in seiner Alltäglichkeit (Existenz) artikuliert; durch die „phänomenologische Analyse“, in der die Emotionalität freigelegt und das Selbstverstehen des Patienten in seiner Situation (Existenz) artikuliert wird; durch die „innere Stellungnahme“, in der sich das Verstehen der eigenen Existenz aus der jeweiligen Situation entwickelt, womit sich die Dimension des Handelns eröffnet.

Heidegger M [1927] (1967) Sein und Zeit. 11. Aufl. Tübingen, Niemayer

Heidegger M [1975] (1997) Die Grundprobleme der Phänomenologie. Gesamtausgabe, Bd. 24. Frankfurt/M., Klostermann

Heidegger M (1988) Ontologie (Hermeneutik der Faktizität). Gesamtausgabe, Bd. 63. Frankfurt/M., Klostermann

Längle A (1993) Personale Existenzanalyse. In: Längle A (Hg), Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien, GLE-Verlag, S 133–160

Spiegelberg H (1985) Die Rolle der Phänomenologie in Viktor Frankls Logotherapie und Existenzanalyse. In: Längle A (Hg), Wege zum Sinn. München, Piper, S 55–70

Fernando Lleras

Phantasie. → Fantasie; → Psychoanalyse; → Analytische Psychologie.

Phantasma. → Fantasma; → Analytisches Psychodrama.

Pharmakodynamik. Teilgebiet der Pharmakologie, welches sich mit den Einflüssen eines Pharmakons auf den Organismus be-

schäftigt. Die Summe dieser Einflüsse („Wirkung“) hängt von der Konzentration des Pharmakons am Wirkort und der Ansprechbarkeit des Organismus ab (→ pharmakologische Wirkungen). Die Wirkung hat eine bestimmte Dauer, welche von Aufnahme und Ausscheidung des Pharmakons abhängt (→ Pharmakokinetik). Oberhalb und unterhalb bestimmter Konzentrationen (maximal bzw. minimal wirksame Konzentration) entsteht keine – nachweisbare – Beeinflussung des Körpers. Pharmakodynamik und Pharmakokinetik hängen wechselweise miteinander zusammen und können im Hinblick auf die Wirkung eines Pharmakons nicht wirklich voneinander getrennt werden (→ Dosis-Wirkungs-Beziehung; → Halbwertszeit; → therapeutische Breite; → Psychopharmaka).

Forth W (1980) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Mannheim, Bibliographisches Institut

Langer G, Heimann H (1983) Psychopharmaka – Grundlagen und Therapie. Wien, Springer

Gerd Eichberger

Pharmakokinetik (→ Psychopharmaka). Teilgebiet der Pharmakologie, welches sich mit der zeitlichen Änderung der Konzentration eines Pharmakons im Organismus (zumeist „Blutspiegel“) befaßt. Die Konzentration bzw. Konzentrationsänderung eines Pharmakons am Wirkort hängt von seiner physikochemischen Beschaffenheit (Löslichkeit u. a.) und seiner Verteilung im Körper (Fettgewebe u. a.) ab, weiters von Eigenschaften des aufnehmenden Körpers (→ Resorption; Elimination; → Halbwertszeit, organische Krankheiten, Alterungsprozesse etc.), von der Verabreichungsart (oral, intramuskulär, intravenös u. a.), von der Häufigkeit der Verabreichung (z. B. einmalige orale Gabe oder Dauermedikation, einmalige intramuskuläre Verabreichung oder Depotmedikation etc.; → Depotneuroleptika) und von der Höhe der verabreichten Dosis (→ Dosis-Wirkungs-Beziehung; → therapeutische Breite; → pharmakologische Wirkungen).

Forth W (1980) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Mannheim, Bibliographisches Institut
Langer G, Heimann H (1983) Psychopharmaka – Grundlagen und Therapie. Wien, Springer

Forth W, Henschler D, Rummel W, Starke K (1992) Pharmakologie und Toxikologie. 6. Aufl. Mannheim, BI-Wissenschaftsverlag

Werner Brosch

Gerd Eichberger

Pharmakologische Wirkungen (→ Psychopharmaka). Die durch Stoffe ausgelösten Veränderungen biologischer Funktionen. Sie können sich entweder lokal am Ort der Pharmakonzufuhr oder nach Verteilung im Gewebe als systemische Wirkungen entfalten. Veränderungen können reversibel oder irreversibel sein. Primärwirkungen sind an die Gegenwart des Wirkstoffes gebunden. Veränderungen an den Wirkorten nach Entfernung der Wirkstoffe oder Wirkungen an anderen Orten heißen Sekundärwirkungen. Mit Latenz wird das zeitlich zur Einnahme verzögerte Eintreten der Pharmakonwirkung bezeichnet. Wirkungsqualität bezeichnet die Art der Wirkung, Wirkungsstärke das Ausmaß des Unterschieds zum unbeeinflussten Zustand, Wirkungsdauer die Dauer der Wirkung. Unter Wirkungsmechanismus versteht man die Erklärung pharmakologischer Wirkungen auf biochemischer, physikalischer oder physiologischer Ebene. Man spricht von Wirkungsweise, wenn diese Mechanismen nicht ausreichend bekannt sind. Pharmakonwirkungen können über allgemein chemisch-physikalische Prinzipien (z. B. Flüssigkeitszufuhr im Schock, Adsorbentien bei Durchfall etc.) oder über spezifische Rezeptoren erfolgen. Durch Bindung eines natürlichen Botenstoffes (z. B. Hormon, Neurotransmitter) oder eines Pharmakons am Rezeptor kann eine komplexe Beeinflussung des Zellstoffwechsels in Gang kommen (→ Pharmakodynamik; → Pharmakokinetik; → Dosis-Wirkungs-Beziehung; → therapeutische Breite; → Psychodynamik der Medikamente; → Placebo).

Brosch W (1996) Psychopharmaka. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und andere professionelle Helfer. Wien, Orac

Phasenlehre, psychoanalytische. → Psychoanalytische Phasenlehre; → Psychoanalyse; → Objektbeziehungstheorie.

Phasenmodelle der Gruppe (→ Dynamische Gruppenpsychotherapie). Gruppenmodelle, die in ihrem Erklärungsansatz verdeutlichen, wie Gruppen mit „Störmotiven“ umgehen. Tritt in der Gruppe eine „Störung“ auf (Unzufriedenheit, Wunsch, Veränderung der Umgebung), werden Prozesse in Gang gesetzt, um das Gruppengleichgewicht wieder herzustellen. Fenger (1986: 77) sieht im Begriff „Störung“ eine semantische Annäherung an den Begriff „Reiz“, womit undifferenziert jedes Ereignis in der Gruppe, das eine Reaktion hervorruft, gemeint wäre. „Störungen“ sind Voraussetzung für Konfliktbildungen in Gruppen, und die Auseinandersetzung und Bearbeitung von Konflikten bzw. ihre Handhabung oder das Scheitern daran führt zu Entwicklung oder Regression und Einschränkung. Bales (1953, zit. nach Heigl-Evers, 1978: 57ff.) beschreibt einen zyklischen Prozeß von Störung und Wiederherstellung des Gleichgewichts. Die Störung des Gruppengleichgewichts wird durch das Einbringen neuer Ideen und Aspekte hervorgerufen. Diese Störung wird durch die Gruppe über Feedback und Korrekturen bearbeitet und dadurch von der Gruppe einerseits begrenzt und andererseits als neues Element aufgenommen. Für Bales stellen diese Zyklen logische Einheiten dar, in denen sich die Gruppe mit einem speziellen Problem und dessen Lösungen befaßt. Miles (1981) beschreibt in seinem interaktionell orientierten Lernmodell der Gruppe den phasenhaften Ablauf von Unzufriedenheit, Auswahl, Übung, Bestätigung, Generalisierung und neuer Unzufriedenheit. In jedem dieser Lernzyklen erwirbt die Gruppe neues Verhaltensrepertoire und neues Konfliktlösungspotential. Auch die → Grundan-

nahme-Theorie von Bion mit den Phasen Abhängigkeit, Kampf-Flucht und Paarbildung beschreibt den Verarbeitungsmechanismus, mit dem Gruppen auf Veränderungen reagieren und damit das Verhältnis zwischen Grundannahmegruppe und Arbeitsgruppe wieder neu einstellen können.

Bion WR (1971) Erfahrungen in Gruppen. Stuttgart, Klett-Cotta

Fengler J (1986) Soziologische und sozialpsychologische Gruppenmodelle. In: Petzold HG, Frühmann R (Hg), Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit, Bd. I. Paderborn, Junfermann, S 33–108

Heigl-Evers A (1978) Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. 2., neubearb. Aufl. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Miles MB (1981) Learning to work in groups. New York-London, Columbia University-Teachers College

Rainer Fliedl

Phasenprophylaktika (→ Psychopharmaka). Medikamente zur Verhinderung (Prophylaxe) oder Abschwächung von Krankheitsphasen manisch-depressiver und schizoaffektiver Störungen (→ manisch-depressiver Formenkreis; → schizophrener Formenkreis). Eingesetzt werden Lithiumverbindungen und bestimmte Antiepileptika, vor allem Carbamazepin. Ein Einsatz von Phasenprophylaktika ist empfehlenswert, wenn innerhalb von 2–3 Jahren 2–3 Krankheitsepisoden aufgetreten sind. Die Phasenprophylaxe kann während oder zwischen Krankheitsepisoden beginnen, die Wirkung setzt jedoch meist erst nach ca. 6 Monaten ein. Lithium (griech. lithos=der Stein), ein einwertiges Metall, wurde 1818 von August Arfvedson entdeckt. Lithium kommt als Bestandteil von Mineralien und in Organismen als Spurenelement vor. Der australische Psychiater John Cade veröffentlichte 1949 den ersten wissenschaftlichen Artikel über den medizinischen Einsatz von Lithiumsalzen (Carbonate, Acetate). 1952–54 wurde in Dänemark mittels Doppelblindversuchen nachgewiesen, daß Lithium die akute manische Erregung verringert. 1959/60 wiesen P.C. Baastrup, G.P. Hartigan und M. Schou die prophylaktische Wirksamkeit von Lithium beim manisch-depressiven Formenkreis nach. Lithium

besitzt eine geringe → therapeutische Breite sowie eine sehr lange → Halbwertszeit und ist daher in der Handhabung nicht einfach. Da es als Phasenprophylaktikum über lange Zeit eingenommen werden muß, ist für seine praktische Anwendung eine intensive und genaue Mitarbeit der Betroffenen (regelmäßige Bestimmungen des Lithiumspiegels, genaue Beachtung der Dosierung, gute Selbstbeobachtung, gute Compliance) nötig. Häufig treten u. a. unerwünschte Gewichtszunahme, Hände zittern, Durst und vermehrter Harndrang auf. Bei Überdosierungen (Vergiftungen) kommt es zu Übelkeit, Durchfällen und Bewußtseinsstörungen bis zum Koma. Beim Einsatz von Carbamazepin, einem seit langem bewährten Antiepileptikum, sind ebenfalls regelmäßige Bestimmungen der Konzentration im Blut erforderlich. Im Vergleich zu Lithium besitzt es eine größere therapeutische Breite und ist damit in der Anwendung sicherer.

Finzen A (1998) Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. 12., überarb. u. erw. Aufl. Bonn, Psychiatrie-Verlag

Langer G, Heimann H (1983) Psychopharmaka – Grundlagen und Therapie. Wien, Springer

Möller H-J (1993) Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart, Enke

Schou M (1991) Lithiumbehandlung der manisch-depressiven Krankheit. 2. Aufl. Stuttgart, Thieme

Wolfgang Grill

Phasenspezifische Skripttheorie. → Skripttheorie, phasenspezifische; → Transaktionsanalyse, tiefenpsychologische.

Philosophia perennis (lat.: „ewige Philosophie“). Taucht zuerst 1540 bei A. Steuchus, später bei Leibniz, A. Huxley, K. Wilber u. a. auf. Die Sache, die dieser Begriff bezeichnet, ist sehr viel älter und universal. Es geht um den gemeinsamen Kern der spirituellen Erfahrung der Menschheit, wie sie die Heiligen und Weisen aller Hochreligionen der Welt überraschend ähnlich berichten, so unterschiedlich ihre Dogmen und Institutionen auch sein mögen. Schrift-

lich wurde die ewige Philosophie erstmals vor ungefähr 2.500 Jahren in Indien niedergelegt. Sie beschreibt eine andere, „eigentlichere“ Wirklichkeit als die unseres Alltags, eine Wirklichkeit, die Grund, Ursprung und Ziel alles Seienden ist. Hindus nennen sie Brahman, Taoisten Tao, Christen Gott. Im Rahmen der ewigen Philosophie gibt es viele Wege, um dieser Wirklichkeit nahe zu kommen: Wege der Stille (→ Meditation), der Ekstase (z. B. Derwischtänze), Wege über Atemkontrolle oder über feinstoffliche Energien, Wege des Wissens, Handelns und vor allem auch der liebenden Hingabe, Wege über Schmerz und Todesnähe (Schamanismus) und natürlich auch der Weg über christliche Kontemplation und Gebet. Das höchste Ziel dieser Wege ist die All-Einheit, die „unio mystica“ in der jüdisch-christlichen und der islamischen Tradition oder das Einswerden mit dem Urgrund des Seins, der Leere, der alle Form entspringt, dem nicht mehr Benennbaren in den nontheistischen Glaubenssystemen.

Huxley A (1987) Die ewige Philosophie. München, Piper

Zundel E, Loomans P (Hg) (1994) Psychologie und religiöse Erfahrung. Freiburg, Herder

Edith Zundel

Phobie. Eine Form der → Angststörungen. Nach dem ICD-10 handelt es sich dabei um eine Angst, die ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte außerhalb des Betroffenen hervorgerufen wird. Die entsprechenden Situationen oder Objekte werden gemieden oder voller Angst ertragen. Phobische Angst ist subjektiv, physiologisch und im Verhalten von anderen Angstformen nicht zu unterscheiden und reicht von leichtem Unbehagen bis hin zu panischer Angst. Es zeigen sich körperliche Symptome (z. B. Herzklopfen, Herzrasen, Schwitzen, Zittern) und geistige Symptome (Angst zu sterben, die Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden). Nach dem DSM-IV handelt es sich dabei oft um situationsgebundene → Panikattacken. Aufgrund des Kriteriums, daß sich die phobieauslösenden Reize außerhalb der

Person befinden müssen, werden Ängste, die sich auf das Vorliegen einer Krankheit oder körperlichen Entstellung beziehen, im ICD-10 zur hypochondrischen Störung gezählt. Als spezifische Phobie gelten jedoch die Furcht vor Krankheit im Sinne eines möglichen Infektions- oder Vergiftungsrisikos, vor ärztlichen Handlungen (z. B. Injektion, Operation) und vor medizinischen Institutionen. Das ICD-10 unterscheidet drei große Gruppen von Phobien: Agoraphobie ohne bzw. mit Panikstörung (→ Agoraphobie), soziale Phobien, spezifische (isolierte) Phobien. In der Regel erkennen Betroffene die Unsinnigkeit der Phobie, können sich davon distanzieren und kämpfen dagegen an. → Autogenes Training und → Verhaltenstherapie in Form der → Reizkonfrontation und des Selbstsicherheitstrainings sind die erfolgreichsten Therapieverfahren bei Phobien (Tölle, 1991:79).

American Psychiatric Association (Hg) (1998) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. 2., überarb. Aufl. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. Göttingen, Hogrefe

Hamm A (1997) Furcht und Phobien. Psychophysiologische Grundlagen und klinische Anwendungen. Göttingen, Hogrefe

Morschitzky H (1998) Angststörungen. Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst. Wien, Springer

Reinecker H (1993) Phobien. Agoraphobien, soziale und spezifische Phobien. Göttingen, Hogrefe

Tölle R (1991) Psychiatrie. Wien, Springer [S 75ff.]

World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Hans Morschitzky, Gerhard Miksch

Physiologie (→ Neurolinguistisches Programmieren). Das somatische Korrelat (Oberflächenstruktur) des mentalen Prozesses. Beobachtbare Veränderungen wie Hautfärbung, Atmung, Motorik, Muskelspannung oder das Timbre der Stimme lassen den Zugang zu → Repräsentations-

systemen oder einem spezifischen inneren Zustand (Ressource-State, Stuck-State) erkennen. Das Integrieren und Utilisieren dieser unbewußten körpersprachlichen Signale erlaubt einen subtilen, feedback-gesteuerten Kommunikationsprozeß. → Ressourcen können so geankert, → Ambivalenz oder Ablehnung erkannt und therapeutisch berücksichtigt oder angesprochen werden. Das Berücksichtigen der Physiologie ist insbesondere auch beim → Modellieren und bei der Arbeit mit → Strategien essentiell.

- Bandler R, Grinder J [1979] (1994) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme. 11. Aufl. Paderborn, Junfermann
Dilts R, Bandler R, Grinder J [1980] (1985) Strukturen subjektiver Erfahrung. Ihre Erforschung und Veränderung durch NLP. Paderborn, Junfermann

Helmut Jelem

Physiologie der → Hypnose. Emotionen, Kognitionen, Motorik und Sinneswahrnehmungen korrelieren eng mit physiologischen Abläufen im Körper. Diese Vernetzung wird über die verschiedenen Anteile des zentralen und peripheren Nervensystems ermöglicht. Dabei handelt es sich um mehrfach ineinandergreifende Funktionssysteme mit aktivierender oder inhibierender Wirkung. Ein gutes Beispiel der Vernetzung von Vorstellung, Wahrnehmung und Motorik sind die ideomotorischen Bewegungen (z. B. → Katalepsie; → Levitation), wobei das Vorstellen von Bewegungen bereits Mitbewegung des entsprechenden Körperteils bewirkt. Veränderungen der Wahrnehmung (z. B. positive und negative → Halluzinationen; → Analgesie) sind von → Suggestionen und auch von der → Hypnotisierbarkeit abhängig. Andere Beispiele sind die typischen neurophysiologischen Reaktionen, die im → Trancezustand auftreten (trophotropes Reaktionsmuster): kardiovaskulär (Blutdruck und Puls sinken), periphere Durchblutung nimmt zu (Wärmegefühl), Speichelsekretion nimmt zu, Pupillen verengen sich etc., wobei diese Veränderungen nicht nur vom Trancezustand alleine bestimmt werden, sondern auch sehr suggestions-

abhängig sind. So wird z. B. die Suggestion einer großen, gelben, saftigen Zitrone mehr Speichelsekretion auslösen als die Suggestion von Ruhe und Entspannung. Gehirnaktivität: Untersuchungen, vor allem in den 70er Jahren, ergaben unterschiedliche Funktionsveränderungen der Gehirnhemisphären im Trancezustand. Die meisten dieser Arbeiten gehen davon aus, daß im Trancezustand die rechte Hirnhemisphäre aktiver ist. (Crawford et al., 1983). Spätere kontrollierte Untersuchungen zeigten, daß im Gehirn gut Hypnotisierbarer eine statistisch signifikante Aktivierung des Stirnlappens während der Hypnose auftritt (Walter et al., 1993, 1994). Immunreaktionen: Aus experimentellen Ergebnissen kann geschlossen werden, daß affektive Vorstellungen das sympathische Nervensystem beeinflussen. So bewirkt z. B. Stress eine erhöhte Ausschüttung von Cortisol, wodurch – bei längerdauernder Einwirkung – das Immunsystem unterdrückt wird und sich z. B. Keime oder Tumorzellen ungehinderter ausbreiten können. Bongartz (1986) konnte nachweisen, daß Cortisol und Leukozyten durch Hypnose verringert, während Granulozyten vermehrt werden. Daraus kann geschlossen werden, daß durch Hypnose eine Stärkung des Immunsystems erreicht werden kann. Daher kann Hypnose als Begleittherapie bei Autoimmunstörungen, Allergien, Dermatitis, Asthma und Krebs sinnvoll unterstützend wirken.

- Bongartz W (1986) Abnahme von Plasmacortisol und weißen Blutzellen nach Hypnose. Experimentelle und Klinische Hypnose 1(2): 101–107
Bongartz B, Bongartz W (1988) Hypnose. Wie sie wirkt und wie sie hilft. Zürich, Kreuz
Crawford HJ, Crawford K, Koperski B (1983) Hypnosis and lateral cerebral function as assessed by dichotic listening. Biological Psychiatry 18(4): 415–427
Walter H, Podreka I, Suess E, Saletu B, Lesch OM (1993) Von der Lateralisationstheorie zur Frontalisationstheorie der Hypnose. Hypnose und Kognition 10(2): 6–15
Walter H, Podreka I, Hajji M, Musalek M, Passweg V, Suess E, Steiner M, Lesch OM (1994) Brain blood flow differences between hypnosis and waking state. Comunicazioni scientifiche di psicologia generale 12: 41–52

Henriette Walter

Placebo (lat.: „ich werde gefallen“). Jene Therapie oder jener Teil einer Therapie, der wegen vermuteter spezifischer Wirkungen angewandt wird, aber objektiv bei der vorliegenden Erkrankung ohne spezifische Wirksamkeit ist, andererseits jene Therapie, die bewußt zur Erzielung eines unspezifischen psychologischen oder physiologischen Effektes angewandt wird (Shapiro, 1971). Dem unspezifisch wirksamen Placebo wird damit eine spezifisch wirksame therapeutische Methode (bei Medikamenten spricht man vom Verumpräparat) gegenübergestellt, was die theoretische Grundlage des Doppelblindversuches bei der Erforschung von Medikamenten ist. Diese Gewichtung des Spezifitätskriteriums in der Placebodefinition wird mit Recht verschiedentlich kritisiert, soweit keine ausreichende Klarheit besteht, ob sich der Terminus unspezifisch auf die Charakteristika der Placebo-Intervention, auf den vermuteten Wirkmechanismus oder auf die Effekte, die Placebos hervorrufen, bezieht, oder auf alle drei Konstrukte. Zudem ist die Einschätzung der Spezifität einer Behandlung abhängig von der jeweiligen Therapie-Theorie, sodaß es überhaupt keine theapietheorie-unabhängige schulübergreifende Placebodefinition geben kann. Diese Fragen spielen in der Auseinandersetzung zwischen „Schulmedizin“ und „Alternativmedizin“, aber auch z. B. in der → Psychotherapieforschung eine wichtige Rolle und betreffen auch die Einschätzung des sogenannten Placeboeffektes. Wird dieser in der Literatur, je nach therapeutischer Situation und Methode, Krankheit und anderen Faktoren einerseits oft als recht beträchtlich befunden, so wird er von anderen Autoren überhaupt in Frage gestellt und auf Faktoren zurückgeführt, die einen Placeboeffekt vortäuschen können, etwa auf den natürlichen Krankheitsverlauf mit seinen Schwankungen, begleitende Therapiemaßnahmen, Beobachter- und Patienten-Bias, spezifisch wirksame „Placebos“, irrelevante Prüfkriterien und andere methodische Fehler. Die häufige Interpretation des Begriffes als Gefälligkeitsmedikament unterschlägt zwar die Geschichte des Begriffes, erfaßt aber die darin ausgedrückte Funktion, die ein Placebo als „Lüge,

die heilt“ (H. Brody) in einer therapeutischen Beziehung bewußt oder unbewußt gewinnen kann. Insgesamt kann man unter psychodynamischen Gesichtspunkten die Placebowirkung als die Summe aller Wirkungen verstehen, die ein Medikament oder ein anderes Hilfsmittel der Therapie (also auch eine schulspezifische psychotherapeutische Intervention) zusätzlich zur „spezifischen“ Wirkung innerhalb einer therapeutischen Beziehung hervorrufen kann, wobei zu berücksichtigen ist, daß alle therapeutischen Vorgänge die sogenannten Selbstheilungskräfte des Patienten beeinflussen. In der → Psychoanalyse werden diese Vorgänge im wesentlichen als Übertragungsheilung (→ Übertragung) bzw. – bei Placebonebenwirkungen („Nocebo“) – als → negative therapeutische Reaktion verstanden und abgehandelt.

Meißel T (1996) Placebo, Compliance und der Traum von Irmas Injektion. Linz, Edition promente

Shapiro AK, Morris LA (1971) The placebo effect in medical and psychological therapies. In: Garfield SL, Bergin AE (Eds), Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis. New York, Wiley, pp 439–473

Stacher A (Hg) (1995) Placebo und Placebophänomen. Wien, Facultas

White L, Tursky B, Schwartz G (Eds) (1985) Placebo – theory, research and mechanisms. New York, Guilford Press

Theodor Meißel

Plananalyse. → Verhaltensanalyse, vertikale; → Verhaltenstherapie.

Plasmatische (orgonotische) Strömung. → Strömung, orgonotische (plasmatische); → Körperpsychotherapie.

Plissit. Ein von Annon (1975) entwickeltes Akronym für ein vierstufiges Modell von Beratung und Therapie bei sexuellen Störungen (→ Funktionsstörungen, sexuelle). Die erste Stufe (*p* für permission) steht für ein Gespräch zu allgemeinen Fragen zur

Sexualität. In der nächsten Stufe (*li* für limited information) werden spezifische Askünfte über physiologische und psychologische Zusammenhänge bezüglich sexueller Funktionen erteilt. Die dritte Stufe (*ss* für specific suggestions) beinhaltet praktische Hinweise und Übungen zur Überwindung sexueller Störungen. Allein in der letzten Stufe (*it* für intensive therapy) kommt es zu einer aufwendigen und intensiven therapeutischen Behandlung unter Einbezug der Gesamtpersönlichkeit des Patienten. Annon geht davon aus, daß für diese letzte Stufe eher selten eine Indikation besteht. In der modernen → Sexualtherapie werden insbesondere die drei ersten Stufen kombiniert und störungsbildbezogen in die Behandlung integriert.

Annon J (1975/76) The behavioral treatment of sexual problems. Honolulu (Hawaii), Enabling Systems

Jalkoczy S (1985) Sexualberatung. Report Psychologie 10(10): 8–11

Paul Kochenstein

Plus-Symptomatik. → Schizophrener Formenkreis.

Polarität. Mary Whitehouse führte das Prinzip der „Polarität“ als diagnostisches sowie methodisches Werkzeug in die → Tanztherapie ein. Zunächst erkannte sie eine Entsprechung zu dem in der tanzpädagogischen Didaktik von Mary Wigman bestimmenden Prinzip, das zur tänzerischen Selbstfindung die spontane, authentische Bewegungsäußerung einsetzt sowie dem Jung'schen Therapieprinzip, das zur Selbstverwirklichung die Fantasie und die Imagination assoziativ aktiviert. Im Kontext der polaren Beziehung von Selbst und Ego wird für Whitehouse die individuelle Bewegungserscheinung erklärbar: Die vom Ego bestimmte Bewegungsweise verdrängt durch Willen und Kontrolle das (wahre) Selbst. Die „authentische“, vom Selbst bestimmte Bewegung hingegen entzieht sich durch den Verzicht auf willentliche Kontrolle der Vorherrschaft des Ego. Auf der Basis dieser Idee nähert sich Whitehouse der Bewe-

gungsweise ihrer Klienten als der individuellen Verkörperung einer Selbst-Ego-Polarisierung an, die sich in konflikthaftern Einstellungen zum eigenen Körper zeigt und dessen Bewegungen bestimmt, z. B. linke Körperseite versus rechte Körperseite, Vorwärtsbewegungen versus Rückwärtsbewegungen oder aktives Bewegen versus passives Bewegt-Werden.

Leva F (1988) Dance movement therapy. A healing art. Reston (Virginia), American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance

Preston-Dunlop V (1980) A handbook for dance in education. Estover (Plymouth), MacDonald & Evans

Whitehouse M (1977) The transference and dance therapy. American Journal of Dance Therapy 1(1): 3–7

Cary Rick

Polaritäten. In der → Gestalttherapie wird davon ausgegangen, daß alle Phänomene des Lebendigen sich aus der → schöpferischen Indifferenz heraus in polarer Weise entfalten. Als grundlegendste Polarität kann das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Eigenständigkeit angesehen werden (→ Kontakt). In der therapeutischen Arbeit wird daher oft nach dem Gegenteil dessen gesucht, was den Klienten beschäftigt, wie z. B. Bescheidenheit – Überheblichkeit, Grausamkeit – Güte, Zuneigung – Ablehnung (Polster, 1987). Die polaren Gegensätze treten oft als innere Dialoge auf („Topdog – Underdog“), die den Klienten lähmen. Integration der Polaritäten und damit Neuorientierung wird über die Bewußtseinsqualität des mittleren Modus (→ Bewußtheit) möglich, der Zugang zum Seins-Grund des Menschen schafft.

Büntig W (1982) Die Gestalttherapie Fritz Perls'. In: Eicke D (Hg), Individualpsychologie und Analytische Psychologie. Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Tiefenpsychologie, Bd. 4. Weinheim, Beltz, S 534–556

Polster E (1987) Jedes Menschen Leben ist einen Roman wert. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Reinhard Fuhr

Polytoxikomanie (Mischabhängigkeit). → Suchtformen.

Position. → Organisation; → soziodynamische Grundformel; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Position, depressive. → Depressive Position; → Psychoanalyse.

Position, paranoid-schizoide. → Paranoid-schizoide Position; → Psychoanalyse.

Positionsfindung, personale. → Personale Positionsfindung; → Existenzanalyse.

Positive Beachtung. → Wertschätzung, unbedingte; → Bedürfnis nach positiver Beachtung; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Positive Intention. → Gute Absicht; → Neurolinguistisches Programmieren.

Positive Konnotation. → Konnotation, positive.

Positive Psychotherapie (PPT). Ziel dieser von Nossrat Peseschkian seit 1968 erarbeiteten Methode ist es, ein Modell zu erarbeiten, das als orientierende und strukturierende Hilfe dazu dienen soll, eine Gesamtdiagnose für einen Patienten zu finden, das heißt, eine Diagnose, die sowohl das Symptom und seine Ursachen erfaßt, als auch die mittelbaren Ursachen, die sich aus Lebenssituation, Umwelt, Familie, Subkultur und Kultur ergeben. Darüber hinaus muß dieses Modell die gesunden Anteile aufzeigen können, aus denen die Ressourcen für eine Heilung bzw. die Fähigkeiten und Energien

für das Umgehen mit der Krankheit und der veränderten Lebenssituation hervorgehen. Die PPT basiert auf 9 Thesen, 3 Prinzipien und 5 Stufen. Die neun Thesen: 1. die PPT berücksichtigt die positiven Aspekte jeder Krankheit (Selbsthilfe); 2. die Mikrotraumentheorie berücksichtigt Konfliktinhalt und Konfliktodynamik; 3. das transkulturelle Denken ist Grundlage der PPT (transkultureller Aspekt); 4. Konzepte, Mythologien und orientalische Geschichten werden gezielt in die therapeutische Situation einbezogen; 5. jeder Mensch ist einzigartig – die Therapie wird den Bedürfnissen des Patienten angepaßt; 6. Positive Familientherapie; 7. die Begriffe der Positiven Psychotherapie kann jeder verstehen; 8. die PPT bietet ein Grundkonzept für den Umgang mit allen Krankheiten und Störungen; 9. die PPT basiert auf einem Konzept, wie verschiedene Methoden und Fachrichtungen zusammenarbeiten können (metatheoretischer Aspekt). Die drei Dimensionen: 1. das positive Menschenbild (transkultureller Ansatz); 2. Konfliktinhalt – Konfliktodynamik: Grundfähigkeiten und Aktualfähigkeiten (Metakommunikation), 3. fünfstufige integrale Therapie und Selbsthilfe (Metatheorie). Die fünfstufige integrale Behandlungsstrategie: 1. Beobachtung/Distanzierung; 2. Inventarisierung; 3. situative Ermutigung; 4. Verbalisierung; 5. Zielerweiterung. Die transkulturellen Erfahrungen und Überlegungen führten Peseschkian dazu, den Menschen – auch in der Psychotherapie – nicht nur als isoliertes Einzelwesen zu begreifen, sondern seine zwischenmenschlichen Beziehungen und – wie es seiner eigenen Entwicklung entspricht – seine „transkulturelle“ Situation zu berücksichtigen, die ihn erst zu dem macht, was er ist. Der transkulturelle Ansatz durchzieht wie ein roter Faden die gesamte Positive Familientherapie. Er wird auch deshalb gesondert berücksichtigt, weil der transkulturelle Gesichtspunkt auch Material zum Verständnis individueller Konflikte bietet. Darüber hinaus besitzt dieser Aspekt eine außerordentliche soziale Bedeutung: Gastarbeiterprobleme, Probleme der Entwicklungshilfe, Schwierigkeiten, die sich im Umgang mit Mitgliedern anderer kultureller Systeme ergeben, Probleme transkultureller Ehen,

Vorurteile und ihre Bewältigung, Alternativmodelle, die einem anderen kulturellen Rahmen entstammen. In diesem Zusammenhang können auch politische Themen angesprochen werden, die sich aus der transkulturellen Situation ergeben.

- Battegay R (1993) Neurosenlehre. Frankfurt/M., Fischer
Benedetti G (1980) Positive Familientherapie. Frankfurt/M., Fischer [Vorwort]
Peseschkian N (1969) Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie. Frankfurt/M., Fischer
Peseschkian N (1977) Positive Psychotherapie. Frankfurt/M., Fischer
Peseschkian N (1993) Psychosomatik und Positive Psychotherapie. Frankfurt/M., Fischer
Tritt K, Loew T (1998) Positive Psychotherapie – transkulturell und interdisziplinär. Fundamenta Psychiatrica 12: 75–80

*Nossrat Peseschkian, Klaus Jork,
Hermes Andreas Kick*

Positive Selbstbeachtung. → Selbstbeachtung, positive; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Positivierung. Sie ist in der → Psychosenpsychotherapie eine deutende, kommentierende oder auch bildhafte Sprache des Therapeuten, die den psychotischen Patienten mit einem Selbstbild konfrontiert, das im Spiegelbild des Therapeuten durch seine Gegenübertragung entsteht und den entscheidenden Beitrag zur Entwicklung eines neuen, produktiven Selbstsymbols beim Patienten ist. Die psychotische Psychopathologie wird vom Therapeuten als fehlerhafter, aber beachtenswerter Versuch eines Selbstentwurfes angesehen. Er versucht beständig, die latent noch vorhandene kreative Seite des Patienten trotz der deformierenden psychotischen Prozesse wahrzunehmen und anzusprechen. Korrektive Fantasien, freie Assoziationen und Träume des Therapeuten werden in verbalen oder darstellenden Symbolen der Wandlung angeboten, in denen der Patient die Öffnung seiner ihn beängstigenden und verfolgenden Vorstellungen auf neue überraschende Bedeutungen erlebt, die aus der

Dualisierung und Bewältigung der psychotischen Katastrophe hervorgehen. Die therapeutische Positivierung hat sowohl einen objektiven Charakter, indem sie dem Patienten den Einblick in eigene, unbewusste konstruktive Möglichkeiten erschließt, wie auch einen kreativen Charakter, indem sie neue Erlebensweisen beim Patienten anregt, die dieser in der Erfahrung der therapeutischen Gegenübertragung interiorisiert.

- Benedetti G (1983) Die Positivierung des schizophrenen Erlebens im therapeutischen Symbol. Nervenarzt 54: 150–157
Benedetti G (1992) Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht [bes. S 49–58]

Gaetano Benedetti

Positivismus. Philosophische Ausrichtung, die vom Positiven, d. h. dem zweifellos Gegebenen (dem Tatsächlichen) ausgeht und ausschließlich dieses zum Forschungsgegenstand erhebt. Fragestellungen und Aussagen, die darüber hinausgehen, werden als metaphysische Erörterungen bezeichnet und als theoretisch sinnlos und praktisch nutzlos verworfen. Somit gilt jede Frage, die nicht empirisch (→ Empirismus) überprüft werden kann, als eine Scheinfrage. Nach Auguste Comte, der den Begriff im 19. Jh. begründete, durchläuft die geistige (und auch gesellschaftliche) Entwicklung der Menschheit drei Stadien: 1. das theologische, in welchem die Menschen die Erscheinungen der Welt durch übernatürliche Kräfte erklären; 2. das metaphysische, in welchem die Welt durch abstrakte, aber letztlich leere Entitäten erklärt wird; 3. das wissenschaftliche bzw. positivistische Stadium, in welchem die Erkenntnis auf systematisch untersuchten Tatsachen beruht. Diesen drei Entwicklungsstufen menschlichen Denkens entspricht jeweils eine bestimmte Gesellschaftsform: die kirchlich-feudale, die revolutionäre und die wissenschaftlich-industrielle. Im 20. Jh. manifestieren sich positivistische Positionen als Logischer Empirismus, Neopositivismus bzw. Kritischer Rationalismus (Popper, Albert). Kritik am Positivismus wurde insbesondere von der Frankfurter Schule (Adorno, Horkheimer, Marcuse, Habermas) vorgetragen, die betont, daß jeder Theoriebildung

immer schon ein Erkenntnisinteresse vorausgeht (Habermas) bzw. daß wissenschaftliche Theorien von Herrschaftsinteressen durchsetzt sind (Adorno) und daß diese Aspekte von positivistischen Wissensauffassungen verschleiert werden (sog. Positivismusstreit). Für die Psychotherapie ist der Positivismus-Begriff insofern relevant, als aus einer (neo)positivistischen und auch kritisch-rationalistischen Sicht mit Ausnahme verhaltenstherapeutischer Modellvorstellungen (→ Verhaltenstherapie) die meisten therapeutischen Theorien – insbesondere die → Psychoanalyse – unwissenschaftlich bis unseriös erscheinen (Grünbaum, 1987), z. B., weil sich ihre Aussagen nicht experimentell falsifizieren lassen (→ Falsifikation). Heute hat sich allerdings die Auffassung durchgesetzt, daß ein streng positivistisches Wissenschaftsverständnis für die Psychotherapie unzureichend ist und es einem „szientistischen Selbstmißverständnis“ (Habermas) gleichkäme, sie an ein solches anpassen zu wollen (hier überlappt die Diskussion mit der über nomothetische und idiografische Wissenschaftsauffassung; → nomothetisch/idiografisch). Denn der Gegenstandsbereich Psychotherapie erschöpft sich nicht in Tatsachen des beobachtbaren Verhaltens, sondern beinhaltet wesentlich auch emergente, nicht immer vollkommen transparente, selbstbezügliche und vor allem sinnhafte Interaktions- und Kommunikationsprozesse mit jeweils subjektiven Bedeutungen und Intentionen – alles Momente, die die Möglichkeiten einer rein positivistischen Herangehensweise übersteigen (→ Autopoiese; → Chaostheorie; → Systemische Therapie; → Systemtheorie).

- Dahms H-J (1994) Positivismusstreit. Die Auseinandersetzung der Frankfurter Schule mit dem logischen Positivismus, dem amerikanischen Pragmatismus und dem kritischen Rationalismus. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Grünbaum A (1987) Psychoanalyse in wissenschaftstheoretischer Sicht. Konstanz, Universitätsverlag Konstanz
- Habermas J (1968) Erkenntnis und Interesse. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Kolakowski L [1971] (1977) Die Philosophie des Positivismus. München, Piper

Thomas Slunecko, Peter Muhr

Posthypnotische Amnesie. → Amnesie, (post)hypnotische.

Posthypnotische Suggestion. Unter posthypnotischer Suggestion wird eine → Suggestion verstanden, die während einer hypnotischen → Trance gegeben wird und sich zu einem späteren Zeitpunkt auswirken soll, z. B. Schmerzen zu vergessen, in einer bestimmten Situation sicher und gelassen zu agieren, oder auf einen bestimmten Auslöser hin etwas Bestimmtes zu erinnern/nicht zu erinnern, zu erleben/nicht zu erleben, zu tun oder nicht zu tun. Inhalte posthypnotischer Suggestionen sind also zumeist Reaktionen, die verzögert ausgelöst → Trancephänomene wie → Amnesie, → Hypermnésie, ideodynamische Reaktionen (→ Ideodynamik), positive und negative → Halluzination darstellen. Oft ist es therapeutisch sinnvoll, posthypnotische Suggestionen mit Amnesie zu koppeln, um störende antizipatorische Prozesse zu vermeiden. Durch die sogenannte → Quellenamnesie wird der Klient in die Lage versetzt, sich sowohl die Idee als auch den potentiell resultierenden Erfolg selbst zuzuschreiben, die Urhebererschaft also internal zu attribuieren.

- Peter B (1993) Hypnotische Phänomene In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. Berlin, Springer, S 24–64
- Rossi EL (Hg) (1996) Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Heidelberg, Carl Auer

Hans Kanitschar

Postmoderne. Postmodern ist, wie Umberto Eco formuliert, ein Passepartoutbegriff, mit dem man fast alles machen kann (zit. nach Tepe, 1992), und der in unterschiedlichen Disziplinen (Philosophie, Architektur) ganz unterschiedliche Strömungen bezeichnet. Bei der philosophischen Postmoderne bzw. beim Poststrukturalismus – geprägt insbesondere von den französischen Philosophen Jean-François Lyotard, Jean Baudrillard und Jaques Derrida – differenziert Tepe (1992) zwischen unterschiedlichen Konnotationen.

nen: 1. Postmoderne bezeichnet eine radikal pluralistische Philosophie, die eine spezifische Komponente der Moderne – den Pluralismus – pointiert fortsetzt. 2. Postmoderne bezeichnet eine Art „neue Ganzheit“, die eine Antithese zur analytischen Moderne bildet. Zentrales Thema postmodernen Philosophierens ist – in Anschluß an Nietzsche und Heidegger – eine radikale Metaphysik-Kritik. Der Moderne wird vorgeworfen, die menschliche Vernunft zu verabsolutieren und daher in metaphysischen Rang zu erheben. In einem postmodernen Wissenschaftsverständnis haben ontologische Begründungen an Bedeutung verloren. Der Glaube an die Möglichkeit einer raum-, zeit-, beobachter- und methodenunabhängigen Universaltheorie wird aufgegeben. Ein derartiger „Abschied von den großen Erzählungen“, wie ihn Lyotard (1986) konstatiert, sollte nicht mit relativistischer Beliebigkeit gleichgesetzt werden. Vielmehr handelt es sich um eine der psychotherapeutischen Situation besonders angemessene Erkenntnishaltung, die vom Wahrheits- und Objektivierungsparadigma Abschied nimmt und sich mit der Konstruktion und Dekonstruktion unterschiedlicher Wirklichkeitssichten beschäftigt. Die Modelle und Theorien der verschiedenen Therapieschulen können dann als Narrative verstanden werden, die dabei helfen, die therapeutischen Phänomene auf eine je spezifische Weise zu strukturieren und so dem Therapeuten ein rationales und konsistentes Handeln ermöglichen.

Lyotard J-F (1986) Das postmoderne Wissen. Wien, Passagen

Tepe P (1992) Postmoderne, Poststrukturalismus. Wien, Passagen [bes. S 17ff.]

Elisabeth Wagner

Posttraumatische Streßstörung (Posttraumatische Belastungsstörung, post traumatic stress disorder, PTSD). Treten als Folgen einer zumeist unverhofft eintretenden Extrembelastung, z. B. einer lebensbedrohlichen Gefahrensituation auf, die außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung liegt (z. B. Vergewaltigung, Folter,

Raubüberfall, Naturkatastrophe, schwerer Unfall, Terrorismus), aber auch als Reaktion auf psychotische Zusammenbrüche (vgl. van der Kolk et al., 1996: 139). Die traumatische Situation ist begleitet von starker Furcht, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Entsetzen, wobei vorbereitendes Training – z. B. bei Katastrophenhelfern – eine protektive Wirkung hat (ebd.: 87). Vorausgehende Belastungen können zu Vulnerabilität, aber auch zu Resilienz (= Widerstandsfähigkeit) führen. Die Latenz vom Trauma bis zur Störung kann mehrere Wochen bis maximal sechs Monate betragen. Typische Symptome sind starke Angst, Vermeidung von Reizen, die mit dem Erlebten zusammenhängen, intrusive Gedanken, z. B. häufiges, intensives Wiederdurchleben des Traumas (flashbacks, Alpträume), emotionale Abstumpfung (numbing) und eine erhöhte Erregung (hyperarousal). Dies manifestiert sich in erheblichem Interessensverlust und Entfremdungserleben, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit und psychischer Erstarrung (Maercker, 1997). Nach dem DSM-IV liegt eine PTSD vor, wenn die Symptome länger als einen Monat anhalten und das soziale und berufliche Leben der Person beeinträchtigen. Grundsätzlich kann PTSD akut oder chronisch (Dauer: über drei Monate) auftreten. Im ICD-10 wird sie von der „Akuten Belastungsreaktion“ (Dauer: wenige Stunden) und der „Andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ (Dauer: Jahrzehnte) abgegrenzt. Offensichtlich ist die Störung schwerer und anhaltender, wenn das Ereignis eine Folge bewußten menschlichen Handelns ist (Folter, Vergewaltigung). Häufige konkomitierende psychische Störungen sind → Phobien, Abhängigkeiten, → Depressionen, → dissoziative und somatoforme Störungen. Viele Autoren nehmen an, daß neurobiologische Narben „irreversible Veränderungen in der Hirnstruktur hinterlassen“ (van der Kolk et al., 1996: 93). Überstimulierung der Amygdala durch Traumata ereignisse scheinen Funktionen des Hippokampus und des präfrontalen Cortex zu blockieren (ebd.: 292ff.; LeDoux, 1996), was die „posttraumatische Sprachlosigkeit“ vieler Patienten erklärt. Die Chronifizie-

nung von dysfunktionalem Hyperarousal mit ihren psychophysiologischen, besonders neuroendokrinen und immunologischen Auswirkungen auf den Gesamtorganismus, führt, wie verschiedene Studien zeigen, bei Langzeit-PTSD-Patienten gegenüber Kontrollgruppen zu Volumenverlusten des Hippokampus (van der Kolk et al., 1996: 293) und einem verringerten Cortisolspiegel. Belastungen haben immunsuppressive Wirkungen zur Folge. Damit wird rein verbales traumatherapeutisches Vorgehen (→ Traumatherapie) nicht ausreichen. „Emotionale Erinnerungen“ bei „durcharbeitenden Therapieansätzen“ bergen die Gefahr der Retraumatisierung. Körperliche, psychische (emotionale/kognitive) und soziale Auswirkungen bei PTSD stehen in einem sich verstärkenden Wechselspiel (hyperarousal/numbing, emotionale Labilität/negative Kognitionen, Ängste/sozialer Rückzug etc.). Auf dem biografischen Hintergrund, der aktuellen Lebenssituation und den daraus resultierenden Bewältigungsmöglichkeiten sind Ausmaß und Verarbeitung individuell sehr unterschiedlich. Daher kommt subjektiven Bewertungskriterien (secondary appraisal) besondere Bedeutung zu. Die Angaben über PTSD nach traumatischem Streß variieren in den einzelnen Studien beträchtlich, wobei Frauen ein wesentlich höheres PTSD-Risiko zu haben scheinen als Männer (Kessler et al., 1995). Schätzungen ergaben, daß höchstens ein Viertel der Betroffenen das Vollbild der PTSD ausbilden (Green, 1994). Wahrscheinlich verarbeiten die meisten Menschen ihre traumatischen Erlebnisse auch ohne professionelle Hilfe (Petzold & Schnyder, 1998), es sei denn, serielle bzw. Polytraumatisierungen verhindern Integrationsprozesse. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 10,4% bei Frauen und 5% bei Männern (Kessler et al., 1995) gehört PTSD heute zu den meistdiagnostizierten psychischen Störungen, wobei noch ein gewisser Trend zu dieser Diagnose in Rechnung gestellt werden muß. Bisher konnte noch keine Behandlungsmethode der Traumatherapie eine befriedigende Effizienz nachweisen.

Ehlers A (1999) Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen, Hogrefe

- Green B (1994) Psychosocial research in traumatic stress: an update. *Journal of Traumatic Stress* 7: 341–362
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity study. *Archives of General Psychiatry* 52: 1058–1060
- LeDoux J (1996) *The emotional brain*. New York, Wiley
- Maercker A (1997) *Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin, Springer
- Petzold HG, Schnyder U (2000, in Vorbereitung) Die Bedeutung der Forschung zu traumatischem Stress für die psychotherapeutische Praxis. In: Petzold HG, Märtens M (Hg), *Wege zu effektiven Psychotherapien*. Opladen, Leske + Budrich
- van der Kolk B, McFarlane AC, Weiseth L (Hg) (1996) *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, Guilford Press

Hilarion G. Petzold, Angela Steffan

Potenz, orgastische. → Orgastische Potenz.

Prä-ödipl. → Ödipuskomplex; → Frühe Störungen; → Narzißtische Störungen.

Präsuizidales Syndrom (nach Erwin Ringel). 1949 wurden in Wien 745 Personen nach Suizidversuchen untersucht; Ziel war es, ihre psychische Verfassung vor dem Ereignis zu klären. Dabei wurden bei fast allen Untersuchten Merkmale gefunden, die von Erwin Ringel als präsuizidales Syndrom erkannt und von ihm 1951 erstmals beschrieben wurden. Es ist charakterisiert durch: 1. zunehmende Einengung (situative und dynamische – insbesondere affektive Einengung, Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Wertwelt), 2. gehemmte Aggression und 3. Selbstmordfantasien. Diese drei Kennzeichen beeinflussen einander im Sinne einer Verstärkung und führen, sofern nicht interveniert wird, zur Selbstmordhandlung. Als Folge von Schicksalsschlägen oder eigenem Verhalten (→ Life Events; Krisenanlässe) entwickelt sich eine situative Einengung, also eine Einengung der persönlichen

Möglichkeiten. Gravierender ist jedoch das Einengungsgefühl, das am Übergang zur Einengung der Dynamik steht. Diese dynamische Einengung bezieht sich auf die Einengung der Apperzeption und Assoziation sowie auf → Affekte und → Verhalten. Die affektive Einengung zeigt sich meistens in ängstlich-depressivem Verhalten, in fehlender affektiver Resonanz, fehlendem affektivem Mitschwingen, am Höhepunkt der affektiven Einengung in „auffälliger Ruhe“. Ferner beobachtet man Einengungen der Wertwelt sowie Einengungen und Entwertungen zwischenmenschlicher Beziehungen, was bis zum Verlust der Umweltbeziehungen gehen kann. Ob die gehemmte Aggression auf eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, auf spezielle psychische Erkrankungen oder auf fehlende oder sehr problematische zwischenmenschliche Beziehungen zurückgeht, ist therapeutisch außerordentlich wichtig. Werden Selbstmordfantasien aktiv intendiert, sind sie bereits ein Alarmsignal. Drängen sie sich jedoch passiv auf und konkretisiert sich die Art und Durchführung der Suizidhandlung, besteht höchste Gefahr. Die Kombination von Suizidgedanken mit affektiver Einengung (fehlende affektive Resonanz, mangelndes affektives Ansprechen) weist deutlich auf Suizidalität hin (Sonneck, 1997). Antisuizidale Therapie: Diese von Ringel (1953, 1977) entwickelte Therapieform rollt das präsuizidale Syndrom in umgekehrter Richtung auf. Wesentlich ist eine tragfähige zwischenmenschliche (therapeutische) Beziehung, durch die der Ring der Einengung gelockert wird und der Patient zu kleinen, ihn nicht überfordern den Erfolgserlebnissen ermutigt sowie seine Fantasie in positiver Richtung ange-regt wird (→ Krisenintervention). Das präsuizidale Syndrom hat sich für die Einschätzung der Suizidalität sehr bewährt, setzt jedoch einige Erfahrung im Erfassen und in der Bewertung psychodynamischer Abläufe voraus.

Ringel E (1951) Praktische Selbstmordprophylaxe. Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie 1(3): 8–25

Ringel E (1953) Der Selbstmord. Wien, Maudrich

Ringel E (1973/1977) Selbstschädigung durch Neurose. Wien, Herder/Frankfurt/M., Fischer

Sonneck G (Hg) (1997) Krisenintervention und Suizidverhütung. 4., überarb. u. erw. Aufl. Wien, Facultas

Gernot Sonneck

Prä-Therapie (nach G. Prouty). Eine Weiterentwicklung in der → Klientenzentrierten Psychotherapie bzw. → „Experientiellen Psychotherapie“ zur Förderung der Kontaktfähigkeit von psychotischen Klienten. Ausgehend von klinischen Erfahrungen mit schizophrenen Personen veröffentlichte der amerikanische Psychologe Garry Prouty seine theoretische und methodische Konzeption erstmals 1976. Prä-Therapie ist eine Theorie vom psychologischen Kontakt. Sie basiert auf der Therapie-theorie von C. Rogers und E. Gendlin, hat weiters gestalttheoretische Wurzeln (→ Gestalttheorie) und steht philosophisch in einer existentialistisch-phänomenologischen Tradition (→ Existenzphilosophie; → Phänomenologie). Prä-Therapie kann einen Zugang zu Personen ermöglichen, die als nicht „therapiefähig“ gelten, also gerade nicht ausreichend in der Realität verankert bzw. nicht genügend fähig sind, zu sich selbst und ihrer Umwelt Kontakt aufzunehmen. Den Klienten werden vom kongruenten Therapeuten in wertschätzend-einfühlsamer Weise ganz einfache und konkrete Kontaktangebote gemacht: Behutsam werden Worte oder Satzfragmente der Klienten (z. B. Bedeutungsträger in einer Flut von Unverständlichem, Neologismen, Inkohärentem) wiederholt. Manches davon wird später wieder aufgegriffen, bis ein Erlebensfluß (→ „Experiencing“) im → „Hier-und-Jetzt“ der therapeutischen Beziehung auftaucht: Realitäts-, affektiver und kommunikativer Kontakt sind als Voraussetzung für Therapie hergestellt. Halluzinationen schizophrener Personen sind „Prä-Symbole“, die in der Prä-Therapie zur Integration von „unbewußten“ Erfahrungen zu einem realitätsgemäßeren Erleben führen können (Prouty, 1994). Dieser Ansatz findet in der Psychiatrie (auch als Stationsmodell), in der Arbeit mit geistig retardierten Personen (Pörtner, 1996) und in Therapien mit traumatisierten Menschen seine Anwendung.

- Pörtner M (1996) Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen: personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart, Klett-Cotta
- Prouty G (1994) Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: applications to schizophrenic and retarded psychosis. Westport (CT), Praeger Publishers
- Prouty G, Pörtner M, van Werde D (1998) Prä-Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta

Brigitte Macke-Bruck

Prävalenz (→ Epidemiologie; → Psychotherapieforschung). Einer der Hauptbegriffe der deskriptiven Epidemiologie, welche sich mit der Auftretenshäufigkeit von Erkrankungen innerhalb definierter Zeiträume (Prävalenz) sowie mit der Häufigkeit des Neuauftretens von Erkrankungen zwischen vorgegebenen Zeitpunkten (→ Inzidenz) befaßt. Die Prävalenz (von lat. *praevalere* = vorliegen) oder Bestandsrate ist die Anzahl der vorhandenen Erkrankungsfälle, unabhängig vom Erkrankungszeitpunkt (als Stichtagsprävalenz oder Punktprävalenz: zu einem festgelegten Stichtag; bzw. als Streckenprävalenz oder Periodenprävalenz: während einer festgelegten Zeitstrecke, z. B. 1-Jahres-Prävalenz). Periodenprävalenzen bilden somit die Summe aus Punktprävalenz und Inzidenz (d. h. die Summe aus bereits vorhandenen und neuen Krankheitsfällen). Administrative Prävalenzen erfassen die in Versorgungseinrichtungen behandelten Krankheitsfälle (durch Sekundäranalysen offizieller Dokumentationsdaten in Inanspruchnahmestudien von Institutionen), welche sich mit den (durch repräsentative Feldstudien in der Allgemeinbevölkerung einer catchment area entdeckten) unbehandelten Fällen (verdeckte Prävalenz) zur „wahren“ Prävalenz (Feldprävalenz) einer Krankheit aufsummieren. Prävalenzerhebungen werden im Rahmen von epidemiologischen Querschnittserhebungen (Punktprävalenzerhebung) sowie prospektiven epidemiologischen Longitudinalstudien (Periodenprävalenzerhebung) unternommen.

Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Untersuchung in Mannheim. Berlin, Springer

- Weiß C (1999) Basiswissen Medizinische Statistik. Berlin, Springer [S 125–140, 260–280]
- Weyerer S (1995) Epidemiologie psychischer Störungen. In: Faust V (Hg), Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart, Gustav Fischer, S 83–90

Martin Voracek

Praxis, kontrollierte. → Kontrollierte Praxis; → Verhaltenstherapie.

Praxis, sozialökologische. → Sozialökologische Praxis; → Integrative Bewegungstherapie.

Pre-Therapy (nach G. Prouty). → Prä-Therapie; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Primäre Emotion. → Emotionstheorie; → Personale Existenzanalyse.

Primärer Krankheitsgewinn. → Krankheitsgewinn, primärer und sekundärer.

Primärprozeß (→ Psychoanalyse). Wurde von Freud erstmals im „Entwurf einer Psychologie“ (1895) konzipiert und im VII. Kapitel der „Traumdeutung“ (1900) als entwicklungsmäßig dem → Sekundärprozeß vorausgehende grundlegende Funktionsweise des „psychischen Apparates“ – gebildet durch ein System Ubw (→ Unbewußtes) und ein System Vb/Bw (Vorbewußtes/Bewußtes) – dargestellt. Im topisch im System Ubw angesiedelten Primärprozeß wird das Erinnerungsbild eines Befriedigungserlebnisses mit der Gedächtnisspur der Bedürfnisanregung assoziiert und bei Auftreten des Bedürfnisses mit libidinöser Energie besetzt, was „also in ein Halluzinieren ausläuft“ (Freud, 1900: 539). Der Primärprozeß ist charakterisiert durch das Fehlen logischer Verknüpfungen und zeitlich geordneter Kontinuität, Widersprüche bleiben unaufgelöst bestehen. Er ist bildhaft, kennt keinerlei Einschränkung

oder Verneinung und gehorcht dem → Lustprinzip, d. h. er drängt auf unmittelbare Spannungsminderung. Ist die ursprüngliche Befriedigungsmöglichkeit blockiert, so kann aufgrund der freien Beweglichkeit der libidinösen Energie (→ Libido) ein anderes Erinnerungsbild besetzt werden (→ Verschiebung). Primärprozeßhaftes Erleben und Verhalten wird im → Traum und in anderen Zuständen der → Regression manifest.

Freud S [1900] (1982) Die Traumdeutung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer

Freud S [1895] (1987) Entwurf einer Psychologie. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Richards A, Nachtragsband. Frankfurt/M., Fischer, S 387–477

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Herwig Hinterbofer

Primärtherapie („Urschreithherapie“). Vom amerikanischen Psychotherapeuten Arthur Janov begründetes Verfahren, welches direkt beim Fühlen des Menschen ansetzt. Zunächst als Psychotherapeut klassischer Prägung (Psychoanalyse) tätig, machte Janov das Auftauchen eines intensiven Schmerzerlebnisses eines seiner Patienten, auch „Urerlebnis“ genannt, zum Ausgangspunkt der Entwicklung des primärtherapeutischen Ansatzes. Diese Entwicklung entsprang einer Zeitstömung Mitte der 60er Jahre, die mehr Wert auf die Bedeutung von Gefühlen und Emotionen legte als auf ein verstandesmäßiges Herangehen an die Dinge. Kern des Verfahrens ist es, die Schichten von gespeicherten traumatischen Erlebnissen durch (Ein-)Fühlen wieder ins Bewußtsein zu bringen, um somit eine Integration dieser Erlebnisse und der damit verbundenden eingefrorenen Energie herbeizuführen. Das Spektrum dieser Erlebnisse reicht weit bis in die frühe Kindheit zurück, bis hin zu Geburt und pränatalen Erfahrungen. Das Konzept, welches der Primärtherapie zugrunde liegt, besagt, daß der Aktualkonflikt eines Klienten immer ein Defizit an Gefühl beinhaltet

und sich auf → Life Events wie die Versorgung primärer Bedürfnisse wie Wärme, Nahrung, in den Arm genommen werden, Anregung sowie auf die unmittelbare (traumatische) Prägung bei der Geburt zurückführen läßt. Kennzeichnend für diese Erlebnisse ist, daß diese damals nicht ins Bewußtsein aufgenommen werden konnten, da sie mit zu viel Schmerz und Verletzung verbunden waren. Somit war die Strategie des Überlebens, diese Gefühle und Empfindungen vom Bewußtsein zu trennen. Diese nicht gefühlten Erlebnisse sind eine treibende Kraft, da sie die Tendenz haben, immer in das Bewußtsein kommen zu wollen (ständiger Spannungsdruck), aber das Abwehrsystem versucht, dies zu verhindern. Durch diesen Mechanismus kommt es meistens zu Ketten von ähnlichen Erlebnissen, zunächst bei Babys auf der somatischen Ebene, dann auf der Gefühlsebene, später dann auf der intellektuellen und symbolischen Ebene. Während eine Spannungsmilderung vielfach durch agierte Verhaltensweisen (→ Agieren) versucht wird, findet eine Lösung dieser Spannung dem Ansatz zufolge nur durch das vollständige Erleben des abgespaltenen „Urschmerzes“ statt – dann also, wenn die Verbindung Erlebnis / Bewußtsein hergestellt ist. Die Kernpunkte der Primärtherapie von Janov sind daher: 1. Gefühle als treibende Kraft; 2. alle nicht gefühlten Erlebnisse sind gespeichert; 3. Heilung besteht im Fühlen/Erfahren dieser Erlebnisse. Die Therapie setzt immer an jenem Material an, welches „akut“ ist, sei es ein Tageserlebnis, ein Traum, eine Stimmung, ein Gefühl zum Therapeuten. In Interaktion mit dem Klienten wird versucht, auf den gefühlsmäßigen Kern der Mitteilung in der gegenwärtigen Situation zu kommen. Weiters schreitet die Fokussierung dann in Richtung „Vergangenheit“ fort. Dabei kommt es darauf an, den Klienten dabei zu unterstützen, dahin fortzuschreiten, wo die Abwehr/Angst liegt, wo der Schmerz ist. Bei erfolgreicher Interaktion bricht dann ein Gefühl durch, welches sich zumeist in Weinen äußert; die Verletzung ist fühlbar. Von da aus schreitet der Prozeß weiter fort, um bis zu der Basis dieses Materials zu gelangen (z. B. traumatische Geburt). Kommt dieser Bereich schließlich

in das Bewußtsein, bahnt sich die eingefrorene → Energie einen Weg nach außen, meistens in Form von unwillkürlichen Körperbewegungen. Diese Art von Erlebnissen wird von den Klienten trotz des Schmerzes als äußerst befreiend wahrgenommen und zieht oft weitreichende Veränderungen im Bewußtsein nach sich. Ketten von ähnlichen Erlebnissen im Leben der Klienten machen nun Sinn. → Setting; meistens Beginn mit einer dreiwöchigen Intensivphase; anschließend daran finden Einzel-, Gruppensitzungen, Primärwochenenden statt, gegebenenfalls auch blockweise.

- Janov A [1970] (1973) Der Urschrei, ein neuer Weg der Psychotherapie. Frankfurt/M., Fischer
 Janov A [1971] (1974) Anatomie der Neurose. Frankfurt/M., Fischer
 Janov A [1973] (1993) Das befreite Kind. Grundsätze einer primärtherapeutischen Erziehung. Frankfurt/M., Fischer
 Janov A [1986] (1994) Frühe Prägungen. Frankfurt/M., Fischer
 Janov A [1991] (1993) Der neue Urschrei. Fortschritte in der Primärtherapie. Frankfurt/M., Fischer
 Janov A (1996) Why you get sick and how to get well, secrets of the unconscious – the healing power of feelings. Los Angeles, Dove Publishing
 Janov A (1997) When life begins: birth prototype as a memory of survival. [Video.] Venice (CA), The Primal Center

Hermann Munk

Principles, organizing. → Organizing Principles; → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie.

Prinzip, analytisches. → Analytisches Prinzip; → Bioenergetische Analyse.

Prinzip, Autogenes. → Autogenes Prinzip; → Autogenes Training.

Prinzip, dialektisches. → Dialektisches Prinzip; → Analytische Psychologie.

Prinzip, dialogisches. → Dialogisches Prinzip; → Gestalttherapie.

Private Logik. → Logik, private; → Individualpsychologie; → Individualpsychologische Gruppentherapie.

Probearbeiten. Ausgehend von der Vorstellung vom Denken als einem Probearbeiten im verkleinerten Maßstab, einem wesentlichen Element der Realitätsprüfung – einer frühen, grundlegenden Theorie Freuds – erweitert Hanscarl Leuner den Begriff für die → Katathym-Imaginative Psychotherapie auf die Bildebene: Probearbeiten mittels imaginierten Aktionen und Tätigkeiten. Alle probearbeitenden Aktionen in der → Imagination, die der Patient oder seine Repräsentanz von Introjekten (Symbolgestalten) vornehmen, scheinen geeignet, strukturelle Fixierungen zu lockern und einen Transfer auf das Realverhalten nach sich zu ziehen. Unbewußte emotionale Einstellungen werden deutlich. Probearbeitendes Handeln auf der Bildebene gibt diagnostische Hinweise, dient zur Klärung oder Konfrontation, kann unmittelbare therapeutische Wirkung erzielen. Das Probearbeiten wird auf der Symbolebene vollzogen. Im katathymen Panorama stellen sich Handlungen spontan oder angeregt durch den Therapeuten ein. Diese können von der Beschreibung der Gestaltqualitäten her oder als gedachte Auseinandersetzungen bearbeitet werden. Eine weitere Möglichkeit bietet die Imagination einer Real-situation (z. B.: Motiv „Begegnung mit Beziehungsperson“). Dies ist therapeutisch interessant, um neurotische Verhaltensweisen aufzudecken, Charakterhaltungen zu fokussieren. In scheinbar alltäglichen banalen Inhalten verdichten sich weiter zurückliegende Erlebnissituationen. Eine solche Szene kann ein deutlicher emotionaler Spiegel für unbewußte Erlebnisanteile sein. So wird eine schrittweise Annäherung an ein angstbesetztes Objekt probearbeitend möglich. In einem fantasierten Wechselgespräch bietet ein Rollentausch Gelegenheit zur Identifikation mit dem Gegenüber.

Freud S [1900] (1982) Die Traumdeutung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer

Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Kattathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Andrea Loebenstein

Problem, Ausnahme vom. → Ausnahme vom Problem; → Systemische Therapie.

Problemanalyse. → Verhaltensanalyse; → Verhaltenstherapie.

Problemlösungstraining (→ Verhaltenstherapie). Eine von D'Zurilla und Goldfried (1971) entwickelte kognitiv-verhaltenstherapeutische Methode. Problemlösen wird als spezifische kognitive Interventionstechnik für die Lösung psychischer Probleme gesehen. Die Vermittlung einer Problemlöseperspektive führt zur Entwicklung eines Lösungsweges von seiten des Patienten und enthält die folgenden Elemente: 1. allgemeine Orientierung (Identifizierung und Differenzierung eines Problems), 2. Beschreibung des Problems (Erfassung unterschiedlicher Standpunkte, Differenzierung zentraler von nachgeordneten Aspekten), 3. Erstellen von Alternativen (Erstellung von Lösungswegen), 4. Treffen einer Entscheidung (Auswahl von Alternativen; kurzfristig versus langfristig), 5. Überprüfung (Ausführung und Prüfung, ob das Ziel erreicht wurde).

D'Zurilla TJ, Goldfried MR (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* 78: 107–126

Spivack G, Platt JJ, Shure MD (1976) The problem-solving approach to adjustment. San Francisco, Jossey-Buss

Kurt Meszaros

Problemsystem. Ausgangspunkt für den Begriff des „Problemsystems“ ist ein Systemverständnis, in dem nicht Personen, sondern Kommunikationen zu einem The-

ma als Elemente eines → Systems bezeichnet werden (Luhmann, Ludewig). Das Problemsystem wurde von Goolishian und Anderson in die → Systemische Therapie eingeführt; es besteht aus Kommunikationen zu Verhaltensweisen, die für zumindest einen Beteiligten ein „Problem“ darstellen (also als veränderungsfähig und veränderungsbedürftig beschrieben werden). Ein Problem ist eine Besorgnis oder Beunruhigung auslösende Schwierigkeit mit irgend etwas oder irgendjemandem, wogegen jemand etwas unternehmen will. Es ist vorerst eine sprachliche Behauptung (Anderson & Goolishian, 1988), die sich in Kommunikation mit anderen zu einem problem-determinierenden und problemorganisierenden System formiert. Jene Kommunikationen, die zu einer Lösung des Problems beitragen, generieren ein problemauflösendes System. Das therapeutische System ist ein um die Kommunikationen des Therapeuten erweitertes, im optimalen Fall problemauflösendes System. Der Therapeut als teilnehmender Beobachter und Förderer der therapeutischen Konversation stellt → Fragen, trägt zur Entwicklung neuer Erzählungen über das Problem bei, die neue Bedeutungsgebungen und damit Veränderung und Auflösung des Problemsystems erlauben (narrativer Ansatz).

Anderson H, Goolishian H (1988) Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In: Reiter I, Brunner EJ, Reiter-Theil S (Hg), Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin, Springer, S 189–216

Anderson H, Goolishian H (1992) Der Klient ist Experte: ein therapeutischer Ansatz des Nichtwissens. *Zeitschrift für Systemische Therapie* 10: 176–189

Ludewig K (1992) Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart, Klett-Cotta

Gerda Klammer, Sabine Klar

Process-Experiential Psychotherapy (nach Rice & Greenberg). Spezifische Richtung innerhalb der → Klientenzentrierten Psychotherapie, die sich in besonderer Weise auf das innere Erleben (→ Expe-

riencing) bzw. auf die Arbeit an problematischen Erlebensmustern konzentriert. Den theoretischen Hintergrund bilden die psychologischen Konstrukte der emotional-kognitiven Schemata, vorbewusste Strukturen, mittels derer wir emotionale, kognitive und sinnliche Information verarbeiten („information-processing“) und persönliche Bedeutung konstruieren. Psychotherapie dient dazu, die Reorganisation problematischer emotionaler Schemata zu ermöglichen und zu aktivieren. Für diesen Zweck wird die therapeutische Beziehung, das Behandlungsprinzip der Klientenzentrierten Psychotherapie (→ Grundhaltungen), als generell hinreichend, aber nicht immer als effizient angesehen, und daher mit dem Behandlungsprinzip der „Prozeßdirektivität“ ergänzt. Der Therapeut soll dementsprechend zwar keinesfalls die Erlebnisinhalte des Klienten, wohl aber sein Erlebens-Processing bzw. dessen Veränderung beeinflussen. Als methodische Zugänge dazu werden neben der Bezugnahme auf den → felt sense im Sinne von Gendlins → Focusing, das genaue Gewahren von Sinneswahrnehmungen, das volle Ausdrücken inneren Erlebens und der interpersonale Kontakt, bei dem das eigene innere Erleben nicht verloren wird, verwendet. Im einzelnen haben Rice, Greenberg u. a. eine Reihe bestimmter problematischer Erlebensschemata und zu ihnen gehörige „marker“ identifiziert, die sowohl auf die jeweiligen Störungen des „processing“ wie auch auf die Bereitschaft des Klienten zur tieferen Exploration derselben hinweisen. Derartige Erlebensschemata sind etwa inadäquate affektive Reaktionen, die die Person selbst nicht haben möchte, unaufhebbar widersprüchliche Selbstbewertungen, Abblocken von Gefühlen oder Bedürfnissen, Selbstbestrafungsreaktionen u. a. m. Zur Exploration und Klärung derselben werden konkrete Methoden wie Focusing, Dialog diskrepanter Ich-Teile, Arbeit mit dem leerem Stuhl u. ä. m. vorgeschlagen.

Greenberg LS, Rice L, Elliott R (1993) *Process-experiential therapy: Facilitating emotional change*. New York, Guilford Press

Greenberg LS, Watson JC, Goldman R (1996) *Change processes in experiential therapy*. In:

Hutterer R, Pawlowsky G, Schmid PF, Stipsits R (Eds), *Client-centered and experiential psychotherapy*. Frankfurt/M., Peter Lang, pp 35–45

Wolfgang Keil

Produktives Denken. Der Begriff des Produktiven Denkens ist vor allem mit den Arbeiten der Gestaltpsychologen Max Wertheimer (1964) und Karl Duncker (1935) verbunden. Gemeint ist lebendiges, selbständiges, einsichtiges Denken (Metzger, 1968), das in unmittelbarer lebendiger Auseinandersetzung mit der Sache zu eigener Einsicht und von ihr geleitetem Handeln führt. Produktives Denken ist einem blinden, starren Regeldenken entgegengesetzt, welches bei richtiger Anwendung der Regeln der Logik und bestimmter Verfahrensvorschriften zwar richtige Lösungen erzwingen, aber keine neuen Erkenntnisse hervorbringen kann. Nach Wertheimer ist demgegenüber produktives Denken weiterführendes Denken, das an seinem Höhepunkt in einem mehr oder weniger plötzlichen Umstrukturierungsvorgang in den Gewinn von Einsicht umschlägt. Auch für dieses produktive Denken lassen sich bestimmte notwendige Bedingungen und Gesetzmäßigkeiten bestimmen, die vor allem von Wertheimer und Duncker herausgearbeitet wurden: Produktive Denkprozesse sind durch die verschiedenen → Gestaltgesetze, allgemein durch die → Tendenz zur guten Gestalt (Prägnanzgesetz) bestimmt. Voraussetzung dafür ist das Entstehen einer seelischen Spannungslage bei der Beschäftigung mit einem Problem, welche nach Ausgleich drängt. Denken ist dabei nicht als isolierter Vorgang aufzufassen, sondern in enger Wechselwirkung bzw. unter notwendiger ständiger Beteiligung anderer kognitiver Prozesse des Wahrnehmens, Fühlens und Handelns. Aus der Sicht der → Gestalttheoretischen Psychotherapie steht auch der Psychotherapie-Klient im Zuge der Therapie immer wieder vor komplexen Problemlösungsaufgaben. Schon das Entdecken und Identifizieren der Problemlage ist dabei eine produktive Leistung, die das klare Herausarbeiten des Therapiezieles oder -teilzieles erst ermöglicht. Walter (1994) und Zöller (1993)

haben die Bedeutung der gestalttheoretischen Erkenntnisse über Bedingungen und Gesetzmäßigkeiten produktiven Denkens für das psychotherapeutische Aufgabenfeld herausgearbeitet.

Duncker K (1935) Zur Psychologie des produktiven Denkens. Berlin, Springer

Metzger W (1968) Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments. 4. Aufl. Darmstadt, Steinkopff

Walter H-J (1994) Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen. 3. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag

Wertheimer M (1964) Produktives Denken. 2. Aufl. Frankfurt/M., Kramer

Zöllner W (1993) Produktives Denken und Psychotherapie. Gestalt Theory 15: 217–226

Gerhard Stemberger

Professionales Mißbrauchstrauma (PMT). → Mißbrauch, sexueller (in der Psychotherapie).

Programmieren, Neurolinguistisches. → Neurolinguistisches Programmieren (NLP).

Progression. Bezeichnet in der → Analytischen Psychologie die energetische Bewegung (→ Energie, psychische), welche die Erfüllung der äußeren Anforderungen des Lebens ermöglicht. Die progressive Bewegung erhält ihre Richtung dadurch, daß das bewußte System die Führung hat und fähig ist, → Konflikte adäquat zu lösen und Entscheidungen zu treffen (→ Bewußtsein). Dazu ist die Mitarbeit des → Unbewußten oder zumindest dessen Duldung erforderlich. „Es gehört zum Wesen der Progression, welche die geglückte Anpassungsleistung ist, daß Impuls und Gegenimpuls, Ja und Nein, zu gleichmäßiger gegenseitiger Einwirkung gelangt sind. Diese Ausgleichung und Vereinigung der Gegensatzpaare sehen wir zum Beispiel im Überlegungsprozeß vor einem schwerwiegenden Entschluß“ (Jung, GW, Bd. 8, § 61; → Gegensatzthematik). Die gegenteilige

energetische Bewegung ist die → Regression der Libido.

Jung CG [1948] (1971) Über die Energetik der Seele. In: GW, Bd. 8, §§ 1–130, hier bes. §§ 60–76. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Wolff T (1959) Der psychologische Energiebegriff. In: Wolff T, Studien zu C.G. Jungs Psychologie. Zürich, Rhein

Barnim Nitsch

Progression. → Altersprogression; → Hypnose.

Progressive Muskelentspannung. Von Edmund Jacobson 1938 entwickelte Entspannungstechnik, die auch im Zusammenhang mit der Technik der systematischen → Desensibilisierung Anwendung findet (→ Verhaltenstherapie). Ausgangspunkt sind die von Jacobson beschriebenen Forschungsergebnisse, wonach bei Spannungsgefühl immer auch Muskelkontraktion zu beobachten ist. Subjektiv wird diese Kombination als Angst, Streß, Unbehagen etc. erlebt. Durch das bewußte Lösen der körperlichen Spannung werden gleichzeitig die psychischen Mißempfindungen beseitigt, da sie mit der Entspannung unvereinbar sind. Das von Jacobson (und seinen Nachfolgern) entwickelte Übungsprogramm geht davon aus, daß bei wiederholtem Spannen und Lösen der Willkürmuskulatur einzelner Körperbereiche und durch die Achtsamkeit auf die Empfindungsunterschiede ein Lernvorgang stattfindet, im Zuge dessen das Unterscheidungsvermögen zwischen diesen Zuständen zunimmt und damit die Basis für die Beseitigung von widrigen Kontraktionen gegeben ist. Joseph Wolpe hat die Arbeiten Jacobsons für die Gegenkonditionierung von Angst im Rahmen der systematischen Desensibilisierung genutzt. Vorgangsweise: Die Willkürmuskulatur wird in einer festgelegten Reihenfolge (Arme, Gesicht, Nacken, Brust, Bauch, Kreuz, Beine) in meist kleinen, diskreten Bewegungen zunächst angespannt, dann entspannt, wobei einerseits durch den Kontrast und andererseits durch die Wahrnehmung der Veränderung eine

Lösung der Muskelspannung und ein gelerntes Umschalten von Halten auf Loslassen eintritt.

- Bernstein DA, Borkovec TD (1975) Entspannungstraining. Handbuch der Progressiven Muskelentspannung. München, Pfeiffer
Jacobson E (1993) Entspannung als Therapie. München, Pfeiffer
Sammer U (1997) Halten und Loslassen. Die Praxis der Progressiven Muskelentspannung. Zürich, Walter

Ulrike Sammer, Beatrix Teichmann-Wirth

Progressive Muskelrelaxation (PMR).

→ Progressive Muskelentspannung.

Progressive Psychopathologie. Sie erscheint in der → Psychosenpsychotherapie als eine regressive Wiederholung der psychotischen Psychopathologie mit einer neuen, unbewußten progressiven Intention, weil die Symptome (Wahnideen, Halluzinationen in verbaler oder bildhafter Darstellung) abgewandelt sind in Richtung auf positive Phänomene wie ein differenzierteres Selbstsymbol, eine beginnende therapeutische Kommunikation, auch in der Gestalt des → Übergangssubjektes. Es handelt sich zum Teil um eine Erweiterung des Begriffes der neurotischen Übertragung in der Psychoanalyse auf das Gebiet der Psychosentherapie und meint eine Entwicklung der Psychopathologie im kommunikativen Medium der Symptome. So können Wahnideen, Halluzinationen und psychotische Redeweisen, die früher den Kranken abkapselten und seine autistische Welt erzeugten, nun zu Symbolen sowohl der sich wandelnden Beziehung, wie auch eines fantasmatisch-produktiven Selbstentwurfes werden. Die Erkenntnis der Progressiven Psychopathologie seitens des Therapeuten bedeutet, daß dieser lernt, eine mit dem Kranken gemeinsame Sprache zu entwickeln, die oft das einzige Medium ist, in dem sich seine Tiefenperson nach vorne bewegen kann – anstatt daß man ihn allzu früh mit einer sozialen oder logischen Realität konfrontiert, die evtl. zu einer neuen Verdrängung oder Abspaltung seiner Bedürfnisse führt. Aber auch das

Verständnis der Progressiven Psychopathologie durch den Patienten ist wichtig, weil dieser seine Wahnideen als Protosymbole seiner Lebensentwicklung verstehen lernt.

- Benedetti G (1992) Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht [bes. S 68–83]
Peciccia M, Benedetti G (1992) Progressive mirror drawing as a factor fostering the psychotherapy of psychotics with disturbances in verbal communication. In: Borri P, Quartesan R, Moretti P (Eds), USA-Europe conference on facilitating climate for the therapeutic relation in mental. Perugia, Associazione Ricerca in Psichiatria, pp 7–20
Peciccia M, Benedetti G (1995) The psychotherapy of schizophrenics with severe language disturbances through progressive mirror drawing. In: Smitskamp H, Fibert Z (Eds), Conference proceedings of third European art-therapies conference, vol. 3. Hatfield, University of Hertfordshire, pp 31–36

Gaetano Benedetti

Progressives Autogenes Training

(nach Y. Ranty). Psychotherapeutische Entspannungsmethode, die aus dem → Autogenen Training entwickelt wurde. Die grundlegenden Elemente der → Umschaltung werden bewahrt, während andere Elemente modifiziert bzw. hinzugefügt werden, um eine psychotherapeutische Entspannung mit psychoanalytischer Grundlage zu erreichen. Die Unterteilung Grundstufe und Oberstufe wird beibehalten. In einer ersten Stufe („lösende“ Phase) wird die Lösung betont, in der zweiten, der „Phase des Sprechens“, die Kommunikation. Grundelemente sind: das suggestive Wort, die Ruhe und der autogene Zustand. Genutzt werden magische, erotische, mütterliche und ödipale Übertragung. Es handelt sich um eine eigenständige Entwicklung mit theoretischen Beziehungen zu psychoanalytischen Überlegungen von I.H. Schultz, zur analytischen Oberstufe (→ Oberstufe, analytische des Autogenen Trainings) und zur → autogenen Imagination.

Durand de Bousingen R (1978) Übertragung (Gegenübertragung) und Identifizierungen im Autogenen Training (Unter- und Oberstufe). Psychoanalytische Studie – technische

Konsequenzen. Journal für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie 4(1–4): 3–19

Ranty Y (1990) Le training autogène progressif. Paris, Presses Universitaires de France

Yves Ranty

Projektion. Ist sowohl ein normaler psychischer Vorgang als auch ein komplexer → Abwehrmechanismus. Er spielt eine bedeutende Rolle in der traditionellen → Psychoanalyse und hat, gemeinsam mit der → Introjektion, grundlegende entwicklungs-mäßige und patho-genetische Bedeutung in der Kleinianischen Psychoanalyse. Freud definierte die normale oder adaptive Verwendung der Projektion, etwa in der Entstehung der Mythologie, des Aberglaubens und verschiedener Formen primitiver Religionen (z. B. Animismus), als Verlegung unbewußter Wünsche, Bedürfnisse und → Fantasien in die Außenwelt. Er definierte die Verwendung der Projektion zum Zweck der → Abwehr – die dann auch pathogen wirkt – als Externalisierung (Verlagerung nach außen) von triebbestimmten, konflikthaften Wünschen, Bedürfnissen und Fantasien, die jemand in sich selbst nicht tolerieren kann, wie etwa in der Phobie, der wahnhaften Eifersucht, im Verfolgungswahn und anderen Formen. Die → Selbstpsychologie anerkennt den Nutzen, verschiedene Abwehrmechanismen zu unterscheiden, die Projektion eingeschlossen, sie stehen aber nicht im Zentrum ihres theoretischen oder klinischen Interesses, wie in der traditionellen oder in der Kleinianischen Analyse. Kohut verwendete den Begriff „Projektion“ bis inklusive 1971, bevor er die traditionelle → Metapsychologie aufgab. Nach 1971 erscheint er nur selten in seinen Schriften. Er verwendete den Begriff nur mehr in der Bedeutung, wie sie auch in einem Wörterbuch stehen könnte, als „Verlagerung nach außen“, um den in der → Triebtheorie liegenden Ursprung des Begriffes beiseite zu lassen. Geführt vom inneren Erleben des Patienten liegt – im Gegensatz zur Orientierung an triebbestimmten, unbewußten Fantasien und Mechanismen – das Zentrum der Aufmerksamkeit des selbstpsychologischen

Psychoanalytikers auf dem Kern der Wahrheit in den Wahrnehmungen des Patienten. Die Wahrnehmungen des Patienten als „Projektionen“ zu bezeichnen, bedeutet, ihre subjektive Berechtigung zu leugnen, was direkt im Widerspruch zu den Zielen der Analyse steht.

Elson M [1987] (1993) Auf der Suche nach dem Selbst. Kohuts Seminare zur Selbstpsychologie und Psychotherapie. München, Pfeiffer
Kohut H [1971] (1976) Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M., Suhrkamp

Paul H. Ornstein [Übers.: Erwin Bartosch]

Projektion (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Ein partieller Identitätszustand als Grundlage vieler normaler und pathologischer Vorgänge, der sich frei von bewußter Kontrolle im Tages- und im Traumerleben als Hinausverlegung subjektiver Vorgänge in Personen, Gruppen, Dinge, Situationen einstellt (→ Participation mystique). Projektionen sind eigentlich erst als solche zu bezeichnen, wenn sie bemerkbar und dadurch Gegenstand der Kritik geworden sind. Das geschieht, wenn die zugrundeliegende partielle Identität wegen des Fehlens der projizierten Eigenschaft beim Träger der Projektion die → Anpassung beeinträchtigt. Projiziert werden dem → Bewußtsein inkompatible Inhalte (→ Schatten; → Komplexe), → Anima und Animus (hier verstanden als gegen-geschlechtliche Seelenbilder: z. B. Projektion als Verliebtheit) und das → Selbst (im Sinne der psychischen Totalität beziehungsweise Anteile desselben; → Mana-Persönlichkeit). Projektionen persönlicher und kollektiver Bilder (→ Archetypen) bewirken → Übertragung und → Gegenübertragung. In der Projektion werden auch neue, noch nie bewußt gewesene psychische Möglichkeiten erstmals bewußtseinsfähig. Dabei kann es nötig sein, idealisierende Übertragungen zunächst nicht zu deuten. Die Rücknahme solcher Projektionen erfolgt oft spontan, wenn auf den Analytiker projizierte Fähigkeiten beim Patienten genügend entwickelt worden sind (Schwartz-Salant, 1982). Die Integration

des Projizierten ist ein wesentlicher Vorgang bei der → Individuation (→ Methode, synthetische). Ist das → Ich durch die Rücknahme von Projektionen überfordert, kann die → Regression der zuvor in die Projektion investierten → Libido das → Unbewußte so sehr beleben, daß Konflikte ins Archetypische vergrößert und archaisch vergrößert werden bis hin zur → Inflation und → Psychose. Das → Sandspiel gibt nonverbal freien Projektionen auf Figuren und Gegenstände breitesten Raum und ermöglicht verbale Arbeit damit. C.G. Jung unterschied von der hier beschriebenen passiven Projektion die aktive Projektion als wesentlicher Bestandteil des Einfühlungsaktes. Giegerich (1994) verdeutlichte, daß eigentlich die empirisch-gegenständlich aufgefaßte Vorstellung vom Projektionsschirm (z. B. Analytiker, Kind, Ehegemaß) zusammen und zugleich mit der vereinfachend so genannten Projektion imaginiert wird. Mit dem Unbewußtsein über das Zweifache dieses psychischen Aktes hält sich die gängige Psychologie innerhalb der empirischen Fiktion (→ psychologische Differenz).

Giegerich W (1994) Animus-Psychologie. Frankfurt/M., Peter Lang [bes. S 106–115]
Jung CG [1921] (1994) Definitionen: Projektion. In: GW, Bd. 6, §§ 793f. Olten, Walter
Jung CG (1991) Praxis der Psychotherapie. GW, Bd. 16. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).
Schwartz-Salant N (1982) Narcissism and character transformation. Toronto, Inner City Books

Andreas von Heydwoelff

Projektion. (aus Sicht der → Gestalttherapie). → Kontakt; → Prozessuale Diagnostik (in der Gestalttherapie).

Projektive Identifikation. Ein → Abwehrmechanismus, der in der Kleinianischen → Psychoanalyse (Klein, 1946) beschrieben wird. Der Patient projiziert unerwünschte Gefühle, Impulse und böse → Objekte auf den Analytiker. In der Folge identifiziert er sich mit dem projizierten bösen Objekt im Analytiker und versucht,

dieses Objekt, das nun im Analytiker erlebt wird, unter Kontrolle zu bringen, zu beherrschen oder zu zerstören. Ähnlich beschreiben Ogden (1979) und andere amerikanische Kleinianer (→ Objektbeziehungstheorie) diesen Prozeß als eine Gruppe von → Fantasien, in denen Menschen unerwünschte Aspekte ihrer selbst aus sich verbannen, auf eine andere Person übertragen und dann versuchen, diese Aspekte für sich zu reklamieren, nun kontrolliert durch die Kontrolle des Trägers der Projektionen. → Selbstpsychologie und Vertreter der Theorie der → Intersubjektivität (Stolorow et al., 1987) sehen die Theorie der projektiven Identifikation als den Versuch des Analytikers, den Patienten für Mißverständnisse verantwortlich zu machen, die in einem System von zwei interagierenden, unterschiedlich organisierten Menschen unausweichlich sind. Ihrer Meinung nach hat die Vorstellung von einer „projektiven Identifikation“ die Ein-Personen-Psychologie oder eine „isolated mind psychology“ zur Voraussetzung.

Klein M (1946) Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psychoanalysis 27: 99–110

Ogden TH (1979) On projective identification. International Journal of Psychoanalysis 60: 357–372

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer

Donna M. Orange

[Übers.: Christine Pawlowsky]

Propädeutikum, psychotherapeutisches. → Ausbildung, psychotherapeutische.

Protagonist (→ Psychodrama; von griech. protos=Erster und agon=Kampf, Spiel). Der Protagonist (Vorspieler, Hauptdarsteller) beteiligt sich für eine bestimmte Sequenz als das zentrale Subjekt an der Erforschung der zwischenmenschlichen Interaktion. Er bearbeitet seine persönlichen Probleme und ist damit im Mittelpunkt als der Autor seines Spiels oder „inneren Films“. Das

Gefühl, dabei „nur eine Rolle zu spielen“, verschwindet im allgemeinen rasch durch die unmittelbare Betroffenheit. Im protagolistenzentrierten Psychodrama – als klassischer Variante – bearbeitet ein Patient seine persönliche Problematik unter Beteiligung der anderen Gruppenmitglieder. Es ist wichtig, die jeweiligen Protagonisten so auszuwählen, daß sie das latente Gruppenthema verkörpern. Durch das → Sharing wird der Protagonist nach dem Spiel wieder in die Gruppe integriert. Protagonistenzentrierte Spiele können aber bei psychiatrischen Patienten leicht überfordern, es braucht dazu viel „Mut zur Begegnung“. Gruppenspiele, die das latente oder manifeste Gruppenthema aufgreifen, können in schwierigen Gruppen, Fortbildungsgruppen oder pädagogischen Gruppen an die Stelle des Protagonistenspiels treten.

Ernst M (1989) Interactions of the protagonists and their auxiliary egos in psychodrama. Process analyses and comparisons using the SYMLOG interaction scoring. *International Journal of Small Group Research* 5(1): 89–118

Schönke M (1991) Funktionsträger der Therapievvariablen im Psychodrama. In: Vorwerk M, Alberg T (Hg), *Psychodrama*. Leipzig, Barth, S 13–32

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Protektive Faktoren (aus Sicht der → Integrativen Therapie). Im Rahmen der longitudinalen Entwicklungsforschung (Rutter, 1993) und Entwicklungspsychopathologie (Lewis & Miller, 1990), der empirischen → Säuglingsforschung (Petzold, 1995) und der Forschung zu Salutogenese und Gesundheit (A. Antonovsky; vgl. Haisch, 1996) wurde neben Risiko- und Belastungsfaktoren, kritischen Lebensereignissen (→ Life Events) und spezifischen Mangelerfahrungen – Dimensionen der Pathogenese also – zunehmend entdeckt, daß es in Lebensverläufen auch „salutogene“ Schutzfaktoren und Widerstandsfähigkeit (resilience) gibt. In der Integrativen Therapie wurde dementsprechend konzeptualisiert, daß die Persönlichkeit eines Menschen – gesund oder

krank – von der „Gesamtheit seiner positiven Erfahrungen (chain of protective events), seiner negativen Erfahrungen (chain of adverse events) und seiner Mangelerfahrungen (chain of deficits), d. h. der Interaktion dieser Ereignisketten bestimmt ist. Protektive Faktoren und Prozesse sind einerseits – internal – Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits – external – spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde etc.), Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier) und Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Krisenregion), die im Prozeß ihrer Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluß aversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern Resilienz und verstärken aber auch als salutogene Einflußgrößen den Selbstwert, Kompetenzgefühle und -kognitionen sowie die Ressourcenlage und die „supportive Valenz“ sozioökologischer Kontexte (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), sodaß persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden (Petzold, 1995). Eine einseitig pathologiezentrierte Diagnostik und Therapie greift deshalb zu kurz. Die Vergegenwärtigung positiver Vergangenheitserfahrungen, erfolgreichen → Copings, von „protective factors“, das Ausbilden und Nutzen von Resilienzen, Ressourcen und Potentialen wird damit zur Grundlage einer kausal- und lösungsorientierten Therapie. Viele protektive Faktoren (eine persönlich bedeutsame Beziehung, ein stabiles, ressourcenreiches Netzwerk, gute Zukunftsperspektiven etc.) entsprechen den unspezifischen → Heil- oder Therapie-[→]Wirkfaktoren. Positive Prospektionen (Zukunftserwartung und Ziele) können als protektive Faktoren betrachtet werden. In der Integrativen Therapie wurden an der Psychologie der → Lebensspanne ausgerichtete Diagnose- und Behandlungs-

methoden entwickelt, die Ereignisketten positiv beeinflussen und damit Störungen und Probleme veränderbar machen.

Haisch J (1996) Gesundheitsrisiken. Wege zur Bewältigung. Heidelberg, Asanger

Lewis M, Miller SM (1990) Handbook of developmental psychopathology. New York, Plenum Press

Petzold HG (1995) Wegeleit und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozio-ökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: Metz-macher B, Petzold HG, Zaepfel H (Hg), Thera-peutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Paderborn, Junfer-mann, S 169–280

Petzold HG, Goffin JJM, Oudhof J (1991) Pro-tek-tive Faktoren – eine positive Betrach-tungsweise in der klinischen Entwicklungs-psychologie. In: Petzold HG, Sieper J (1993) Integration und Kreation. Paderborn, Junfer-mann, S 173–266

Rutter M (1993) Wege von der Kindheit zum Erwachsenenalter. In: Petzold HG (Hg), Frühe Schädigungen – späte Folgen? Paderborn, Junfermann, S 23–65

Hilarion G. Petzold

Protest, männlicher. → Männlicher Pro-test; → Individualpsychologie.

Provokative Therapie. → Humor.

Prozedurales Gedächtnis (→ Säug-lingsforschung und Psychotherapie). Ge-dächtnisbereich, der sich beim Säugling in den ersten 1½ Lebensjahren vor dem Er-werb der Symbolisierungsfähigkeit bildet (→ Säuglingsforschung). Die frühkindli-chen Beziehungserfahrungen werden aus vielen einander ähnlichen wiederholten Mutter-Kind-Szenen als prototypische Sche-mata abstrahiert und in asymbolischer Form als „representations of being with“ (Stern, 1995: 19f), als asymbolische, senso-motorische szenische Erfahrungen mit ei-ner spezifischen Affektkontur gespeichert (→ Psychische Repräsentanzen). Dieses „pro-zedurale Wissen“ wird später von den symbolischen Organisationsformen der Erfahrung (→ Primärprozeß und → Se-

kundärprozeß) überlagert, aber nur teilwei-se in diese umgewandelt. Der Bereich des strukturell unbewußt bleibenden (d. h. nicht verdrängten), asymbolischen (d. h. nicht in Bilder oder Worte faßbaren) Beziehungswissens ist Grundlage des sponta-nen zwischenmenschlichen Beziehungsstils jedes Erwachsenen. Traumatisch bedingte Verformungen des Beziehungswissens finden ihren Niederschlag in Verhaltensmustern, Charakterzügen oder pathogenen Überzeu-gungen: diese werden in der Therapie zwi-schen Patient und Analytiker spontan re-inszeniert (Modellszenen).

Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (1992) Self and motivational systems. Towards a theory of psychoanalytic tech-nique. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Stern DN (1995) The motherhood constellation: a unified view on parent-infant psychotherapy. New York, Basic Books

Franz Herberth

Prozeßanalyse (Processing; → Psychodra-ma). Dabei werden am Ende einer Sitzung nach dem Gesichtspunkt der → Rollen-theorie und → Soziometrie die Rollenaus-übung der Spieler und die Interventionen des Psychotherapeuten untersucht. Die Rück-meldung und Reflexion gibt auch Anstöße für den Leiter. Was sich nicht ereignet hat, läßt eventuell auf Widerstände schließen. Das Verstehen des Prozesses sollte im Kontext der Gruppe geschehen. An diesem Punkt läßt sich auch Gesellschaftstheorie einbringen und diskutieren. „Gesellschaftskritik im Deutungsprozeß“ (Paul Parin), die nicht zu früh und zum Zwecke der Abwehr auftritt, kann den Protagonisten von persönlichen Versagens-, Scham- und Schuldgefühlen ent-lasten und der Gruppe kooperative Perspek-tiven auf den Umgang mit gesellschaftlicher Ausbeutung und Entfremdung eröffnen.

Blomkvist LD (1991) Das therapeutische Agens und der Psychodrama-Regisseur in der Grup-pentherapie. In: Vorweg M, Alberg T (Hg), Psychodrama. Leipzig, Barth, S 124–132

Klein U, Bleckwedel J, Portier L (1991) Einla-dung zur Fehlerfreundlichkeit. Die psycho-dramatische Prozeßanalyse als didaktisches Instrument. Psychodrama 4(2): 290–303

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Prozeßanalyse. → Intervention; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Prozeßarbeit (nach Mindell; → Transpersonale Psychotherapie). Die Prozeßarbeit (therapeutische Arbeit nach Gesichtspunkten der Prozeßorientierten Psychologie) wurde auf Grundlage von C.G. Jungs Werk unter Einbeziehung von altem taoistischen, schamanischen (Castaneda, Eliade), alchemistischen Wissen und neuesten quantenphysikalischen und chaostheoretischen Erkenntnissen über grundlegende Weltzusammenhänge in erster Linie von Arnold Mindell in der Schweiz und in den USA entwickelt. Sie bezieht Aspekte der → Transpersonalen Psychologie mit ein. Lebensprozesse haben an sich die Tendenz, sich auszudrücken und zu verwirklichen, im körperlich-organischen Bereich und im Spüren, Fühlen, Denken, Wollen und Handeln. Auch im Bereich des Träumens macht sich der Prozeß – oft schon in seiner Entstehung – bemerkbar. Hindert man diese Energien daran, in ihrem direkten Weg gelebt zu werden, drücken sie sich auf Nebenwegen aus („Sekundärprozeß“). Dieser kann parallel zum „primären Ausdruck“ – etwa der unmittelbaren Tätigkeit oder verbalen Äußerung – z. B. als inkongruente Körpersprache sichtbar und erfahrbar werden (Mindell, 1994). Hier träumt der Körper sozusagen einen „Körpertraum“ in unbewußten Bewegungen oder Haltungen bis hin zu Krankheitssymptomen (→ Psychosomatik) und schließlich bei konsequenter Mißachtung sogar zu vorzeitigem Tod. Es gilt, diese Ausdrucksweise zu entschlüsseln und bewußt zu machen und dann in den primären=unmittelbaren Lebensprozeß zu integrieren (Traumkörperarbeit: Mindell, 1993). Dabei ist von vornherein offen, wohin der Prozeß führt. Es kommt darauf an, mit Feingespür, genauer Beobachtung der Wahrnehmungs- und Ausdruckskanäle und Methodenvielfalt die spezielle Erscheinungsform des individuellen Prozesses gemeinsam mit dem Klienten zu erfahren und zu übersetzen. Das Symptom wird hierbei nicht als zu therapierendes Übel betrachtet, sondern als verbündeter Beglei-

ter am Weg zur Heilung, bis es schließlich durch den direkten Ausdruck des ursprünglich Beabsichtigten überflüssig wird – ähnlich dem Schamanen, der zuerst mit dem Verbündeten ringen muß, um seine Macht letztlich nützen zu können (Castaneda, 1981). Mindell und seine MitarbeiterInnen arbeiten auch speziell in Krisengebieten mit Angehörigen verfeindeter Bevölkerungsgruppen – „Weltarbeit“, „Friedensarbeit“ (Mindell, 1996).

- Castaneda C (1981) Reise nach Ixtlan. Frankfurt/M., Fischer
Eliade M (1985) Yoga, Unsterblichkeit und Freiheit. Frankfurt/M., Suhrkamp
Mindell A (1993) Traumkörperarbeit oder: Der Lauf des Flusses. Paderborn, Junfermann
Mindell A (1994) Traumkörper in Beziehungen. Prozeßorientierte Psychologie in Praxis und Theorie. Basel, Sphinx
Mindell A (1996) Den Pfad des Herzens gehen. Petersberg, Via Nova

Michael Hofreiter

Prozeß-Ergebnis-Forschung (→ Psychotherapieforschung). Die Ergebnissforschung in der Psychotherapie konnte bereits in der zweiten Hälfte der 80er Jahre als abgeschlossen gelten, sie erbrachte über die vergleichende Psychotherapieforschung im wesentlichen keine Überlegenheit einer Therapiemethode über irgendeine andere (Bastine et al., 1989: 4; Tschuschke, 1997: 129; → Äquivalenzparadoxon). Die verstärkte Hinwendung zur Prozeßforschung intendiert, die für die eigentliche therapeutische Veränderung maßgeblichen Prozesse besser verstehen zu können – und damit auch die Determinanten therapeutischer Erfolge und Mißerfolge (Bastine et al., 1989: 3). Prozeßforschung kann nicht ohne die Kontrolle der Therapieergebnisse geschehen, für sich genommen ist sie sinnlos (Prozeß wovon? auf was hin?). Ergebnissforschung ist daher stets miteinbezogen, wenn von Prozeßforschung die Rede ist, weshalb exakter von Prozeß-Ergebnis-Forschung gesprochen werden sollte. Bastine et al. (1989) unterscheiden „Typ A-“ und „Typ B“-Prozeßforschung. Typ A-Prozeßforschung untersucht die relativ stabilen Behandlungsmerkmale wie demografische

Variablen, behandlingstechnische Merkmale etc. Die von Orlinsky et al. (1994) zusammengetragenen Resultate zahlreicher Prozeß-Ergebnis-Forschungsstudien stellen ein mittlerweile stabiles Fundament relevanter Prozeß-Ergebnis-Beziehungen in psychotherapeutischen Behandlungen dar. Sie münden in das → Generische (Allgemeine) Modell der Psychotherapie („Generic Model“), demzufolge als wichtigste Merkmale die überragende Wichtigkeit einer günstigen therapeutischen Beziehung sowie die prognostische Relevanz einer längeren vor einer kürzeren therapeutischen Behandlung resultieren. Prozeß-Ergebnis-Forschung kann auf sehr unterschiedlichen Erfassungsebenen (Mimik / Gestik vs. Sprache, Patient vs. Therapeut, verbale vs. nonverbale Inhalte, Form der Interaktion) mit unterschiedlichstem Präzisionsgrad erfolgen (von Sekunden bis zu Teilen der Biografie, also mehrere Jahre; Bastine et al., 1989: 9ff.; Orlinsky et al., 1994: 276). Entsprechend ergeben sich Repräsentanzprobleme (geeignete Beobachtungseinheiten): z. B. ganze Sitzungen, veränderungsrelevante Episoden, therapeutische Phasen, gesamter Therapieverlauf als Zeitreihe (→ Einzelfallforschung). Weitere Fragen betreffen die Adäquatheit der eingesetzten Methoden der Psychotherapie(prozeß)forschung (→ Psychotherapieforschung, Methoden der). Die Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses erfordert eine operationale Erfassung des multifaktoriellen Geschehens, um die unterschiedlichsten spezifischen und unspezifischen therapeutischen → Wirkfaktoren identifizieren zu können, ihre wechselseitige Beeinflussung, ihre sequentiellen Beeinflussungen untereinander sowie im Hinblick auf das Therapieergebnis feststellen zu können (vgl. z. B. Tschuschke, 1993; Tschuschke & Dies, 1997).

Bastine R, Fiedler P, Kommer D (1989) Psychotherapeutische Prozeßforschung – Editorial. Zeitschrift für Klinische Psychologie 18: 3–22
Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome – noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), Handbook of psychotherapy and behavior change. Fourth edition. New York, Wiley, pp 270–376

Tschuschke V (1993) Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozeß-Ergebnis-

Relationen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Tschuschke V (1997) Das Äquivalenz-Paradox in der Psychotherapieforschung. In: Tschuschke V, Heckrath C, Tress W (Hg), Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, S 125–139

Tschuschke V, Dies RR (1997) The contribution of feedback to outcome in long-term group psychotherapy. Group 21: 3–15

Volker Tschuschke

Prozeßkontinuum. Von C. Rogers im Rahmen der → Klientenzentrierten Psychotherapie konzeptualisierte Abfolge von sieben Stadien, die – operationalisiert in der Prozeßskala – quasi (künstliche) Ausprägungsstufen in der Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen abbilden. Dies markiert sowohl Rogers' Interesse an förderlichen Bedingungen (→ Grundhaltungen) als auch an einer qualitativen Beschreibung dieses Prozesses bzw. seines jeweiligen Stadiums, dies von Anfang an – abzulesen an den thematischen Schwerpunktsetzungen in seinen Publikationen – in deutlicher Prioritätensetzung: Prozeß der Persönlichkeitsveränderung vor Fragen zur Persönlichkeitsstruktur. Während Stadium 1 fixierte, starre, erlebensferne Einstellungen, Konstrukte und Wahrnehmungsweisen einer Person charakterisiert, repräsentiert Stadium 7 als Ideal ein prozeßhaftes, höchst flexibles, erfahrungsoffenes und in den eigenen Bewertungsprozeß (→ Bewertungsinstanz, innere) vertrauendes Individuum (→ Fully functioning person). Psychotherapie ist in der Regel in den Stadien 3 bis 5 indiziert. Personen, deren Konzepte als derart rigide aufzufassen sind, daß sie den Stadien 1 bis 2 zuzuordnen sind, fehlt in der Regel jenes Mindestmaß an spürbarer → Inkongruenz, das als Motivationsparameter vonnöten ist. Personen, die den Stadien 6 bis 7 zuzuzählen sind, bedürfen psychotherapeutischer Hilfe nicht (mehr). Die Prozeßskala, als Meßinstrument zur Einschätzung der Erlebnisflüssigkeit einer Person, hat vielfach Anwendung in der empirischen Erforschung klientenzentrierter Praxis erfahren.

- Rogers CR [1951] (1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer [bes. Kap. IV: Der Prozeß der Therapie]
Rogers CR [1961] (1973) Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 130–162]
Rogers CR (1991) Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers C, Schmid PF, Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald [bes. S 204–210]

Gerhard Stumm

Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Spezifischer Ansatz innerhalb der → Klientenzentrierten Psychotherapie nach C. Rogers. Im niederländischen Sprachraum wurde diese Bezeichnung Anfang der 80er Jahre eingeführt, um eine Differenzierung der → Gesprächspsychotherapie (Klientenzentrierten Psychotherapie) nach der spezifischen Hilferwartung verschiedener Klientenkategorien und nach den Möglichkeiten des Klienten, sich zu behaupten bzw. sich zu entfalten, anzudeuten (de Haas, 1988; Swildens, 1991, 1992). Eine derartige Differenzierung bedeutet eine Verschiebung innerhalb der klientenzentrierten Therapieauffassung in Richtung einer Anpassung an die Forderungen, die durch die Verschiedenheit psychiatrischer und psychotherapeutischer Klientenkategorien an den Therapeuten gestellt werden. Symptomneurosen, Charakterneurosen (→ Neurose) und → Persönlichkeitsstörungen gehören nunmehr zur klientenzentrierten Zielgruppe. Bei der Differenzierung des klientenzentrierten Grundprinzips (→ Grundhaltungen, therapeutische) wurden sowohl phänomenale Sinn- und Bedeutungszusammenhänge wie → Mythe, → Alibi, → Selbstkonzept, → Inkongruenz und Formen der Existenzverweigerung (→ Wahlverhinderung) sowie Phasen des therapeutischen Prozesses beachtet. Der Therapieprozeß wird als ein dialogischer Prozeß, angetrieben von der Behandlungsmotivation, aufgefaßt. Diese Behandlungsmotivation setzt sich zusammen aus dem Hilfswunsch des Klienten und aus der Bereitschaft des Therapeuten, dem Klienten zu helfen. Die Phasen des Therapieprozesses entwickeln sich als eine Spiralbewegung

des Hilfsverlangens, welche durch die abwechselnde Beachtung der intrapsychischen experientiellen Beziehung des Klienten zu sich selbst und der interaktionellen Beziehung zum Therapeuten zustandekommt. Die Phasenabfolge gliedert sich in die Prämotivationsphase, Symptom-/Syndromphase, Problem-/Konfliktphase, existentielle Phase und Abschiedsphase. Der prozeßorientierte Gesprächspsychotherapeut beeinflusst die Phasenentwicklung, sofern sie nicht spontan verläuft, durch seine Interventionen. Er ist bereit, aktiv einzugreifen, wenn der Prozeß stockt oder zu stocken droht. Dieses Eingreifen ist in seiner Form abhängig von der Art und Spezifität des Syndroms, weiters von der jeweiligen Phase, in der sich der Prozeß befindet, und schließlich von den individuellen Bedürfnissen und Widerständen des einzelnen Menschen. Syndrome wie z. B. Suchtkrankheiten (→ Sucht) und → Angststörungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen, zeichnen sich durch Schwierigkeiten in der Prämotivationsphase aus. Persönlichkeitsstörungen sind durch eine dispositionelle Inkongruenz und durch Ich-Syntonie gekennzeichnet. Diese Behandlungsprobleme werden vom prozeßorientierten Therapeuten antizipiert. Die Behandlungspraxis hat dadurch oft direkte Merkmale. Diese Prozeßdirektivität ist aber fortwährend an der Erlebniswelt des Klienten und an seinen gesundheitlichen und existentiellen Zielsetzungen orientiert.

- de Haas O [1981] (1988) Strukturierte Gesprächstherapie bei Borderline-Klienten. GwG-Zeitschrift 19(71): 64–69
Swildens H [1988] (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG
Swildens H (1992) Die klientenzentrierte Therapie, die prozeßorientierte Gesprächstherapie und die personzentrierte Gesprächsführung: drei Töchter des gleichen Vaters aber aus verschiedener Ehe. In: Stipsits R, Hutterer R (Hg), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S 54–70

Hans Swildens

Prozeßorientierte Therapie (nach Mindell). → Prozeßarbeit (nach Mindell).

Prozeß, psychoanalytischer. → Psychoanalytischer Prozeß; → Psychoanalyse.

Prozeßskala. → Prozeßkontinuum; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Prozeß, tetradischer. → Tetradischer Prozeß; → Integrative Therapie.

Prozessuale Diagnostik. Die für Psychotherapie essentielle Subjekt-Subjekt-Beziehung erfordert, daß die Diagnostik nicht allein nach dem verobjektivierenden medizinischen Modell gehandhabt wird. Prozessuale Diagnostik geschieht demnach eingebettet in die Therapeut-Klient-Interaktion im Prozeß der Behandlung. Sowohl Therapeut wie Klient sollen gesunde und beschädigte Anteile des Erlebens und Verhaltens von den dahinterliegenden lebensgeschichtlichen Strukturen her wahrnehmen und verstehen. Therapie ist nicht nur eine „Situation der Intervention“, sondern immer zugleich auch Diagnose, da im therapeutischen Prozeß kognitive Einsicht und emotionales Betroffensein zusammengehören. Für den Psychotherapeuten bedeutet dies, daß er vor allem auch seine emotionale Resonanz auf den Klienten und den gesamten Kontext als diagnostisches und therapeutisches Instrument verwendet. Der Begriff der prozessualen Diagnose wurde explizit von H. Petzold von dessen Konzept der progredierenden Analyse aus und innerhalb seiner → Integrativen Therapie entwickelt. Dabei wird darauf Wert gelegt, daß die prozessuale Diagnostik „korrespondierend“ mit dem Klienten unter Berücksichtigung seines gesamten Lebenskontextes und -kontinuums und vor dem Hintergrund einer multitheoretisch angelegten Theorie der Pathogenese exploriert wird. Das Konzept der → Klientenzentrierten Psychotherapie vertritt ausdrücklich eine Integration von diagnostischen und therapeutischen Anteilen im Therapieprozeß. Vor allem Rogers hat betont, daß

etikettierende Diagnostik für Psychotherapie schädlich, die Therapie jedoch in einem bedeutsamen Sinn als Diagnose zu betrachten ist, wobei dieser Prozeß mehr in der Erfahrung des Klienten als im Intellekt des Therapeuten vor sich gehen soll. Neuere Autoren unterscheiden zwischen einer schulenübergreifenden Diagnostik mittels der gängigen Klassifikationssysteme und der methodenspezifischen prozessualen Diagnostik. Damit wird auch das Mißverständnis einer totalen Ablehnung von Diagnostik durch Rogers aufgeklärt.

Petzold HG (1993) Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold HG, Sieper J (Hg), Integration & Kreation. Paderborn, Junfermann, S 267–340

Rogers CR [1951] (1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 205ff.]

Wolfgang Keil

Prozessuale Diagnostik (in der → Gestalttherapie). Der gestalttherapeutische Ansatz stellt eine Diagnose der Prozesse, durch die eine Person den → Kontakt mit ihrer gegenwärtigen Erfahrung unterbricht oder stört, wobei die Diagnose sich nicht auf die Person, sondern auf einzelne Verhaltensabläufe bezieht. Gestörte → Kontakt- und Wahrnehmungsfunktionen werden als einst schöpferische Lösungen in schwierigen Lebenssituationen betrachtet, die nun unangemessen sind. Ob Prozesse wie Introjektion, Projektion, Retrofektion, Konfluenz, Egoismus, Deflektion und Reaktionsbildung in einer bestimmten Situation funktional oder dysfunktional sind, hängt von den augenblicklichen Bedürfnissen einer Person und den Erfordernissen ihres Umfeldes ab. Prozessuale Diagnostik erfordert gemeinsame Bedeutungsfindung spezifischer Situationen und Verläufe. Perls et al. (1951) untersuchten die Beziehung zwischen der neurotischen Selbstregulierung des Patienten und der Auffassung des Therapeuten von gesunder → organismischer Selbstregulierung. Ihre prozessuale Auffassung des → Selbst führte zum Umgang mit Diagnosen als momentanen Arbeitshypothesen, in denen phänomenologisch (→ Phänomenologie), dialogisch

(→ dialogisches Prinzip) und im Kontext der Lebensgeschichten die jeweiligen Beziehungsmuster des Patienten und des Therapeuten wie auch deren Beziehung zueinander erfaßt werden. Daraus soll eine gemeinsame, sinngebende Einordnung von Inhalten und Prozessen entstehen.

De Lisle G (1991) A Gestalt perspective of personality disorders. *British Gestalt Journal* 1(1): 42–50

Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie (Hg) (1988) *Gestalttherapie*. Heft 2/1988 [Themenheft, ohne Titel]

Perls F, Hefferline R, Goodman P [1951] (1991) *Gestalttherapie*. Grundlagen. München, dtv

Nancy Amendt-Lyon

Pseudoerinnerung (→ Hypermnesie; → Trancephänomene; → Hypnose). Ein Trancephänomen, bei dem der Proband eine zuvor suggerierte Szene später erinnert in der Überzeugung, die suggerierte Szene real erlebt zu haben. Synonyme: Paramnesie, retrograde → Halluzination (Bernheim 1888, 1890). Pseudoerinnerungen treten auch spontan auf z. B. im Kontext einer Altersregression. Pseudoerinnerungen sind darüber hinaus als Alltagsphänomen bekannt und gefürchtet z. B. bei Zeugenaussagen. Vielfältige Untersuchungen belegen die leichte Beeinflussbarkeit von Gedächtnisinhalten. In einer Untersuchung von Lofthus & Ketcham (1995) erinnerten sich jugendliche Probanden detailliert, als Fünfjährige ihre Mutter im Kaufhaus verloren zu haben. Die Szene war ihnen zuvor von Bezugspersonen geschildert worden.

Kossak HC (1989) *Hypnose, ein Lehrbuch*. München, Psychologie Verlags Union

Lofthus E, Ketcham K (1995) *Die therapierte Erinnerung. Vom Mythos der Verdrängung bei Anklagen wegen sexuellen Mißbrauchs*. Hamburg, Ingrid Klein Verlag

Hans Riebensabm

Pseudohalluzination. → Halluzination.

Psyche. → Seele; → Analytische Psychologie.

Psychische Dimension. → Anthropologie, existenzanalytische; → Existenzanalyse.

Psychische Energie. → Energie, psychische; → Analytische Psychologie.

Psychische Organe. → Ich-System; → Transaktionsanalyse.

Psychische Repräsentanz (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Der Repräsentanzbegriff hat im Laufe der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie einen Bedeutungswandel erfahren. Freud sprach von Vorstellungsrepräsentanzen des → Triebes. Er meinte damit die psychisch erlebbare Seite einer Triebreugung – ihren Inhalt wie ihre affektive Tönung. Diese Triebrepräsentanzen konnten der → Verdrängung unterliegen, wenn die dabei angestrebte Befriedigung (→ Lustprinzip) mit anderen Vorstellungen, die sich z. B. aus verinnerlichten Forderungen der Eltern (→ Überich) ableiteten, unvereinbar war. Der Begriff der Selbst- und Objektrepräsentanzen wurde von E. Jacobson in Anlehnung an H. Hartmann in die psychoanalytische → Ichpsychologie eingeführt. Sie beschreibt die Ichentwicklung u. a. als stufenweise Entstehung konsistenter innerer Bilder („Imagines“) von der eigenen Person (dem → Selbst) und von den wichtigsten Bezugspersonen der Umgebung und deren zunehmend realistischere Ausgestaltung in der Kindheit und Adoleszenz. Die Entwicklungstheorie Margret Mahlers beschreibt in einem Wechsel von Fusion („Symbiose“), Differenzierung und Integration („Individuation“) der frühkindlichen Selbst- und Objektrepräsentanzen entscheidende Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit; sie sieht im Mißlingen bestimmter Schritte in der Entwicklung der frühen Repräsentanzen den Ursprung schwerer Pathologien (→ Psychose; → Borderline-

Persönlichkeitsstörung). Die gegenwärtige → Säuglingsforschung (D. Stern, J. Lichtenberg) setzt sich kritisch mit dem Mahlerschen Symbiosekonzept auseinander. Schon in den ersten Lebenswochen sei die Kontingenz eigenen Handelns erlebbar („self as an agent of actions“; Stern, 1985: 18), und es bilden sich erste Spuren von Selbstrepräsentanzen („auftauchendes Selbst“; Stern, 1992: 61f.). Diese werden asymbolisch als sensomotorische Erfahrung mit typischer Affektkontur aus den Abstraktionen gleichförmiger Beziehungsszenen (z. B. der sich wiederholenden Fütterungsszene) gebildet. Diese szenischen „representations of being with“ (Stern, 1985: 19f.) bilden den Kern unseres asymbolischen, vorsprachlichen Beziehungswissens (→ prozedurales Gedächtnis).

- Freud S [1925] (1982) Die Verdrängung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 103–118
- Jacobson E [1964] (1978) Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Lichtenberg JD [1983] (1991) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Heidelberg, Springer
- Mahler M [1968] (1972) Symbiose und Individuation. Stuttgart, Ernst Klett
- Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Franz Herberth

Psychische Struktur (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Psychische Struktur als psychoanalytischer Begriff beschreibt die organisierte Kontinuität des psychischen Lebens. Für Freud war psychische Struktur ursprünglich eine Art Topografie der Psyche, in der die bewußten Schichten durch das Unbewußte kontrolliert und organisiert werden. Die Psyche bedarf der Organisation, um zu verhindern, daß die angeborenen, unbewußten und inakzeptablen → Triebe, Wünsche, Ängste (meist ödipaler Art) bewußt werden und so unerträgliche → Angst und → Schuldgefühle auslösen und so zu Kompromißbildungen führen, die als Symptome manifest werden. Später entwickelte Freud seine Strukturtheorie, die → Es, → Ich und → Überich als vorrangige psychische

Strukturen konzipierte. Nach dieser Auffassung ist es für das Ich wichtig, die Herrschaft sowohl über unbewußte Es-Strebungen als auch über die Forderungen und Hemmungen eines allzu strengen Überich zu erlangen. Gegenwärtiges psychoanalytisches Denken, besonders insofern es durch → Säuglings- und → Bindungsforschung (→ Bindungstheorie) beeinflusst wird, betrachtet die psychische Struktur als Muster psychischen Erlebens, das sich aus dem Zusammenspiel zwischen dem Menschen und seinem emotionalen Umfeld ergibt. Die Qualität dieses Zusammenspiels zwischen dem Säugling und der Bezugsperson wird als mehr oder weniger konstantes Muster der an die Beziehung gestellten Erwartungen internalisiert (Stern, 1985). Verlust, Entbehrung und → Trauma haben viel größere Bedeutung in diesem neuen Verständnis von psychischer Struktur, da sie nun als Organisation von emotionaler Erfahrung gesehen wird.

- Freud S [1915] (1982) Das Unbewußte. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 119–173
- Freud S [1923] (1982) Das Ich und das Es. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330
- Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Donna M. Orange [Übers.: Erwin Bartosch, Christine Pawlowsky]

Psychischer Konflikt. → Konflikt.

Psychisches Defizit (→ Selbstpsychologie). Begriff, der im Unterschied zum psychischen → Konflikt der klassischen → Psychoanalyse die alternative Sicht der Kohutschen Selbstpsychologie kennzeichnet. Der Konflikt ist dem ödipalen Denken des Triangulierungskomplexes im → Strukturmodell zugeordnet, das Defizit der Bildung der → psychischen Struktur des → Selbst. Die psychische Struktur des Selbst, nach Kohut als „übergeordnete Konfigura-

tion“ von Beginn des Lebens an vorhanden (Kohut, 1975: 268), nicht aus der Verschmelzung von Partialwahrnehmungen entstanden, und in einem „Gesamtprogramm“ (angeborener Anlagen wie im unbewußten Lebensentwurf der Eltern für ihr Kind) angelegt (Kohut, 1987: 149) – entfaltet sich in der Beziehung zwischen Kind und Eltern in der Selbst-Selbstobjekt-Beziehung. In dieser Beziehung können – wegen der Begrenztheit aus der eigenen Geschichte heraus – (teilweise erhebliche) Empathiemängel (Kohut, 1979: 87, 261ff.) der Eltern auftreten, die zu psychischen Defiziten des Kindes führen. Kohut sagt im Zusammenhang mit der Sucht etwa: „Der Süchtige [...] braucht die Droge, weil er meint, die Droge könne den zentralen Defekt in seinem Selbst heilen. Sie wird für ihn zum Ersatz für ein Selbstobjekt“ (Kohut, 1976: 10). Der Begriff ist aber mißverständlich, insofern er nahelegt, ein Defizit könnte – z. B. durch spätere Psychotherapie – ausgeglichen werden. Das ist zumeist nicht der Fall, die ursprüngliche Selbst-Selbstobjekt-Beziehung kann oft nicht nachgeliefert werden, vielleicht ist der Ersatz der starren, neurotischen „defensiven Strukturen“ (Kohut, 1979: 55ff.) durch flexiblere „kompensatorische Strukturen“ (Kohut, 1979: 260ff.) möglich. In der stärker systemorientierten Betrachtung der → Inter-subjektivität steht die Bezogenheit Kind-Mutter, Patient-Therapeut im Vordergrund, hier sind die Begriffe Konflikt und Defizit im Begriff der subjektive Erfahrung organisierenden Prinzipien (→ Organizing principles) aufgehoben. Defizit bezeichnet den Mangel an lebensnotwendiger Beziehung, Konflikt das Vorhandensein von pathologischen Beziehungsformen – diese Sichten schließen einander nicht aus, sie ergänzen einander.

Kohut H [1974] (1975) Bemerkungen zur Bildung des Selbst. In: Kohut H, Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 252–285

Kohut H (1976) Vorwort. In: Scheidt J v., Der falsche Weg zum Selbst. Studien zur Drogenkarriere. München, Kindler, S 9–14

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Psychoanalyse. Die Psychoanalyse entstand aus der von Breuer angewandten kathartischen Methode (→ Katharsis), bei der die neurotischen Patienten in → Hypnose durch Wiedererinnern der aus dem Bewußtsein verdrängten Erlebnisse und durch gleichzeitige Abreaktion der damit verbundenen, vorher unterdrückten → Affekte zumindest zeitweise von ihren Symptomen befreit wurden. Psychoanalyse ist das von Sigmund Freud Ende des 19. Jh. entwickelte psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung von Psychoneurosen, wobei der Begriff heute auf vier verschiedenen Ebenen angewandt wird: 1. Es wird damit die Behandlungsform von → Neurosen bezeichnet, die Ende des 19. Jh. von Freud entworfen und später von ihm und seinen Nachfolgern weiterentwickelt wurde. Die wesentlichen Konzepte sind (a) die → freie Assoziation, die die → Hypnose ersetzte (b) die → Deutung, die die → Suggestion ersetzte und (c) die → Übertragung (und → Gegenübertragung). Die Ursachen der behandelten Krankheiten werden unter Würdigung des gesamten Lebenslaufs in der psychosexuellen Entwicklung der Kindheit und den daraus entstandenen → Konflikten durch die Beziehungen zwischen den Menschen und ihrer Kultur gesehen. Später wurde diese Methode auf andere Krankheitsbilder wie → Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Störungen erweitert. Die klassische psychoanalytische Technik besteht in der Einhaltung vorgegebener Grundregeln und Hilfen zur freien Assoziation des Patienten im Deuten seiner Assoziationen und den Hindernissen, die er beim Versuch zur freien Assoziation erfährt, sowie im Deuten seiner Gefühle und seines Verhaltens gegenüber dem Analytiker im → psychoanalytischen Prozeß, wo der → Widerstand und die Übertragung kontrolliert gedeutet und durch wiederholtes → Durcharbeiten aufgelöst wird, wobei die Fähigkeit zur Einsicht sowie → Introspektion und → Empathie

wächst. Das Verhalten des Analytikers ist gekennzeichnet durch eine analytische Einstellung (Flexibilität und Offenheit, Bemühen um Verstehen, Einsicht in eigene Fehlerhaftigkeit, Toleranz gegenüber Ungewißheit, Empathie, Konsistenz und Verlässlichkeit, Spontaneität etc.), frei flotierende Aufmerksamkeit und bestimmte Grundregeln (Neutralität, → Abstinenz und absolute Vertraulichkeit). Bei den Formen der Psychotherapie, die die psychoanalytische Theorie mit anderen Techniken kombiniert, handelt es sich um psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. 2. Die Psychoanalyse wird als Untersuchungsmethode unbewußter Motive und psychischer Inhalte verstanden. Dazu gehören die unbewußte Bedeutung von → Fehlleistungen, → Träumen, Reden, Handlungen sowie neurotischer, psychosomatischer und psychotischer Symptome. Die Methode ist auf der freien Assoziation und dem szenischen Verstehen begründet. Durch die Deutung und die Reaktion des Patienten darauf erhält dieses Verständnis seine Validität. 3. Psychoanalyse meint weiters die psychologischen Theorien über den Ursprung der → Neurosen und später der allgemeinen psychischen Entwicklung, so wie sie von Freud und seinen Nachfolgern im Zusammenhang mit den Erkenntnissen und Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Behandlung gemacht wurden. Die wesentlichsten Konzepte sind (a) das → Unbewußte, (b) der Widerstand und (c) die Übertragung und Gegenübertragung. Nach der klassischen → psychoanalytischen Entwicklungstheorie schreitet die psychosexuelle Entwicklung von dem oralen über das anale und urethrale zum phallischen Stadium voran und führt erst nach der ödipalen Phase (→ Ödipus-Komplex) sowie einer nachfolgenden Latenzzeit (→ Latenz) im Verlauf der Pubertät und Adoleszenz zur reifen Sexualität. Die Kleinianische → Objektbeziehungstheorie unterscheidet in der Frühphase eine → paranoid-schizoide von einer → depressiven Position. Die Bedeutung der Beziehung zwischen Analytiker und Patient wird zunehmend mehr wahrgenommen und führt über das Konzept der therapeutischen Allianz und der Anerkennung des wechselseitigen Ein-

flusses zur interaktionalen Psychoanalyse. Die psychoanalytische → Selbstpsychologie geht von einer unabhängigen Entwicklungslinie des → Narzißmus und des → Selbst aus. Die klassische dualistische → Triebtheorie wird auf dem Hintergrund der Erkenntnisse der modernen → Säuglings- und Kleinkindforschung um eine differenzierte Motivationstheorie (→ Motivationssysteme) erweitert. 4. Psychoanalyse bedeutet auch die Gesamtheit der psychoanalytischen Theorien und Therapieformen aller Therapeuten in der Nachfolge von Freud, Jung und Adler. Die Psychoanalyse hat sich als Bewegung zur Interessensvertretung, Ausbildung und Forschung organisiert. Die drei wesentlichen theoretischen Ausrichtungen in der gegenwärtigen Psychoanalyse sind die Triebtheorie, die Objektbeziehungstheorie und die Selbstpsychologie.

- Bally G (1961) Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freuds. Hamburg, Rowohlt
 Ellenberger HF [1970] (1973) Die Entdeckung des Unbewußten. Bern, Hans Huber
 Freud S, Breuer J [1895] (1952) Studien über Hysterie. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 75–312
 Freud S [1914] (1946) Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 10. Frankfurt/M., Fischer, S 43–114
 Freud S [1919] (1982) Wege der psychoanalytischen Therapie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 239–249
 Freud S [1938] (1968) Abriß der Psychoanalyse. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 17. Frankfurt/M., Fischer, S 63–108
 Mertens W (1990) Einführung in die psychoanalytische Therapie. Stuttgart, Kohlhammer
 Mertens W, Waldvogel B (Hg) (1999) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart, Kohlhammer
 Treurniet N (1995) Was ist Psychoanalyse heute? Psyche 49(2): 111–140

*Wolfgang Milch, Iris Hilke,
Hans-Peter Hartmann*

Psychoanalyse, Indikation zur. → Indikation zur Psychoanalyse.

Psychoanalyse in Gruppen (nach Alexander Wolf). Gruppenanalytischer Ansatz, der im deutschen Sprachraum unter der Bezeichnung „Einzeltherapie in der Gruppe“ bekannt gemacht wurde (Heigl-Evers, 1972; → Gruppenmodelle). Es geht hierbei aber um mehr als um psychoanalytische Einzeltherapie in Gruppen. In Fortführung der gruppenanalytischen Überlegungen von T. Burrow versteht A. Wolf seinen Ansatz als die Bereitstellung spezifischer psychoanalytischer Behandlungsmöglichkeiten wie sie in der Einzelbehandlung nicht gegeben sind: Das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Mitgruppenmitglieder sowie des Gruppenanalytikers ermöglicht sowohl eine spezifisch psychoanalytische Bearbeitung der Über- und Unterordnungsproblematik als auch der Probleme, die zwischen grundsätzlich Gleichberechtigten (Peer-Ebene) entstehen (beides ist im einzelanalytischen Setting schwer möglich). Hierfür hat Wolf eine große Anzahl behandlungstechnischer Überlegungen angestellt (Wolf, 1971) sowie die behandlungstechnische Modifikation der „alternierenden Sitzung“ eingeführt: Auf eine Sitzung mit dem Gruppenanalytiker folgt regelmäßig eine Sitzung ohne ihn, die für alle Gruppenteilnehmer obligatorisch ist. Darüber hinaus besteht in Gruppen die reale Möglichkeit, viele unterschiedliche Weisen des Umgangs mit Problemen wahrzunehmen, zu erleben, und es sind bei den einzelnen Teilnehmern unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten für bestimmte Probleme vorhanden, die sie als positive Ressourcen in den analytischen Prozeß einbringen können. Auf diese Weise entsteht nach Wolf nur in Gruppen eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Übertragungen der Teilnehmer sowie ihre Gegenübertragungen wechselseitig und mit Hilfe des Gruppenanalytikers für die eigene Wahrnehmung, Klärung und Veränderung zu nutzen. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Nutzung der Beziehungen auf dem Niveau der „Peer-Group“ (horizontale Beziehungsebene). Ziel der so verstandenen gruppenanalytischen Arbeit ist es, die individuellen Probleme der Gruppenmitglieder zu klären und einer Lösung näher zu bringen, d. h. die Individualität und Einzigartigkeit der Teilnehmer zu sehen und zu fördern (Wolf et al.,

1993). Konzeptionell ist Wolf nahe bei Walter Schindler und setzt sich kritisch ab von gruppenanalytischen Ansätzen, die eine vorwiegend gruppenzentrierte Weise des Arbeitens in analytischen Gruppen anstreben (Bion, Foulkes, Gruppenmatrix), da auf diese Weise eine unnötige Hierarchisierung und Mystifizierung der gruppenanalytischen Arbeit entstehe. Gemeinsam mit Emanuel K. Schwartz hat Wolf ein Buch über Behandlungstechnik der „Psychoanalyse in Gruppen“ geschrieben sowie 1970 eines über Gruppensupervision. Das Konzept von Wolf hat in den USA großen Anklang gefunden und ist dort sicherlich neben der interpersonellen Orientierung von Yalom der einflußreichste Ansatz im Felde der analytischen Gruppenpsychotherapie (→ Gruppenpsychoanalyse).

Heigl-Evers A (1972) Konzepte der analytischen Gruppentherapie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Wolf A (1971) Psychoanalyse in Gruppen. In: de Schill S (Hg), Psychoanalytische Therapie in Gruppen. Stuttgart, Ernst Klett, S 145–199

Wolf A, Schwartz EK (1962) Psychoanalysis in groups. New York, Grune & Stratton

Wolf A, Schwartz EK, McCarty GJ, Goldberg IA (1970) Beyond the couch. Dialogues in teaching and learning of psychoanalysis in groups. New York, Science House

Wolf A, Kutash IL, Nattland C (1993) The primacy of the individual in psychoanalysis in groups. Northvale/London, Aronson

Dieter Sandner

Psychoanalyse, Technik der klassischen. → Technik der klassischen → Psychoanalyse.

Psychoanalytische Entwicklungstheorie. Die Grundannahme aller psychoanalytischen Entwicklungstheorien ist, daß das psychische Leben eines Kindes bestimmende (prägende) Konsequenzen für das psychische Leben des Erwachsenen hat (→ Psychoanalyse). Freud betrachtete Entwicklung als lineare Abfolge von Stadien (oral, anal, phallisch, und ödipal), die durch Konstitution und Umwelt bestimmt wird. Freuds ursprüngliche Theorie stützte sich auf

seine Rekonstruktionen anhand der Analysen von erwachsenen Patienten. Spätere Theorien entstanden aus der Beobachtung, Forschung und klinischen Erfahrung mit Säuglingen, Kleinkindern und älteren Kindern. Heutige Entwicklungstheorien betonen, daß Säuglinge ihr Leben in Antwort auf ihre frühen Bezugspersonen beginnen und psychisches Leben in unregelmäßigen, oft sprunghaften Entwicklungssprüngen vor sich geht. Die Entwicklung der Fähigkeit zur symbolischen Repräsentation beispielsweise, die sich bei einem Kind von 18 Monaten einstellt, verändert wesentlich die Kapazität des Kindes, seine Erfahrungen zu organisieren und so in einer Welt der verbalen Kommunikation denken und fühlen zu können. Psychoanalytische Entwicklungstheorie ist heute noch weit von jeglicher Endgültigkeit entfernt. Es wird diskutiert, wann sich die Fantasie entwickelt, die Bedeutung von intrapsychischen und intersubjektiven Trends, genetischen und umweltbedingten Faktoren, sexuellen, aggressiven und anderen Motivationen (→ Motivationssysteme), die Starrheit oder Beweglichkeit von Bindungsmustern in bestimmten Altersstufen (→ Bindungstheorie) und über das Wesen der Übertragung von normalen und pathologischen Tendenzen innerhalb und zwischen den Generationen. Die Komplexität der psychoanalytischen Entwicklungstheorie liegt in der Notwendigkeit, die Regulierung und auftauchenden Eigenheiten spezifischer Ausformungen von Kognition, → Affekten, physischen Veränderungen und Gedächtnis zu erklären, so wie diese unser Selbstempfinden und das Empfinden unseres „Selbst in Gemeinschaft mit dem Anderen“ in der jeweiligen Lebensphase beeinflussen (→ Selbstpsychologie). Parallelen zwischen der Reifung des Gehirns und dem psychischen Leben verweisen darauf, daß der Gedanke einer fortschreitenden Entwicklung, welcher Motivation, Erfahrung, beeinflussende Faktoren, Kontinuitäten und Transformationen hinreichend einbezieht, in jeder der verschiedenen Schulen der psychoanalytischen Theoriebildung aktiv weiterverfolgt werden wird.

Kapfhammer H-P (1993) Psychoanalytische Entwicklungspsychologie. In: Mertens W (Hg),

Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse, S 240–247

Lichtenberg JD [1983] (1991) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin, Springer

Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (1992) Self and motivational systems. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

*Joseph D. Lichtenberg, Fred Hilkert
[Übers.: Erwin Bartosch,
Christine Pawlowsky]*

Psychoanalytische Familientherapie.

→ Familientherapie, psychoanalytische.

Psychoanalytische Paartherapie. → Paartherapie, psychoanalytische.

Psychoanalytische Phasenlehre. Lehre von der Entwicklung des Kindes in Phasen, wobei diese in erster Linie als libidinöse Entwicklungsstufen gesehen werden (→ Psychoanalyse). Darüber hinaus stellen sie aber auch Organisationsformen des gesamten psychischen Lebens dar, indem sie mit der Entwicklung der Objektbeziehungen (→ Objektbeziehungstheorie) und auch mit der Entwicklung von → Ich und → Überich dialektisch verbunden sind. Die psychoanalytische Phasenlehre beschreibt verschiedene Organisationsformen der → Libido, die jeweils von einer erogenen Zone bestimmt werden und bringt sie in eine zeitliche Reihenfolge. Diese Abfolge von libidinösen Entwicklungsstufen wird durch einen biologischen Reifungsplan bestimmt verstanden, in ihrer individuellen Entfaltung aber auch vom interaktionellen Kontext bestimmt. Sie erweist sich als erklärungskräftig sowohl bezüglich allgemeiner psychologischer Sachverhalte wie etwa der Charakterentwicklung als auch bezüglich klinischer Phänomene. Die klarste Darstellung der Entwicklung gibt Freud (1938) im „Abriß der Psychoanalyse“. Er beschreibt – in dieser Reihenfolge – die orale, anal-sadistische, die phallische und zuletzt die

genitale Phase, die die bisherige Entwicklung endgültig unter ihrem Primat organisiert. „Alle psychische Tätigkeit ist zunächst darauf eingestellt, dem Bedürfnis dieser Zone Befriedigung zu verschaffen“ (Freud, 1938: 67). Triebziel (→ Trieb) und Beziehungsmodus dieser Zeit ist die Einverleibung. Auf die orale folgt die anal-sadistische Phase, wobei der Übergang hier wie auch sonst zwischen den Phasen nicht streng konsekutiv, sondern überlappend verstanden wird. Leitende erogene Zone ist nun der Anus. Phasenspezifische Befriedigung wird vor allem erreicht über Ausstoßen und Zurückhalten bei der Exkretion bzw. im analogen anal-sadistischen Beziehungsmodus durch Beseitigung des → Objekts entsprechend dem analerotischen Entleeren/Ausstoßen sowie Kontrolle des Objekts entsprechend dem analerotischen Zurückhalten (Abraham, 1924). Die den erogenen Zonen entsprechenden Partialtriebe funktionieren zunächst unabhängig voneinander, was in den von Freud „polymorph pervers“ genannten kindlichen Aktivitäten sichtbar wird. Sie schließen sich erst in der Pubertät zu einer sekundären Organisation unter dem Primat der Genitalität zusammen, wobei die Partialtriebe in der Vorlust sichtbar bleiben. Diese strenge Trennung von autoerotischer (→ Autoerotismus) sowie polymorph perverser Kindheit einerseits und genitaler Sexualorganisation ab der Pubertät andererseits hob Freud mit der Einführung einer phallischen Phase auf (Freud, 1923). Nun folgt die phallische Organisationsstufe auf die orale und anale. Alle sexuelle Erregung konzentriert sich in dieser Zeit auf Penis oder Klitoris und wird regelmäßig von ödipalen Fantasien (→ Ödipuskomplex) begleitet. Die Sexualität hat damit also schon in der Kindheit ihr Objekt und eine auf die Genitalität hin konzentrierte Organisation gefunden. Für die selbstpsychologisch orientierte Psychoanalyse (→ Selbstpsychologie) verschiebt sich das Interesse weg von triebtheoretischen Grundannahmen hin zu einer interaktionellen Sicht von Entwicklung. Damit tritt auch die biologisch begründete Phasenlehre in den Hintergrund und Erkenntnisse der → Säuglingsforschung

gewinnen an ihrer Statt an Bedeutung sowohl für das theoretische Verständnis als auch für das praktische Verstehen menschlichen Erlebens.

Abraham K [1924] (1969) Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido. In: Abraham K, Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung. Frankfurt/M., Fischer

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Freud S [1923] (1982) Die infantile Genitalorganisation (Eine Einschaltung in die Sexualtheorie). In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 235–241

Freud S [1938] (1968) Abriß der Psychoanalyse. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 17. Frankfurt/M., Fischer, S 63–108

Armin Vodopivec

Psychoanalytische Psychotherapie.

→ Psychoanalyse.

Psychoanalytische Technik. → Technik der klassischen Psychoanalyse; → Technik der psychoanalytischen Selbstpsychologie.

Psychoanalytischer Prozeß. Die fundamentalen Elemente des therapeutischen Prozesses sind das wiederbelebte Vergangene, die → Übertragung, → Gegenübertragung und die Bearbeitung des → Widerstands (→ Psychoanalyse). In diesem Prozeß werden verdrängte Erinnerungen, Triebimpulse und → Affekte durch genaues Verständnis verborgener Bedeutung des verbalisierten sowie nonverbalen Materials und von → Fehlleistungen im Rahmen der therapeutischen Beziehung bewußt gemacht. Die der → Neurose zugrundeliegenden Konflikte als Wiederholungen der Vergangenheit und der entwicklungsgeschichtlichen Defizite im Sinn nicht-gemachter Erfahrungen können in der Übertragung wiedererlebt, vom Analytiker re-

konstruiert und schließlich durch ein neues Verständnis aufgelöst werden. Freud (1914) sprach von diesem Prozeß als „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“. Es werden drei Stadien unterschieden: 1. In der Initialphase macht sich der Analysand mit dem Verfahren bekannt und geht eine belastbare therapeutische Beziehung ein. Er beschreibt seine Probleme, erzählt seine Geschichte und bekommt Erleichterung durch → Katharsis und ein Gefühl von Sicherheit. 2. Während der Mittelphase substituiert die durch die therapeutische Beziehung entstandene Übertragungsneurose die Aktualneurose, indem der Wunsch des Patienten, gesund zu werden, in Widerspruch gerät mit dem gleichzeitigen Wunsch nach emotionaler Gratifikation durch den Analytiker. Die Bindung an den Analytiker nimmt zu, wobei frühe Formen der Beziehung wieder aufgenommen werden (→ Regression). Durch die Übertragung von libidinösen Wünschen auf den Analytiker können Beziehungsmuster aus der Kindheit und damit verbundene traumatische Erlebnisse (→ Trauma) wieder erinnert werden. Das wiederholte → Durcharbeiten, Konfrontieren (→ Konfrontation), Erklären und Deuten (→ Deutung) verändert die → psychische Struktur. 3. Die Beendigungsphase ist charakterisiert durch die Auflösung der Übertragungsbeziehung, die wegen ihrer entstehenden Trennungsangst ambivalent (→ Ambivalenz) erlebt wird. Alte Themen wie die Abhängigkeit von primären Bezugspersonen werden aktualisiert, und es schließt sich ein Trauerprozeß um die analytische Beziehung an. Durch die gewachsenen selbstanalytischen Fähigkeiten kann der Analysand mit anstehenden Konflikten ohne Hilfe des Analytikers umgehen. Die Sichtweise des psychoanalytischen Prozesses ist determiniert durch die pathogenetischen Vorstellungen des Analytikers. Hält er → Konflikte für die Krankheitsursache, zielt der Prozeß auf die Konfliktlösung. Stehen Defizite der Ich- oder Selbstentwicklung (→ Selbst) im Vordergrund, dann geht es im psychoanalytischen Prozeß um deren Ausgleich (→ Selbstpsychologie).

Arlow JA, Brenner C (1990) The psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly* 59: 678–692

Freud S [1914] (1982) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 205–215

Freud S [1925] (1948) „Selbstdarstellung“. In: Freud S, *Gesammelte Werke*, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 14. Frankfurt/M., Fischer, S 31–96

Freud S [1938] (1968) Abriß der Psychoanalyse. In: Freud S, *Gesammelte Werke*, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 17. Frankfurt/M., Fischer, S 63–108

Wolf ES [1977] (1996) *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt/M., Suhrkamp

*Wolfgang Milch, Iris Hille,
Hans-Peter Hartmann*

Psychodrama. Wurde von Moreno (1889–1974) als psychotherapeutische Methode aus dem → Rollenspiel und Stegreiftheater sowie seiner soziometrischen Gruppenforschung (→ Soziometrie) – Moreno gilt als der Begründer der → Gruppenpsychotherapie – zunächst in den 20er Jahren in Wien grundgelegt und später in den USA weiterentwickelt und weltweit verbreitet. Entsprechend dieser Wurzeln stehen einerseits die szenische Darstellung im Spiel und die Einbeziehung und Aufarbeitung des im Spiel Erlebten im Mittelpunkt dieser Methode. Im Verlauf einer Psychodramasitzung gibt es immer zwei „Bühnen“: die Bühne des im Rahmen des therapeutischen Vertrags vorhandenen Hier-und-Jetzt (das ist im Rahmen der Psychodramagruppe die Bühne der Gruppe mit ihrem Leiter, im Rahmen des → Monodramas die reale Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten) und die „Bühne“, auf der das eigentliche Spiel, die szenische Darstellung, erfolgt. Diese beiden Bühnen sollten zeitlich und räumlich klar getrennt werden. Die zeitliche Trennung erfolgt durch die klare Strukturierung einer Sitzung in die drei Phasen des Aufwärmens (→ Aufwärmphase), des Spielens (→ Aktionsphase) und der Integration (→ Integrationsphase) des im Spiel Dargestellten. Der Patient geht von der realen Hier-und-Jetzt-Situation über die Aufwärmphase in die Semi- oder

Surrealität des Spieles und in der Integrationsphase wieder in die konkreten persönlichen Beziehungen (mit der Gruppe oder dem Einzeltherapeuten) zurück. In der szenischen Darstellung können innere Bilder, Fantasien, alte Szenen nicht nur deutlicher erkannt werden, sondern sie werden durch die Aktion erlebbar. Zur Verdichtung und Intensivierung dieser Darstellung werden die aus der entwicklungspsychologischen Forschung des Psychodramas entstandenen Techniken wie → Spiegeln, → Doppeln und → Rollentausch eingesetzt. Sie ermöglichen ein reicheres, um neue Perspektiven ergänztes Erleben und wirkungsvolle Einsichten in unbewusste Prozesse oder soziometrische Zusammenhänge. Zwischenmenschliche und intrapsychische Konflikte werden sichtbar, wieder erlebbar und bearbeitbar. Fixierungen an festgefahrene → Rollen werden aufgehoben und die Erweiterung des Rollenrepertoires wird in kreativer Weise ermöglicht. In der psychodramatischen Persönlichkeitstheorie ist der Begriff der Rolle zentral. Rollen werden übernommen, ausgeführt, variiert und neu gestaltet. Es gibt psychosomatische Rollen (der Trinkende), psychodramatische (die Fantasierolle im Spiel), soziale (der Vater) und transzendente Rollen (der Religiöse). Das Selbst geht aus den Rollen hervor, ist aber in Anlehnung an die → Gestalttheorie mehr als die Summe ihrer Teile. Im psychodramatischen Gesundheitsbegriff wird der Mensch als spontanes (→ Spontaneität), kreatives (→ Kreativität), handelndes und soziales Wesen verstanden. Krank ist der, der auf bestimmte Rollen fixiert und eingeengt ist. Es fehlen für bestimmte Situationen die angemessenen Handlungsmöglichkeiten, die aus dem Rollenrepertoire nicht verfügbar oder blockiert sind. Ziel des Psychodramas ist es, diese angemessenen Handlungen kreativ zu ermöglichen. Die therapeutische Haltung im Psychodrama ist je nach Phase unterschiedlich. Im klassischen Psychodrama findet der Therapeut zunächst den geeigneten → Protagonisten und leitet mit seinen Arbeitshypothesen das szenische Spiel. Darin ist er strukturierend und in der Anwendung von Techniken direktiv, aber immer im Sinne eines unter-

stützenden Mitmenschen. In der Empathie ist der Therapeut wie eine wohlwollende Mutter, die Vertrauen fördert und den Protagonisten „füttert“. Moreno spricht statt von Einfühlung lieber von Zwei-Fühlung (→ Tele), um den sozialen Beziehungsaspekt der Begegnung deutlich zu kennzeichnen. Der Therapeut ist Regisseur und Experimentator im Prozeß, aber letztlich nur Katalysator der Selbstheilungskräfte. In der Integrationsphase zeigt sich der Therapeut auch als einfühl- und erfassbarer Mensch, indem er seine Stimmung und Lebensgeschichte ein Stück einbringt. Neben der klassischen Form des Psychodramas gibt es noch eine mehr übende, verhaltensorientierte Anwendung, das Behaviordrama. Schwierige Konfliktgespräche und veränderte Rollen werden mit Hilfe der Gruppe probeweise in Handlung umgesetzt. Dieser Ansatz ist eher in die Zukunft gerichtet und lösungsorientiert. Das → Analytische Psychodrama sieht das freie Spiel der Rollen ähnlich der freien Assoziation. Neben der Gruppentherapie findet das Psychodrama Anwendung in der Einzeltherapie, in der Paartherapie, in der Familientherapie und in der Krisenintervention.

- Bosselmann R, Lüffe-Leonhardt E, Gellert M (Hg) (1993) Variationen des Psychodramas. 2. Aufl. Meezen, Limmer
Erlacher-Farkas B, Jorda C (Hg) (1996) Monodrama. Wien, Springer
Leutz GA [1974] (1986) Das klassische Psychodrama nach J.L. Moreno. Berlin, Springer
Moreno JL [1959] (1988) Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. 3. Aufl. Stuttgart, Thieme
Petzold H (1985) Psychodrama-Therapie. Paderborn, Junfermann
Yablonski L (1992) Psychodrama. Frankfurt/M., Fischer

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Psychodrama, analytisches. → Analytisches Psychodrama.

Psychodynamik der Medikamente.

Beschreibt, wie die physikalisch-chemischen Vorgänge im Körper (→ Pharmakodynamik) psychisch erlebt und verarbeitet

tet werden und zum Ausdruck kommen. Dies ist nicht nur von der sogenannten „spezifischen“ biologischen Wirkung des Medikaments abhängig, sondern auch von der psychischen Konstitution des Patienten, seiner aktuellen Befindlichkeit, familiären und sozialen Rahmenbedingungen, insbesondere aber auch von der therapeutischen Beziehung, in der das Medikament verordnet und eingenommen wird. Die Modifikation der biologischen Medikamentenwirkung durch diese Psychodynamik kann oft beträchtlich sein, ja es können sogar negative Effekte auftreten. In der naturwissenschaftlichen Medizin wird dies meist unter der Begrifflichkeit des → Placebo verstanden bzw. unter dem Problemkreis der → Compliance abgehandelt. Genauere Untersuchungen zu diesem Thema gelten meist spezifisch den → Psychopharmaka. Langer (1986) hatte in bezug auf diese darauf hingewiesen, daß sie nicht an der Psyche direkt ansetzen, sondern im Nervensystem bzw. an den Nervenzellen zu einer biologischen Wirkung kommen, die erst sekundär psychisch wird, weswegen er vorschlägt, diese Wirkung nicht psychotrop, sondern neuro- bzw. gangliotrop zu nennen. Ostow (1962) versuchte die Psychodynamik von solchen neurotrop wirkenden Medikamenten – Gedankengänge Freuds aufgreifend – libidoökonomisch zu interpretieren. Entsprechend der somatischen Wirkung der Psychopharmaka nahm er einen Einfluß dieser Medikamente auf die grundlegenden Triebe an, wodurch es zu einer Beeinflussung der differenzierteren psychischen Prozesse käme. Später wurden vor allem objektbeziehungstheoretische Annahmen für ein Verständnis der Wirkungen von Psychopharmaka bzw. Medikamenten überhaupt herangezogen. Danckwardt (1978) beschrieb etwa, wie die spezifische zentralnervöse Wirkung des Psychopharmakons nur einen vagen „Kristallisationskern“ für das psychische Erleben darstellt und erst im Kontext der therapeutischen → Übertragungsbeziehung seine spezifische Bedeutung bekomme. Für ein Verständnis des Zusammenwirkens von Psychopharmaka und Psychotherapie eignet sich das Konzept des Handlungsdialoges, wonach man die Verwendung eines Psychopharma-

kons innerhalb einer psychotherapeutischen Beziehung als Parameter dieser Therapie verstehen kann (Meißel, 1997). Ist die soziale Situation, in der ein Medikament von einem Arzt verordnet und von einem Patienten eingenommen wird, entsprechend einem konsistenten theoretischen Konzept (wie z. B. dem des Handlungsdialoges) als psychotherapeutisches → Setting verstanden und definiert, das biologische Hilfsmittel Pharmakon als Parameter der Psychotherapie zugeordnet, sind die in der therapeutischen Beziehung auftretenden psychischen Phänomene, insbesondere eben auch die psychodynamische Bedeutung und Wirkung des Medikamentes, einander zuordenbar und im konkreten, individuellen Fall verstehbar.

Danckwardt JF (1978) Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. *Psyche* 32: 111–154

Danzinger R (Hg) (1991) Psychodynamik der Medikamente. Wien, Springer

Langer G (1986) Über die psychotherapeutischen Wirkungen von Psychopharmaka: Grundsätzliche Anmerkungen aus psychobiologischer Sicht. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 136: 491–497

Meißel T (1997) Das Psychopharmakon im Handlungsdialog – psychoanalytische Überlegungen zur Verwendung von Psychopharmaka in der Psychosentherapie. *texte* 17(2): 33–58

Ostow M [1962] (1966) Psychopharmaka in der Psychotherapie. Stuttgart, Ernst Klett

Theodor Meißel

Psychodynamik, existenzanalytische.

Bezeichnung für das Kräftespiel der psychischen Dimension (→ Anthropologie) und der Funktion des Psychischen im Kontext personaler → Existenz. Der Psyche kommt die Funktion zu, die vitalen Voraussetzungen der Existenz erlebnismäßig zu repräsentieren und so das Bindeglied zwischen dem geistigen und dem leiblichen Dasein zu bilden, mit der Aufgabe, das Wohlbefinden des Menschen und die Erhaltung des vitalen Lebens zu hüten (→ Copingreaktionen). Konkret repräsentiert die Psyche das Fühlen des körperlichen Befindens (Erleben von Vitalität und Triebhaftigkeit) und des existentiellen Gesamtbefindens

(psychische Gestimmtheit; → Emotionstheorie). Das psychische Erleben erhält seine Dynamik nicht nur aus der selbst- und arterhaltenden Eigengesetzlichkeit, sondern auch aus den existentiellen Haltungen (→ Einstellungen), die der Mensch bezüglich der Grundbedingungen des Existieren-Könnens einnimmt (→ Grundmotivationen) und der existenzanalytischen Psychodynamik die Richtung geben. Nur wer beispielsweise tatsächlich leben will, wird auf Dauer lebenserhaltende Triebe und Stimmungen aufbringen. Existenzanalytische Psychodynamik, die nicht personal integriert ist, führt zu einem Mangel an Existentialität. Das Verhalten des Menschen wird dann zunehmend von (psychischen) Reaktionen und (somatischen) Reflexen bestimmt, die das akthafte (entschiedene und verantwortete) Handeln ersetzen. Der therapeutische Zugang zur existenzanalytischen Psychodynamik geschieht mittels der → Personalen Existenzanalyse und spezifischem Bearbeiten der Grundmotivationen.

Frankl VE (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl VE, v Gebssattel V, Schultz JH (Hg), Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München, Urban & Schwarzenberg, S 663–736

Längle A (1993) Wertberührung. In: Längle A (Hg), Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien, GLE-Verlag, S 22–59

Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 15(1): 16–27

Alfried Längle

Psychogene Erkrankungen und Störungen. Krankheitsbilder, bei denen seelische Einflüsse in der Verursachung und im Verlauf von entscheidender Bedeutung sind. Es hat sich gezeigt, daß es berechtigt ist, die Gruppe der psychogenen Krankheiten (psychoreaktive Störungen, Psychoseurosen [→ Neurosen], → Persönlichkeitsstörungen, Süchte [→ Sucht; → Suchtformen], → funktionelle Störungen und → psychosomatische Erkrankungen) zusammenzufassen und gegen primär organische Krankheiten und psychotische Störungen

(→ Psychose) abzugrenzen. Innerhalb der Gruppe der psychogen Kranken kann es im Verlauf zu einem Symptomwechsel (→ Symptomverschiebung) kommen, ohne daß im allgemeinen die Außengrenzen überschritten würden.

Lieberz K (1996) Zusammenarbeit zwischen Internisten und Psychotherapeuten. Bayerischer Internist 16: 6–11

Schepank H (1990) Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Berlin, Springer

Klaus Lieberz

Psychohygiene. → Burnout-Syndrom.

Psychologie, Analytische. → Analytische Psychologie.

Psychologie, Archetypische. → Archetypische Psychologie; → Analytische Psychologie.

Psychologie, Biodynamische. → Biodynamik.

Psychologie, Humanistische. → Humanistische Psychologie.

Psychologie, topologische. → Topologie; → Gestaltpsychologie; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Psychologie, Transpersonale. → Transpersonale Psychologie.

Psychologische Differenz (→ Analytische Psychologie). Mit seinem → Archetypenkonzept entwirft C.G. Jung eine Psychologie, die nicht vom Verhalten und „Inneren“ des Menschen spricht, sondern

von den Bewegungen und Bildern der → Seele: „In Mythen und Märchen wie im Traum sagt die Seele über sich selbst aus [...]“ (GW, Bd. 9/I, § 400). Diese in Jungs psychologischen Einsichten immer wieder aufscheinende, methodisch aber nicht durchdachte Unterscheidung zwischen Mensch und Seele nimmt Giegerich im Begriff „psychologische Differenz“ zur Grundlage des psychologischen Denkens. Seele wird Grundmetapher der Psychologie: nicht etwas dem Menschen Angehängtes, sondern das, was ihn umgreift und bestimmt und wonach die Psychologie fragt. Psychologie ist nicht Teilgebiet der Anthropologie, sondern das Denken über die den Menschen transzendierende Seele, an deren logischem Leben der Mensch Anteil hat. Psychologie ist insofern → Tiefenpsychologie, als sie den Menschen von dieser Dimension her begreift und nicht von tieferen Schichten in seinem „Inneren“. Die Seele ist kein Gegenstand, das Denken nicht gegenständlich, sondern inständig. Auf der Grundlage der psychologischen Differenz entwickelt Giegerich (1978, 1994) eine psychologische Position, die sich konsequent auf der Reflexionsebene der Grundmetapher Seele aufhält, d. h. die von Jung vorgegebene Vermischung von kausal-reduktivem und archetypisch-symbolischem Denken in der Dialektik aufhebt. Die Rezeption dieser konsequenten Weiterentwicklung steht in der Analytischen Psychologie noch am Anfang (→ dialektisches Prinzip; → Reflexion, immanente; → Methode, reduktive/synthetische; → Syzygie).

Giegerich W (1994) Animus-Psychologie. Frankfurt/M., Peter Lang

Giegerich W (1998) The soul's logical life. Frankfurt/M., Peter Lang

Jung CG (versch. J.) GW, Bd. 8, Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen, §§ 343–442; Bd. 9/I, Zur Phänomenologie des Geistes im Märchen, §§ 384–455, hier § 400; Bd. 10, Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie, §§ 333–370, hier §§ 367, 369; Das Seelenproblem des modernen Menschen, §§ 148–196, hier §§ 158f. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Doris Lier

Psychologisches Feld. → Feld, psychologisches; → Gestaltpsychologie; → Gestalttheoretische Psychotherapie.

Psychologisches Spiel. → Spiel, psychologisches; → Transaktionsanalyse.

Psycholyse. → Ecstasy.

Psychomotorik, klinische. Die Bezeichnung „psychomotorisch“ wurde zunächst (1901) in Frankreich in der neurologischen Forschung von Tissié verwendet. In der deutschen Psychiatrie sind „psychomotorische Störungen“ seit 1908 (Kleist) verankert. Anfang der 60er Jahre entwickelte Kiphard in Deutschland eine Anwendungsfacetten der Psychomotorik, die psychomotorische Übungsbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Neben spielerisch-sportlichen und heilgymnastischen Inhalten verwendete er Übungsformen zur bewußten Wahrnehmung sowie zum experimentierenden Umgang mit Alltagsbewegungen und Materialien. Im Mittelpunkt dieses Konzepts steht Wahrnehmung und Bewegung für menschliches Handeln (Hölter, 1993: 15). In die von Petzold begründete → Integrative Bewegungstherapie und Leibtherapie wird Psychomotorik integriert, theoretisch fundiert und als „klinische Psychomotorik“ auf die Arbeit mit Erwachsenen und alten Menschen erweitert (Vermeer et al., 1997). Petzold schreibt psychomotorischen Interventionen zwei Arbeitsmodalitäten zu: 1. die übungszentriert-funktionale, mit dem Ziel, die leibliche Wahrnehmungstätigkeit zu schulen, das Bewegungspotential und die Freude an der Bewegung wieder zu erschließen, um zu einem besseren Verhältnis zur eigenen Leiblichkeit zu gelangen; 2. die erlebniszentriert-agogische, wozu Bewegungsimprovisationen sowie das Arbeiten mit → kreativen Medien gehören, um neue Erlebnismöglichkeiten zu vermitteln und über Bewegung zum Ausdruck zu bringen. Psychomotorische Interventionen

grenzen sich von der konfliktzentriert-aufdeckenden Bewegungsarbeit ab, die dem psychotherapeutischen Bereich vorbehalten ist. Sie können jedoch zur Voraussetzung und Ergänzung des psychotherapeutisch-leibhaften Arbeitens dienen (Petzold, 1988: 118ff.; Vermeer et al., 1997).

Hölter G (1993) Selbstverständnis, Ziele und Inhalte der Mototherapie. In: Hölter G (Hg), Mototherapie mit Erwachsenen. Schorndorf, Hofmann, S 12–33

Kiphard EJ (1990) Mototherapie. 3., erw. Aufl. Dortmund, Modernes Lernen

Petzold HG [1988] (1996) Integrative Bewegungs- und Leibtherapie: ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 3., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann

Vermeer A, Bosscher RJ, Broadhead GD (1997) Movement therapy across the lifespan. Amsterdam, Free University Press

Claudia Kubli

Psychoneuroimmunologie. Der Begriff Psychoneuroimmunologie (Ader et al., 1991) steht für eine Forschungsrichtung, die seit den 70er Jahren Grundlagenwissen zur → Psychosomatik beiträgt. Schon davor gab es Ansätze, die sich mit psychischem Streß (→ Streßtheorien) und Immunreaktionen befaßten. So haben 1928 die Wiener Heilig und Hoff Herpes labialis-Rezidive beobachtet, wenn Patientinnen Unlustgefühle suggeriert wurden. Psychoneuroimmunologie war jedoch lange vom Dogma eines autonomen Immunsystems überschattet, demzufolge es nicht „von außen“ beeinflussbar sei (vgl. Kropiunigg, 1990). Zwei Untersuchungen haben dies schließlich zu Fall gebracht. Zunächst wiesen Ader und Cohen (1975) die Konditionierbarkeit des Immunsystems nach: Ratten reagieren nach nur einmaliger Paarung eines Immunsuppressivums (US) mit gesüßtem Wasser (CS) beim zweiten Mal – bei dem nur der CS gegeben wird – bereits mit einer verringerten Immunreaktion auf die Verabreichung eines Antigens. Dann belegten Bartrop und seine Mitarbeiter (1977) den Einfluß von Trauer: Sechs Wochen nach dem Tod ihres Lebenspartners war die Lymphozytenstimulierbarkeit bei den Hinterbliebenen signifikant reduziert. Seither haben verschiedenartigste Untersuchungen belegt,

daß es keinen einigermaßen starken psychischen Stressor gibt, der nicht das Immunsystem moduliert. Die Effekte sind jedoch nicht immer eindeutig, da das Immunsystem entweder mit Anpassung, Über- oder Unterreaktion antwortet. Das erfolgt über drei Achsen, was Pert und Mitarbeiter (1985) als „psychosomatisches Netzwerk“ bezeichnen: 1. Eine solche verläuft aus dem Zentralnervensystem über den Hypothalamus, die Hypophyse und mittels ACTH zur Nebennierenrinde, wo es zur Ausschüttung von Glukokortikosteroiden kommt. Da sich sympathische Innervationen in allen Lymphorganen nachweisen lassen, nimmt man 2. im vegetativen Nervensystem eine weitere mittels Katecholaminen wirkende Achse an. Schließlich ist 3. das Immunsystem seinerseits durch Feedback mit dem Zentralnervensystem verbunden, wodurch Interleukine und andere „Immunhormone“ die „Down-regulation“ zuvor stimulierter Immunprozesse bewirken. So vielversprechend die Ergebnisse der Psychoneuroimmunologie sind, so vorsichtig sind vorschnelle Schlüsse bezüglich gezielter Beeinflussungen des Immunsystems, wie sie in populären Publikationen gezogen werden, zu betrachten.

Ader R, Cohen N (1975) Behaviorally conditioned immunosuppression. Psychosomatic Medicine 37: 333–340

Ader R, Felten N, Cohen N (Eds) (1991) Psychoneuroimmunology. New York, Academic Press

Bartrop RW, Lazarus L, Luckhurst E, Kiloh LG, Penny R (1977) Depressed lymphocyte function after bereavement. Lancet i [8016]: 834–836

Kropiunigg U (1990) Psyche und Immunsystem. Wien, Springer

Pert CB, Ruff MR, Weber RJ, Herkenham M (1985) Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network. Journal of Immunology 135: 820–826

Ulrich Kropiunigg

Psychoneurose. → Angstneurose; → Neurose; → Psychoanalyse.

Psychonoetischer Antagonismus. → Selbstdistanzierung; → Existenzanalyse.

Psychoonkologie (→ Krebs). Beschäftigt sich mit den psychosozialen Faktoren bei Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Krebserkrankungen sowie mit psychologischen/psychotherapeutischen Möglichkeiten der Intervention. Ätiologie: Prospektive epidemiologische Studien (→ Epidemiologie) zeigen, daß ein Mangel an sozialer Integration oder nicht bewältigte Lebensereignisse die betroffene Person krankheitsanfällig machen. Die Steuerung erfolgt über neuroendokrine und psychoimmunologische Schaltungen (→ Psycho-neuroimmunologie). Monokausale Konzepte zu einer spezifischen Ätiopathogenese, biologischer wie psychologischer Provenienz, scheinen zu kurz zu greifen. Demnach gilt auch das psychosomatische Konzept der „Krebspersönlichkeit“ als nicht weiterführend. Krankheitsbewältigung: Die spezifischen Konnotationen von Krebserkrankungen (schleichender Beginn, invasives Wachstum des Tumors, Metastasierung, eingreifende und hochgradig belastende Therapien, geringe Heilungschancen, Schmerzen, Verfall etc.) machen die Erkrankung hochgradig angstbesetzt und tabuisiert. Dementsprechend werden in der Literatur Konsultations- und Diagnoseverzögerungen berichtet. Die Tabuisierung der Erkrankung zeigte sich u. a. auch in der Schwierigkeit, die Patienten über Diagnose und Therapie sach- und situationsgerecht zu informieren. Der Verlauf der Erkrankung scheint aus psychosozialer Sicht wesentlich von der Reaktion der betroffenen Person und ihrer sozialen Unterstützung mitbeeinflusst zu werden. Die Literatur läßt übereinstimmend eine günstige Bewältigungsform (aktiv, zupackend, Gefühle ausdrücken, Information beschaffen, soziale Unterstützung mobilisieren) von einer ungünstigen (passiv, resignativ, Gefühlsausdruck unterbinden, sozialer Rückzug) unterscheiden. Intervention: Psychologische/psychotherapeutische Begleitung/Behandlung der Erkrankten sowie der Angehörigen trägt wesentlich zu Entlastung, Entängs-

tigung und Hebung der Lebensqualität bei (z. B. Verringerung der Nebenwirkungen der medizinischen Therapien, Sterbebegleitung). Die Beeinflussung des Krankheitsverlaufs selbst scheint ebenfalls möglich, wird jedoch kontrovers diskutiert. Insgesamt lassen die Untersuchungen der Spontanheilungen (→ Krebs und Spontanheilung), der Zusammenhänge zwischen Bewältigung und medizinisch relevanten Parametern sowie der Effekte psychotherapeutischer Interventionen eine enge Verknüpfung psychologischer und organischer Faktoren der Krebserkrankung erkennen.

Frischenschlager O (1995) Psychoonkologie. In: Frischenschlager O, Hexel M, Kantner-Rumplmair W, Ringler M, Söllner W, Wisiak UV (Hg), Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Wien, Springer, S 601–611

Holland JC, Rowland JH (1989) Handbook of psychooncology. Oxford, Oxford University Press

Wirsching M (1998) Krebs im Kontext. Patient, Familie und Behandlungssystem. Stuttgart, Klett-Cotta

Oskar Frischenschlager

Psychopathie. → Persönlichkeitsstörungen.

Psychopathologie, existenzanalytische. Lehre von der → Ätiologie (Krankheitsursache), Symptomatologie (Erscheinungsweise) und vom Verlauf seelischer Störungen und Leidenszustände, die in eine Nosologie (Beschreibung und Klassifikation einzelner Krankheiten) überführen kann. In der → Existenzanalyse von Frankl in der psychiatrischen Tradition wurde die existenzanalytische Psychopathologie von ihm um die Begriffe existentielles Vakuum und noogene Neurose erweitert. Heute wird die existenzanalytische Psychopathologie in der Existenzanalyse prozeßhaft-dynamisch auf der Grundlage der personal-existentiellen → Grundmotivationen durchgeführt. Längle (1998) beschrieb die Auseinandersetzung der → Person mit den Bedingungen der Existenz als notwendigen Bestandteil bei der Entstehung psychischer Störungen und konnte sie den entspre-

chenden Grundmotivationen zuordnen. Psychopathogenetisch finden sich die spezifischen Störungen einer oder mehrerer Grundmotivationen im subjektiven Leidenszustand wieder. Es werden entsprechend der vier Grundmotivationen als Grundmuster der existenzanalytischen Psychopathologie das ängstliche, depressive, hysterische und dependente unterschieden. Jedes ist in der Prägnanzform gekennzeichnet durch ein Fehlen zentraler Erfahrungen und/oder Stellungnahmen, einen Mangel an entsprechenden Kompetenzen durch Traumatisierungen und spezifischen, pathognomonischen → Copingreaktionen. Ihr Zusammenspiel prägt das Symptombild und den Krankheitsverlauf und macht es als Krankheit erkenntlich und gezielt behandelbar. Durch die Intensität der Störung und das Ausmaß der Defizite entsteht eine Rangreihe des Schweregrades psychischer Störungen: von (nicht krankhaften) Leidenszuständen zu neurotischen Reaktionen und Krankheiten, psychosomatischen Krankheiten, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen als tiefste personale Desintegration.

Frankl VE [1947] (1997) Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte. 6. Aufl. München, Piper

Frankl VE [1956] (1997) Theorie und Therapie der Neurosen. 7. Aufl. München, Reinhardt

Jaspers K [1923] (1973) Allgemeine Psychopathologie. 9. Aufl. Springer, Berlin

Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 15(1): 16–27

Alfried Längle

Psychopathologie, progressive. → Progressive Psychopathologie; → Psycho-
senpsychotherapie.

Psychoperistaltik. Von G. Boyesen kreierter, zentraler Begriff der → Biodynamik. In der Biodynamik wird der Fluß von affektiv besetzter Energie während eines emotionalen Prozesses in zwei Richtungen beschrieben (emotionaler vasomotorischer

→ Zyklus). Während ein Energiestrom eine Tendenz nach außen und oben hat und einen entsprechenden Ausdruck bewirkt, strebt ein zweiter Teil, besonders in der Entspannungsphase, innerhalb des Organismus nach vegetativer Entladung (Boyesen & Boyesen, 1987: 46). Physiologische Träger dieses Vorgangs sind besonders die Zellwände und Membranen des Verdauungssystems, in denen entsprechende Flüssigkeitsverschiebungen stattfinden. Zur Wiedererlangung einer inneren Homöostase wird der erhöhte Flüssigkeitsdruck in den Eingeweiden durch eine intensivierte, peristaltische Tätigkeit entladen. Für die Auslösung der Darm-Peristaltik sind demnach zwei Faktoren verantwortlich: der Nahrungsbrei und Streß-Situationen. Nach Auffassung der Biodynamik werden auf diese Weise Restprodukte aus psychischen Streß-Situationen „verdaut“, und die dadurch ausgelöste Darmtätigkeit wird Psychoperistaltik genannt. Es handelt sich um einen internen, organischen Mechanismus zur Selbstregulation, sodaß auch von psychoperistaltischer Selbstregulation gesprochen wird. Boyesens Modell erklärt damit die organischen Grundlagen des in der → Humanistischen Psychologie verwendeten Begriffs der Selbstregulation. Damit diese Funktion voll zur Wirkung kommen kann, ist es notwendig, daß sich nach einem streßbesetzten Vorfall eine Atmosphäre von (emotionaler) Sicherheit einstellt. Andernfalls wird sich der Zyklus nicht vollständig abschließen können und es bleiben (psychische und physische) Residuen, die durch oftmalige Wiederholung die Grundlage für psychische Störungen bilden (Southwell, 1990: 207). Von einem gesunden Menschen wird angenommen, daß die Peristaltik-Funktion soweit intakt ist (offenes System), daß durch ihre Tätigkeit der Organismus immer wieder zu seinem inneren (psychischen und vegetativen) Gleichgewicht zurückkehren kann. Ein Ziel biodynamischer Therapie ist es, die beim neurotischen Patienten eingeschränkte Funktion der Psychoperistaltik (geschlossenes System) wieder zur vollen Entfaltung zu bringen. Im Rahmen von → Biodynamischen Massagen wird die Reaktion der Psychoperistaltik als direktes Bio-Feedback

genutzt und ermöglicht eine genaue Dosierung der Behandlung.

- Boyesen G (1987) Über den Körper die Seele heilen. München, Kösel
 Boyesen G, Boyesen ML (1987) Biodynamik des Lebens. Essen, Synthesis
 Southwell C (1990) Biodynamische Psychologie. In: Rowan J, Dryden W (Hg), Neue Entwicklungen der Psychotherapie. Oldenburg, Transform, S 198–221

Gerhard Lang

Psychopharmaka. Mit der Einführung des Chlorpromazin in die psychiatrischen Behandlungsmethoden 1952 begann eine neue Ära der Psychiatrie. Erstmals war es möglich geworden, erregte schizophrene Patienten ohne Übersedierung zu beruhigen und von ihren Halluzinationen und Wahnideen zu distanzieren (→ Neuroleptika; → Depot-Neuroleptika). Dies machte auch eine ambulante Therapie möglich. 1957 beschrieb Kuhn die antidepressive Wirkung des Imipramin (→ Antidepressiva), und zwischen 1955 und 1960 entwickelte Sternbach die → Benzodiazepine wie Chlordiazepoxyd und Diazepam als moderne Anxiolytika (→ Sedativa; → Hypnotika; Narkotika) bzw. → Tranquilizer. Dank dieser modernen Psychopharmaka war es dann auch möglich, die psychiatrischen Kliniken zu verkleinern und ambulante sozialpsychiatrische Dienste aufzubauen. Neben diesen wichtigsten Gruppen moderner Medikamente wurden aber auch neue → Stimulantien und → Halluzinogene wie LSD entdeckt. Dieses diente nicht nur zur Untersuchung des Wesens der Geisteskrankheiten an sogenannten „Modellpsychosen“, sondern die Erlebnisse im LSD-Rausch wurden anschließend im Sinne einer Psychoanalyse wie → Träume analysiert. Neben den erwünschten therapeutischen Wirkungen waren aber auch unerwünschte beobachtet worden, wie die an Morbus Parkinson (Schüttellähmung) erinnernden Nebenwirkungen der Neuroleptika (→ Dyskinesien). Eine neue Generation der sogenannten atypischen Neuroleptika zeigt diese unerwünschten Wirkungen nicht mehr und zeigt zudem eine Wirkung auf die sogenannte schizophrene Negativsympto-

matik, wie Inaktivität und Kontaktschwierigkeiten (→ schizophrener Formenkreis). Zu jeder Psychopharmakotherapie sind zumindest begleitende Gespräche nötig. Es gibt aber auch psychische Störungen, welche primär psychotherapeutisch zu behandeln sind, bei denen sich aber eine zusätzliche Psychopharmakotherapie empfiehlt. Dazu gehören → Angst- und → Zwangsstörungen sowie → Phobien und → Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

- Buchheim P (Hg) (1997) Psychotherapie und Psychopharmaka. Stuttgart, Schattauer
 Kuhn R (1957) Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 87: 1135–1140
 Riederer P, Laux G, Pöldinger W (Hg) (1992–95) Neuro-Psychopharmaka. 6 Bde. Wien, Springer
 Sternbach LH (1980) The benzodiazepine story. Basel, Editiones Roche

Walter Pöldinger

Psycho-Posturale Synthese. Auch als „Deep Draining“ bezeichnet; ist innerhalb der → Biodynamischen Massage die tiefgehendste Methode zur Auflösung neurotischer (Körper-)Haltungen und eingeschränkter Atemmuster. Ursprünglich aus der dynamischen Physiotherapie heraus entwickelt, fand Gerda Boyesen durch die Berücksichtigung der → Psychoperistaltik zum modifizierten Deep-Draining, das eine genaue Abstimmung auf den Patienten erlaubt. Gemäß dem Neurosenverständnis der → Biodynamik, das davon ausgeht, daß die psychische Störung auch im körperlichen Bereich Repräsentanzen aufweist, setzt das Deep-Draining physisch auf verschiedenen Ebenen an: Periost, Muskeln (Muskelpanzer), Bindegewebe (Bindegewebepanzer) und Blockierungen im energetischen Körper. Die dabei angestrebte Veränderung des Atemmusters setzt auch psychische Prozesse der Veränderung in Gang.

- Herbst J, Hiß P (1989) Arbeitshandbuch des Deep Draining. Hamburg, Gerda Boyesen Institut

Gerhard Lang

Psychose. Allgemeinste psychiatrische Bezeichnung für eine Vielzahl psychischen Krankseins. Der Begriff wurde wahrscheinlich erstmals von Feuchtersleben 1845 verwendet und setzte sich im Laufe des 19. und 20. Jh. ausgehend vom deutschen Sprachraum weltweit durch. Da sehr verschiedenartige (somatische, psychologische, soziale) Kriterien in die Definition einfließen (z. B. Schweregrad der Veränderungen, Auftreten von Halluzinationen, Fehlen von Krankheitseinsicht, Störungen der Kommunikation, fehlende Verstehbarkeit der Symptome, mangelhafte soziale Anpassung etc.), ist die Bedeutung oft unklar und die Verwendung verwirrend. Deshalb wird er in den modernen diagnostischen Manualen (ICD-10, DSM-IV) weitgehend vermieden. Nach der (bereits veralteten) Nomenklatur des ICD-9 (International Classification of Diseases, 1979, 9. Revision) sind Psychosen schwere psychische Störungen, bei denen die Einsicht und die Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind. Minderbegabungen werden ausgenommen. In der ICD-10 (1991) und im DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 1994) wird nur mehr der Ausdruck „psychotische Störung“ verwendet zur Beschreibung von → Halluzinationen, wahnhaften Störungen (→ Wahn) oder bestimmten Formen anormalen Verhaltens (z. B. schwere Erregungszustände, Überaktivität, schwerer und anhaltender sozialer Rückzug nicht infolge von Depression oder Angst, ausgeprägte psychomotorische Hemmung und katatone Störungen; → schizophrener Formenkreis). Damit wird auch die traditionelle Unterscheidung zwischen → Neurose und Psychose zugunsten einer atheoretischen, auf psychodynamische Konzepte oder Hypothesen über Krankheitsursachen verzichtenden operationalisierten und schematisierten Diagnostik aufgegeben (→ Psychosenpsychotherapie).

American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen-Bern, Hogrefe

Brosch W (1994) Psychiatrie – Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer. Wien, Orac
World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Werner Brosch

Psychose (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). C.G. Jung arbeitete jahrelang mit stationären psychiatrischen Patienten. → Assoziationsexperimente mit ihnen wurden zur wesentlichen Grundlage der für die Analytische Psychologie konstitutiven → Komplextheorie (Jung, GW, Bd. 3, „Psychogenese der Geisteskrankheiten“). Bei der Schizophrenie (→ schizophrener Formenkreis) kommt es bei außergewöhnlicher Energieladung des Unbewußten zu → Konflikten, die auch dessen kollektive Schicht einbeziehen, und nicht selten zu irreversiblen Dissoziationsprozessen (→ Dissoziation; → Unbewußtes, kollektives): „Die Persönlichkeit wird [...] sozusagen in ihre Komplexe aufgelöst, unter denen der normale Ich-Komplex [→ Ich] fast verschwindet. Die abgespaltenen Komplexe besitzen eine relative Autonomie, sind dem bewußten [→] Willen nicht unterworfen und können, weil und solange sie unbewußt sind, nicht korrigiert werden. Sie können sich leicht [→] personifizieren.“ Dabei „treten die kollektiven Inhalte des Unbewußten in Form mythologischer Inhalte öfters stark in den Vordergrund“ (Jung, GW, Bd. 18/II, §§ 1155, 1156, 1159; → Inflation; → Mythos). Wenn archetypische (→ Archetypus) psychotische Fragmente als ich-fremd erlebt werden, kann es sinnvoll sein, sie zu vergleichbarem Material aus Mythen, → Märchen, → Religionen, der → Alchemie in Beziehung zu setzen, um dadurch zu entängstigen. Manie (→ manisch-depressiver Formenkreis) imponiert als „starke Entfesselung oder Produktion von [→] Libido“ (Jung, GW, Bd. 3, § 435; → Depression; → Abaissement). Günstigenfalls kann das psychotische Geschehen Individuationsimpulse aufweisen (→ Sinn), die jedoch ohne die zugleich notwendige

Stabilisierung und Reifung des Ichs auftreten.

- Fierz KH (1982) Die Psychologie C.G. Jungs und die Psychiatrie. Zürich, Daimon
Hillman J (1986) On Paranoia. Eranos Jahrbuch 54: 269–324 [Separatum (1988) Dallas, Spring Publications]
Zielen V (1987) Psychose und Individuationsweg. Darstellung einer Theorie und Praxis der Psychotherapie von Psychosen. Mit einem Vorwort von Gaetano Benedetti. Fellbach, Bonz

Lisa Bock, Rudolf Bock

Psychose (aus Sicht der → Existenzanalyse) → Psychopathologie, existenzanalytische.

Psychose, experimentelle. → Halluzinogene; → Psychopharmaka.

Psychosen, affektive. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Psychosenpsychotherapie (aus allgemeiner Sicht). Ausschließlichkeitsansprüche für einzelne Theorien zur Pathogenese von psychotischen Erkrankungen, speziell der Schizophrenie (→ schizophrener Formenkreis), sind in der Zwischenzeit seltener geworden und haben den Blick auf die Erkenntnis frei gemacht, daß jeder auf diesem Gebiet Arbeitende oder Forschende einen Teilbereich vor Augen hat und erst die Vernetzung mit den Arbeiten der anderen eine neue Qualität oder einen weiteren Schritt hin zu einer „Gesamterkenntnis“ ermöglichen kann. Die meisten psychotherapeutischen Autoren ändern in ihrer psychotherapeutischen Methode für die Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen ihre Vorgangsweise in spezifischer Weise ab (Hutterer-Krisch, 1996). Psychoanalytiker arbeiten z. B. bei Menschen mit psychotischen Störungen im Sitzen und nicht im Liegen; während die Couch-Situation die Übertragungsneurose als Motor der Neurosenbehandlung stimu-

liert, wird sie von Menschen in der produktiven Psychose ganz anders wahrgenommen und ist dadurch kontraindiziert. Dies deswegen, weil bei Menschen mit psychotischen Störungen die Couch-Situation z. B. eher ängstigend statt entspannend wirkt, die Fantasie zur Wahrnehmung verdichtet werden kann (anstatt Angebot der Regression, Traumnähe der Fantasie, Loslassen der Realität) und die Übertragung blockiert wird durch den Verzicht auf das Verbergen des Analytikers, weil sie leicht als Bedrohung erlebt werden kann (Ruhs & Schindler, 1993). Als wesentliche Grundzüge der psychoanalytischen Psychosenpsychotherapie werden z. B. genannt: Umgang mit psychotischen Menschen, Wahrnehmen und Behandeln als Subjekt (und nicht als Objekt), Verzicht des Psychotherapeuten auf eine allwissende und stets deutende Position, die Bereitschaft zuzuhören, die Andersartigkeit des Patienten zu akzeptieren, Achtsamkeit des Psychotherapeuten, den Patienten nicht nach den eigenen Normen formen zu wollen, Akzeptieren, wenn der Patient in seiner Struktur verbleiben will und Eröffnen der Möglichkeit, den Mangel zu entdecken, sich wieder mit ihm anzufreunden, die verschüttete Geschichte wieder lebendig werden zu lassen, das Leiden mitzuteilen. Psychoanalytiker nähern sich damit grundlegenden Prinzipien humanistischer Psychotherapiemethoden an. Trotz unterschiedlicher Terminologie der Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Methoden sind die Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis und Interventionslehre im Bereich der Psychosenpsychotherapie ganz ähnlich.

- Hutterer-Krisch R (Hg) (1996) Psychotherapie mit psychotischen Menschen. 2. Aufl. Wien, Springer
Ruhs A, Schindler R (1993) Seminar Psychoanalyse und Psychose. In: Grossmann-Garger B, Parth W (Hg), Heilt die Psychoanalyse? Wien, Orac, S 139–154
Schanda H (1978) Paranoide Psychosen. Stuttgart, Enke
Scharfetter C [1986] (1995) Schizophrene Menschen. Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze. 4., überarb. Aufl. München, Psychologie Verlags Union

Renate Hutterer-Krisch

Psychosenpsychotherapie (tiefenpsychologisch orientierte, „TOPP“). Die Bezeichnung „tiefenpsychologisch“ – aus dem von E. Bleuler schon 1910 geprägten Terminus „Tiefenpsychologie“ – unterstreicht hier das Gemeinsame derjenigen psychotherapeutischen Schulen und Verfahren, welche in der Tradition der Psychoanalyse stehen: obwohl sie sich nämlich in vielem unterscheiden, heben sie doch alle die zentrale Bedeutung der unbewußten Prozesse sowie der Dynamik der therapeutischen Beziehung hervor. „Psychoanalytisch orientierte Psychosenpsychotherapie“ ist somit kein deckungsgleiches Synonym für TOPP (vgl. z. B. individualpsychologische Psychosenpsychotherapie), sondern nur eines der hier gemeinten Verfahren, wenn auch das am meisten verwendete. S. Freud selbst war skeptisch in bezug auf die Anwendbarkeit der Psychoanalyse bei Psychosen. Einige der Nachfolger, Schüler und sogenannten „Dissidenten“ haben sich aber intensiv mit der Behandlung von Psychosen beschäftigt. Die Begeisterung für die Psychosentherapie wechselte im Laufe des 20. Jh. mehrmals mit Resignation ab. So kam es auch in den USA, wo noch in den 60er Jahren die Psychotherapie in diesem Sektor florierte (z. B. Fromm-Reichmann, Searles etc.) zu einem Umschlag ins Gegenteil, und zwar unter dem Eindruck der großen Fortschritte der biologischen Psychiatrie und der negativen Ergebnisse katamnestischer Untersuchungen. In Europa ist die Entwicklung in den letzten Jahren eine andere gewesen. Die Meta-Kleinianer in England, Racamier, Nacht, Pasche u. v. a. in Frankreich, Benedetti in der Schweiz, Matussek, Schwarz, die Frankfurter Gruppe (Mentzos, 1997, 1999) in Deutschland und viele Gruppen in anderen europäischen Ländern (Skandinavien, Italien, Schweiz etc.) sorgten für eine Wiederbelebung der TOPP. Insgesamt kann man alle diese Verfahren in zwei Gruppen unterteilen: diejenigen, welche mehr den Beziehungsaspekt und diejenigen, welche mehr den ich-psychologischen Aspekt in den Vordergrund stellen. Oder man kann berücksichtigen, ob sie die positive Übertragung unterstützen, oder die negative Übertragung deuten, ob sie die Symptomatik positivieren

(→ Positivierung) oder unberücksichtigt lassen, oder sogar als Abwehr deuten etc. Im Rahmen des Frankfurter Psychose-Projektes (Mentzos, 1991, 1997) fokussiert man auf den Handlungsdialog und die Benennung des Hier-und-Jetzt mit dem Ziel und der Hoffnung, dadurch den Circulus vitiosus (defensive Vermeidung von Beziehungserfahrungen) zu lockern.

- Benedetti G (1992) Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Frosch J (1983) The psychotic process. New York, International University Press
- Hutterer-Krisch R (Hg) (1994) Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Wien, Springer [bes. S 106–122, 333–433]
- Mentzos S (1991) Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Mentzos S (1997) Psychotherapiemethoden. In: Böker W, Brenner HD (Hg), Behandlung schizophrener Psychosen. Stuttgart, Enke, S 149–164
- Mentzos S (Hg) (1999) Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie. Bd 1 und 2. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Stavros Mentzos

Psychosenpsychotherapie (verhaltenstherapeutisch orientierte Schizophrenie-therapie; → Verhaltenstherapie). Betrachtet man die Entwicklung unter historischen Gesichtspunkten, so markiert die gezielte Erweiterung des Verhaltensrepertoires von meist chronisch schizophrenen, langjährig hospitalisierten Patienten via → Verstärkung adäquaten Verhaltens die Anfänge des verhaltenstherapeutischen Beitrags zur Schizophreniebehandlung. Ayllon & Azrin (1965) entwickelten als erste ein elaboriertes „Token-Economy-Programm“. Die Erfolge dieses Programmes und ähnlicher führten dazu, daß derartige Belohnungssysteme bis heute ein wichtiges Strukturmoment vieler Rehabilitationseinrichtungen und individueller Therapiepläne darstellen. Hingegen gelten → aversionstherapeutische Maßnahmen in der Psychosenbehandlung nahezu einhellig als kontraindiziert und spielen dementsprechend in der Versorgung kaum eine Rolle. Über diese „operanten“ Maßnahmen hinaus gewann seit den 70er Jahren

das soziale → Kompetenztraining große Bedeutung. Es stößt jedoch bei vielen der schwerst kontaktgestörten bzw. durch ein hohes Ausmaß an kognitiven Störungen behinderten Patienten an Grenzen. Zumindest teilweise konnten diese Probleme durch eine Elaborierung der Technik und durch aufwendige didaktische Maßnahmen, wie sie von Liberman et al. (1986) entwickelt wurden, entschärft werden. Brenner verdankt die verhaltenstherapeutische Schizophreniebehandlung die Einsicht in die Notwendigkeit gezielter Interventionen zur Minderung von Informationsverarbeitungsstörungen. Das diese Postulate berücksichtigende „Integrierte psychologische Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)“ von Roder et al. (1988) besteht aus fünf gruppentherapeutischen Bausteinen zur Minderung kognitiver Störungen, zur Förderung der adäquaten Wahrnehmung und Interpretation emotionalen Ausdrucksverhaltens, zur Entwicklung interaktiver Basiskompetenzen, zum Ausbau sozialer Kompetenz sowie zur Erweiterung der Möglichkeiten pragmatischer Problembewältigung. In jüngerer Vergangenheit bereicherte die Verhaltenstherapie darüber hinaus das Spektrum familientherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten bei Schizophrenie. Anknüpfend an die Arbeit von Falloon et al. entwickelten im deutschsprachigen Raum insbesondere Hahlweg et al. (1995) behavioral-familientherapeutische Vorgehensweisen zur Harmonisierung eines negativ veränderten innerfamiliären Klimas (→ Familientherapie, behaviorale). Neben psychoedukativen Maßnahmen kommen dabei ein spezifisches Kommunikationstraining sowie ein familiäres Problemlösetraining zum Einsatz. Ähnliche Intentionen verfolgt auch die „Angehörigenarbeit“. Das Rezidivrisiko schizophrenievulnerabler Menschen läßt sich durch solche Interventionen erheblich reduzieren. Viel Beachtung findet schließlich in der Gegenwart auch die → Selbstmanagement-Therapie (neuerdings unter der Bezeichnung „bewältigungsorientierte Therapie“), die wichtige Beiträge zur Optimierung des Krankheitsbewältigungsverhaltens zu leisten vermag. Entsprechende Behandlungsvorschläge legten beispiels-

weise Kieserg & Hornung (1996) sowie Süllwold & Herrlich (1990) vor.

- Ayllon T, Azrin NH (1965) The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of Experimental Analysis of Behavior* 8: 357–383
- Hahlweg K, Dürr H, Müller U (1995) Familienbetreuung bei Schizophrenen. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. München, Psychologie Verlags Union
- Kienzle N (1994) Verhaltenstherapie bei schizophrenen Psychosen, I. Theoretische und empirische Grundlage, II. Praxis. In: Hutterer-Krisch R (Hg), *Psychotherapie mit psychotischen Menschen*. Wien, Springer, S 163–184 und 434–448
- Kieserg A, Hornung WP (1996) Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe. Tübingen, DGVT
- Liberman RP, Jacobs HE, Boone SE, Foy DW, Donahoe CP, Falloon IRH, Blackwell G, Wallace CJ (1986) Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an die Gesellschaft. In: Böker W, Brenner HD (Hg), *Bewältigung der Schizophrenie*. Bern, Hans Huber, S 96–112
- Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B [1988] (1997) Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT), Materialien für die psychosoziale Praxis. 4. Aufl. München, Psychologie Verlags Union
- Süllwold L, Herrlich J (1990) *Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter*. Stuttgart, Kohlhammer

Norbert Kienzle

Psychosenpsychotherapie (gestalttherapeutisch orientierte). Die Integrative → Gestalttherapie, wie sie im Bereich der neurotischen Störungen und für Ziele der Persönlichkeitsentwicklung angewandt wird, wurde von Gestalttherapeuten, die mit Patienten mit psychotischen Störungen arbeiteten, abgewandelt (Hanika, 1992). Besems & van Vugt (1987) gehen von den Ich-Störungen der Schizophrenen aus, wie sie von C. Scharfetter beschrieben wurden und entwickelten auf gestalttherapeutischer Basis Übungen dazu. Hanika betont bei der gestalttherapeutischen Arbeit mit Schizophrenen, daß auf die Schutzfunktion des Widerstandes besonders geachtet werden muß, da die Arbeit am Widerstand rasch zu bedrohlichen Erlebnissen führen

kann. Die Arbeit an Persönlichkeitsanteilen mit den Methoden, wie sie bei neurotischen Patienten angewendet werden (Gestaltmethoden der Identifikation) ist meist kontraindiziert, da es die Tendenzen der Patienten zu Zersplitterung steigert. Die Haltung des Psychotherapeuten, die für schizophrene Menschen günstig ist, wird mit „aktiv, engagiert und direkt“ anstatt „zu passiv, zurückgezogen und indirekt oder zu wenig transparent“ charakterisiert. Grundlegende Techniken der Gestalttherapie in der Arbeit mit psychotischen Personen (Harris, 1992). 1. „Self-Disclosure“ (Selbstöffnung, Sich-selbst-Preisgeben): der Psychotherapeut stellt auch seine persönliche Sicht der therapeutischen Interaktion dar. Er bezieht sich dabei auf die unmittelbaren Erlebnisse mit dem Patienten und drückt sich knapp und eindeutig aus. Mit dieser Forderung nach Authentizität ist nicht gemeint, daß der Psychotherapeut in jeder Situation immer alles sagt, was er sich denkt oder fühlt; vielmehr geht es im Laufe der gestalttherapeutischen Arbeit darum, das richtige Maß an selektiver Authentizität im Sinne Lore Perls' zu finden; Der Psychotherapeut sagt nicht alles, aber was er sagt, ist authentisch. 2. „Polarities“ (Polaritäten): Die Arbeit mit Polaritäten erfordert beim Gestalttherapeuten eine spezielle Vorsicht und Achtsamkeit, sofern Patienten Schwierigkeiten haben, die Grenze zwischen innen und außen wahrzunehmen. Dem Psychotherapeuten kommt z. B. auch die Aufgabe zu, klarzustellen, daß es sich um zwei Seiten der gleichen Persönlichkeit handelt und nicht um zwei verschiedene Personen, damit nicht das zerbrechliche oder ohnehin bereits gefährdete Integritätsgefühl der Person zusätzlich gefährdet wird. 3. „Dreams“ (Traumarbeit): erfordert viel Vorsicht. Im Falle eines beunruhigenden Traumes oder Alptraumes kann der Gestalttherapeut den Patienten z. B. vorschlagen, den Traum zu wiederholen und ein tröstliches Detail nachzuerzählen, oder z. B. den Traum nachzuerzählen und aufzuhören, wenn dieser sich unwohl fühlt. Anschließend kann er z. B. den Patienten einladen, den Traum mit einem angenehmen, erwünschten Ende zu erzählen. Diese Techniken erlauben dem Patienten, die Erfahrung zu machen, über

sein Leben verfügen zu können, sein subjektives Erleben selbst beeinflussen zu können oder über sein Innenleben wieder mehr verfügen zu können, d. h. sich nicht seinem Innenleben ausgeliefert zu fühlen.

- Besems T, van Vugt G (1987) Gestalttherapie mit psychotischen Menschen – Diagnose und Behandlungsplan. Münchner Gestalttage 1987. In: Latka HF, Maak N, Merten R, Trischkat A (Hg), Gestalttherapie und Gestaltpädagogik zwischen Anpassung und Auflehnung. Achenal/Marquartstein, Copydruck Grassau, S 297–303
- Hanika C (1992) Psychotherapie mit psychotischen Menschen. In: Krisch R, Ulbing M (Hg), Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestalttherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S 163–192
- Harris CO (1992) Gestalt work with psychotics. In: Nevis EC (Ed), Gestalt therapy. Perspectives and applications. The Gestalt Institute of Cleveland Press. New York, Gardner Press, pp 239–261
- Hutterer-Krisch R (Hg) (1994) Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Wien, Springer
- Serok S, Rabin C, Spitz Y (1984) Intensive Gestalt group therapy with schizophrenics. International Journal of Group Psychotherapy 34(3): 431–450

Renate Hutterer-Krisch

Psychosenpsychotherapie (systemisch orientierte; → Systemische Therapie). Psychotherapieansätze psychotischer Störungen, die sich aus der Familientherapie heraus entwickelt haben und den Fokus auf Interaktionen legen, mit dem Ziel der Veränderung problemstabilisierender Kommunikationsmuster. Ursprung in den Forschungen der Palo Alto-Gruppe (→ double-bind-Situation): Schizophren-psychotische Verhaltensweisen wurden erstmals nicht unter dem Aspekt individueller Deformation betrachtet, sondern unter dem Blickwinkel von → Kommunikation. Es folgten wichtige Entwicklungen systemtherapeutischer Strategien bei Psychosen, die noch heute Anwendung finden bzw. weiterentwickelt fortbestehen, wie z. B. → Symptomverschreibung, → paradoxe Intervention, zirkuläres → Fragen (→ Mailänder Modell; → Zirkularität), → Lösungsorientierung, → Externalisierung. Nicht mehr haltbar sind aus heutiger Sicht aus der Psychoanalyse

abgeleitete, aber Beziehungskontexte berücksichtigende, Vorstellungen wie „schizophrenogene“ Mutter (Frieda Fromm-Reichmann), weil sie Angehörige de facto der Verursachung von Schizophrenie bezichtigen, ebenso wie überfürsorgliches Verhalten („overprotective“; → Expressed Emotion) als „allgemeine Ursache“ psychischer Fehlentwicklungen. Die Heidelberger Gruppe entwickelte seit ca. 1985 eine differenzierte Theorie und Therapiepraxis psychotischer Störungen (Retzer, 1994; Simon, 1990). Mit Hilfe von Interventionen wird versucht, problemstabilisierende Kognitions- und Interaktionsmuster zu verändern. Beispiele: Vermeidung einer strukturierten und klaren Kommunikation, Diachronisierung einer synchronen Zeitorganisation (Familie mit einem schizophrenen Mitglied); das gesplittete Team (Familie mit einem manisch-depressiven Mitglied); Befragung der Familie nach den Verhaltensweisen des Therapeuten, die ihn seine Neutralität verlieren lassen würde (Familie mit einem schizoaffektiven Mitglied). In einer „langen Kurzzeittherapie“ (bis zu 10 Sitzungen in Abständen von 4–6 Wochen) finden Gespräche in dem für die Familientherapie typischen Setting statt (→ Einwegspiegel; Familiengespräch, Pause, → Schlußintervention). Andere Techniken legen weniger Gewicht auf Schlußinterventionen selbst, sondern auf den Prozeß des Fragens (z. B. zirkuläres und reflexives Fragen), das Setting selbst (z. B. Reflecting Team, → Reflektierendes Team), oder die Lösungsorientierung. Eine breitere Anwendung systemischer Psychosenpsychotherapie in psychiatrischen Kontexten (was allerdings einiger Anpassungen herkömmlicher Handlungsabläufe bedarf) wird zunehmend vorgeschlagen und durchgeführt: vermehrte Integration systemischer Praktiken in der Psychiatrie (Keller & Greve, 1996), Kundenorientierung (Schweitzer & Schuhmacher, 1995), transparente Rollendifferenzierung und Kooperation im Rahmen eines systemischen Stationsmanagements (Moser & Margreiter, 1997).

Keller T, Greve N (1996) Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag
Moser C, Margreiter J (1997) Systemische Therapie und Stationsmanagement. Von der „Für-

Sorge“ zur Kooperation von PatientInnen, Angehörigen und Fachleuten. In: Hofmann P, Lux M, Probst C, Steinbauer M, Taucher J, Zapotoczky H (Hg), Klinische Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S 152–162

Retzer A (1994) Familie und Psychose. Stuttgart, Gustav Fischer

Schweitzer J, Schuhmacher B (1995) Die unendliche und endliche Psychiatrie. Heidelberg, Carl Auer

Simon F (1990) Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Heidelberg, Carl Auer

Christian Moser

Psychosexuelle Entwicklung. Unter Libido versteht Freud (1905) sexuelle Energie, die das Verhalten und Erleben des Menschen von Anfang an beeinflusst (→ Psychoanalyse). Basierend auf der Libidotheorie wird die Sexualität – gemäß dem psychosexuellen Verständnis – als eine der wesentlichsten Motivationskräfte des menschlichen Verhaltens betrachtet. Freud (1905) formuliert die Theorie der infantilen Sexualität, die von frühester Kindheit an einen normalen Teil des psychischen Lebens darstelle. Seine psychosexuelle Phasenlehre (→ psychoanalytische Phasenlehre) orientiert sich an den altersspezifischen erogenen Zonen der sensorischen, oralen, analen, phallischen und genitalen Körperöffnungen und Körperteile. (Freud, 1905; Mussen, 1991). Die neueren psychoanalytischen Ansätze, → Ich-Psychologie und → Objektbeziehungstheorie (Theorie der Beziehung der Person zur Umwelt), erweitern die ursprüngliche psychosexuelle Phasenlehre und ergeben ein besseres Verständnis der Bindungsfähigkeit und der Identität, womit die überdauernde Einheitlichkeit der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstanden wird (Mahler et al., 1978; Mertens, 1994). Aus diesem Grund sind die Themen Psychosexualität und Geschlechtsidentität zusammengehörig (Mertens, 1994). Im Bereich der psychosexuellen Entwicklung ist die Frage nach der Geschlechtsspezifität der Entwicklungslinien bei Buben und Mädchen von vorrangiger Bedeutung. Die psychosexuelle Entwicklung des Mädchens ist im Unterschied zu früheren Ansichten auch vor der Entdeckung des anatomischen Geschlechts-

unterschiedes nicht ident mit der männlichen Entwicklung. Das Mädchen dürfte eigene genitale Erfahrungen machen, ohne die Qualität der phallischen Kastration zu erleben, spezifische Ängste erleben und dafür geeignete Bewältigungsstrategien erlernen (Horney, 1987: 151f.). Das vorhin Genannte solle zu einer speziell weiblichen Struktur- und Charakterentwicklung führen. Die psychosexuelle Entwicklung des Kindes sowie das Hineinwachsen in eine Geschlechtsrolle wird wesentlich durch die unbewußte Übertragung einer Rolle von einem Elternteil auf ein Kind geformt. Aus psychoanalytischer Sicht ist jede Psychose einer erwachsenen Person die Folge einer Störung der psychosexuellen Entwicklung der Kindheit. Die Auslöser dieser Fixierung können reale traumatische oder fantasierte Ereignisse sein (Freud, 1905), deren Verarbeitung von der Erbanlage und der sexuellen Konstitution beeinflußt werden. In der phallischen Phase trete bei den später als psychoneurotisch bezeichneten Personen ein verstärkter → Ödipuskomplex auf. Als Resultat eines nicht entsprechend verarbeiteten Ödipuskomplexes treten Probleme bei der Beziehungs- und Liebesfähigkeit sowie psychische Störungen auf.

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145 [bes. S 63ff]

Horney K (1987) Die Psychologie der Frau. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 151f]

Mahler MS, Pine F, Bergman A (1978) Die psychische Geburt des Menschen – Symbiose und Individuation. Frankfurt/M., Fischer

Mertens W (1994) Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Bd. 1: Geburt bis 4. Lebensjahr. Stuttgart, Kohlhammer

Mussen P (1991) Einführung in die Entwicklungspsychologie. Weinheim, Juventa

EvaAdler

wicklung des Freud'schen Phasenmodells (→ psychoanalytische Phasenlehre) um die Entwicklung der Genitalität von Buben und der Nichtgenitalität von Mädchen getragen. Indem die klassische Psychoanalyse einen Körperteil – den Penis – mit phallischer Macht und andere Körperteile – Klitoris und Vagina – mit kastrierter Verletzlichkeit gleichsetzten, gab sie Bilder zu Machtstrukturen und → Geschlechtsrollen unserer Gesellschaft wieder. Die gesellschaftliche Bedeutung von Penisneid und Kastrationskomplex wurde als Teil der patriarchalen Unterdrückungs- und Ausgrenzungsstrukturen begriffen, die über die Geschlechterdifferenz aufrechterhalten werden. Dabei diente die öffentliche Diskussion über Orgasmusfähigkeit und der Anspruch der Selbstbestimmung der Gebärfähigkeit zur Standortbestimmung der (sexuellen) Bezogenheit von Frauen auf Männer und Frauen und zur Entwicklung eines Bewußtseins von Autonomie der → sexuellen Orientierung. Der feministisch-analytische Diskurs umkreist zwei Schwerpunkte: die tiefenhermeneutische Untersuchung der Fantasien über Weiblichkeit und weibliche Geschlechtsrollen, deren Entwicklung, Veränderung und Einbettung vor allem von Luce Irigaray (1977) und Christa Rohde-Dachser (1991) geleistet wurde, die die gesellschaftlichen Transformationen der unbewußten Fantasien von Männern und Frauen über die Verbindungen von Weiblichkeit mit Nichtexistenz, Verderben, Schuld und Tod beschreiben. Die Bedeutung der → Mutter-Tochter-Beziehung bei der Subjektwerdung, deren Einfluß auf die psychosexuelle Entwicklung der Töchter bis hin zur möglichen eigenen Mutterschaft ist der andere Bezugsrahmen.

Irigaray L (1977) Das Geschlecht, das nicht eins ist. Berlin, Merve

Kaplan LJ (1991) Weibliche Perversionen. Hamburg, Hoffmann & Campe

Rohde-Dachser C (1991) Expedition in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse. Berlin, Springer

Sonja Woblatz

Psychosexuelle Entwicklung der Frau

(aus feministischer Sicht). Der Diskurs um die psychosexuelle Entwicklung der Frau wird von der Diskussion und Weiterent-

Psychosomatik. In der Medizin, Psychologie, Psychotherapie und Soziologie ver-

wendeter Begriff für ein Krankheitsverständnis, das biologische, psychische und soziale Faktoren stärker integriert, als es in der rein an den Naturwissenschaften orientierten Schulmedizin üblich ist. Die „Psychosomatik“ ist ein kulturgeschichtliches Phänomen des Abendlandes, eine Antwort auf die ideengeschichtliche Trennung des Dualismus – die Dichotomie von Körper und Geist – bzw. die tiefe Spaltung in Geistes- und Naturwissenschaften seit der Aufklärung. Die aus der griechischen Antike stammenden Worte „Psyche“ und „Soma“ bedeuten: Hauch, Atem, Seele bzw. Körper, Leib, bei Homer auch toter Körper, Leichnam. Erstmals erwähnt wird der Begriff „Psychosomatische Medizin“ bei J.C. Heinroth 1818, sein Zeitgenosse Jakobi stellt den Begriff „somato-psychisch“ gegenüber. Die Psychosomatik erforscht Bedingungen für Krankheitsentstehung und → Krankheitsverarbeitung, ist jedoch in sich keine einheitlich konzipierte Wissenschaft. Ihr zentrales Anliegen ist, Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit systematisch zu verstehen und den Betroffenen im Bereich der Behandlungspraxis angemessen zu begegnen. Einige Beiträge zum heutigen Wissenstand der „Psychosomatik“ wurden von psychotherapeutischen Schulen und Methoden hervorgebracht. Aus der → Psychoanalyse stammen u. a. folgende Begriffe: → Konversion (Freud), → Organspezifitätstheorie (F. Alexander), → Desomatisierung und → Resomatisierung (M. Schur), → Alexithymie (J.C. Nemiah und P.E. Sifneos), „pensée opératoire“ (P. Marty, M. de M'Uzan und C. David) und „zweiphasige Abwehr“ (A. Mitscherlich). In der → Systemischen Therapie wird „Krankheit als Kommunikationsproblem“ angesehen (u. a. H. Stierlin, V. Satir, S. Minuchin, M. Selvini-Palazzoli). Die humanistischen Methoden eröffnen gemäß ihrem Menschenbild einen phänomenologisch orientierten, personalen Zugang zum Menschen. Die Verhaltenswissenschaften haben Beiträge zur Streß-, Coping- und Life-Eventforschung geliefert (→ Streßtheorien; → Copingreaktion; Krankheitsverarbeitung; → Life event). Seit der Mitte der 70er Jahre gibt es Forschungsarbeiten aus der → Psychoneuroimmunologie. Weitere Impulse kommen aus der

klinischen Praxis der → Körper(psycho)- und → Bewegungstherapien, der → Kunst- und Kreativitätstherapien, der „integrierten Medizin“ und der Selbsthilfebewegung. Die wissenschafts- und erkenntnistheoretische Forschung der 90er Jahre wirft auf die „Psychosomatik“ und das „Leib-Seele-Problem“ ein neues Licht. Statt dualistischer oder monistischer Theorien werden – basierend auf der → Systemtheorie und der → Chaostheorie – Modelle diskutiert, die die reduktionistischen Maschinenmodelle vom Menschen ersetzen könnten und auf eine Verständigungsebene zwischen den Einzelwissenschaften abzielen („Bio-psycho-soziales Modell“: G.L. Engel, H. Weiner, Th. v. Uexküll, J. Kriz, G. Roth, V. v. Weizsäcker, L. Delius, A. Jores). Inadäquate, monokausallineare Konzepte werden von multifaktoriellen Störungs- bzw. Krankheitsentstehungsmodellen (→ Ätiologie) ersetzt. Den Selbstregulations- und Selbstheilungspotentialen wird mehr Aufmerksamkeit geschenkt, ebenso der Prophylaxe und Salutogenese. In der psychosomatischen Medizin wird zwischen → funktionellen Störungen einzelner Vorgänge im Organismus und (reversiblen bzw. irreversiblen) Organschädigungen, den → psychosomatischen Erkrankungen, unterschieden. Nach wie vor zeigen die meist sehr langen Patientenkarrieren, daß eine psychosomatische Behandlungspraxis vielerorts leider nicht umgesetzt wird (→ Klientenforschung). Durch die psychosomatische → Anamnese wird frühzeitig eine diagnostische Klärung komplexer Störungsbilder zu erreichen versucht. Diese beinhaltet in ihrer spezifischen Zugangsweise ein erstes Beziehungsangebot und integriert darüber hinaus die → Laienätiologie sowie die Selbstverantwortlichkeit der Betroffenen. Die Komplexität der Konzepte verlangt nach speziellen Behandlungsmodalitäten: ambulante und stationäre psychotherapeutische Betreuungsangebote für die Krankheitsbewältigung (Krankheitsverarbeitung) sowie für die Begleitung von Menschen mit chronischen → Schmerzen und schwerstkranken Menschen (→ Psychoonkologie) in Form von integrierten Modellen oder → Konsiliar-/Liaison-Diensten in Allgemeinkrankenhäusern, Hospizen und Psychosomatischen

Abteilungen bzw. Kliniken. Für die professionellen Helfer beinhalten diese Betreuungsformen auch die Bereitschaft und Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

- Adler R, Bertram W, Haag A, Herrmann JM, Köhle K, Uexküll T v (Hg) (1992) Integrierte Psychosomatische Medizin und Praxis und Klinik. 2., neubearb. Aufl. Stuttgart, Schattauer
- Bräutigam W, Christian P (1992) Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. 5., neubearb. Aufl. Stuttgart, Thieme
- Deter HC (1997) Angewandte Psychosomatik. Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker. Stuttgart, Thieme
- Hahn P (Hg) (1979) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. IX: Ergebnisse für die Medizin (1), Psychosomatik. München, Kindler [Nachdruck (1983) in 2 Bd. Weinheim, Beltz]
- Klufmann R (1998) Psychosomatische Medizin. Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche. 4., korrigiert u. aktualisierte Aufl. Berlin, Springer
- Overbeck G (1984) Krankheit als Anpassung. Der sozio-psychosomatische Zirkel. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Uexküll T v (1996) Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. 5. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg

Brigitte Macke-Bruck, Nora Nemeskeri

Psychosomatik. (aus Sicht der → Individualpsychologie). Alfred Adler gilt als „einer der Pioniere der Psychosomatik“ (Rattner, 1982: 147), hat er doch bereits 1907 in seiner „Studie über die Minderwertigkeit von Organen“ einen systematischen Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Prozessen hergestellt, indem er betonte, daß die Kompensation von Organschwächen häufig zu psychischen Belastungen führe, die letztlich die Ausbildung von neurotischen oder psychotischen Symptomen zur Folge haben könnten. Nach 1912 begann Adler diesen Zusammenhang differenzierter und komplexer darzustellen, indem er der Annahme folgte, daß psychische Befindlichkeiten von Menschen auch in körperlichen Symptombildungen (symbolisch) zum Ausdruck kommen können (→ Organdialekt). Beide Modellvorstellungen Adlers verweisen auf die Notwendigkeit einer engen Verschrän-

kung von organmedizinischen und tiefenpsychologischen Zugangsweisen im Dienste des Verstehens und der Behandlung von Menschen, die an körperlichen Krankheitszuständen leiden. Diesen Ansatz stützen auch Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Rogner (1994), derzufolge individualpsychologische analytische Therapien in signifikanter Weise zu einer Linderung von somatischen Beschwerden führen, ein Befund, der Grawes (1992: 140) These, „daß psychoanalytische Therapie bei Patienten mit psychosomatischen Störungen bemerkenswert unwirksam“ sei, keineswegs bekräftigt (Rogner, 1994: 324f.; → individualpsychologische Psychotherapie).

- Grawe K (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau 43: 132–162
- Rattner J (1982) Der Beitrag der Individualpsychologie zur psychosomatischen Medizin. In: Eicke D (Hg), Tiefenpsychologie, Bd. 4. Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Weinheim, Beltz, S 147–150
- Ringel E (1991) Psychosomatische Erkrankungen. In: Ringel E, Selbstschädigung durch Neurose. Wien, Herder, S 125–150
- Rogner J (1994) Ein Jahr nach Abschluß einer analytischen Adlerianischen Psychotherapie. I: Vergleich mit Personen, die eine Psychotherapie beginnen; II: Veränderungen der Symptomatik. Zeitschrift für Individualpsychologie 19: 191–202, 318–326
- Schmidt R (1982) Psychosomatische Medizin. In: Schmidt R (Hg), Die Individualpsychologie Alfred Adlers. Frankfurt/M., Fischer, S 181–214

Wilfried Datler

Psychosomatische Anamnese. → Anamnese, psychosomatische.

Psychosomatische Erkrankungen (→ Psychosomatik). Als psychosomatische Erkrankung im Sinne einer engen Definition wird eine Erkrankung bezeichnet, bei der in Auslösung, Erstmanifestation, Wiederauftreten und/oder Verlauf nachweisbare ursächliche Zusammenhänge mit gravierenden psychischen und/oder sozialen, hingegen keine hinreichenden körperlichen Faktoren bestehen. Weiter gefaßt, bedingen Psy-

che, Soma und Gesellschaft in dauerndem Aufeinanderwirken Gesundheit und Krankheit (multifaktorielles pathogenetisches Modell). Die positive Diagnose „psychosomatisch“ wird in der psychosomatischen → Anamnese gestellt und zieht für die durchwegs körperlich sich manifestierenden Beschwerden zusätzlich zu somatischen Maßnahmen simultan einzusetzende „psychisch wirksame“ Verfahren (ärztlich-psychologische Gesprächsführung, Suggestion, relaxierende und übende Verfahren; → Psychotherapie) nach sich. In der ICD-10-Klassifikation sind psychosomatische Störungen bzw. Erkrankungen unter F45 (somatoforme Störungen) und F54 (psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) erfaßt. Psychosomatische Störungen (F45) haben keine histologisch faßbare Substratschädigung, hingegen jene aus F54 doch, sei sie reversibel oder nicht. Beide neigen zur Chronifizierung, besonders bei bloß symptomatischer Therapie (z. B. Schmerz- oder Beruhigungsmittel, mit sich häufig ausbildender Abhängigkeit) statt kausaler Behandlung, sowie zur subjektiven Belastung des Patienten und Erhöhung der diagnostischen und therapeutischen Krankheitskosten. Bei somatoformen Störungen begleiten unterschiedliche Grade von → Angst und → Depression die in jedem Körperteil auftretenden Beschwerden. Gastrointestinale (z. B. Dyspepsie, Magen- oder Darmreizungen), kardiovaskuläre (z. B. „nervöses Herz“, essentielle Hypertonie), respiratorische Störungen (z. B. Hyperventilation) u. a. im regelrechten Ablauf von Organfunktionen, aber auch → Schmerzsyndrome (Schulter-Nacken oder low back-pain syndrome) sind die häufigsten Beschwerden. Bei psychosomatischen Beeinträchtigungen nach F54 spielen langanhaltende psychische Belastungen (Sorgen, Konflikte, Ängste) eine wesentliche Rolle in der Manifestation körperlicher Erkrankungen. Beispiele sind: Asthma bronchiale, Urticaria, Ekzem und Dermatitis, Magenulcus, Colitis ulcerosa.

Bräutigam W, Christian P (1992) Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. 5., neubearb. Aufl. Stuttgart, Thieme

Deter HC (1996) Angewandte Psychosomatik. Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und

Behandeln psychosomatisch Kranker. Stuttgart, Thieme
Uexküll T v, Adler R (1995) Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg

Peter Gathmann

Psychosoziale Krise. → Krise.

Psychosynthese. Eine zur → Transpersonalen Psychotherapie zählende psychologische Theorie und Bewegung, begründet durch den italienischen Psychiater Roberto Assagioli (1888–1974). Sein Hauptanliegen war es, die transpersonalen Bereiche der menschlichen Erfahrung und die im eigentlichen Sinne menschlichen Werte, wie z. B. Hingabe, Altruismus, nicht aus Trieben wie Sexualität, Macht und Aggression zu erklären, sondern sie als eigene Phänomene zu betrachten. Das Ziel der Psychosynthese ist die Synthese verschiedener Aspekte der Persönlichkeit um das Zentrum, den Kern der Person. Dieses Zentrum ist, in der Sprache der Psychosynthese, das „Höhere Selbst“ oder kurz das → Selbst. Es wird als der Motor der psychischen Aktivität angesehen, als das Zentrum, von welchem aus der Prozeß der Entwicklung seinen Ausgang nimmt und unterhalten wird. Es ist dies jene Natur, welche zu erfahren Ziel und Streben aller mystischen Erfahrungstraditionen war und ist (Buddha-Natur, Brahman, Christus-Natur oder Seelenfunken). Als Sinn der menschlichen Entwicklung wird in der Psychosynthese die Selbst-Entfaltung gesehen, nämlich daß sich das Selbst, verstanden als Quelle unseres Potentials, als Samen und Matrix unserer Zukunft, möglichst ungehindert entfalten kann und daß wir unsere Möglichkeiten zum Ausdruck bringen können. Psychische Störungen sind in diesem Kontext zu sehen. Die Psychosynthese kennt keine eigene Pathologie-Lehre oder Neurosentheorie. Alles, was als Pathologie erscheint, kann der verzerrte Ausdruck eines höheren Strebens sein, das es freizulegen und einzurichten gilt. Alles, was recht normal und angepaßt aussieht, kann eine latente lebenslange

Weigerung sein, sich seinem „eigentlichen“ Wesen und damit seiner Selbstwerdung zu stellen. Psychische Störung und Normalität sind relative Begriffe und auf das Ziel der organischen Selbst-Erfahrung hin zu sehen. Sofern diese behindert ist oder gar stagniert, werden Störungen im Sinne eines Ziel-Block-Modells behandelt. Die Psychosynthese ist eine pragmatische Therapie, sofern sie als Therapie eingesetzt wird. Die Art des therapeutischen und methodischen Angebots hat sich stets nach der Eigenart des Klienten zu richten, nach der Besonderheit der vorgebrachten Störung und nicht zuletzt nach den Neigungen und Fähigkeiten des Therapeuten. So gesehen, ist die Psychosynthese ein Verständnis- und Begriffsrahmen, in welchem der therapeutische Prozeß Sinn und Zusammenhang ergibt und der dem Verlauf einer Therapie fruchtbare Anstöße geben kann. „Die“ Psychosynthese-Methode gibt es nicht. Sie besteht allenfalls darin, alle therapeutischen Werkzeuge nach dem Verständnis zu nutzen, welches der Psychosynthese eigen ist. Innerhalb der Psychosynthese wurden beispielsweise folgende Methoden in eigenem Stil weiterentwickelt: die Arbeit mit geleiteten Fantasien; die Übung der Desidentifikation, vielleicht die genuinste Psychosynthese-Übung; das Erden von Erfahrung und die sogenannte Willensarbeit; das Aktivieren von blockierenden Traumata und deren emotionale Katharsis; Übungen des Ausdrucks; Probehandeln und Tun-als-ob. Therapeutisches Vorgehen im Rahmen der Psychosynthese hat immer folgende Kennzeichen: Sie ist prozeßbezogen und klientenzentriert. Sie erkennt das Selbst des Klienten an und sucht mit ihm nach möglichen konstruktiven Ausdrucksformen für die weitere Entfaltung dieses seines Selbst. Sie unterscheidet Problembereiche und Einsatz von Methoden nach personaler und transpersonaler Arbeit. Sie verwendet die im Klienten innewohnenden Selbstheilungskräfte systematisch, indem sie diese als transpersonale Energien anspricht und methodisch evoziert. Sie arbeitet viel mit der Kraft innerer Bilder. Sie ist ansonsten methodisch für Inspirationen anderer Therapierichtungen offen und in dieser Hinsicht unorthodox.

- Assagioli R (1993) Psychosynthese. Handbuch der Methoden und Techniken. Hamburg, Rowohlt
Ferrucci P (1986) Werde was du bist. Hamburg, Rowohlt
Parfitt W (1992) Psychosynthese. Braunschweig, Aurnum

Aron Saltiel

Psychotherapeutenforschung (→ Psychotherapieforschung). Untersuchung jener förderlichen und hinderlichen Therapeuteneigenschaften, die auf den Prozeß und den Erfolg von Therapien Einfluß haben. Dazu gehören neben Alter und Geschlecht vor allem theoretische Ausrichtung, Weltanschauung, beruflicher Hintergrund und die psychische Gesundheit. Obwohl Freud für die Ausübung der Analyse Integrität und Distanz zu Lüsternheit und Prüderie verlangte, standen doch lange methodische und schulenspezifische Fähigkeiten im Vordergrund. Heute hat sich einerseits ein maßvoller → Eklektizismus durchgesetzt, andererseits wurde die Bedeutung unspezifischer → Wirkfaktoren erkannt (vgl. Wills, 1982). Während hilfreiche unspezifische Faktoren auch bei Laien vorkommen, liegt die Stärke professioneller Helfer in der Wahrnehmung und Behandlung spezifischer Konflikte (confronting basic problem areas). Die Berücksichtigung von Therapeuteneigenschaften dient letztlich der Herstellung einer therapeutischen Allianz, in der die von Rogers (1957) formulierten „notwendigen und ausreichenden“ Variablen → Empathie, → Wertschätzung und → Kongruenz die mittlerweile von allen Therapierichtungen akzeptierte → Grundhaltung darstellen. Methodisch schwer erfaßbare Faktoren, die sich in der Begegnung zwischen Klient und Therapeut (vgl. Kropiunigg & Ringel, 1988) verbergen, sollten aber nicht übersehen werden: so wirken sich Engagement, die Bereitschaft zu eingehender Instruktion, kontinuierlichem Feedback, maßvollen Ratschlägen sowie persönliche Einblicke zuzulassen, therapeutisch positiv aus, herabsetzende Äußerungen, Dogmatismus und Dominanz negativ (Bergin & Garfield, 1994). Klienten profitieren besonders von Thera-

peuteneigenschaften, mit denen sie sich identifizieren können (Modelling). In erfolgreichen Therapien übernehmen Klienten weitgehend das Wertesystem von Therapeuten. So erweisen sich konservative Einstellungen hinsichtlich der Rolle der Frau als hinderlich, während Therapeuten mit der Intention, die Autonomie ihrer Klienten zu fördern, bessere Resultate erzielen.

Bergin AE, Garfield SL (Eds) (1994) Handbook of psychotherapy and behavior change. Fourth edition. New York, Wiley

Kropiunigg U, Ringel E (1988) Hilfe durch Psychotherapie. Wien, Facultas

Rogers CR (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology 21: 95–103

Strupp HH (1993) Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen. Psychotherapie Forum 1(1): 1–7

Wills TA (Ed) (1982) Basic processes in helping relationships. New York, Academic Press

Ulrich Kropiunigg

Psychotherapeuten, Standesregeln für. → Berufskodex für Psychotherapeuten.

Psychotherapeutische Ausbildung. → Ausbildung, psychotherapeutische.

Psychotherapeutische Fortbildung. → Fortbildung, psychotherapeutische.

Psychotherapeutische Supervision. → Supervision, psychotherapeutische.

Psychotherapeutische Weiterbildung. → Weiterbildung, psychotherapeutische.

Psychotherapeutisches Fachspezifikum. → Ausbildung, psychotherapeutische.

Psychotherapeutisches Propädeutikum. → Ausbildung, psychotherapeutische.

Psychotherapie. Heilverfahren zur Behandlung von psychosozial bedingten psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen, Störungen bzw. Leidenszuständen (häufige → Indikation: z. B. → Depressionen; → Zwangsstörungen; → Angststörungen; → Neurosen; z. T. → Persönlichkeitsstörungen; → psychosomatische Erkrankungen; → funktionelle Störungen), aber auch präventive bzw. emanzipatorische, entwicklungs- und gesundheitsfördernde Funktion (u. a. Selbsterfahrungsgruppen; → Selbsterfahrung); die Ausübung erfolgt auf der Basis einer methodenspezifischen → Ausbildung, einer entsprechenden Indikation (vor allem psychogene Störungen bzw. Leidenszustände), einer wissenschaftlichen Methode, im Rahmen einer professionellen Beziehung zwischen einem oder mehreren Klienten / Patienten und einem (oder seltener zwei) Psychotherapeuten sowie mit einer entsprechenden Zielsetzung (z. B. Symptomverminderung, Verhaltensänderung, Konfliktbearbeitung, Persönlichkeitsentwicklung). Jede psychotherapeutische Methode bedarf einer Krankheits- bzw. Störungs-(Neurosen-)lehre (Ätiologie-Modell, Krankheits- und Gesundheitsbegriff; → Ätiologie), Persönlichkeitstheorie und Entwicklungstheorie sowie zugrundeliegender anthropologischer Annahmen, Therapietheorie (therapeutische Beziehung, Prozeßverständnis, Methodik, Techniken, Praxis), auch unter einem störungsspezifischen Gesichtspunkt, z. B. für Personen mit Angststörungen, Depressionen, Zwangsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen, sowie der Nachvollziehbarkeit, d. h. auch Lehr- und Lernbarkeit des Ansatzes. Die Beziehung zwischen Patient / Klient / Analysand und Psychotherapeut(en) ist von zentraler Bedeutung und stellt einen wesentlichen Wirkfaktor (→ Wirkfaktoren, unspezifische) dar. Die Effizienz der Methode sollte ausreichend evaluiert sein (→ Evaluationsforschung; → Psychotherapieforschung,

Methoden der/Geschichte der) und in der Fachliteratur präsentiert und diskutiert sein. Die psychotherapeutischen Ansätze lassen sich einigen wenigen Paradigmen zuordnen: → Tiefenpsychologie, → Verhaltenstherapie, → Humanistische Psychologie, → Existentielle Psychotherapie, tran-
ceorientierte bzw. suggestive Modelle (→ Trance; → Suggestion), → Systemische Therapie und → Transpersonale Psychotherapie. Psychotherapie kann in vielfältigen → Settings zur Anwendung kommen: Einzel-, → Paar-, → Familien- und → Gruppenpsychotherapie, → Reflecting Team (hinter dem → Einwegspiegel), ambulant und stationär, im Liegen (z. B. → Psychoanalyse, z. T. → Körperpsychotherapie), Sitzen, Stehen, Bewegen (z. B. → Integrative Bewegungstherapie, → Konzentrative Bewegungstherapie, → Tanztherapie). Es kann auf verschiedene Kommunikations- und Ausdrucksmittel zurückgegriffen werden (verbal, Körper, Bewegung, kreativ, z. B. Materialien, Musik). Je nach Anwendungsbereich und Zielgruppe lassen sich einige Spezialisierungen differenzieren: → Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, → Gerontopsychotherapie, → Psychosensorytherapie, → Sexualtherapie, → Suchttherapie. Die Psychotherapie wurzelt in verschiedenen Wissenschaften (Psychologie, Pädagogik, Medizin, Religionswissenschaft, Kommunikations- und Interaktionsforschung etc.) und hat sich zu einer eigenständigen, auf wissenschaftlichen Befunden basierenden, Disziplin mit eigenständigen Methoden entwickelt (z. B. → Analytische Psychologie; → Autogenes Training; → Daseinsanalyse; → Dynamische Gruppenpsychotherapie; → Existenzanalyse; → Gestalttherapie; → Gruppenpsychoanalyse; → Hypnose; → Individualpsychologie; → Katathym-Imaginative Psychotherapie; → Klientenzentrierte Psychotherapie; → Psychoanalyse; → Psychodrama; → Transaktionsanalyse; Verhaltenstherapie).

Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J (Hg) (1993) Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart, Gustav Fischer
Kriz J (1994) Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung. 3. Aufl. Weinheim, Psychologie Verlags Union
Klußmann R (1993) Psychotherapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer

Jaeggi E (1995) Zu heilen die zerstoßnen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder. Hamburg, Rowohlt
Petzold HG (Hg) (1987) Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde. Paderborn, Junfermann
Revenstorf D (1983–94) Psychotherapeutische Verfahren. 4 Bde. Stuttgart, Kohlhammer
Slunecko Th, Sonneck G (Hg) (1999) Einführung in die Psychotherapie. Wien, Facultas
Stumm G, Wirth B (Hg) (1994) Psychotherapie: Schulen und Methoden. Wien, Falter Verlag

Gerhard Stumm

Psychotherapie, Allgemeine. → Allgemeine Psychotherapie.

Psychotherapie, Autogene. → Autogene Psychotherapie.

Psychotherapie, Biodynamische. → Biodynamik.

Psychotherapie, Existentielle. → Existentielle Psychotherapie.

Psychotherapie, Experientielle. → Experientielle Psychotherapie.

Psychotherapie, Feministische. → Feministische Therapie.

Psychotherapie, Generisches Modell der. → Generisches Modell der Psychotherapie; → Psychotherapieforschung.

Psychotherapie, Geschlechtsspezifität in der. → Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie.

Psychotherapie, gesetzliche Grundlagen der. → Gesetzliche Grundlagen von Psychotherapie.

Psychotherapie, Gestalttheoretische. → Gestalttheoretische Psychotherapie.

Psychotherapie, Indikation zur. → Indikation zur Psychotherapie; → Indikation zur Psychoanalyse.

Psychotherapie, individualpsychologische. → Individualpsychologische Psychotherapie.

Psychotherapie, Interpersonelle. → Interpersonelle Psychotherapie (IPT).

Psychotherapie, Klientenzentrierte. → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Psychotherapie, Kontraindikation zur. → Kontraindikation zur Psychotherapie.

Psychotherapie, Mißbrauch in der. → Mißbrauch, emotionaler (in der Psychotherapie); → Mißbrauch, narzißtischer (in der Psychotherapie); → Mißbrauch, sexueller (in der Psychotherapie); → Mißbrauchsforschung; → False-Memory-Syndrom.

Psychotherapie, multiple. → Mehrfachtherapie.

Psychotherapie, Neurolinguistische. → Neurolinguistische Psychotherapie (NLPt).

Psychotherapie, ökologische. → Ökologische Psychotherapie.

Psychotherapie, organische. → Organische Psychotherapie; → Biodynamik.

Psychotherapie, personenzentrierte. → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Psychotherapie, Positive. → Positive Psychotherapie.

Psychotherapie, psychoanalytische. → Psychoanalyse.

Psychotherapie, stationäre. → Anorexia nervosa; → Bulimia nervosa; → Indikation zur Psychotherapie; → Kontraindikation zur Psychotherapie; → Setting; → Settingforschung; → Gerontopsychiatrie; → Gruppenpsychotherapie; → Kunsttherapie; → Psychosomatik; → Suchttherapie; → Versorgungsbedarf.

Psychotherapie, transaktionsanalytische. → Transaktionsanalyse, tiefenpsychologische. → Transaktionsanalyse, verhaltensorientierte.

Psychotherapie, transkulturelle. → Transkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie.

Psychotherapie, transpersonale. → Transpersonale Psychotherapie.

Psychotherapie und Internet. → Cybertherapie; → Internet-Abhängigkeit; → Computer-Abhängigkeit.

Psychotherapie und Krebs. → Krebs und Psychotherapie; → Psychoonkologie.

Psychotherapie, Zustimmung zur. → Zustimmung zur psychotherapeutischen Behandlung.

Psychotherapieforschung, differenzielle. → Differentielle Psychotherapieforschung.

Psychotherapieforschung, Ethik in der.

Ethische Aspekte sind bei der Planung, Durchführung und Publikation wissenschaftlicher Arbeiten relevant und beziehen sich auf den Grad, in dem Forschung anerkannten oder kodifizierten ethischen Normen folgt (Sieber et al., 1998; APA, 1992). In der Forschungsplanung stellen Ethik-Kommissionen ein vorsorgliches Krisenmanagement dar, mit dem Ziel, ethisch angreifbare Forschung zu vermeiden. Durch die ungleichmäßige Gewichtung von „richtig-positiven“, „falsch-positiven“ und „falsch-negativen“ Entscheidungen in Richtung der Vermeidung „falsch-positiver“, nicht aber „falsch-negativer“ Entscheidungen (Hartkamp, 1999) in solchen Gremien besteht die Gefahr zunehmend restriktiverer Entscheidungsprozesse, mit der Folge, daß die Bereitschaft der Forscher, die von einer Ethik-Kommission vertretenen Grundsätze zu beachten, zunehmend unterminiert wird. Die Forderung nach einem „informed consent“ eines Patienten in klinischen Studien setzt voraus, daß diesem in vollständiger Weise alle Aspekte erläutert werden, die seine Bereitschaft, an einer Studie mitzuwirken, beeinflussen könnten. Dabei läuft der Forscher, wenn er Hypothesen, Vorgehensweisen oder experimentelle Anordnungen detailliert erläutert, Gefahr, seine Beobachtungen durch Versuchsleitereffekte nachhaltig zu verfälschen. In dem Dilemma, die ethische Notwendigkeit, einen „informed consent“ einzuholen, gegen die wissenschaftliche Forderung nach Validität (Gültigkeit)

der Studienprozeduren aufzuwiegen, bietet das Einholen des „informed consent“ den Vorteil einer stärkeren interaktionellen Einbindung und größerer Zufriedenheit der sich beteiligenden Patienten. Hinsichtlich der Publikation wissenschaftlicher Befunde ist der „publication bias“ zuungunsten negativer Befunde aus forschungsethischer Sicht relevant. Damit ist gemeint, daß etwa bei der Untersuchung der differentiellen Effektivität unterschiedlicher Therapieformen (→ Differentielle Psychotherapieforschung) Negativbefunde systematisch aus der veröffentlichten Literatur ausgeschlossen bleiben können und Evidenzen zugunsten bestimmter Hypothesen somit überschätzt werden. Die Randomisierung von Probanden in klinischen Studien kann dazu führen, daß diese einer Behandlungsmodalität zugewiesen werden, die subjektiv als minderwertig erlebt wird. Wenn dies zu vermehrtem vorzeitigen Abbruch einer Behandlung führt (Studien-„Zermürbung“, „attrition“), kann die Gültigkeit von Forschungsergebnissen beeinträchtigt werden. Andererseits kann der Verzicht auf Randomisierung zur Nicht-Äquivalenz von Stichproben und damit ebenfalls zu ungültigen Befunden führen, die im Einzelfall den wahren Verhältnissen direkt entgegengesetzt sein können („Simpson's Paradox“).

American Psychological Association (APA) (Ed) (1992) Ethical principles of psychologists and code of conduct. American Psychologist 47: 1597–1611

Hartkamp N (1999) Ethische Aspekte in der Psychotherapieforschung – eine vorläufige Standortbestimmung. In: Tress W, Langenbach M (Hg), Ethik in der Psychotherapie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, S 217–230

Sieber JE, Blanck PD, Bellack AS, Rosnow RL, Rotheram-Borus MJ, Schooler NR, Ceci SJ, Koocher GP, Miers ML, Fine MA, Kurdek LA (1998) Ethics in research. In: Kazdin AE (Ed), Methodological issues and strategies in clinical research. Second edition. Washington, American Psychological Association, pp 603–709

Norbert Hartkamp

Psychotherapieforschung, Geschichte der. Historisch ist Psychotherapie-

forschung mit der klassischen Idee der Einheit von „Heilen und Erkenntnis“ verbunden. Diese Idee bestimmte die erste und auch heute aktuelle Phase der modernen Psychotherapieforschung (1. Phase: Begleit- oder „Junktim-Forschung“; Freud, 1927). Alle weiteren Schulengründer der Psychotherapie, jeweils Symbolfiguren für ein Menschenbild, waren ebenfalls von der Idee der Einheit von Praxis und Forschung überzeugt und um öffentliche und universitäre Anerkennung ihres Paradigmas bemüht. 2. Phase (Kritik und allgemeine Wirksamkeitsforschung, ca. 1925–70): Durch die Zerstörungsjahre in Europa 1937–45 unterbrochen, entwickelten sich die verschiedenen psychotherapeutischen Konzepte im stetigen, sich prüfenden und kritisch infragestellenden wissenschaftlichen Streit zu eigenständigen Lehrgebäuden („Schulen“). Der provokanten These von der → Spontanremission und der Wirkungslosigkeit der Psychotherapie (Eysenck, 1952) folgten wesentliche, empirisch und katamnestic gestützte Arbeiten, welche ihre allgemeine Wirksamkeit und gezielte Indikation für bestimmte Krankheitsbilder belegen (Dührssen, 1972). 3. Phase (→ differentielle Psychotherapieforschung, ab ca. 1970): Die Psychotherapie, nun auch an der Universität organisiert, prüft sich selbst. Dabei lassen sich folgende immer komplexer werdende Konzepte historisch unterscheiden: 1. Parameterstudien und klinische Vergleichsstudien (typisch für verhaltenstherapeutische Ansätze, im kontrollierten Gruppenversuchsplan mit gruppenstatistischer Auswertung verfaßt, klar empirisch-analytisch konzipiert, erschließen objektiv überprüfbare Faktoren, sagen aber wenig über den Entwicklungsprozeß des einzelnen Menschen aus). 2. Interaktionelle und kontrollierte Einzelfallstudien (→ Einzelfallforschung); es wird der unmittelbare Einfluß einer bestimmten therapeutischen Intervention auf einen zentralen Beziehungskonflikt oder einen bestimmten Verhaltensbereich untersucht (Luborsky & Spence, 1978). 3. → Prozeß-Ergebnis-Forschung (in diesen wissenschaftstheoretisch komplexen Ansätzen werden formale, technische, interpersonale, intrapersonale und klinisch-sequentielle Aspekte der Psy-

chotherapie in ihrer Interaktion untersucht; Prozeßstudien, von psychoanalytischen Einsichten ausgehend, orientieren sich, je nach Ziel, am gesprochenen Text, der empirisch-analytisch (→ Empirismus) oder hermeneutisch sinngenerierend gedeutet wird, oder auch an affektiven Anteilen der → Gegenübertragung als „tieferhermeneutischer Ansatz“. Orlinsky et al. (1994), auf früheren Prozeß-Ergebnis-Studien aufbauend, stellten 1987 bzw. 1994 mit dem → Generischen Modell der Psychotherapie, in welchem sie zwischen Input-, Prozeß- und Outputvariablen differenzieren, einen umfassenden Raster für die Ordnung, Interdependenz und Bewertung von Einzelbefunden vor.

- Dührssen A (1972) Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16: 319–324
- Freud S [1927] (1982) Nachwort zur Frage der Laienanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik*. Frankfurt/M., Fischer, S 342–349
- Luborsky L, Spence DP (1978) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Second edition. New York, Wiley, pp 331–368
- Orlinsky D, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York, John Wiley & Sons, pp 270–376

Walter Pieringer

Psychotherapieforschung, Methoden der (→ Dokumentation; → Evaluationsforschung; → Qualitätssicherung; → Effektstärke; → Meta-Analyse). Hierunter sind alle diejenigen Forschungsmethoden und -ansätze zu verstehen, die Aspekte der → Prozeß-Ergebnis-Forschung erfassen. Grundsätzlich lassen sich zunächst „qualitativ-hermeneutische“ und „quantitative“ Forschung unterscheiden. Im ersteren Fall werden Verstehensanalysen durchgeführt (der Experte ist über sein Verstehen

die Meßmethode). Qualitativ-quantitative Mischformen finden sich häufig in der → Einzelfallforschung („single case study“), die detailliert qualitative und quantitative Analysen meist vollständiger Behandlungsverläufe gestattet (Prozeß-Ergebnis-Forschung). Die Einzelfallforschung („smaller is better“- oder N = 1-Trend der neueren Prozeß-Ergebnis-Forschung; Greenberg, 1986: 8) steht der sogenannten Outcome-Forschung (große Zahlen, gruppenstatistischer Ansatz) gegenüber. Während letztere nur vergleichende Ergebnisbewertungen vornehmen kann, liefert die präzise einzelfallanalytische Prozeßanalyse Hinweise auf Gründe und Zeitpunkt der therapeutischen Veränderung. Die Einzelfallforschung liefert präzise Aufschlüsse über Wenn-dann-Prozesse (wie Veränderung im Einzelfall bewirkt wird); zur Sicherstellung allgemeiner Aussagen müssen Ergebnisse zahlreicher vergleichbarer Einzelfall-Analysen aggregiert werden. Zur Kontrolle des Placebo-Effektes in der Psychotherapie (→ Placebo; vgl. auch unspezifische → Wirkfaktoren) werden in der vergleichenden Effektivitätsforschung Kontrolldesigns verwendet (Kontrollgruppenpläne, bei denen unterschiedliche Behandlungen oder Patientengruppen bzw. behandelte versus unbehandelte Patienten gegeneinander getestet werden; Parloff, 1992). Die vergleichende Effektivitätsforschung basiert ihrerseits auf dem gruppenstatistischen (experimentellen) Ansatz (Bedingung A vs. B oder Behandlung/Experiment vs. unbehandelter Kontrolle; s. o.) und folgt dem Prä-Post-Ansatz (vorher vs. nachher), während das Design der Prozeß-Ergebnis-Forschung Prozeßmerkmale mit Wirkung (Ergebnis) in Beziehung setzt (Kazdin, 1994). Effektivitätsstudien untersuchen die Wirksamkeit der sogenannten Experimentalgruppe (Behandlungsgruppe) im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe (bzw. im Vergleich zu einer alternativen Behandlungsgruppe); Effizienzstudien beziehen dagegen Faktoren wie Kosten-Nutzen-Aufwand oder Zeitökonomie im Hinblick auf die Effekte mit ein (→ Kosten-Nutzen-Analysen). Die Arten der Prozeßmessungen umfassen die unterschiedlichsten meßmethodischen Aspekte: direktes

vs. indirektes Messen (teilnehmend vs. Video-/Audioaufzeichnungen, Transkripte) Perspektive/Fokus (Patient, Therapeut, unabhängiger Beobachter), Prozeßaspekte (Inhalt, Stil, Qualität), Kodierstrategien (beobachtbares Verhalten, pragmatische Strategie = qualitatives Erschließen), Skalierung (nominal- vs. intervallskaliert, gegenseitiger Ausschluß, Q-Sort-Methode), theoriegeleitete Konstrukte (Lambert & Hill, 1994).

Greenberg LS (1986) Process research: current trends and future perspectives. In: Greenberg LS, Pinsof WM (Eds), *The psychotherapeutic process. A research handbook*. New York, Guilford Press, pp 3–20

Kazdin AE (1994) Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York, Wiley, pp 19–71

Lambert MJ, Hill CE (1994) Assessing psychotherapy, outcomes, and processes. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York, Wiley, pp 72–113

Parloff MB (1992) Placebo controls in psychotherapy research: a sine qua non or a placebo for research problems? In: Kazdin AE (Ed), *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington (DC), American Psychological Association, pp 585–606

Petzold HG, Märtens M (Hg) (1999) *Wege zu effektiven Psychotherapien*. Psychotherapieforschung und Praxis. Opladen, Leske + Budrich

Volker Tschuschke

Psychotherapieschulenforschung. → Therapieschulenforschung.

Psychotrope Substanzen. Genuß von psychotropen Substanzen setzt die erwartete Wirkung dieser Substanzen (natürlichen, halbsynthetischen und synthetischen Ursprungs) zum alleinigen Zweck der Freude, des Wohlbefindens, der Steigerung von Lustempfinden und den Genuß selbst voraus. Die Regulation der Einnahme in Bezug auf Wahl der Substanz, Anwendungsart, Ort und Menge erfolgt durch den Konsumenten selbstbestimmt und wird durch histo-

risch, soziologisch und psychologisch determinierte soziale Rituale reguliert. Die Fähigkeit zur Selbstregulation und zum Verzicht gibt erst die Möglichkeit zum wiederholbaren Genußerlebnis, das nicht in Abhängigkeit von der Einnahme mündet. Sobald der Konsum von bewußtseinsverändernden Substanzen anderen Zwecken, z. B. der Vermeidung von Unlust (psychologisch, sozial) dient, so spricht man von Mißbrauch. Der Einsatz bewußtseinsverändernder Substanzen oder bestimmter Tätigkeiten ermöglicht eine Reduzierung der Anforderung an die Ich-Funktionen eines Menschen, dient dem Reizschutz vor inneren und äußeren Reizen und der Vermeidung von Unlust. Rauschmittel oder bestimmte Handlungen können eingesetzt werden, um Affekte wie Angst, Spannung, Aggression, Empfindungen innerer Leere, Symptome psychischer Erkrankungen u. a. m. nach Dämpfung zu ertragen oder durch Reizverstärkung Gefühle zu empfinden. Bei subjektiv und objektiv erlebbarem Mangel, der Unfähigkeit oder mangelnder Bereitschaft zur Bewältigung dieser Symptome mit anderen intrapsychischen Mechanismen oder psychologischen Methoden ohne Einsatz bewußtseinsverändernder Substanzen gewinnt die Einnahme von Rauschmitteln immer mehr an Bedeutung für die Bewältigung der mit Unlust besetzten Situation und reduziert zunehmend die Handlungs- und Erlebnisvielfalt des Menschen. Die Gefahr der Entwicklung einer → Sucht steigt.

Goodman A (1990) Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction* 85(11): 1403–1408

Schuller A, Kleber JA (Hg) (1993) Gier. Zur Anthropologie der Sucht. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Renate Brosch

Puer aeternus (→ Analytische Psychologie). Nach Ovid (*Metamorphosen* 4, 10ff.) Bezeichnung eines Kind-Gottes, der in Bacchus und anderen Gottheiten (Attis, Tammuz u. v. m.) gesehen wurde. Als göttlicher Jüngling spielte er in den eleusinischen Mutterkult-Mysterien eine wich-

tige Rolle als Erlöserfigur. In der Analytischen Psychologie wird der Begriff zur Charakterisierung von Männern gebraucht, in denen dieser → Archetyp besonders stark wirkt. Es handelt sich um Männer mit betontem → Mutterkomplex, die sich oft durch → Fantasie und → Kreativität, eine Art genialische Unangepaßtheit, durch Angst vor Bindung und Verantwortung auszeichnen. Sie wollen mit der sogenannten Realität des Lebens nicht zu fest in Berührung kommen, ziehen ein nomadisches Leben den Verpflichtungen etablierter Lebensformen vor. Gewisse Formen der Homosexualität, des Donjuanismus, extremer Drang in luftige oder geistige Höhen (wie z. B. Extrembergsteigen, Fliegen, Ästhetizismus und Intellektualismus sowie der Hang zu Welterrettungsphantasmen) können (neurotische) Varianten des Puer-Mannes sein (→ Heldenarchetyp; → Inflation). Frauen, die diesen Archetyp verkörpern, werden auch als Puella (aeterna) bezeichnet. Der Archetyp steht auch in einem ausgeprägten Spannungsverhältnis zum Archetyp des Senex (Greis), der charakterisiert ist durch Strukturiertheit, nüchternen Realitätsbezug, Begrenztheit bis zur bleischweren, saturninen emotionalen und gedanklichen Verknöcherung.

Franz ML v (1987) *Der ewige Jüngling*. München, Kösel

Hillman J (1987) Senex and puer. In: Hillman J (Ed), *Puer papers*. Dallas, Spring Publications, pp 3–53

Martin Kunz

Pulsation (→ Körperpsychotherapie). Sichtbarer Ausdruck der Bewegung der Lebensenergie (→ Orgon; → Radix), die sich kontinuierlich und rhythmisch nach außen und vorwärts bewegt, um dann zu sich selbst zurückzukommen, bevor die nächste Bewegung nach außen stattfindet; von Wilhelm Reich aus der beobachtbaren Bewegung des Körperplasmas in rhythmischen Schüben abgeleitet. Pulsation hat einen diskontinuierlichen Aspekt, der sich in der wechselnden Kontraktion und Expansion eines Systems zeigt, und einen kontinuierlichen Aspekt, der Funktionen wie Wachs-

tum und Fortbewegung zugrundeliegt. Pulsation zeigt sich in lebenden Systemen, z. B. in Form von Gehirnwellen, Atmung, Herzschlag, Aktivitäten der inneren Organe, pulsierenden Vorgängen im vollständigen Orgasmus, in unbelebten Systemen in den natürlichen Rhythmen der Jahreszeiten, der Bildung und Auflösung von Wettersystemen und Stürmen. Pulsation ist z. B. leicht in den rhythmischen Schüben des Plasmas in Einzellern wie Amöben zu beobachten. In der Bewegung und Nahrungssuche fließt das Plasma nach außen zur Peripherie; dann zieht sich der Organismus wieder zusammen und sammelt sich, um in den nächsten rhythmischen Schub nach außen überzugehen. Alle Organismen, vom Einzeller bis zum Menschen, dehnen sich im Zustand von Gesundheit und Lust nach außen hin aus, und bei Streß, Gefahr, Schmerz, Angst und Krankheit ziehen sie sich zum Zentrum hin zusammen. Wenn diese pulsatorische Bewegung behindert wird, so führt das zu Ungleichgewicht, Störung und Krankheit im psychischen wie im somatischen Bereich. Wenn Pulsation im Organismus völlig aufhört, tritt der Tod ein. Ziel der Therapie (→ Vegetotherapie, charakteranalytische; Radix) ist die Förderung der pulsatorischen Bewegung.

Glenn L, Müller-Schwefe R (1999) The Radix Reader. Mayflower, Heron Press

Kelley CR (1992) Pulsation, charge and discharge. In: The Radix, vol. I: personal growth work. Cali Valle, Fundacion de Psicologia Colombiana y Ciencias Afines, pp 95–101

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Reich W (1973) Cosmic superimposition. New York, Farrer, Strauss and Giroux

Werner Pitzal

- Q -

Qualitätssicherung (→ Psychotherapieforschung). Beschreibt die Gesamtheit aller Maßnahmen, um das Ausmaß einer Leistung sicherzustellen und zu verbessern. Aus der Industrie kommend, wurde der Begriff von Dienstleistung und Handel übernommen und in internationalen Qualitätsnormen formalisiert. Die Normenreihe 9000–9004 der Internationalen Standardisierungs-Organisation (ISO) ist die bedeutendste. Ihre Übertragung in die Gesundheitsversorgung wird diskutiert. Dort wurde die Qualitätsidee aus Kostensenkungsgründen und zur Leistungsverbesserung in den 60er Jahren in den USA entwickelt und in den 80er Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) allen Mitgliedsstaaten empfohlen, was ihre internationale Verbreitung einleitete. Im Gesundheitsbereich beschreibt „Qualität“ die Gesamtheit aller Leistungen, die Einzelpersonen (= Behandlungsqualität) und das Versorgungssystem (= Versorgungsqualität) zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung erbringen. Dazu wird zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität unterschieden. Letztere bezieht sich auf die Ergebnisse von Behandlung und Gesundheitsversorgung, die beiden anderen beschreiben strukturelle Rahmenbedingungen (berufliche Qualifikationen, Versorgungsdichte etc.) und Versorgungs- und Behandlungsabläufe (Überweisung, → Diagnose). Die Qualität von Versorgung und Behandlung kann nur durch ein Maßnahmenbündel gesichert werden. Basis müssen gesetzliche und professionelle Regelungen sein, die ausreichende Finanzierung und Selbstverantwortung der Beteiligten inkludieren. Operativer Rahmen ist der Qualitäts-Management-Ansatz von W.E. Deming (plan-do-check-act-Zyklus), der Qualitätsplanung (z. B. Setzung von Stan-

dards), Erkennen von Qualitätsproblemen (Qualitätsmonitoring), Suche nach Lösungen, Implementierung von Verbesserungen (Problemlösungen) und Überprüfung ihrer Effekte (Qualitätskontrolle) umfaßt. Strategien/Methoden des Managements psychotherapeutischer Behandlungsqualität sind: 1. Setzung struktureller, prozeduraler und ergebnisbezogener Standards; 2. regelmäßige Überprüfung ihrer Erreichung durch → Dokumentation und Evaluation (→ Evaluationsforschung) der Behandlungen (= Monitoring von Behandlungsprozessen und Behandlungsergebnissen); 3. Definition individueller Behandlungsziele und Überprüfung ihrer Erreichung im Verlauf und zum Abschluß einer Therapie; 4. kontrollierte Durchführung der Behandlung und ihre ständige Reflexion in → Supervision und → Intervention; 5. regelmäßige Erfragung der Patientenzufriedenheit; 6. gezielte Analyse und Verbesserung der Behandlungsqualität durch sogenannte „peer-reviews“ in speziellen Qualitäts-Arbeitsgruppen (Qualitätszirkel); 7. ständige Suche nach Qualitätsmängeln und deren Verbesserung durch den einzelnen Psychotherapeuten (self-audits); 8. regelmäßige Fort- und Weiterbildung (→ Ausbildung).

Bobzien M, Stark W, Straus F (1996) Qualitätsmanagement. Alling, Sandmann

Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie 23: 242–267

Laireiter A-R, Lettner K, Baumann U (1996) Dokumentation von Psychotherapie – Möglichkeiten und Grenzen. In: Caspar F (Hg), Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen, DGVT, S 315–344

Laireiter A-R, Vogel H (Hg) (1998) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. Tübingen, DGVT

Spörkel H, Birner U, Frommelt B, John TP (Hg) (1995) Total Quality Management. Forderung-

gen an Gesundheitseinrichtungen. Berlin, Quintessenz

Anton-Rupert Laireiter

Quellenamnesie (→ Amnesie; → Trancephänomene). Gedanke oder Erinnerung an eine Information bei gleichzeitiger Amnesie für die Herkunft (Quelle) des Gedankens (der Information). Quellenamnesie tritt spontan auf, wie auch nach entsprechender Suggestion. Therapeutische Nutzung, z. B. um das Selbstvertrauen des Patienten zu stützen: die Ausführung eines therapeutischen posthypnotischen Auftrags (→ posthypnotische Suggestion) erscheint dem Patienten dann als eigener Erfolg. Quellenamnesien werden häufig auch im Alltag beobachtet und gefürchtet. Beispiele: 1. man erinnert sich an ein Zitat aber nicht an den Autor; 2. man ist überzeugt von der Originalität einer eigenen Idee; später stellt sich heraus, daß die Idee zuvor schon publiziert und gelesen wurde.

Jovanovic U (1988) Methodik und Theorie der Hypnose. Stuttgart, Gustav Fischer

Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union

Hans Riebensahm

- R -

Racket. → Ersatzgefühl; → Masche; → Transaktionsanalyse.

Radix. (auch: „Radix Education“, „Radix Education in Feeling and Purpose“) ist eine von Charles R. Kelley begründete Methode der Körperpsychotherapie. „Radix“: lat. „Wurzel“, „Quelle“, „erste Ursache“, ist ein von Kelley geprägter Begriff für eine Kraft in der Natur, die fundamentalere als physikalische Energie ist. In der Radix-Methode liegt das Hauptaugenmerk auf dem Prozeß der → Pulsation, der rhythmischen Ein- und Auswärtsbewegung der Lebensenergie (Radix). Das Konzept der Pulsation war der Kern der Arbeit Wilhelm Reichs und wurde in der Radix-Theorie und -Praxis sowie im Ansatz von Will Davis (European Reichian School) wesentlich weiterentwickelt. In diesen Methoden steht die Remobilisierung der primären organismischen Pulsation im Sinn eines funktionalen, gegenwartsorientierten Ansatzes gegenüber der Arbeit mit historischem Material und → Übertragung oder der Arbeit mit der Muskelpanzerung im Vordergrund. Der Schwerpunkt liegt im intrapsychischen Geschehen, auf der Beziehung des Klienten zu sich selbst und wie er sein eigenes Wohlbefinden behindert. Das Beziehungsgeschehen als Spiegelung historischer Beziehungserfahrungen wird zugunsten der gezielten Arbeit mit der Pulsation in den Hintergrund gestellt. Die Radix-Theorie hebt den pädagogischen Aspekt der Körperpsychotherapie besonders hervor. Die → Panzerung kann als einstmalige gelernte Anpassung an die Lebensumstände verstanden werden, und die emotionale und energetische Dynamik dieses Lernvorgangs kann in der Arbeit wieder bewußt und in der Folge auch verändert werden. In diesem

Sinn wird in der Radix-Arbeit als Basis für Veränderung ein Beziehungskontext verwendet, der den Prozeß von Wachstum und menschlicher Entwicklung durch Umlernen und Dazulernen in den Vordergrund stellt.

Glenn L. Müller-Schwefe R (1999) The Radix Reader. Mayflower, Heron Press
Kelley CR (1992) Radix education in feeling and purpose [pp 7–85]. Basic concepts in feeling work [pp 102–129]. Freeing blocked pain and fear [pp 130–161]. Freeing blocked anger [pp 162–183]. Alle in: The Radix, vol. I: personal growth work. Cali Valle, Fundacion de Psicologia Colombiana y Ciencias Afines

Werner Pitzal

Rahmenbedingungen. Entscheidend für die Planung der psychotherapeutischen Arbeit mit der Methode der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie, da – neben dem Gruppenprozeß (→ Phasenmodelle der Gruppe) – das Prozeßgeschehen in der Umwelt (soziokulturelles Umfeld, gesellschaftlicher Rahmen, räumliche, zeitliche Bedingungen) Kern des psychotherapeutischen Arbeitens ist (Heigl-Evers & Heigl, 1995; → Setting). Der Rahmen wirkt auf den Gruppenprozeß, der Therapeut ist Vertreter der soziokulturellen und sozioökonomischen Umwelt. Werthaltungen, Normen, Rollen- und Menschenbilder werden durch seine Haltung transportiert und sind Teil des Funktionsverständnisses (→ Organisation) des Dynamischen Gruppenpsychotherapeuten, welches die Aufgaben und Tätigkeiten – bezogen auf das Arbeitsfeld – im vorgegebenen bzw. vereinbarten Rahmen beschreibt (Pechtl, 1989). Rahmenbedingungen fließen in die Konzepterstellung und Designentwicklung ein. Das „Konzept“ beinhaltet systematische Vorüberlegungen (arbeitsfeld-, umweltbezo-

gen), den Inhalt einer Arbeit betreffend. Das „Design“ bringt diese Überlegungen in eine Form, die den Inhalt vermittelbar macht. Arbeits- und umfeldbezogene Vorüberlegungen sind: Auswahl der Teilnehmer; Zusammensetzung und Formation der → Gruppe (offen, halboffen, geschlossen); Arbeitsziele (Fengler, 1987); Varianten in der Anwendung der Methode; Einsatz des methodischen Repertoires (feldspezifisch); → Interventionsarten, Interventionsrichtung; Funktionen; Auftrag, Ziel der Institution; Institutionskonzepte. Das Design legt Raum, Zeit, Kosten, Arbeitsvereinbarung und inhaltlichen Rahmen fest. Erkennen und Benennen von Rahmenbedingungen geben in der Arbeit die nötige Sicherheit für die eigentliche prozeßbezogene Gruppenarbeit und sind Grundlage für die Anwendung des „Prinzips der relativen Unstrukturiertheit“ (Rechtien, 1992: 172ff.). Damit ist das Ausbleiben der von den Teilnehmern erwarteten Führung durch den Psychotherapeuten gemeint, was eine Situation der Verunsicherung zur Folge hat. Strategien und Verhaltensmuster zur Situationsbewältigung werden sichtbar und bearbeitbar – speziell: die Autoritätsproblematik und Regeln- und Normenbildung (→ Regeln). Das früher in den Sensitivity-Trainings als unerlässlich geltende Prinzip erfährt allerdings in der modernen Psychotherapie eine Wandlung. Wie auch das → Hier-und-Jetzt-Prinzip wird es den klientenbezogenen, evtl. symptombezogenen Notwendigkeiten, sowie den Arbeitszielen angepaßt, was zur Anwendung von strukturierten Interventionen geführt hat.

Fengler J (1987) Lernziel, Design und Evaluation. Gruppendynamik 18(1): 5–18

Heigl-Evers A, Heigl FS (1995) Die Gruppentherapie und ihr Rahmen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 31(2): 91–109

Pechtl W (1989) Zwischen Organismus und Organisation. Linz, Veritas [bes. S 202ff.]

Rechtien W (1992) Angewandte Gruppendynamik. München, Quintessenz

Susanna Schenk

Rangdynamik. → Soziodynamische Rangstruktur; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Rangstruktur, soziodynamische. → Soziodynamische Rangstruktur; → soziodynamische Grundformel; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Rapport. In der → Hypnose bezeichnet man als „Rapport“ das unmittelbare Aufeinanderbezogensein von Therapeut und Patient, das in einer wechselseitig erhöhten Aufmerksamkeit und Rezeptivität zum Ausdruck kommt. Rapport ist ein Beziehungskonstrukt und gilt als diejenige Komponente der hypnotischen Beziehung, die die emotionalen Voraussetzungen für den Mut und die Motivation zu intensiver Trancearbeit schafft. Für Erickson war der Wunsch, in möglichst vielen Behandlungsfällen Rapport herstellen zu können, der entscheidende Motor für die von ihm eingeleitete Flexibilisierung der Hypnosetechniken. Die hypnotherapeutische Kommunikation zielt von Beginn an darauf ab, intensiven Rapport herzustellen. Dies geschieht durch ein → Pacing solcher Charakteristika des Wahrnehmens, Denkens und Fühlens, der Sprache, der sozialen Interaktion, des Wertesystems und der Biografie des Patienten, die geeignet scheinen, den Zugang zu ihm zu erleichtern (Revenstorf, 1991). Hypnotische Sprachmuster (→ Implikation) und indirekte → Suggestionen erfüllen hier die Funktion, Rapport herzustellen oder aufrechtzuerhalten, indem sie es gestatten, die wichtigsten Elemente der momentanen subjektiven Erlebniswelt des Patienten möglichst reibungsfrei zu „pacing“, sie vage aber doch zutreffend zu beschreiben und eine → Ja-Haltung zu ermöglichen. Während der → Tranceinduktion, Trancevertiefung und Tranceutilisierung gilt ein Teil der therapeutischen Aufmerksamkeit stets der Aufrechterhaltung und Intensivierung des fluktuierenden Rapports. Rapportbruch oder -verlust entsteht, wenn Suggestionen zu sehr vom momentanen Erleben (beim Pacing) und den momentanen Bedürfnissen und Möglichkeiten (beim Leading) des Patienten abweichen. In der Folge kann es zu Tranceverflachungen, einer partiellen Reorientierung oder sogar zum spontanen Erwachen kommen. Das thera-

peutisch Wirksame am Rapport ist die gesteigerte Bereitschaft des Patienten, der therapeutischen, suggestiven Führung zu folgen, gewohnte Denk- und Erlebnis- und Verhaltensweisen zu verlassen und sich auf neue Erfahrungen und Lernprozesse einzulassen. Die Interaktion baut dann auf der gegenseitigen Wahrnehmung und Beantwortung kleinster Reaktionen auf. Im → Neurolinguistischen Programmieren wird Rapport als eine Voraussetzung für effiziente, elegante und respektvolle Kommunikation angesehen. Wahrnehmbare Elemente des Kommunikationsverhaltens wie Körperhaltung, Gestik, Klang der Stimme, Atmung, Sprachrhythmus, Syntax und Wortwahl sowie die Berücksichtigung der → Repräsentationssysteme werden zur Kontaktvertiefung und Kommunikationsverbesserung genutzt. Rapportverhalten ist auch ein wichtiges Steuerungsmittel der Nähe- und Distanzregulation.

- Kluge CAF (1811) Versuch einer Darstellung des animalischen Magnetismus. Berlin, Salfeld
 Peter B (1991) Was ist Hypnose? In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hg), Hypnose und Verhaltenstherapie. Bern, Hans Huber, S 9–28
 Revenstorf D (1991) Hypnose als kognitive Therapie. In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hg), Hypnose und Verhaltenstherapie. Bern, Hans Huber, S 213–252
 Weerth R (1992) NLP & Imagination. Paderborn, Junfermann

Matthias Mende

Rational-Emotive Therapie (RET; → Verhaltenstherapie). Psychotherapie-Methode, die, von Albert Ellis begründet, früh von der Verhaltenstherapie aufgenommen wurde (→ kognitive Therapie). Sie geht von der Annahme aus, daß psychische Auffälligkeiten aufgrund irrationaler Denkmuster entstehen, die in Form von Selbstverbalisationen unser Handeln begleiten und entsprechende Gefühle hervorrufen. In der A-B-C-Theorie psychischer Störungen wird postuliert, daß nicht konkrete Ereignisse (A = activating events) selbst, sondern erst deren Bewertungen, (B = belief) zu emotionalen und Verhaltenskonsequenzen (C = consequence) führen. Emotionen werden somit als Folgen vor-

hergehender Kognitionen gesehen. Irrationale Kognitionen sind nach Ellis fixierte und unrealistische Einstellungen und Erwartungen, oft der Selbstreflexion nicht zugänglich. Negative Bewertungen von Ereignissen aufgrund unangemessener, absolutistischer, unvernünftiger (irrationaler) Denkmuster erleichtern die Entstehung psychischer Probleme, die als direkte Konsequenzen der Fehlbeurteilungen entstehen. Ellis faßt die irrationalen Gedanken in „Leitsätzen“ zusammen; diese beinhalten u. a. überhöhte Ansprüche des Individuums an sich selbst und die soziale Umwelt, Fehlattribuierungen von Ereignissen, Selbstabwertungen, Katastrophendenken. Das Ziel der RET ist es, diese falschen Denkmuster (beliefs) aufzufinden, sich von ihren Inhalten sowie der Unangemessenheit der begleitenden Affekte zu distanzieren, um sie anschließend zu verändern. Als Methoden gelten der kognitive Disput, vor allem der sokratische Dialog, emotive Techniken, die auch imaginative und hypnotische Sequenzen beinhalten, sowie verhaltenstherapeutische Verfahren (z. B. soziales → Kompetenztraining, Angstbewältigungstraining), die die Umsetzung des Gelernten in die natürliche Umgebung zum Ziel haben. Die rational-emotive Therapie wird in verschiedenen Settings (Einzel-, Paar- und Gruppentherapie) bei vielen klinischen Störungen (aber auch im außerklinischen Bereich) angewendet.

- Ellis A [1962] (1977) Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München, Pfeiffer
 Ellis A (1984) The essence of RET. Journal of Rational Emotive Therapy 2: 19–25
 Ellis A, Grieger H (Hg) (1979) Praxis der rational-emotiven Therapie. München, Urban & Schwarzenberg

Rosemarie Sigmund

Rationalisierung. In der → Psychoanalyse ein → Abwehrmechanismus, der sich der Logik und Vernunft bedient, um Handlungen, Motive und Gefühle zu rechtfertigen, die irrational oder inakzeptabel sind. Die Rationalisierung macht es möglich, daß sie bewußt vernünftig und akzeptabel erschei-

nen. Freud hebt hervor, daß → Abwehr eine Illusion einschließt: es ist ein Rückzug aus dem → Realitätsprinzip und dem Denken des → Sekundärprozesses hin zum → Lustprinzip (Freud, 1894, 1926). Der → Narzißmus verlangt nach Freud die Zuschreibung von Werten und Bedeutungen, auch wenn diese in der Realität nicht vorhanden sind; die Rationalisierung kann daher benützt werden, um den Narzißmus zu stützen. Sie kann als normale und adaptive oder als pathologische Funktion gesehen werden. Die Rationalisierung kann eingesetzt werden, um intrapsychische → Konflikte abzuwehren, Selbst- und Objektbilder (→ Objekt) zu bewahren und die Kohäsion des → Selbst zu erhalten. Nach Stolorow & Lachmann (1980) bedient sich jeder Abwehrprozeß einer Entwicklungslinie; Abwehr ist das Ziel jeder Entwicklung. Rationalisierung kann daher als Funktion zur Erhaltung des Narzißmus gesehen werden, indem sie die Kohäsion des Selbst, die Stabilität und die Selbstrepräsentation reguliert (→ Selbstpsychologie).

Freud S [1894] (1952) Die Abwehr-Neuropsycho-
sen. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg.
von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O,
Bd. 1. Frankfurt/M., Fischer, S 57–74

Freud S [1926] (1982) Hemmung, Symptom
und Angst. In: Mitscherlich A, Richards A,
Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienaus-
gabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M.,
Fischer, S 227–308

Stolorow RD, Lachmann FM (1980) Psycho-
analysis of developmental arrests: theory &
treatment. New York, International Univer-
sities Press [bes. chap. 2 (A functional de-
finition of narcissism), chap. 4 (The onto-
genesis of denial)]

Theresa Aiello

[Übers.: Christine Pawlowsky]

Rausch (→ Alkoholismus). Äthanol und andere Begleitstoffe, die in allen alkoholischen Getränken enthalten sind, führen zur Veränderung praktisch aller Transmittersysteme des Gehirns. Die dadurch entstehenden Zustandsbilder folgen den Regeln der organischen Psychosen. Je schneller Alkohol das Gehirn überflutet, desto mehr stehen Bewußtseinsstörungen bis zur Bewußtlosigkeit und motorische Koordi-

nationsstörungen im Vordergrund. Je lang-samer hohe Alkoholspiegel erreicht werden, umso mehr sind Persönlichkeitsveränderungen zu beobachten. Wenn Alkohol aus dem Körper wieder eliminiert wird, sind dysphorisch-depressive Durchgangssyn-drome und vegetative Beschwerden (Kopf-schmerzen, Schwindel, Übelkeit etc.) zu beobachten. Nonkonfrontatives psycho-therapeutisches Verhalten ist bei Alkohol-intoxikationen bis 2 Promille zielführend, ab dieser Intoxikationsgrenze steht aber die medizinische Entgiftung im Vordergrund. Bei chronischem Trinkverhalten, z. B. Alkoholrausch bei Alkoholabhängigen, wurden Alkoholspiegel bis zu 6,4 Promille beobachtet, wobei diese Patienten noch nicht intensivmedizinisch pflichtig sein kön-nen. Diese sehr hohen Blutalkoholspiegel fordern eine medizinische Betreuung. Ab-zugrenzen davon ist der pathologische Alkoholrausch, wie er von Krafft-Ebing 1869 beschrieben wurde und heute als idiosynkratische Alkoholintoxikation be-zeichnet wird. Alkohol löst einen epilepti-schen Anfall aus, der meist als „Dreamy State“ imponiert. Dieser Zustand ist äußerst selten und bedarf einer intensiven psychia-trisch-neurologischen Behandlung.

Berner P, Lesch OM (1987) Systematik der
Wahnerkrankungen unter besonderer Be-rücksichtigung organischer paranoider Syn-drome. In: Olbrich HM (Hg), Halluzinatio-nen und Wahn. Berlin, Springer, S 1–12

Lesch OM, Walter H, Rommelspacher H (1996)
Alcohol abuse and alcohol dependence. In:
Rommelspacher H, Schuckit M (Eds), Drugs
of abuse. London, Baillière Tindall, pp 421–
444

Widinger TA, Frances AJ, Pincus HA, First MB, Ross
R, Davis W (Eds) (1994) DSM-IV Sourcebook,
vol. 1. Washington (DC), American Psychiatric
Association

Otto-Michel Lesch

Rauschmittelphysiologie. Das Gehirn enthält ein System, welches für das Erleben von Lust, Vergnügen und Belohnung ver-antwortlich ist. Rauschmittel greifen bei der Übertragung der Erregung von einer Nervenzelle zur nächsten auf sehr unter-schiedliche Weise ein, indem sie die phy-siologische Aktivität des Transmitters

verändern. Die dopaminergen Übertragungen in bestimmten Hirnarealen (Area tegmentalis ventralis, das mesolimbische und mesocorticale System) sind entscheidend bei der Aktivierung dieses Belohnungssystems. Eine Vielzahl psychoaktiver Substanzen, darunter Morphin, Heroin, Kokain, Amphetamine und wahrscheinlich auch Nikotin aktivieren dieses dopaminerge System, wenn auch in unterschiedlichen Verteilungsmustern. Nach Entdeckung der spezifischen Opiatrezeptoren im Gehirn wurden durch schottische Forscher (Hughes und Kosterlitz) zwei hirneigene Morphine entdeckt, Methionin-Enkephalin und Leucin-Enkephalin. In den letzten Jahren wurden weitere morphinähnliche Peptide isoliert, die unter dem Begriff „Endorphine“ zusammengefaßt werden. Die spezifischen Rezeptoren folgen einem charakteristischen Verteilungsmuster in Gehirn und Rückenmark. Es wurde ein Modell eines „Belohnungs- und Glückssystems“ im Gehirn entwickelt, das ein neurales Netz von Rezeptoren beschreibt, das für die subjektive Erfahrung von Lust und Wohlbefinden verantwortlich ist. Eine Vielzahl psychoaktiver Substanzen, die mißbraucht werden, darunter auch Morphin, Heroin, Kokain, Amphetamine und auch Nikotin aktivieren das dopaminerge System, wenn auch an verschiedenen Orten. Dopamin-Rezeptoren haben in der Pharmakotherapie von psychischen Störungen große Bedeutung: Neuroleptika blockieren die Dopaminrezeptoren und damit auch die intrakranielle Selbststimulierung. Sie blockieren die Selbst-Administration einer Vielzahl von Drogenarten (Opiate, Amphetamine, Kokain, Barbiturate), was deren Ablehnung durch Suchtkranke erklärt. Die systemische Verabreichung von Dopamin-Blockern verhindert die Aufnahme und die Wirksamkeit von Drogen in bestimmten Arealen des Gehirns.

Ewig H (1993) Einstieg zum Ausstieg. Grundlagen der medikamentengestützten Suchtherapie. Ratingen, edition medical communication

Forth W, Henschler D, Rummel W, Starke K (1992) Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie. 7., überarb. Aufl. Heidelberg, Spectrum Akademischer Verlag

Schmidbauer W, v Scheidt J [1971] (1998) Handbuch der Rauschdrogen. Überarb. u. erw. Neuausgabe. Frankfurt/M., Fischer

Renate Brosch

Reaktanz (→ Verhaltenstherapie). Widerstandsphänomen. Innerhalb der Verhaltenstherapie werden verschiedene Formen des → Widerstandes differenziert, die Margraf (1996) in drei Gruppen zusammenfaßt: Widerstand gegen Therapieziele, Widerstand gegen die Art der Beziehungsgestaltung sowie Widerstand gegen Beeinflussung. Letzteres bezeichnet der aus der sozialpsychologischen Forschung stammende Begriff der „Reaktanz“ (Brehm, 1966): tatsächliche oder befürchtete Einschränkungen der Handlungsfreiheit führen zu Verhaltensweisen, die dazu dienen, den eigenen Spielraum wieder herzustellen. Dies gilt auch für den Bereich eigener Meinungen und Einstellungen. Im Rahmen der Psychotherapie beschreibt der Reaktanzbegriff die Skepsis des Patienten gegenüber jeglicher Form tatsächlicher oder vermeintlicher Beeinflussung – zum Denken und/oder Handeln – von seiten des Therapeuten; Widerstand tritt auf, um die persönliche Autonomie zu bewahren. Für die Arbeit und den Umgang mit verschiedenen Widerstandsformen wurden von seiten der Verhaltenstherapie Strategien entwickelt, unter anderem im → Selbstmanagement-Ansatz.

Brehm JW (1966) A theory of psychological reactance. Morristown, General Learning Press

Margraf J (1996) Beziehungsgestaltung und Umgang mit Widerstand. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 271–284

Bibiana Schuch

Reaktion, automatische. → Automatische Reaktion; → Hypnose; → Trancephänomene.

Reaktionsbildung. Dieser erstmals von Freud in der → Psychoanalyse beschriebene → Abwehrmechanismus ist durch die Anstrengungen des → Ich gekennzeichnet, sich gegen Drohungen aus schädlichen Impulsen zu schützen, indem unangenehme, inakzeptable Gedanken und → Affekte in ihr genaues Gegenteil im bewußten Erleben verwandelt werden. Der ursprüngliche Impuls ist dann verdrängt. Reaktionsbildung kann lokal, einen bestimmten Bereich betreffend, eingesetzt werden. So wird z. B. der kindliche Wunsch, einem neuen Geschwisterkind weh zu tun, in das Bewußtsein verwandelt, den Bruder oder die Schwester beschützen zu wollen. Reaktionsbildung kann auch als bleibender, allgemeiner Charakterzug in die Persönlichkeitsstruktur eingehen. Freud betrachtete die Reaktionsbildung und den Prozeß der → Sublimierung als eng verwandt und doch verschieden. Bei der Sublimierung bleibt die Richtung des Impulses unverändert und die Betonung liegt auf sozialer Produktivität, während die Richtung des ursprünglichen Impulses, wie beispielsweise Haß oder sexuelle Begierde, bei der Reaktionsbildung umgekehrt wird und die Betonung auf der Akzeptanz durch das Ich und das → Überich liegt. Nach Ansicht der heutigen Beziehungstheorie können affektive Reaktionen wie → Aggression, sexuelle Begierde oder Neid mit einer Reaktionsbildung beantwortet werden, nicht nur, weil sie als inakzeptabel und intrapsychisch unangenehm empfunden werden, sondern vor allem, weil sie Beziehungen zu benötigten Objekten (→ Objekt) bedrohen und Selbstobjektbindungen (→ Selbstobjekt) potentiell stören, die für die Entwicklung und Erhaltung eines kohäsiven Selbstgefühls unerlässlich sind (→ Selbstpsychologie).

Fenichel O (1945) *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York, Norton

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. V: *Sexualleben*. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Ornstein PH, Ornstein A [1993] (1997) Selbstbehauptung, Ärger, Wut und zerstörerische Aggression: Perspektiven des Handlungsprozesses. *Psyche* 51(4): 289–310

Roger Rosenthal

[Übers.: Christine Pawlowsky]

Reaktionsbildung (in der → Gestalttherapie). Diese alltägliche Dynamik im zwischenmenschlichen → Kontakt wurde von den Begründern der Gestalttherapie aus der → Psychoanalyse übernommen und wesentlich erweitert (Perls et al., 1951). Phänomenologisch ist Reaktionsbildung eine Notfallreaktion auf eine von der Person erlebte, aber nicht bewußte existentielle Bedrohung. Dabei werden Erfahrungen aktiviert, in denen die psychische oder physische Existenz bedroht war. Reaktive Verhaltensweisen wie Moralisieren, Arroganz, Rechtfertigung, Selbstgerechtigkeit, Begriffsstutzigkeit oder trotziges Schweigen und Beleidigt-Sein können als Angriffs-, Flucht- oder Totstellreflexe interpretiert werden, die auf gegenwärtig „harmlose“ innere oder äußere Anreize hin erfolgen. Es handelt sich um instinktive, blitzschnelle Angstreaktionen, die Machtdynamiken und Kämpfe auslösen und zur Eskalation tendieren (Gremmler-Fuhr, 1995). Physiologisch geht Reaktionsbildung mit der Aktivierung des Organismus durch Noradrenalinzufuhr, erhöhter Pulsfrequenz und Blutdruckanstieg einher; in sozialen Kontexten entsteht ein Klima der Spannung und Frustration. Die Genese der Reaktionsbildung wird auf die wiederholte Hemmung von Bedürfnissen und Impulsen zurückgeführt, die zu chronischen und verdrängten Verspannungen führten und deren Aktivierung Schmerzen auslöst, welche durch reaktives Verhalten vermieden werden. Die Überwindung dieser meist destruktiven Dynamiken ist nur möglich, wenn das Angstniveau erheblich reduziert wird und die Beteiligten aus dem „Kampf-geschehen“ aussteigen, um sich der Unangemessenheit ihrer Verhaltensweisen in der gegenwärtigen Situation bewußt zu werden.

Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1988) *Faszination Lernen. Transformative Lernprozesse im Grenzbereich von Pädagogik und Psychotherapie*. Köln, Edition Humanistische Psychologie [bes. S 191–209]

Gremmler-Fuhr M (1995) Destruktive Macht und Seins-Macht. Eine gestalttherapeutische Perspektive. In: Schmidt-Lellek CJ, Heimannsberg B (Hg), *Macht und Machtmißbrauch in der Psychotherapie*. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S 253–266

Perls F, Hefferline R, Goodman P [1951] (1991) Gestalttherapie. Grundlagen. München, dtv [bes. S 243ff.]

Reinhard Fuhr

Reaktionsmuster, trophotropes. → Trophotropes Reaktionsmuster; → Hypnose; → Autogenes Training.

Realismus, kritischer. → Kritischer Realismus; → Gestalttheoretische Psychotherapie.

Realitätsprinzip (→ Psychoanalyse). Die Idee eines Realitätsprinzips (externe Realität) ergab sich aus Freuds schrittweiser Anerkennung der Tatsache, daß das Streben nach Lust (→ Lustprinzip) nicht hinreicht, alle psychischen oder auch klinischen Phänomene zu erklären, besonders nicht den → Konflikt. Motivation aus dem Streben nach Lust, ein grundlegendes Konzept in Freuds ökonomischer Sichtweise, wird – wiewohl immer noch grundlegend – nun anders gesehen: das Luststreben wird verzögert, umgeleitet, freie Energie wird in gebundene umgeformt, und zwar durch die Konfrontation mit dem Bedürfnis, in der menschlichen Gesellschaft zu leben. Als dynamisches Prinzip dient das Realitätsprinzip dazu, die Triebwünsche dem Ich unterzuordnen. Im gegenwärtigen psychoanalytischen Denken, besonders sofern es durch die → Säuglingsforschung beeinflusst ist (Stern, 1985), wird die psychische Entwicklung aus dem Zusammenspiel von Organismus und Umwelt erklärt, ohne auf Konzepte wie das Realitätsprinzip zurückgreifen zu müssen (→ Selbstpsychologie). Solche Begriffe werden heute im Kontext einer erfahrungsfernen → Metapsychologie gesehen.

Freud S [1915] (1982) Triebe und Triebsschicksale. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 75–102

Freud S [1920] (1982) Jenseits des Lustprinzips. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg),

Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 213–272

Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Donna M. Orange

[Übers.: Erwin Bartosch, Christine Pawlowsky]

Rebirthing. Bewußtes und verbundenes Atmen (Orr & Ray, 1977), Energieatmen oder Atemtransformation (Morningstar, 1994). Der Name „Rebirthing“ nimmt einerseits Bezug auf die Möglichkeit, mit Hilfe der Technik des verbundenen Atmens die Geburt wiederzuerleben und damit das → Geburtstrauma aufzulösen, andererseits auf das Gefühl frischer, nie gekannter Lebensenergie, das häufig am Ende einer Sitzung vorherrscht. Zu Beginn der 70er Jahre in Kalifornien entwickelt, wurde Rebirthing ursprünglich als Weg der intensiven Selbsterfahrung verstanden und fand in weiten Bereichen der New-Age-Therapieszene, in Gruppen- wie in Einzelarbeit, Verbreitung. Mit zunehmender Erforschung der therapeutischen Auswirkungen der Arbeit mit der Energie des Atmens wurde die Zusammenarbeit mit anderen Formen der Psychotherapie immer wichtiger (→ Integratives Atmen). Physiologisch betrachtet, bewirkt die gesteigerte Zufuhr von Sauerstoff und die verstärkte Abatmung von Kohlendioxid deutlich meßbare Veränderungen im Energieumsatz des Körpers, die nach medizinischen Forschungen gesundheitlich als positiv erachtet werden können (Gorsky, 1996). Zugleich werden körperliche wie seelische Blockaden deutlicher spürbar und erlebbar und verändern ihre Erlebnisqualität. Atemmuster spiegeln bestimmte Gefühlshemmungen wider: reduzierte Brustatmung – unterdrückte Liebesenergie, zurückgehaltene Bauchatmung – zurückgehaltene Wut, schwache Einatmung – depressive Neigungen, schwache Ausatmung – Festhalten an Problemen etc. (Stellberg, 1993). Ein Ziel der Rebirthing-Therapie ist es, über die Wiederherstellung einer vollen und runden Atmung den Zugang zu diesen verdrängten Gefühlen und damit zu wichtigen Quellen der Lebens-

energie zu öffnen. Die Selbstverantwortung des Klienten für seine eigenen Erfahrungen wird bei Rebirthing stark betont, sodaß sich der Therapeut mehr als unterstützender Begleiter versteht, der im Vertrauen auf die natürlichen Selbstheilungskräfte des Körpers den Raum für die Selbstexploration des Klienten öffnet. Durch die intensivierte Atmung können nicht nur verschüttete Erinnerungen an traumatische Prägesituationen (→ Trauma) auftauchen, sondern auch „erweiterte → Bewußtseinszustände“ mit Phänomenen des transpersonalen Bereiches erlebt werden. Da Rebirthing diese Erfahrungen bewußt in den Dienst der Heilung stellt, gilt es auch als eine der zentralen Methoden der → Transpersonalen Psychologie.

Gorsky S (1996) Durchbruch mit Atmen – physiologisch erklärt. Erste Österreichische Rebirthing Zeitschrift 2: 2–7

Minett G (1997) Rebirthing – Heilung für Körper und Seele. München, Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knaur Nachf.

Morningstar J (1994) Breathing in light and love. Milwaukee, Transformations Incorporated

Orr L, Ray S (1977) Rebirthing in the New Age. Berkeley (CA), Celestial Arts

Stellberg R (1993) 10 Mißverständnisse im Rebirthing. In: Görner B, Huppertz L (Hg), Rebirthing – Integrative Atemarbeit in Theorie und Praxis. Vorträge und Seminare des 2. deutschen Rebirthing-Kongresses. Düsseldorf, Deutsche Gesellschaft für Rebirthing e.V.

Wilfried Ebrmann

Reboundphänomen (→ Psychopharmaka). Eine Form des Absetzsyndroms. Nach plötzlichem Absetzen bestimmter, über längere Zeit eingenommener Medikamente kommt es zum überschießenden Auftreten jener Symptome, die zur Medikamenteneinnahme geführt hatten. Häufig verwendete Medikamente, die zu Reboundphänomenen führen, sind z. B. blutdrucksenkende Mittel (besonders Beta-Blocker), → Tranquilizer, → Sedativa, → Hypnotika, einige Antidepressiva (→ Selective Serotonine Reuptake Inhibitors), blutgerinnungshemmende Substanzen (Heparin). Toleranzentwicklung ist nicht Voraussetzung für ein Reboundphänomen.

Brosch W (1996) Psychopharmaka. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und andere professionelle Helfer. Wien, Orac

Forth W, Henschler D, Rummel W, Starke K (1992) Pharmakologie und Toxikologie. 6. Aufl. Mannheim, BI-Wissenschaftsverlag

Werner Brosch

Rechtsgüterabwägung. → Verschwiegenheitspflicht.

Rede. → Sprache; → Daseinsanalyse.

Reduktive Methode. → Methode, reduktive; → Analytische Psychologie.

Reflecting Team. → Reflektierendes Team.

Reflektierendes Team (Reflecting Team; → Systemische Therapie). Therapeutische Methode, die das Team um den norwegischen Sozialpsychiater Tom Andersen zu Beginn der 80er Jahre entwickelte und als konsequente Umsetzung einer systemischen Denkweise und Haltung beschreibt. Grundlagen dieses Denkens sind die von Bateson für den psychosozialen Bereich adaptierten Konzepte der → Kybernetik, das → Autopoiese-Konzept Maturanas, das → Mailänder Modell (zirkuläre Kausalität), der → Konstruktivismus, das Konzept des → Problemsystems von Harry Goolishian und die Ideen der Physiotherapeutin Aadel Bülow-Hansen. Bülow-Hansen beobachtete in ihren Massagen den Zusammenhang zwischen Atmung und Muskelverspannungen. Zu starker Schmerz bewirkt eine stärkere Verkrampfung und das Anhalten des Atems, zu geringer Schmerz erzeugt keine Veränderung. Andersen übertrug dieses Konzept auf die therapeutische Konversation. Sie muß angemessen „ungewöhnlich“ sein, um Offenheit für neue Gedanken zu fördern. Ist der dialogische Prozeß zu ungewöhnlich, verschließt sich der Klient

und verliert das Interesse an dem Gespräch. Andersen versteht den reflektierenden Prozeß als ein Fördern und Im-Fluß-Halten des Gesprächs, das das Vor-Verstehen von Klient und Therapeut verändert und Verstehen und zukünftiges Vor-Verstehen erweitert. Das Gespräch besteht aus Sprechen und Zuhören, einem Wechsel vom inneren zum äußeren Dialog, wobei der Akt des Sprechens formiert und informiert. In der praktischen Durchführung besteht das Reflektierende Team aus zwei oder drei Therapeuten, die im Hintergrund des Therapie- raums (oder hinter dem Einwegspiegel) den Gesprächsprozess verfolgen und dann vor den Klienten miteinander über ihre Beobachtungen, über den Gesprächsverlauf, Inhalte, alternative Wahrnehmungen des Problems und mögliche Lösungen reflektieren. Danach wendet sich der Therapeut wieder dem oder den Klienten zu und fragt nach, was an der Reflexion anregend war, was dadurch anders wird etc. Wenn nur zwei Therapeuten miteinander arbeiten, reflektiert der Therapeut mit dem Co-Therapeuten. In der therapeutischen Praxis wird dieses aufwendige Verfahren eher selten angewendet, die Ideen und die Methode haben jedoch in der Ausbildung systemischer Therapeuten und in Supervisionsgruppen ihren festen Platz.

Andersen T (1991a) Beziehung, Sprache und Verstehen in reflektierenden Prozessen. Systeme 5(2): 102–111

Andersen T (1991b) Das reflektierende Team. Dortmund, Modernes Lernen

Hedwig Wagner

Reflexion, immanente (→ Analytische Psychologie). Reflexion ist nach C.G. Jung die Zurückbiegung eines Tätigkeitsimpulses in eine endopsychische Tätigkeit, ein geistiges „Anhalten, Sich-Besinnen, ein Bild-Entwerfen und eine innere Bezugnahme und Auseinandersetzung mit dem Geschauten, ein Akt der Bewußtwerdung“ (Jung, GW, Bd. 8, §§ 241–246). Dieser zunächst unbewußte Akt (Spiegelträume!) kann als „Kulturtrieb par excellence“ gelten. Reflexion ermöglicht das Nachdenken oder Überlegen, sodaß eine gewisse Freiheit

(→ Wille) und Unabsehbarkeit seiner Folgen eintritt (Jung, GW, Bd. 8, §§ 241–246; Bd. 11, § 235Fn.). Anstatt in der bewußten Reflexion psychisches Material von außen zu betrachten (wobei auf dem „Erleben“ einer ontologisierten „Persönlichkeit“ bestanden wird), kann auch der Standpunkt der immanenten Reflexion eingenommen werden. Sie ist die Haltung, „die sich in das zu Betrachtende hineinstellt, um es aus diesem selbst heraus zu begreifen, wodurch das zu Betrachtende eo ipso aufhört, eine Substratgegenständlichkeit zu sein und das Denken jeden äußeren Halt verliert“ (Giegerich, 1994: 84, 164). So gesehen gibt es keine Erkenntnis über das Psychische, sondern nur ein Im-Psychischen-Sein (Jung, GW, Bd. 17, §§ 160–162) und den Versuch, die Narrative (Erzählformen) der Seele als dialektische Bewegung zu sehen und zu verstehen (z. B. Verfolgungstraum: beide Kontrahenten bedingen einander, jeder ist nur, insofern der andere ist; jede Verwandlung heißt Verwandlung der Gesamtsituation; → Seele; → psychologische Differenz).

Giegerich W (1994) Animus-Psychologie. Frankfurt/M., Peter Lang

Jung CG [1937] (1976) Psychologische Determinanten menschlichen Verhaltens. In: GW, Bd. 8, §§ 232–262, hier §§ 241–246. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydwohlf

Reflexionsphase. → Integrationsphase; → Psychodrama.

Reflexive Fragen. → Fragen; → Systemische Therapie.

Reframing. Strategie und Technik in der → Hypno[se]therapie, durch die Ereignisse, Tatsachen, Gefühle, Verhaltensweisen etc. eine neue Bewertung erhalten, die im Dienste von konstruktiver Weiterentwicklung steht. Einem Inhalt wird durch Umdeutung eine neue, in der Regel positive und fördernde Funktion zugeschrieben. So kann z. B. eine vom Klienten als persönliche Schwierigkeit eingestufte Art und Weise, in

→ Trance zu gehen, vom Therapeuten anders konnotiert werden (→ Konnotation, positive), nämlich als eine besonders sorgfältige Weise, die feinen Veränderungen, die bei einer → Tranceinduktion vor sich gehen, mitzuerleben und zu erforschen. Der Klient lernt dadurch, den Blick auf eigene Fähigkeiten zu richten und kann dadurch eine offener, optimistischere Perspektive, mehr Selbstakzeptanz und Kontakt zu eigenen → Ressourcen gewinnen.

Grinder J, Bandler R [1981] (1987) Therapie in Trance – Hypnose: Kommunikation mit dem Unbewußten. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 194–235]

Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf (Hg), Klinische Hypnose. 2., korr. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Hans Kanitschar

Reframing. Reframing-Techniken sind wichtige Werkzeuge des → Neurolinguistischen Programmierens und der → Neurolinguistischen Psychotherapie. Reframing bedeutet, einer Situation einen neuen Bezugsrahmen (frame) zu geben. Man unterscheidet Kontext-, Bedeutungs- und Inhalts-Reframing. Ein Reframing ist eine gezielte Veränderung der inneren Landkarte, um andere Verhaltens- oder Sichtweisen zu entwickeln. Beim Kontext-Reframing wird eine Situation, die als Problem erlebt wird, in einen neuen Bezugsrahmen gestellt, in dem sie anstatt eines Problems eine → Ressource darstellt. Beispiel: Mutter empfindet ihre Tochter zu vorlaut. Frage: „In welchem Kontext ist die Fähigkeit, eine Meinung zu haben und diese notfalls auch lautstark kundzutun, hilfreich oder sinnvoll?“ Beim Bedeutungs-Reframing wird auf andere Bedeutungsmöglichkeiten im selben Kontext hingewiesen. Die Kernfrage: Was könnte es noch bedeuten oder beinhalten? Beispiel: Ein Mann ist frustriert über Zeitungen, die tagtäglich im Wohnzimmer verstreut herumliegen. Frage: „Freut es Sie nicht, eine gebildete, interessierte Gattin zu haben?“ Beim Inhalts-Reframing erfolgt eine Trennung des Verhaltens mit dessen Auswirkungen im System von der oft → „Guten Absicht“, der ihm zugrundeliegt. Danach können Verhaltensalternativen

entwickelt werden, um derselben „Guten Absicht“ noch besser zu entsprechen (→ Ökologie). Standardverfahren ist das Sechsstufen-Reframing: 1. unerwünschtes Verhalten identifizieren; 2. den für das Verhalten „zuständigen“ Teil der Person (→ Parts) kontaktieren; 3. positive Intention des Teiles herausfinden; 4. „kreativen Teil“ kontaktieren und ersuchen, neue Verhaltensweisen zu generieren, welche die positive Intention noch besser erfüllen; 5. Überprüfung der Ökologie (sind alle Teile der Person, die eventuell bisher noch nicht berücksichtigt wurden, mit den neuen Möglichkeiten einverstanden?); 6. → Future Pacing: imaginierte konkrete Kontextualisierung in der Zukunft.

Bandler R, Grinder J [1979] (1994) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme. 11. Aufl. Paderborn, Junfermann
Bandler R, Grinder J [1982] (1988) Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann

Cameron-Bandler L [1978] (1992) Wieder zusammenfinden. NLP – neue Wege der Paartherapie. 6. Aufl. Paderborn, Junfermann

O'Connor J, Seymour J [1990] (1996) Gelungene Kommunikation und Entfaltung. 6. Aufl. Freiburg, Verlag für Angewandte Kinesiologie

Brigitte Gross

Regeln. Regeln und „Normen“ sind in der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie sinnverwandt gemeint, als Verhaltensorientierung zur → (Selbst-)Organisation von → Gruppen, deren Mitglieder diese Regeln/Normen einhalten wollen/sollen/müssen. Sie sind teils bewußt vereinbart, traditionell im kulturell-sozialen Kontext unausgesprochen geltend oder von einzelnen Mitgliedern vorangenommen/fantasiert und daher mehr oder weniger bindend. Sie treten mit einer beobachtbaren Regelmäßigkeit im Verlauf des → Gruppenprozesses auf. Durch die den Mitgliedern eigenen Werthaltungen und Bewertungen von Sachverhalten und Personen (→ Status) zwingen sie anderen Mitgliedern Normen auf; für gegenseitiges Verstehen ist Reduktion dieses → Verhaltens sinnvoll. In Therapie- und Trainingsgruppen wird an einer Gruppennorm festgehalten: die gemeinsame Beschäftigung voneinander wechselsei-

tig abhängigen Personen mit der „Prozeßanalyse“ (Intervention), d. h. die gemeinsame Untersuchung ihrer Beziehungen in allen für ihre → Interdependenz relevanten Aspekten. Das Prozeßmodell von Lawrence (zit. nach Fengler, 1986: 98) nimmt auf Normen Bezug: „forming, storming, norming, performing, informing“. Es kann um das „Entlernen“ von einschränkenden, aus den Heimatgruppen mitgebrachten Normen gehen und um das Erlernen zusätzlicher Möglichkeiten, um aus leidvollen Wiederholungsmustern heraustreten zu können und so zur Erweiterung des Verhaltensrepertoires zu gelangen. Vereinbarung von Gruppenregeln am Anfang einer Therapie- oder Trainingsgruppe durch den Therapeuten/Trainer kann hilfreich für die Gruppe sein (z. B. → Hier-und-Jetzt-Prinzip; → Feedback-Regeln, Ermutigung zur offenen Ausdrucksweise).

Antons K (1976) Praxis der Gruppendynamik. Göttingen, Hogrefe [bes. S 181]

Fengler J (1986) Soziologische und sozialpsychologische Gruppenmodelle. In: Petzold H, Frühmann R (Hg), Modelle der Gruppe, Bd. 1. Paderborn, Junfermann, S 33–108

Shepard H (1972) Teilnehmende Beobachtung. In: Bradford L, Gibb J, Benne K (Hg), Gruppen-Training. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 412]

Bernhard Dolleschka

Patienten an, den Gestalten reichlich Nahrung anzubieten und sie zu streicheln) zielt auf die Integration der in diesen Gestalten symbolisierten abgespaltenen Persönlichkeitsanteile und ambivalent besetzten Objektrepräsentanzen. Konfrontation ist eine aktive und direktive Methode im Umgang mit feindseligen Symbolgestalten (→ Symbolkonfrontation). Der Patient wird aufgefordert, die Gestalt mit seinem Blick zu bannen, sie anzusehen und aufkommende Angst auszuhalten. Dies führt zu schneller Abreaktion von Angst und anderen Affekten; die Gestalt verliert allmählich ihre Bedrohlichkeit. Der beim Prinzip der Befriedigung archaischer Bedürfnisse erlebte Zustand der Selbst-Objekt-Einheit (etwa ein ozeanisches Wohlfühlgefühl) erlaubt, gute Erfahrung mit einem primären Objekt oder Partialobjekt wiederzufinden und so eine narzißtische Persönlichkeitsstärkung zu erreichen. Beim Prinzip des Verfolgens und Minderns wird das direkte Ausleben von Haß-, Wut- oder Rachegefühlen angeregt.

Leuner H (1980) Kathathymen Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Bern, Hans Huber

Leuner H [1985] (1994) Lehrbuch der Kathathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Andrea Loebenstein

Regieprinzipien. Instrument der → Kathathym-Imaginativen Psychotherapie zur Lenkung des Tagtraums: Empirisch bewährte, strukturell vorgefertigte Verhaltensanweisungen im Umgang mit freigesetzten Symbolgestalten, mit denen das Entwicklungspotential typischer Konstellationen ausgeschöpft werden kann. Leuner folgte der Hypothese, daß bestimmte – dem Wesen des Primärvorgangs des Traumes adäquate – dramatische Handlungen oder Reaktionen zum unmittelbaren Eingriff in die unbewußte Dynamik disponieren. Zu den wichtigsten Prinzipien zählen Nähren (→ Nähren und Anreichern) und Versöhnen, Konfrontation, → Befriedigung archaischer Bedürfnisse, Verfolgen und Mindern. Die betont freundliche Annäherung an abweisende Symbolgestalten (Nähren und Versöhnen: der Therapeut regt den

Regression. Bezeichnet in der → Psychoanalyse das Phänomen des Rückgriffs auf frühere, meist kindlichere Verhaltensweisen (→ Altersregression). In Freuds Vorstellung ist die Regression ein Kennzeichen neurotischer Verhaltensformen, ein Verhalten, das noch deutlich dem Lustprinzip folgt und (noch) nicht vom Realitätsprinzip überformt ist (libidinöse Stufen, Objektbeziehungen etc.; Laplanche & Pontalis 1972: 436). Der klassischen psychoanalytischen Entwicklungspsychologie gemäß ist in der Regression des neurotischen Erwachsenen immer eine Facette der früheren – ursprünglich entwicklungskonformen – Verhaltensweisen des Kindes enthalten. Die psychoanalytische → Selbstpsychologie folgt in ihrer Entwicklungspsychologie der neueren Säuglingsforschung, die diese Idee fallen läßt und – beim neurotischen

Patienten – von pathologischer Entwicklung spricht (Stern, 1992: 356ff.). Dementsprechend behält der Begriff Regression hier seine phänomenologische, deskriptive Bedeutung, die metapsychologische ist aufgegeben.

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Gerhard Pawlowsky

Regression (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). C.G. Jung entdeckte, daß die → Archetypen und das → kollektive Unbewußte durch Regression belebt werden. „Die Rückkehr zum Infantilen bedeutet nicht nur Regression und Steckenbleiben, sondern auch die Möglichkeit der Auffindung eines neuen Lebensplanes. Die Regression ist so recht eigentlich auch Grundbedingung des Schöpferaktes“ (Jung, GW, Bd. 4, § 406). Die Regression führt zur Notwendigkeit der → Anpassung an die psychische Innenwelt. „[→] Progression und Regression [...] [sind] bloße Lebensbewegungen, die trotz ihrer Bewegung stationären Charakter haben. Sie entsprechen dem, was Goethe sehr schön als Systole und Diastole bezeichnet hat“ (GW, Bd. 8, § 70). Pathologisch kann Regression ein Rückfall in die Infantilität sein, ein Steckenbleiben in Fixierungen der Kindheit. Der Grund zur Stauung der Libido mit nachfolgender Regression ist das Versagen der bewußten Einstellung (→ Energie, psychische). Die Therapie macht die Regressionsbewegung des Patienten mit, um wie ein Taucher einen versunkenen Schatz zu heben und die dort verborgene Libido dem → Bewußtsein wieder zuzuführen. Regressive Phasen dienen echter Erneuerung (Seifert, 1981), denn nur einem kausalen Verständnis erscheint die Regression als Fixierung an die alte Form. Energetisch gesehen, regrediert die Libido zum archetypischen Bild (Archetypus). Die rückläufige Libidobewegung erhöht die energetische Wertigkeit des → Unbewußten, so daß dessen aktivierte Inhalte dann wiederum dem Bewußtsein zufließen (→ Fantasie).

Jung CG [1913] (1971) Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie. In: GW, Bd. 4, S 107–111 u. §§ 203–522. Olten, Walter

Jung CG [1928, 1948] (1976) Über die Energetik der Seele. In: GW, Bd. 8, §§ 1–130. Olten, Walter

Seifert T (1981) Lebensperspektiven der Psychologie. Olten, Walter [bes. S 203–206]

Barnim Nitsch

Regression (aus Sicht der → Gestalttherapie). Mit Regression wird in der Gestalttherapie ein Zustand des Patienten/Klienten bezeichnet, in dem dieser in bestimmten Phasen des therapeutischen Prozesses mit → unerledigten Situationen oder Erlebnissen aus der Vergangenheit und den damit verbundenen Bewußtheits- und Gefühlszuständen wie Hilflosigkeit, Anhänglichkeit, Wut, Trauer, Haß, Sehnsucht, Trotz oder Albernheit in Kontakt tritt. Das Zulassen dieser Regungen, die von unterschiedlicher Qualität wie auch Intensität sein können und sich oft unter Beteiligung des ganzen Körpers bis hin zu autonomen Körperreaktionen ausdrücken können, bietet die Möglichkeit, verdrängte oder blockierte Gefühle wieder zugänglich zu machen. Für den Gestalttherapeuten besteht die Aufgabe darin, den Klienten dabei stützend (Support) zu begleiten bzw. mit ihm auszuhalten, bis in weiteren Schritten durch emotionales wie auch kognitives Aufarbeiten dieser alten Erfahrungen Aussöhnung und → Integration sowie Experimentieren (→ experimentell) mit neuen, funktionaleren Lebensweisen erfolgen kann (→ Bewußtheit; → Selbst).

Fuhr R (1995) Das Selbst – Illusion und wahrer Kern. Persönlichkeitsentwicklung im Spannungsfeld von Selbstverwirklichung und Selbsttranszendenz. Gestalttherapie 9(1): 37–47

Inge Bolen

Regression (in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie). Von Freud in den Mittelpunkt seiner dynamischen Erklärung der Neurosen gestellt, ist Regression – topisch (Annäherung an das Unbewußte),

zeitlich („Rückgreifen auf ältere psychische Bindungen“) und formal („wenn primitive Ausdrucks- und Darstellungsweisen die gewohnten ersetzen“) – eine theoretische und technische Voraussetzung der „Traumdeutung“. In der Katathym-Imaginativen Psychotherapie ist die regressive Erlebnisebene der Symbolproduktion, der Tagtraum, die Basis schlechthin für das therapeutische Bearbeiten von psychischen Konflikten. Hier geschieht die „Regression im Dienste des Ich“ als Regression in die symbolische Darstellungswelt, um sich mit traumatischen bzw. konflikthaften Situationen und ihren Auslösern auseinanderzusetzen oder zu kreativen Lösungsmöglichkeiten zu gelangen. Katathyme Bilder ermöglichen auch eine Befriedigung regressiver Bedürfnisse, wie sie von Balint und Winnicott im Rahmen der Psychoanalyse beschrieben wurden. Die „spontane Altersregression“ in der Imagination eröffnet den Zugang zum inneren Kind des Patienten und zu dessen emotionalen Erfahrungen. Große Bedeutung erhält die Regression bei der → Befriedigung archaischer Bedürfnisse: sie kann etwa bei → Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder → psychosomatischen Erkrankungen, dabei immer sorgfältig prozeßorientiert, eingesetzt werden (Leuner & Wilke, 1990). Regression kann auch im Dienst des Widerstands als Abwehrmechanismus (→ Abwehrmechanismen) auftreten.

- Balint M [1968] (1970) *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Barolin G (1961) Spontane Altersregression im Symboldrama und ihre klinische Bedeutung. *Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie* 11: 77–91
- Leuner HC, Wilke E (1990) *Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin*. Bern, Hans Huber
- Winnicott DW [1965] (1974) *Reifungsprozeß und fördernde Umwelt*. München, Kindler

Inge Lang

Regression. → Altersregression; → Hypnose.

Reizkonfrontation (→ Verhaltenstherapie). Unter therapeutischer Anleitung und Hilfe erfolgt, eingebettet in einen Gesamtbehandlungsplan, die Konfrontation mit symptom- bzw. angstauslösenden Reizen (→ Exposition). Die Patienten setzen sich genau den Situationen aus, in denen negative, angstauslösende Gedanken und/oder Gefühle auftreten. Die Konfrontation mit den für sie schwierigen Situationen erfolgt so lange, bis die Angst oder Unruhe abnimmt, das Erregungsniveau sinkt und sie auch neue Sichtweisen über die zuvor schwierigen Situationen gewonnen haben. Die lang andauernde Konfrontation mit den symptomauslösenden Reizen begünstigt Habituationsprozesse (→ Habituation) an Problemsituationen, Veränderungen in der Wahrnehmung und Bewertung der Problemsituationen und Handlungskompetenzen sowie den Aufbau neuer Verhaltensmuster (vgl. Fiegenbaum et al., 1992, 1996).

- Fiegenbaum W, Freitag M, Frank B (1992) Kognitive Vorbereitung auf Reizkonfrontationstherapien. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hg), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München, Röttger, S 89–108
- Fiegenbaum W, Tuschen B (1996) Reizkonfrontation. In: Margraf J (Hg), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen*. Berlin, Springer, S 301–313

Ulrike Demal

Rekonstruktion, Autogene. → Autogene Rekonstruktion.

Relative Unstrukturiertheit. → Rahmenbedingungen; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Religion (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). C.G. Jung sah die religiöse Einstellung als „psychische Funktion von kaum absehbarer Wichtigkeit“ (Jung, GW, Bd. 16, § 99) und das Phänomen Religion als „sorgfältige und gewissenhafte Beobachtung“ des Numinosen, einer „dynamischen

Existenz oder Wirkung, die nicht von einem Willkürakt verursacht wird“ (GW, Bd. 11, § 6). Numinoses ruft reflektorisch ein „Kreaturgefühl“ hervor, ist schauervoll, übermächtig, energisch, das „ganz Andere“, erscheint heilig (Otto, 1917). Erlebnisse dieses Intensitätswerts werden öfter als Gotteserfahrung gedeutet, können aber auch zur → Inflation mit pseudoreligiöser Ergriffenheit und kollektiv zu „-ismen“ führen (GW, Bd. 8, § 426; → Mana-Persönlichkeit). Seit Menschengedenken wurden numinose Erfahrungen auf Ursachen außerhalb des Individuums zurückgeführt. Erst die Aufklärung als Ergebnis christlicher Geistesentwicklung stieß sich von dieser Auffassung ab. Die → Symbolik des Gottesbildes kann nach Jung nicht von der des archetypischen → Selbst unterschieden werden. Auch die nicht auf Triebmechanismen reduzierbaren religiösen Ideen und metaphysischen Vorstellungen haben archetypische Grundlagen (im Dogma zu kollektivem → Bewußtsein geronnen). Durch zumindest psychologische Anerkennung der Gottesidee hält sich das Bewußtsein in kritischer Beziehung zu deren Wirkkraft, die sonst dem → Unbewußten anheimfällt. Die Analytische Psychologie verzichtet auf metaphysische und theologische Festschreibungen. Sie sieht aber die Möglichkeit, zu einer „weisen Scheu“ (ebd., § 427) gegenüber den mächtigen Widerfahrnissen des seelischen Lebens zu kommen und dadurch zu einer tieferen Mitmenschlichkeit.

Jung CG (1988) Zur Psychologie westlicher und östlicher Religion. GW, Bd. 11. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Otto R [1917] (1987) Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen. München, Beck

Stein M (1985) Jung's treatment of christianity: the psychotherapy of a religious tradition. Wilmette (IL), Chiron Publications

Lisa Bock, Rudolf Bock

Repräsentanz, psychische. → Psychische Repräsentanz; → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie.

Repräsentationssysteme. Im Neurolinguistischen Programmieren (NLP) werden fünf sensorische (analoge) und ein abstraktes (digitales) Repräsentationssystem unterschieden. Die fünf sensorischen Repräsentationssysteme entsprechen den fünf Sinnesmodalitäten: visuell, auditiv, kinästhetisch (propriozeptiv/taktil), olfaktorisch und gustatorisch; als abstraktes Repräsentationssystem dient jede Form von Sprache. Zwischen den einzelnen Repräsentationssystemen werden Synthesen angenommen. Repräsentationssysteme dienen dem Menschen zur externen und internen Informationsaufnahme und kognitiven Weiterverarbeitung. Jede menschliche Erfahrung und die Inhalte menschlichen Bewußtseins können durch eine Analyse des Geschehens innerhalb jedes Repräsentationssystems weitgehend vollständig beschrieben werden. Seinem konstruktivistischen Grundansatz (→ Grundannahmen) folgend wird im NLP nicht explizit zwischen realer Wahrnehmung und imaginierter Vorstellung unterschieden (die Repräsentationssysteme werden für beide gleichermaßen genutzt). Dabei mischen sich Wahrnehmungen und Vorstellungen zu einem kognitiven Gesamtmodell, wobei es der subjektiven Interpretation des Einzelnen überlassen bleibt, welche Teile dieses Modells er als externe Wahrnehmung und welche als Imagination deutet. Denken wird im NLP als das Produkt aller internen Aktivitäten der einzelnen Repräsentationssysteme verstanden (→ Strategie). Menschen haben häufig ein bevorzugtes und besonders geschultes, sogenanntes primäres Repräsentationssystem. Anhand physiologischer Parameter (Atmung, Körperhaltung, Gestik, Augenbewegungen) und anhand sensorisch eindeutigen, sprachlichem Vokabular (z. B. „Durchblick haben“ = visuell) vermag ein NLP-Therapeut das primäre Repräsentationssystem seines Klienten ebenso zu erkennen wie das zu einem bestimmten Zeitpunkt gerade aktivste Repräsentationssystem. In der → Hypnose und Hypnotherapie wird das Wissen um bevorzugte Repräsentationssysteme des Klienten dazu verwendet, um → Tranceinduktion effektiver zu gestalten und → Ressourcen zugäng-

lich zu machen. Die Kenntnisse um individuelle Muster der Erfahrungsrepräsentation, z. B. bei Symptomen oder in Problemsituationen, aber auch im Zustand der Selbstintegration und beim Lösungsverhalten, bilden eine Grundlage für das therapeutische Vorgehen.

- Dilts R, Grinder J, Bandler R, Bandler L, De Lozier J [1980] (1985) Strukturen subjektiver Erfahrung. Ihre Erforschung und Veränderung durch NLP. Paderborn, Junfermann
 Grinder J, Bandler R [1976] (1982) Kommunikation und Veränderung. Die Struktur der Magie II. Paderborn, Junfermann, S 11–34
 Weerth R (1992) NLP & Imagination. Grundannahmen, Methoden, Möglichkeiten und Grenzen. Paderborn, Junfermann [bes. S 44–53, 153–192]

Rupprecht Weerth

Resilienz. → Protektive Faktoren; → Life Event; → Streßtheorien; → Posttraumatische Streßstörung.

Resomatisierung (→ Somatisierung). Der Begriff „Resomatisierung“ ist als das Negativ der → Desomatisierung und als psychopathologische Prozeß-Hypothese für die Entstehung psychosomatischer Störungen (→ Funktionelle Störungen; → psychosomatische Erkrankungen) zu verstehen (Schur, 1955). Resomatisierung bedeutet physiologische → Regression auf Basis einer Ich-Schwäche: Bei Gefahr, insbesondere bei unbewußter Fehleinschätzung (z. B. eine gegenwärtige Situation wird als Wiederholung eines frühkindlichen Konfliktes wahrgenommen), reagiert das Ich nicht mit psychischen Mitteln – den bekannten → Abwehrmechanismen – sondern mit einer physiologischen Regression auf Primärprozeßebene und mit somatischen, vegetativen Symptomen – es kommt z. B. zum Ausbruch des Hautausschlags bei Neurodermitis-Patienten.

- Schur M (1955) Comments on metapsychology of somatization. Psychoanalytic Study of the Child 10: 119–164

Marianne Springer-Kremser

Resonanz (im → Focusing). „Körperliche Resonanz“ ist ein Synonym für → Felt Sense; in der → Focusing-Therapie hat Resonanz darüber hinaus eine spezifische Bedeutung: Resonanz bezeichnet den momentanen Felt Sense des Therapeuten zum Klienten. In der therapeutischen Situation ist der Therapeut achtsam auf seine Resonanz, er pendelt mit seiner Aufmerksamkeit hin und her zwischen dem Wahrnehmen des Klienten und dem Wahrnehmen seiner Resonanz zu diesem Klienten. Achtsames → Verweilen mit der Resonanz ermöglicht ihr Entfalten (explizieren; → implizit) zu deutlichem, explizitem Erleben bzw. Handlungsimpulsen; der Therapeut entscheidet im jeweiligen Augenblick, ob und inwiefern er dieses Erleben „veröffentlicht“, also verbal oder nonverbal handelt. Die Resonanz ist somit die Hauptquelle therapeutischen Verhaltens (→ Begleiten; → Response). Der Felt Sense bezieht sich immer auf die augenblickliche Gesamtsituation, in ihm ist diese enthalten (→ Körper). Resonanz schließt daher den Klienten als Teil dieser Situation immer mit ein; im Explizieren der Resonanz formt sich das Verstehen der Person des Klienten durch den Therapeuten als Fortsetzen der gemeinsamen Situation und des Lebensprozesses beider daran beteiligten Personen (→ Fortsetzungsordnung). Von der Resonanz wird die Gegenreaktion unterschieden, die → strukturgebundene Reaktionen des Therapeuten auf (meist strukturgebundene) Erlebens- und Verhaltensweisen des Klienten darstellt. Gegenreaktionen können wertvolle Hinweise für das Verstehen des Klienten geben, sind aber keine prozeßfördernden Antworten auf den Klienten und bleiben daher in der Regel unveröffentlicht. Sie benötigen weitere innere Aufmerksamkeit (Focusing des Therapeuten; → Supervision), bis sie sich in ihrem Bedeutungsgehalt erschließen und für den therapeutischen Prozeß nutzbar gemacht werden können. Da im Erleben des Therapeuten Resonanz und Gegenreaktionen meist miteinander vermischt auftreten, und da sowohl Resonanz als auch Gegenreaktion jeweils spezifische innere → Achtsamkeit durch den Therapeuten erfordern, ist es notwendig, daß Focusing-Therapeuten wäh-

rend der Arbeit selbst fokussieren. Die in Eigentherapie und Ausbildung erworbene Fähigkeit zur achtsamen Selbstwahrnehmung ist Voraussetzung für focusingtherapeutisches Arbeiten.

Gendlin ET (1968) The experiential response. In Hammer E (Ed), Use of interpretation in treatment. New York, Grune & Stratton, pp 208–227

Wiltshko J (1995) Focusing-Therapie. Studien-texte 4. Würzburg, DAF [bes. S 33–35]

Klaus Renn

Resonanz (→ Neurolinguistisches Programmieren). Das aus der Physik entlehnte Konzept der Resonanz ist: 1. metaphorisch das Basisgefühl einer gesunden Person, jenes Gefühl, welches auftritt, wenn jemand mit sich selbst authentisch in möglichst vielen Dimensionen (→ Submodalitäten) seiner Persönlichkeit im Einklang steht; 2. die Beschreibung des Phänomens, wenn mehrere Personen – primär nonverbal – miteinander in Gleichklang sind. Es wird davon ausgegangen, daß, je stärker sich eine Person in der eigenen Resonanz befindet, es um so mehr auch für andere Personen induzierend wirkt, sowohl in den eigenen Resonanzzustand zu gehen, als auch mit anderen Menschen in Resonanz zu kommen. Im Resonanzzustand ist eine hohe Kongruenz von Denken und Fühlen gegeben. Innerer Dialog und Meta-Kommentar sind auf ein Minimum reduziert.

Argyle M (1978) The psychology of happiness. London, Methuen

Csikszentmihalyi M (1992) Flow. Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart, Klett-Cotta

Kutschera G (1994) Tanz zwischen Bewußtsein und Unbewußt-sein. Paderborn, Junfermann

Peter Schütz

Resonanzdämpfung der Affekte (im → Autogenen Training). Generelle psychische Selbst-Ruhigstellung durch innere Lösung und Gewinnung von Gelassenheit; von I.H. Schultz als „durchschnittliche Leistung der Unterstufe“ (→ Grundstufe) beschrieben. Affektive Erregungen sind da-

nach „Totalschwankungen des Organismus“ und bleiben nicht – wie abstrakte Überlegungen – auf die Hirnrinde beschränkt. Durch die Ruhigstellung von Muskeln, Gefäßen, Herz und Atmung wird dem Affektgeschehen ein wesentlicher Anteil genommen. Krampen hat Arbeiten über längerfristige Auswirkungen in dieser Hinsicht zusammengestellt. Kraft schlägt vor, von „Resonanzdämpfung überschießender Affekte“ zu sprechen. Der kybernetisch zu verstehende Ausgleich durch das Autogene Training müßte – wie z. B. beim Blutdruck – höhere Werte vermindern, zu niedrige erhöhen, ein Affekt-Defizit also ebenso beeinflussen.

Kraft H (1996) Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. 3. Aufl. Stuttgart, Hippokrates

Krampen G (1992) Einführungskurse zum Autogenen Training. Göttingen, Verlag für Angewandte Psychologie

Schultz IH [1932] (1970) Das autogene Training. 13. Aufl. Stuttgart, Thieme

Heinrich Wallnöfer

Resorption (→ Psychopharmaka). Wörtlich: „wieder einschlürfen“, „aufsaugen“; die Aufnahme von Stoffen in die Blut- und Lymphbahnen; erfolgt für verschiedene Stoffe an verschiedenen Schleimhäuten (z. B. Resorption von Nahrungsbestandteilen besonders im Dünndarm, Gasaustausch über die Schleimhaut der Lungen etc.). Bei jeder Resorption müssen biologische Membranen überwunden werden, wofür verschiedene Transportmechanismen existieren. Einige erfolgen nach physikalisch-chemischen Prinzipien entlang eines Konzentrations- oder Druckgefälles, andere bestehen aus biologischen Transportsystemen, die Stoffwechselenergie benötigen. Für Medikamentenwirkungen sind Resorptionsgeschwindigkeit und die Menge des tatsächlich resorbierten Wirkstoffs im Verhältnis zum zugeführten (z. B. bei Einnahme einer Tablette) von praktischer Bedeutung (→ pharmakologische Wirkungen; → Pharmakokinetik).

Brosch W (1996) Psychopharmaka. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psycholo-

gen, Sozialarbeiter und andere professionelle Helfer. Wien, Orac
 Forth W, Henschler D, Rummel W, Starke K
 (1992) Pharmakologie und Toxikologie. 6.
 Aufl. Mannheim, BI-Wissenschaftsverlag

Werner Brosch

Respekt. Aus der → Systemischen Therapie stammt der Leitsatz, den Klienten als Experten für seine Probleme aufzufassen. Als autonomes System betrachtet, wird die Bewußtseins-ebene eines Menschen als undurchschaubar aufgefaßt. Durch die Abhängigkeit jeder Aussage von der Subjektivität des die Aussage treffenden → Beobachters ergibt sich zudem, daß ein Individuum niemals Sachverhalte objektiv erschließen kann, auch dann nicht, wenn sich diese auf beobachtbares Verhalten beziehen (jede Beobachtung bedeutet sowohl Selektion als auch Interpretation). Respekt in der Systemischen Therapie meint daher Abstinenz gegenüber Deutungen im Sinne eines angestrebten „Wahrheitsanspruches“ seitens des Therapeuten. Vielmehr werden die Interpretationen des Klienten für sein eigenes Verhalten erfragt und reflektiert. Respekt im Menschenbild der Systemischen Therapie bedeutet nicht nur einen Verzicht auf ein „objektives“ Störungswissen, sondern ebenso auf allgemeines Lösungswissen. Nicht der Therapeut weiß, was bei einer diagnostizierten Problematik hilft, sondern erfragt vom Klienten z. B. → Ausnahmen vom Problem, oder mit zukunftsorientierten → Fragen (z. B. Wunderfrage) mögliche Lösungswege. Der Klient ist damit nicht nur Experte für seine Probleme, sondern auch für deren Lösung. Der Therapeut gilt hingegen als Experte für den therapeutischen Prozeß, den er mit dem Klienten strukturiert und in dem er einen kommunikativen Rahmen schafft, der es dem Klienten erlaubt, eigene Lösungen zu erfinden.

Ludewig K (1987) 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Zeitschrift für Systemische Therapie 5(3): 178–191
 Ludewig K (1992) Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart, Klett-Cotta

Guido Strunk

Response. Eine Methode des → Begleitens in der → Focusing-Therapie; deutsch wörtlich: „Antwort (geben)“. Dabei drückt der Therapeut unmittelbar aus, was er in bezug auf den Klienten gerade erlebt (spürt, fühlt, imaginiert). Die Quelle für Response ist die → Resonanz des Therapeuten, also der → Felt Sense, der sich im Therapeuten zum Klienten gebildet hat. Response wird vor allem dann gegeben, wenn der Klient in seinem Erleben / Verhalten → strukturgebunden ist, d. h., wenn sein Erleben / Verhalten nicht mit seinem → impliziten Erlebensprozeß und mit der aktuellen Situation verbunden ist und es daher im Klienten zu keinen neuen, frischen Symbolisierungen / Veränderungsschritten (→ Experiencing; → Fortsetzungsordnung) kommen kann. Response stellt sowohl einen (stellvertretenden) Symbolisierungsversuch durch den Therapeuten für den Klienten dar, als auch ein unmittelbares Angesprochenwerden von einem Du als Gegenüber, das einen starken Einfluß auf die Gesamtsituation und damit auf das Erleben des Klienten haben kann. Dem Response folgt sofort ein empathisches Begleiten (→ Listening) dessen, was der Response im Erleben des Klienten bewirkt.

Wiltchko J (1995) Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF [bes. S 33–35]

Klaus Renn

Responsivität (→ Selbstpsychologie). Grundlegendes menschliches Bedürfnis, das in der frühen Entwicklung und darüber hinaus während des ganzen Lebens besteht. Die Personen der Umgebung, besonders aber seine frühen Bezugspersonen, antworten dem Kind in einer Weise, die ihm eine Selbstobjekterfahrung (→ Selbstobjekt) ermöglicht; es ist vor allem die → Spiegelung, die zur Konsolidierung eines kontinuierlichen, kohärenten und positiv besetzten Selbsterlebens führt. Kohut (1984) nahm an, daß der Mensch diese Responsivität von der Geburt bis zum Tod braucht und daß das der „emotionale Sauerstoff“ ist, der dem Menschen ermöglicht, in seinem psychischen Leben mehr oder weniger intakt zu bleiben. Diese Sicht setzt voraus, den Men-

schen als Wesen zu sehen, das grundsätzlich auf andere bezogen ist. Bacal (1985), ebenso wie die Analytiker, die mit der → Säuglingsforschung zu tun haben (Beebe & Lachmann, 1988), verwenden das Modell der Abstimmung zwischen Bezugsperson und Kind („attunement“), um zu zeigen, daß die beste Weise, in der Analyse zu antworten („optimale Responsivität“), jene ist, die den spezifischen Bedürfnissen dieses Patienten in eben diesem Moment entspricht und daß die „optimale Antwort“ weder im voraus noch durch irgendwelche allgemeinen Regeln bestimmt werden kann.

Bacal H (1985) Optimal responsiveness and the therapeutic process. In: Goldberg A (Ed), *Progress in self psychology*, vol. 1. New York, Guilford Press, pp 202–277

Beebe B, Lachmann FM (1988) The contribution of mother-infant influence to the origins of self- and object-representations. *Psychoanalytic Psychology* 5: 305–337

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Donna M. Orange [Übers.: Erwin Bartosch]

Ressourcen. Ressourcen sind in der → Hypnotherapie im Patienten liegende Fähigkeiten, aber auch Wahrnehmungs-, Denk- und Erlebnisweisen, Eigenschaften, Haltungen, Einstellungen und Erfahrungen, die geeignet sind, für die Lösung eines Problems oder die Erreichung eines therapeutischen Zieles nutzbar gemacht zu werden. Die Arbeit mit Ressourcen, die den gesunden Anteilen des Patienten entstammen, ist eines der Hauptprinzipien der lösungsorientierten Hypnose (Zeig & Rennick, 1991; Zeig, 1994). Die Hauptstrategie der Ericksonschen → Hypnose besteht darin, Ressourcen beim Patienten vorwiegend mit indirekten Techniken zu aktivieren: Bis dato unerkannte (unbewußte) oder vernachlässigte Ressourcen werden identifiziert und gestärkt. Ressourcen, die in der Vergangenheit verfügbar waren oder in anderen Situationen verfügbar sind, werden auch innerhalb der aktuellen Problemsituation zugänglich gemacht. Verkannte Ressourcen werden z. B. durch → Umdeutung nutzbar gemacht. Bei der Arbeit mit Ressourcen werden vor allem die ima-

ginativen Möglichkeiten aus dem bevorzugten → Repräsentationssystem eines Patienten genutzt. Während der Anamnese und insbesondere auch während der Problembeschreibung ist die therapeutische Aufmerksamkeit in der Hypnotherapie stets auf die Identifizierung verwertbarer Ressourcen gerichtet. Zu den wichtigsten hypnotherapeutischen Methoden, mit deren Hilfe Zugang zu latenten Ressourcen gewonnen wird, gehören, neben dem → Reframing, die Verwendung von → Metaphern, die Arbeit mit Teilen (→ Parts), sowie das ideomotorische Signalisieren. Die therapeutische Wirkung der übenenden und Ich-stärkenden hypnotherapeutischen Verfahren liegt in der Bestätigung, daß Ressourcen vorhanden sind und in der Erfahrung, daß diese zugänglich werden können. Dies stärkt die Selbstakzeptanz des Patienten und bekräftigt den → Rapport in der hypnotherapeutischen Beziehung. Auch in der → Neurolinguistischen Psychotherapie ist das Aufspüren und Zugänglichmachen von Ressourcen sowie das Übertragen in neue Anwendungskontexte von zentraler Bedeutung. Hineinführen in ressourcenarme Zustände („Problemzustände“) dient primär nur zur Informationsgewinnung oder Kontrastierung, der Aufmerksamkeitsfokus liegt im positiven Potential.

Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hg), *Klinische Hypnose*. 2., korrig. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Zeig JK, Rennick PJ (1991) Ericksonian hypnotherapy. A communication approach to hypnosis. In: Lynn SJ, Rhue JW (Eds), *Theories of hypnosis*. New York, Guilford, pp 275–300

Zeig JK (1994) Direkte und indirekte Methoden: Die Priorität des indirekten Vorgehens. *Hypnose und Kognition* 11: 20–33

Matthias Mende

RET. → Rational-Emotive Therapie; → Verhaltenstherapie.

Retroflekction. → Kontakt; → Prozessuale Diagnostik (in der → Gestalttherapie).

Rezeptive → Kunsttherapie. Durch die sinnliche Wahrnehmung künstlerischer Ausdrucksformen (z. B. Bildbetrachtung, Musikhören etc.) wird psychisches Material in Bewegung gesetzt und beeinflusst, z. B. können über den gezielten Einsatz rezeptiver kunsttherapeutischer Angebote Stimmungen beeinflusst, Entspannung oder Aktivität hervorgerufen, als auch → Assoziationen oder Erinnerungen mobilisiert werden. Durch sie kann auch auf das Vegetativum starker Einfluß ausgeübt werden (z. B. auf Atmung und Herzschlag). Älteste bewußte Anwendungen rezeptiver Kunsttherapie erfolgten über das Medium Musik. Über die Wirkungen dieses Mediums gibt es auch die meisten wissenschaftlichen Arbeiten. Decker-Voigt (1991) beschreibt eine eigene → Rezeptive Musiktherapie. Innerhalb der diversen Kunsttherapierichtungen und da insbesondere im Rahmen der multimedialen, haben die rezeptiven Angebote ihren festen Platz (z. B. technische Medien wie Video, Film, Tonband, CD, Fotografie etc. sowie „Live“-Aufführungen unterschiedlichster Art). Für intensive Rezeption im Museum wurden spezielle Designs entwickelt. Die Eindrücke und Wirkungen dieser Angebote werden nach der Rezeption reflektiert und aufgearbeitet. Im Gegensatz zur rezeptiven Kunsttherapie steht die häufiger angewendete aktive Kunsttherapie, bei der die Umsetzung innerpsychischer Vorgänge in von außen wahrnehmbare Zeichen (z. B. Tanzen, Malen, Pantomime) erfolgt.

- Baukus P, Thies J (1997) Kunsttherapie. Stuttgart, Gustav Fischer
 Decker-Voigt HH (1991) Aus der Seele gespielt. München, Goldmann
 Mann C, Schröter E, Wangerin W (1995) Selbsterfahrung durch Kunst. Basel, Beltz
 Petzold HG, Orth I (Hg) (1990) Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. Paderborn, Junfermann

Stella Mayr

Rezeptive → Musiktherapie. Früher auch als „passive Musiktherapie“ bezeichnet. Im Mittelpunkt steht das Hören von Musik und die dabei auftauchenden Gefühle des Patienten. Basis bildet das Verständ-

nis von Musik als projektives Medium in einem phänomenologisch-psychotherapeutischen Kontext (→ Phänomenologie) und/oder als Symbolträger in einem analytischen Kontext. Bei einem persönlichkeitszentrierten Ansatz wird mit dem durch Vorspielen einer Musik beim Patienten evozierten Material gearbeitet. Hier sind vor allem Körperempfindungen, Erinnerungen und Gefühle angesprochen. Vertreter eines symptomorientierten (funktionellen) musiktherapeutischen Ansatzes stützen sich auf Forschungsergebnisse, die belegen, daß ausgesuchte Musik unmittelbar auf Körper und Seele Einfluß nimmt. Die verwendete Musik reicht vom Klang des Gongs über eine vom Therapeuten oder von der Gruppe improvisierte Musik bis zu komponierter Musik vom Tonträger. Die Erforschung der entspannenden, schmerz- und angstreduzierenden Wirkung von Musikhören mit den dabei entstehenden physiologischen Veränderungen sind für die Medizin interessant (Spintge & Droh, 1992). Anästhesie und Neurorehabilitation profitieren von dieser Entwicklung. Einzelne Sequenzen Rezeptiver Musiktherapie werden seit den 80er Jahren auch von anderen psychotherapeutischen Verfahren, Relaxationsverfahren oder zu meditativen Zwecken genutzt. Das → Guided Imagery and Music (G.I.M.), zuerst in den USA angewendet, ist mit der Rezeptiven Musiktherapie verwandt. Jenseits eines oft gut vermarkteten musikpharmakologischen Modells wird innerhalb der Musiktherapie die rezeptive Form immer als eine triadische Interaktion (Oehlmann, 1993) verstanden, deren Wirkung auf dem Zusammenspiel von Therapeut/Klient/Klang beruht. Die mögliche Gefahr einer unprofessionellen Anwendung liegt im Nichterkennen einer malignen → Regression.

- Oehlmann J (1993) Klang, Wahrnehmung, Wirkung. Musiktherapeutische Umschau 14(4): 289–305
 Schwabe C (1989) Regulative Musiktherapie. Leipzig, Thieme
 Spintge R, Droh R (1992) Musik-Medizin. Physiologische Grundlagen und praktische Anwendungen. Stuttgart, Gustav Fischer

Elena Fitzthum

Reziproker Determinismus. → Verhaltenstherapie und Menschenbild.

RIGs (= representations of interactions that have been generalized). Auf D. Sterns (1986) Versuch, die Ergebnisse der empirischen → Säuglingsforschung in die → Psychoanalyse zu integrieren, zurückgehender Begriff. Eine der Grundfragen der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie war und ist: Wie kommt es zur individuellen Organisation der Wahrnehmung, des Erlebens und Verhaltens – mit anderen Worten, wie entsteht Persönlichkeit? Die traditionellen Versuche, Internalisierungsprozesse zu beschreiben (Imitation; → Introjektion; → Identifikation) werden dem heutigen Wissensstand um die früheste Entwicklung nur mehr zum Teil gerecht. Säuglinge sind imstande, in gewissem Maß Informationen zu abstrahieren, Durchschnittswerte des Erlebten zu bilden, wohl um Ordnung in die andernfalls chaotische Flut der Sinneseindrücke zu bringen und Orientierung zu gewinnen, d. h. vor allem, sich auf das zu Erwartende einstellen zu können. RIGs sind als Kleinstbausteine verinnerlichter Erfahrung zu verstehen. Sie sind bereits Ausdruck von Organisationsprozessen und nicht bloße Abbilder des Erlebten. Sie enthalten die Handlungs-, Wahrnehmungs- und Affektaspekte der erlebten Szenen. Viele solcher RIGs formieren sich zu immer größeren Einheiten, für die der aus der → Bindungsforschung stammende (und nur dort verwendete) Begriff der → inneren Arbeitsmodelle (von der Welt) ebenfalls treffend wäre.

Stern DN [1986] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Oskar Frischenschlager

Rigidität. Bezeichnet in der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie – im Sinne der Feldtheorie von Lewin – den Grad der Starrheit oder Undurchlässigkeit von Grenzen zwischen Regionen im psychischen → Lebensraum. Je größer die Rigidi-

tät, umso größer müssen die Kräfte sein, die zu ihrer Überwindung erforderlich sind, um zu → Interdependenz und → Differenzierung, also Entwicklung und → Organisation zu gelangen. Je größer diese Kräfte sind, umso höher ist die Tendenz zur Verminderung der Differenzierung, somit zur Einschränkung des psychischen Lebensraumes (→ Regression). Ein psychotherapeutisches Entwicklungsziel kann daher Verringerung der Rigidität und Erhöhung der Durchlässigkeit sein.

Lewin K (1982) Feldtheorie und Experiment in der Sozialpsychologie. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4 [Feldtheorie]. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta, S 187–213

Marrow A (1977) Kurt Lewin – Leben und Werk. Stuttgart, Klett

Bernhard Dolleschka

Ritual (in der → Systemischen Therapie). Rituale sind vorgeschriebene symbolische Handlungen, die auf eine bestimmte Art und Weise in einer bestimmten Abfolge durchgeführt werden. Themen für Rituale in der Systemischen Familientherapie sind u. a. Mitgliedschaften (Geburt oder Weggang eines Kindes aus der Familie, [Wieder]verheiratung etc.), Heilung (Ausdruck von Trauer wird erleichtert), Identität (Lösen stigmatisierender Etiketten), Feiern in Familien (Imber-Black et al., 1993). Therapeutische Rituale sind in Phasen zu unterteilen: Die Trennungsphase vom Bisherigen, während der der Rahmen zum Herausheben bestimmter Ereignisse geschaffen, Kenntnisse weitergegeben und Vorbereitungen getroffen werden, die Schwellen- und Übergangsphase, in der das eigentliche Ritual stattfindet, und die Reintegration, das Erleben des neuen Zustandes.

Imber-Black E, Roberts J, Whiting R (1993) Rituale in Familien und Familientherapie. Heidelberg, Carl Auer

Van der Hart O (1982) Abschiedsrituale in der Psychotherapie. München, Pfeiffer

Billie Rauscher-Gföbler

Ritual (→ Analytische Psychologie). → Energie, psychische.

Rolle (Rollentheorie). Der Mensch wird im → Psychodrama als Rollenspieler gesehen. Rolle im Psychodrama ist das funktionale Verhalten, mit dem der Mensch in einem bestimmten Augenblick auf eine bestimmte Situation reagiert, an der andere Menschen oder Objekte beteiligt sind. Die Rolle ist somit Nahtstelle zwischen Individuum und Gesellschaft und kann zur erstarrten „Kulturkonserve“ werden. In der Dialektik von Rollenübernahme und Rollengestaltung (role-taking und role-making) betont das Psychodrama die Gestaltungsseite des Handelns. In der Terminologie von G.-H. Mead das „I“ gegenüber dem „Me“ (bei Moreno). Rollenhandeln ist eine Synthese von individuellem und kollektivem Verhalten. Alles menschliche Handeln ist an die Ausübung von Rollen gebunden. Die Sozialisation und Entwicklung ist bei Moreno bestimmt durch das „Soziale Atom“, also die strukturierten Interaktionen mit den Bezugspersonen. Für Moreno ist das unabhängige Individuum deshalb soziale Fiktion. Als Bezugspunkt verwendet er den Begriff Rolle statt „Persönlichkeit“ oder „Ich“, weil letztere für ihn weniger konkret sind. Rolle sei zunächst ein Insgesamt von Erwartungen und Zuschreibungen und gliedert sich in verschiedene Elemente. Role-taking steht für das Übernehmen von Rollen, role-acting führt die Rolle aus, role-playing vermag darüber hinaus die Rolle zu variieren und role-creating gestaltet Rollen überhaupt neu. Eine andere Untergliederung (Leeb, 1991: 104) teilt die Rollen ein in psychosomatische Rollen (z. B. die Rolle des Trinkenden, der Genießende), in psychodramatische Rollen (z. B. die Fantasierolle im kindlichen und therapeutischen Spiel), in soziale Rollen (z. B. Beruf, Vater, Mutter) sowie in transzendente Rollen (z. B. der Weise, der Religiöse, der Prophet). Die Rollenausübung geht nach Moreno der Genese des Selbst voraus. Die Rollen entstehen also nicht aus dem Selbst, das Selbst aber aus den Rollen. Das Selbst ist jedoch auch mehr als die Summe der Rollen

(Leutz, 1982: 174). Morenos Konzept der Persönlichkeitsentwicklung fügt sich an vielen Punkten gut ein in neuere Konzepte, welche die zunehmende „Dezentrierung“ und Vielfalt der Rollenübernahme und Rollengestaltung als Leitlinie der Autonomiegewinnung untersucht haben (Habermas, 1973).

- Habermas J (1973) Stichworte zur Theorie der Sozialisation. In: Habermas J, Kultur und Kritik. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 118–194
 Leeb W (1991) Psychodrama in der psychiatrischen Rehabilitation. In: Vorweg M, Alberg T (Hg), Psychodrama. Leipzig, Barth, S 101–113
 Leutz GA (1982) Entsprechung zwischen der Spontanitätstheorie der kindlichen Entwicklung und Prozeß und Ziel der Psychodramatherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 32: 173–177
 Ottomeyer K (1987) Lebensdrama und Gesellschaft. Wien, Deuticke

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Rolle (→ Dynamische Gruppenpsychotherapie). → Organisation.

Rollenfeedback (→ Psychodrama). Gruppenteilnehmer sprechen aus, wie es ihnen in der entsprechenden → Rolle ergangen ist, dadurch erhält der → Protagonist weitere intersubjektive Hinweise. Oftmals zeigen sich im Rollenfeedback Gegenübertragungsreaktionen im psychoanalytischen Sinne (→ Gegenübertragung), mit denen Gruppenteilnehmer auf die unbewußte Inszenierung des Protagonisten antworten. Zumeist steuert der Psychodramatherapeut das Rollenfeedback so, daß der Protagonist erst nach dem Anhören aller Feedbacks mitteilt, wie es ihm im Spiel und mit den Reaktionen der Mitspieler ergangen ist. Der Protagonist bekommt durch die Rückmeldungen der Mitspieler eine erweiterte Sicht seines dargestellten psychodramatischen Spiels. Zumeist folgt auf das Rollenfeedback das → Identifikationsfeedback.

- Erlacher-Farkas B (1996) Beschreibung der praktischen Monodramaarbeit. In: Erlacher-Farkas B, Jorda C (Hg), Monodrama. Wien, Springer, S 95–117

Weiss K (1993) Psychodrama – Soziometrie. Ein Supervisionskonzept. In: Bosselmann R, Lüffe-Leonhardt E, Gellert M (Hg), Variationen des Psychodramas. 2. Aufl. Meezen, Limmer, S 249–261

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Rollenspiel. Übernimmt ein Patient im → Psychodrama eine → Rolle, um zu erfahren, wie es ist, in dieser Rolle zu sein, dann ist das als Rollenspiel zu bezeichnen. Das Rollenspiel dient zum Erlernen und zur Übung vorgegebener Rollen; neues Verhalten wird dabei erprobt. Im → Rollentausch kann auch die Wirkung auf den → Antagonisten überprüft werden. Fiktive und unerwartete Szenen werden im Spontanitäts- oder Situationstest gespielt. Bei Psychotikern ist es ratsam, mehr als sonst im Psychodrama mit Rollenspiel zu arbeiten, wobei die Realitätsebene stärker zum Zug kommt (→ Psychosenpsychotherapie). Im Bereich der Psychosomatik ist es hilfreich, daß im Rollenspiel der Körper direkt beteiligt ist. Der Weg der Behandlung führt über die spielerische Darstellung psychosomatischer Rollen (Organe, Körperteile etc.). Das einzeltherapeutische Setting (→ Monodrama) erlaubt es, einzelne Sequenzen im Rollenspiel etwa mit leeren Stühlen (→ Leerer Stuhl) darzustellen, Mitspieler – so wie in der Gruppe – sind aber keine vorhanden. Das Rollenspiel in der Gruppendynamik und Organisationsberatung geht auf den Begründer des Psychodramas, Moreno, zurück, da Schüler von Lewin auch bei Moreno lernten. Das übende Rollenspiel (Behaviourdrama) probt neue oder zumindest veränderte Rollen und Handlungen und ist eher zukunftsgerichtet. Schwierige Konfliktgespräche können im Schonraum der Psychotherapie vorher durchgespielt werden. Häufig wird das Rollenspiel auch in der → Supervision verwendet, da der Beziehungsaspekt zwischen Therapeut und Patient direkter zur Betrachtung und Reflexion gelangen kann, als dies im nur verbalen Bericht möglich wäre.

Erlacher-Farkas B (1984) Psychodrama und Rollenspiel als Therapieform bei Prüfungsängsten und Leistungsstörungen. In: Krainz E (Hg), Student sein. Wien, Literas, S 119–128

Frankl H (1992) Über Mead hinaus: Morenos Theorie des alltäglichen und des psychodramatischen Rollenspiels. In: Buer F (Hg), Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis & Gesellschaftspolitik 1992. Opladen, Leske + Budrich, S 19–55

Gunkel S (1989) Empathie im Psychodramatischen Rollenspiel: Training der Perspektivenübernahme. Integrative Therapie 15(2): 141–169

Petzold H (1982) Behaviourdrama als verhaltenstherapeutisches Rollenspiel. In: Petzold H (Hg), Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, Therapeutisches Theater. Stuttgart, Hippokrates, S 219–233

Rau H, Kloes G (1983) Das therapeutische Rollenspiel in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung. Gruppendynamik 14(3): 279–289

Michael Wieser

Rollentausch, Rollenwechsel (→ Psychodrama). Der Rollentausch ist eine der wichtigsten psychodramatischen Techniken. Durch den Tausch wird das Zusammenspiel erleichtert und zudem ein Zugang zu vor- und unbewußten Inhalten geschaffen. Freud spricht etwa in der „Analyse des kleinen Hans“ mehrmals explizit von der heilsamen Wirkung des Rollentausches. Von der → Antagonistenrolle aus läßt sich die Abwehr ein Stück umgehen, aber auch das eigene Verhalten aus der anderen Perspektive erleben. Im Rollentausch kann auch die Wirkung auf den → Antagonisten erlebbar überprüft werden. Diese praktische Dezentrierung und Fremdwahrnehmung vermittelt Einsicht, besseres gegenseitiges Verstehen und Annehmen auch eigener abgespaltener, projizierter Anteile, indem es verhärtete Positionen lockert. Das Vertrauen des Patienten zu sich selbst wird durch den Rollentausch gestärkt und ihm dabei geholfen, seine Kräfte im Umgang mit der Situation wahrzunehmen und zu entfalten. Der Rollentausch entspricht entwicklungspsychologisch dem „zweiten psychischen Universum“, der „Du-Erkennnis“. Ich und Du werden unterschieden, die soziale Realität wird nach unterschiedlichen Perspektiven differenziert wahrgenommen. Das „taking the role of the other“ ist in der menschlichen Sozialisation und

Identitätsbildung eine zentrale Dimension (→ Rolle). Im Rollentausch ist es dem Patienten „scheinbar möglich, unvereinbar gegenteilige Anteile als integrierbar erleben zu lassen [...] und sie] zu einem lebensnahen und realitätsadäquaten Lebensentwurf zu führen“ (Jorda, 1994: 229). Der Rollenwechsel ist ein unvollständiger, da einseitiger, Rollentausch: im → Monodrama wechselt der Protagonist mit seinem Hilfsobjekt seine Rolle (daher kann hier nicht von Rollentausch gesprochen werden). „Beim Rollenwechsel mit anderen Hilfsobjekten wechselt der Protagonist also mit bestimmten Ich-Anteilen seiner Person“ (Erlacher-Farkas & Jorda, 1996: 121). Der Rollenwechsel hat mehrere Funktionen: 1. das diagnostische Erkennen von Rollendefiziten; 2. die therapeutische Funktion der Rollenerweiterung; 3. die Empathiefähigkeit zu entwickeln; 4. die soziale Funktion der Aneignung dieser fremden Rollenanteile; 5. die kreative Funktion durch den Start für verschiedene neue Rollen.

- Erlacher-Farkas B, Jorda C (Hg) (1996) Monodrama. Heilende Begegnung. Vom Psychodrama zur Einzeltherapie. Wien, Springer
- Jorda C (1994) Rollenverlust und psychodramatische Möglichkeiten. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Wien, Springer, S 229–238
- Krüger R (1989) Der Rollentausch und seine tiefenpsychologischen Funktionen. Psychodrama 2(1): 45–67
- Lesemann K (1993) Mut zum Rollentausch. Stationäre Psychodramatherapie bei sexuellem Mißbrauch. Psychodrama 6(1): 75–96

Anneliese Schigutt, Christian Jorda

Rückfall (→ Alkoholismus). Im Langzeitverlauf kommt es bei vielen Alkoholabhängigen zu Rückfällen. Alkoholabhängigkeit wird deshalb häufig als chronische Erkrankung mit sehr unterschiedlichen Erscheinungsbildern gesehen und nicht als stabiler Prozeß. Unterschiedliches Trinkverhalten reicht von absoluter Abstinenz bis zur dauernden chronischen Alkoholintoxikation. Zu unterscheiden sind Rückfälle ohne Kontrollverlust (slips) und solche mit Kontrollverlust, welcher rasch

wieder zum alten Trinkverhalten führt. Bedingungen, die zum Rückfall führen, hängen von der Dauer der vorangegangenen Abstinenz und davon ab, welche Wirkung der oder die Alkoholabhängige durch das Trinken von Alkohol benötigt (Alkohol als Entzugsmedikament, Alkohol als Coping-Strategie, Alkohol als Anxiolytikum oder Antidepressivum, Alkohol, weil andere trinken, Suchtgedächtnis, wie z. B., daß in gewissen Situationen immer getrunken wurde). Alle psychotherapeutischen Methoden haben ihr Einsatzgebiet, es ist jedoch eine genaue Analyse des Rückfalls notwendig, um die richtige Intervention durchzuführen. Je nach Untergruppe Alkoholabhängiger und nach Art des Rückfalls ist dieser als negatives oder positives Symptom zu sehen. Die Vermeidung von „High-Risk-Situationen“ und der Umgang mit der Situation und den Gefühlen vor den Rückfällen stehen heute im Zentrum des Interesses. Auch die Reduktion der Intensität und der Frequenz von Rückfällen sind heute anerkannte Therapieziele.

- Ades J, Badawy A, Barrias JA, Besson J, Borg S, Chick J, Lesch OM, Moore N, Pelc I, Poldrugo F, Rodriguez-Martos A, Saß H, Verbanck P, Walburg JA (1994) Guidelines on evaluation of treatment of alcohol dependence. Alcoholism, Journal On Alcoholism And Related Addictions 30(Suppl): 5–83
- American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe
- Lesch OM, Walter H (1995) Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit. Neue Erkenntnisse in Ätiologie und Therapie. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 18(4): 3–24

Otto-Michel Lesch

Rückorientierung (→ Hypnose). Unter Rückorientierung versteht man den Wechsel aus einer hypnotischen → Trance in den normalen Wachzustand. Dieser Übergang beinhaltet das implizite oder explizite Aufheben der → Suggestionen, die den Trancezustand herbeigeführt und aufrechterhalten haben, sowie allfälliger Suggestionen, → Trancephänomene betreffend. Die Rück-

orientierung kann als stufenweises Ritual eingeübt werden und durch Markierungen wie Zählen oder die Verwendung bestimmter Worte strukturiert werden. Die sorgfältige und vollständige Zurücknahme der Hypnose ist eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherung des therapeutischen Effektes und der positiven → Übertragung. In der → Selbsthypnose wird analog dazu ein jeweils persönlich passendes Ritual zur Rückorientierung angewandt.

Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union
Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. 2., korrig. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Hans Kanitschar

Ruheübung. → Autogenes Training; → Formeln des Autogenen Trainings; → Grundstufe des Autogenen Trainings.

ning der Lauftechnik oder als Warming-up, Cooling-down und allgemeine Bewegungsschulung. Die Therapiedauer wird oft auf mindestens drei Monate gesetzt, um eine Konditionssteigerung zu sichern. Für die Wirkung der Running Therapy werden sowohl biologische als auch psychologische Faktoren unterstellt. Veränderungen in der Körpertemperatur und in der Konzentration von Beta-Endorphin und Monoaminen, Kompetenzerwartungen, Ablenkung und soziale Gruppenfaktoren werden entweder einzeln oder zusammen angeführt, um die Wirkung der Running Therapy zu erklären.

Berger BG (Ed) (1993) Exercise and psychological well being. International Sport Psychology 24: 87–254
Hays KF (1994) Running therapy: special characteristics and therapeutic issues of concern. Psychotherapy 31: 725–734
Sachs ML, Buffone GW (Eds) (1984) Running as therapy. Lincoln, University of Nebraska Press

Rudolf J. Bosscher

Running Therapy. In der Psychiatrie entwickelter Ansatz von Bewegungstherapie mittels „Running“ (Trablauf bzw. Jogging). Diese Form von Therapie wurde Anfang der 70er Jahre in der → Integrativen Bewegungstherapie, dann in den USA entwickelt – aufgrund der allgemeinen Erfahrung, daß ein gezieltes Laufprogramm zu psychischen Veränderungen führen kann. Running Therapy wird manchmal als Monotherapie verwendet, aber gewöhnlich als Teil eines Programmes mit anderen Formen von Psychotherapie oder Pharmakotherapie. Supervision von einer bewegungstherapeutisch geschulten Fachkraft und spezifische therapeutische Zielsetzungen unterscheiden Running Therapy von Laufen als Freizeitaktivität. Als Anwendungsgebiete gelten Stimmungs- und Angststörungen. Das Setting ist meist das einer Gruppe von 12 bis 16 Personen, die sich ein- oder zweimal in der Woche für 1 Stunde auf einer Leichtathletikbahn treffen. Obwohl der Kern der Stunde auf eine Ausbreitung des Laufpotentials ausgerichtet ist, werden auch andere Bewegungsaktivitäten eingesetzt, entweder als Trai-

- S -

Sadismus. Richard von Krafft-Ebing benannte 1893 das Phänomen nach Marquis de Sade. Sadismus bezeichnet das Erleben von (sexueller) Lust, wenn einem anderen Schmerz zugefügt wird. Der Begriff ist problematisch. An ihm stellt sich unabweisbar die Frage, ob die Beschreibung der → Psychoanalyse eine Beobachtung von außen oder die Beschreibung eines inneren (subjektiven) Erlebens zum Gegenstand hat. Eine Handlungsweise „sadistisch“ zu nennen, kann immer nur bedeuten, daß derjenige, der beschreibt, sich selbst als „Opfer“ empfindet oder sich mit ihm identifiziert und dem Täter ein lustvolles Erleben im Zusammenhang mit dessen Tun unterstellt. Demgemäß umfaßt die Verwendung des Begriffes immer mindestens drei Positionen: den „Täter“, das „Opfer“ und den Beschreibenden. Sadismus ist untrennbar mit dem → Masochismus verbunden (Sadomasochismus), weil der andere dabei – bewußt oder nicht bewußt – als Teil des eigenen Selbst erlebt wird (narzißtische Erlebensweise, → Selbstobjekt). Freud (1905) beschrieb den Sadismus im Rahmen seiner → Triebtheorie als Partialtrieb und damit prinzipiell als Vorstufe und Teil der reifen, genitalen Sexualität. Für ihn gehörte der Sadismus zur ursprünglichen Triebausstattung des Menschen. Im Rahmen der Triebtheorie ist der → Bemächtigungstrieb und die destruktive → Aggression konsequenterweise mit dem → Sexualtrieb verbunden. In der psychoanalytischen → Selbstpsychologie dagegen wird Sadismus im eigentlichen Sinn als → Perversion verstanden (Bartosch, 1999): 1. Schädigende Erlebnisse der Kindheit (chronisch nicht entsprechende Kommunikation, Gewalt der Eltern) führen dazu, daß die Grenze zwischen dem eigenen Erleben und dem des anderen nicht wirklich gezogen werden kann; 2. sexuelle Strebungen verbinden

sich mit der → narzißtischen Wut, die die Folge der Schädigung ist; 3. werden sie im sadistischen (sdomasochistischen) Erleben und Verhalten wiederholt (→ Wiederholungszwang), wobei das Bedürfnis nach Rache in Verbindung mit sexuellem Erleben in gewissem Ausmaß befriedigt wird. Der Sadismus eines Menschen spiegelt die in der Kindheit als Gewalt erlebten Kommunikationsformen der Eltern wider. Freud sah zuerst den Sadismus als primär und verstand den Masochismus als dessen sekundäre Wendung gegen die eigene Person. In seiner letzten Triebtheorie konzipierte er den Masochismus als primär und verstand Sadismus als dessen Wendung gegen die Objekte nach außen. Der entscheidende Punkt ist die Frage, von welcher Perspektive her man das Phänomen betrachtet. Von außen gesehen ist der Sadismus primär. Vom Erleben des Subjektes her ist es das Erleiden von Schmerz, das primär ist (das vom Kind „als Gewalt erlebte“ Beziehungsangebot der Eltern). In diese Richtung zielte wohl Freuds letzte Theorie, blieb aber in der Sackgasse der Triebtheorie stecken, die nur den → Todestrieb als Antwort weiß. Heute – in der Selbstpsychologie – ist ein besseres Verständnis möglich: primär ist das masochistische Erleben, weil die Schädigung des Kindes vorher da ist und zum Zweck des Versuchs einer Bewältigung und einer Kompensation das Ohnmachtserleben mit dem sexuellen Erleben verbunden wird.

Bartosch E [1992] (1999) Religion und Sodomasochismus. In: Bartosch E, Auf dem Weg zu einer neuen Psychoanalyse. Charakterentwicklung und Therapie aus der Sicht der Selbstpsychologie. Wien, Verlag Neue Psychoanalyse, S 71–99

Bartosch E [1993] (1999) Ganz normal pervers? In: Bartosch, E, Auf dem Weg zu einer neuen Psychoanalyse. Charakterentwicklung und Therapie aus der Sicht der Selbstpsy-

chologie. Wien, Verlag Neue Psychoanalyse, S 101–130

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Freud S [1924] (1982) Das ökonomische Problem des Masochismus. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 339–354

Erwin Bartosch

Sadomasochismus. → Sadismus; → Masochismus.

Salutogenese. → Protektive Faktoren.

Sandspiel, therapeutisches. Wurde von der Schweizerin Dora Maria Kalff (1904–1990) auf der Grundlage der tiefenpsychologischen Erkenntnisse von C.G. Jung aus dem „Weltspiel“ von Margaret Lowenfeld (London) entwickelt. Anwendung bei Menschen aller Altersgruppen, um die Selbstheilungstendenzen der Seele sowie ihre Entwicklung, den Individuationsprozeß, zu fördern bzw. einzuleiten (→ Seele; → Individuation). Im schützenden Rahmen des Sandkastens (ca. 70 × 50 × 7 cm) wird in trockenem oder feuchtem Sand mit Hilfe einer Auswahl aus der Vielfalt der bereitstehenden kleinen Figuren und Gegenstände eine persönliche Welt gestaltet. Das gestaltete Bild symbolisiert die derzeit in der Psyche wirksamen Kräfte (→ Symbol; → Komplex). Die Bildfolge zeigt die Veränderungen bewußter und unbewußter Konflikte. Die heilende Wirkung wird als Wandlung der Energien und Einstellungen erlebt (→ Energie, psychische; → Projektion, aus Sicht der Analytischen Psychologie).

Ammann R (1989) Heilende Bilder der Seele: Das Sandspiel. München, Kösel

Kalff DM (1996) Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. München, Reinhardt

Sigrid Löwen-Seifert

Säuglingsforschung. Die Ergebnisse der Säuglingsforschung (Petzold, 1993, 1995) und daran anschließend und – von Psychotherapeuten bislang wenig beachtet – der longitudinalen Entwicklungsforschung (Rutter & Rutter, 1992) der letzten Jahrzehnte haben herkömmliche entwicklungs- und persönlichkeitspsychologische Theorien und damit auch Krankheitsmodelle zum Teil fundamental in Frage gestellt. Seit den 60er Jahren zeichnet sich – im Unterschied zum „klinisch rekonstruierten Baby“ (Freud, Mahler, Kernberg, u. a.) das Bild eines „kompetenten Säuglings“ ab, dessen eindruckliche Fähigkeiten dank moderner Beobachtungsmethoden und Meßinstrumente sowie interdisziplinärer Zusammenarbeit zunehmend erfaßbar werden (Bremner et al., 1998). Wichtige Forschungsbereiche betreffen Wahrnehmungskapazitäten, Kognitionen, Emotion, Motorik und Interaktion (Slater, 1998). Aufgrund der durch Prozesse „evolutionären Lernens“ (Bradshaw, 1998) ausgebildeten Kompetenzen sind Säuglinge und ihre Bezugspersonen (→ intuitive parenting) dazu ausgerüstet, sich trotz teilweise noch unausgereifter Sinnessysteme und zerebraler Processingkapazitäten relevante Information zu beschaffen und diese strukturiert zu verarbeiten. Verschiedene Sinneswahrnehmungen werden durch Prozesse der „amodalen“ bzw. „kreuzmodalen Wahrnehmung“ und multimodaler Gedächtnisleistungen miteinander in Beziehung gebracht, wobei die komplexen Relationen zwischen dem wahrnehmenden Säugling und seiner Umwelt sowohl die mnestischen Fähigkeiten (Cowan, 1998) – frühe Erinnerungen sind äußerst spezifisch und ihr Abrufen hängt stark von jeweiligen Umgebungsreizen ab – als auch die Bewegungskoordination beeinflussen. Wahrnehmung, Verarbeitung und Handlung/Motorik sind eng miteinander verschränkt (Petzold, 1995: 491–645; Simion & Butterworth, 1998). Ohnehin verlangt die Erforschung der meisten Entwicklungsprozesse zunehmend den Einbezug der Umwelt, der sozialen Kompetenzen des Säuglings und seiner „caregiver“, sodaß bei Untersuchungen immer häufiger ein „transaktionales Modell“ (Sameroff) zu-

grundegelegt wird, welches nicht-lineare Prozesse multifaktoriell zu erfassen sucht. Gerade die Ergebnisse zur → Eltern-Kind-Interaktion, zum Kommunikations-, Beziehungs- und Bindungsgeschehen (→ Bindungsforschung) zwischen Säugling und Umwelt sind für die Handhabung von (regressiven) therapeutischen Prozessen von hoher Relevanz (→ Säuglingsforschung und Psychotherapie). Insgesamt werfen die Strömungen der modernen Säuglings- und Longitudinalforschung, die psychobiologischen (z. B. H. Papoušek, L. Bischof-Köhler, A. Fogel, H. Keller; vgl. Petzold, 1993), die selbstpsychologischen/ psychoanalytischen (z. B. D. Stern, J. Lichtenberg, A. Sroufe, R. Emde; vgl. Petzold, 1995) und die integrativen Ansätze (z. B. D. Meltzoff, A. Sameroff, M. Rutter, M. Lewis, K. Nelson; vgl. Petzold, 1993, 1995), ein neues Licht auf Entwicklungsprozesse, was auch zu neuen Modellen der Persönlichkeitsentwicklung führte: Sterns (1985) emergierendes Selbst, daß sich von einem Kernselbst in der Interaktion (vorwiegend mit der Mutter) zu einem subjektiven und verbalen Selbst ausdifferenziert – oder Petzolds (1995: 341ff.) Modell „differentieller Persönlichkeitsentwicklung im Kontext und Kontinuum“, in dem sich von einem pränatalen „organismischen Selbst“ in der „Welt sensumotrischer Erfahrung“ (0–6 Monate pränatal) ein „archaisches Ich“ in der „Welt interpersonalen Erfahrung“ (3–7 Monate postnatal entwickelt) bis zum „symbolischen Leibselbst“ mit „archaischer Identität“ in der „Welt der Symbol- und Spracherfahrung“ (12–18 Monate) und schließlich zum „reifen Selbst“, das über ein vollausgebildetes Ich und eine pränante → Identität verfügt (18 Monate bis 4 Jahre), womit die Persönlichkeit strukturell für die Weiterentwicklung im Kontext, über das Kontinuum der → Lebensspanne ausgebildet ist. Der Säugling wird also mit Vygotsky von Anfang an im → sozialen Netzwerk und der → sozioökologischen Mikrostruktur als Matrizen der Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung verortet, also nicht nur in der Dyade betrachtet, sondern in einem breiten Verständnis der Eltern-Kind-Umwelt-Interaktion (→ Eltern-Kind-Interaktion; Rauh, 1995: 228ff.) unter der Perspek-

tive der Longitudinalforschung. Für die Psychotherapie bildet die Säuglingsforschung Wissen über Grundmuster zwischenmenschlicher, d. h. zwischenleiblicher Interaktionen/Kommunikation unter evolutionsbiologischer Perspektive, Wissen über die Entwicklung von Emotionen und Kognitionen, d. h. über die Persönlichkeit, das unmittelbar interventiv fruchtbar gemacht werden kann.

- Bradshaw JL (1997) Human evolution. A neuropsychological perspective. Sussex, Psychology Press
- Bremner JG, Slater A, Butterworth G (1998) Infant development. Recent advances. Sussex, Psychology Press
- Cowan N (1998) The development of memory in childhood. Sussex, Psychology Press
- Petzold HG (1993) Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1. Paderborn, Junfermann
- Petzold HG (1995) Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn, Junfermann
- Rutter M, Rutter M (1992) Developing minds. Challenge and continuity across the life span. London, Penguin Books
- Simion F, Butterworth G (1998) The development of sensory, motor and cognitive capacities in early infancy. From sensation to cognition. Sussex, Psychology Press
- Slater A (1998) Perceptual development. Visual, auditory and speech perception. Sussex, Psychology Press
- Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Lotti Müller, Hilarion G. Petzold

Säuglingsforschung und Psychotherapie. Die Ergebnisse der → Säuglingsforschung (Bremner et al., 1998) haben das Bild vom Säugling in den letzten 25 Jahren grundlegend verändert (Lichtenberg, 1991; Stern, 1992; Dornes, 1993). Diese Veränderung hat praktische Konsequenzen 1. für die Psychotherapie des Säuglings und Kleinkindes bzw. die der frühen Eltern-Kind-Beziehung und 2. für die Psychotherapie erwachsener Patienten. Zu 1.: Es gibt verschiedene Formen psychotherapeutischer Intervention im Säuglingsalter, die auf dem von der Säuglingsforschung bereitgestellten Wissen basieren (Überblick bei Stern, 1995). Psychodynamische Verfahren wen-

den sich vor allem an die Psyche der Eltern, insbesondere an die Vorstellungen, die diese von ihrem Kind haben. Realitäts-unangemessene Vorstellungen, die oft un- oder vorbewußt sind, können eine pathogene Wirkung haben, wenn sie das Interaktionsverhalten der Eltern mit ihrem Säugling negativ beeinflussen. Die Bewußtmachung und Durcharbeitung dieser Fantasien kann den Interaktionsstil der Eltern und die dadurch bedingten Symptome des Säuglings beeinflussen. Interaktionszentrierte Verfahren setzen direkt am Verhalten der Eltern an und modifizieren es, ohne auf die dahinterliegenden Fantasien einzugehen. Beide Verfahren sind ähnlich erfolgreich. Klassisch verhaltenstherapeutische Verfahren verändern das Verhalten des Säuglings durch Konditionierung. Auch damit können innerhalb kürzester Zeit dramatische Besserungen, z. B. bei lebensbedrohlichen Säuglingsanorexien, erreicht werden. Neue integrative Ansätze werden derzeit im deutschen Sprachraum u. a. von M. Papoušek (München) und R. Barth (Hamburg) praktiziert (s. von Klitzing, 1998). Zu 2.: Das Interesse von psychodynamisch orientierten Erwachsenenpsychotherapeuten an der Säuglingsforschung rührt u. a. daher, daß in den letzten 25 Jahren die sogenannten „frühen“ Störungen verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit getreten sind. Die implizite Erwartung von Therapeuten an die Säuglingsforschung ist, daß ein genaueres Wissen um die Erlebniswirklichkeit kleiner Kinder die therapeutische Erreichbarkeit und Beeinflußbarkeit von Frühstörungen erhöht. Die Säuglingsforschung kann für die Psychotherapie Erwachsener aus folgenden Gründen nützlich sein: (a) sie sensibilisiert für die Wirkung und Struktur von Traumata aus der präsymbolischen Zeit; (b) sie kann die Genauigkeit von Rekonstruktion vergangener Erfahrungen verbessern und so zu einem realistischeren Bild der eigenen Vergangenheit beitragen; (c) sie ermöglicht ein vertieftes Verständnis der Bedeutung von Objektbeziehungen bei der Entstehung und Behandlung von Charakterstörungen; (d) sie trägt zu einer Veränderung des Bildes von archaischen „Kindschemata im Patienten“ bei und verändert so auch die implizi-

ten Anthropologien, die in Deutungen und Rekonstruktionen Eingang finden; (e) sie weist darauf hin, daß eine interaktionelle, dyadische Konzeption des psychotherapeutischen Prozesses der menschlichen Natur entspricht. Der Hauptgewinn der Säuglingsforschung für die psychodynamisch orientierte Erwachsenenpsychotherapie besteht nicht in der Anwendung von Wissen auf den Patienten, denn diese ist keine Technologie oder Anwendungswissenschaft. Ihr Kern besteht in der kreativen Übersetzung von Wissen in Metaphern, die (unbewußte) Bedeutungen erhellen sollen. Der praktische Wert von Theoriewissen und Forschungsergebnissen ist in der Psychotherapie eher indirekt: Theorien sensibilisieren die Wahrnehmung für bestimmte Aspekte der Wirklichkeit. Die neuen Theorien der Säuglingsforschung lenken die Aufmerksamkeit auf Bereiche, die bisher nicht oder in anderer Weise wahrgenommen wurden. Der Hauptbeitrag der Säuglingsforschung zur psychodynamischen Erwachsenenpsychotherapie besteht also in der Erzeugung neuer Metaphern oder Modellszenen, die klinisches Material auf neue und therapeutisch inspirierende Weise organisieren helfen. Da Muster des → „intuitive parenting“ und „sensitive caregiving“ aus der → Eltern-Kind-Interaktion sich auch in Formen „intimer Interaktion und Kommunikation“ über die Lebensspanne hin finden lassen, verwenden Integrative Therapieansätze (→ Integrative Therapie) derartige Muster in leib- und bewegungsorientierter Psychotherapie auch mit Erwachsenen und alten Menschen (Petzold, 1995: 437ff., 512ff.). Im Diskurs zwischen den entwicklungspsychologisch orientierten Therapieschulen sind hier weitere behandlungsmethodische Innovationen zu erwarten.

- Bremner JG, Slater A, Butterworth G (1998) Infant development. Recent advances. Sussex, Psychology Press
- Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Frankfurt/M., Fischer
- Lichtenberg JD (1991) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin, Springer
- Petzold HG (1995) Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn, Junfermann

- Stern DN [1985] (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta
 Stern DN (1995) The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy. New York, Basic Books
 von Klitzing K (Hg) (1998) Psychotherapie in der frühen Kindheit. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Martin Dornes

Saying back. Eine Methode des → Begleitens im → Focusing; deutsch: „zurück-sagen“. Dabei werden bestimmte Worte des Klienten vom Therapeuten wörtlich wiedergegeben. Diese Variante des → Listening wird dann angewendet, wenn der Klient in innerer → Achtsamkeit ist und eine unmittelbare Beziehung (direct reference; → Experiencing) zu einem → Felt Sense aufgenommen hat. Dann fungieren bestimmte Wörter (vor allem Adjektiva und Verben) in den Sätzen des Klienten, aber auch Gesten und andere körperliche Ausdrucksweisen, als Symbolisierungsversuche des Felt Sense; das Saying back lädt den Klienten ein, diese Symbolisierungen mit dem Felt Sense nochmals zu vergleichen, es regt dadurch den Focusing-Prozeß an. Ein Veränderungsschritt (Felt Shift) geschieht dann, wenn der Klient Symbole (Worte, innere Bilder, Bewegungen etc.; → Erlebensmodalitäten) findet, die Aspekte des Felt Sense präzise ausdrücken und damit das Erleben fortsetzen (carrying forward; → Fortsetzungsordnung).

- Cornell AW (1993) The guide's manual. Berkeley (CA), Focusing Resources [Eigenverlag]
 Wild-Missong A (1983) Neuer Weg zum Unbewußten. Focusing als Methode klientenzentrierter Psychoanalyse. Würzburg, DAF [bes. S 29–33]
 Wiltshko J (1992) Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF [bes. S 31–33]

Johannes Wiltshko

Scham. Scham ist eine Emotion, die etwa ab der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres erkennbar wird, wenn das Kind Selbstreflexivität entwickelt (d. h. sich selbst als → Objekt betrachten kann). Freud

sah in der Scham hauptsächlich eine → Abwehr gegen exhibitionistische und grandiose Strebungen. Seit den 70er Jahren ist eine zunehmende Auseinandersetzung mit dem Problem der Scham innerhalb von Beziehungsprozessen und ihrer positiven Rolle bei der Entwicklung von Bewußtheit, → psychischer Struktur und → Identität festzustellen. Scham tritt auf, wenn eine Person ihr (vermeintliches) Versagen dem ganzen → Selbst zuschreibt, also sich als Ganzes in Frage stellt. Käme es nur zu einer Teilzuschreibung, würde im Unterschied dazu ein → Schuldgefühl die Folge sein, das nur die betreffende Handlung in Frage stellt.

- Lewis M [1992] (1993) Scham. Annäherung an ein Tabu. Hamburg, Kabel
 Seidler GH (1995) Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse

Eleonore Schneiderbauer

Schatten. Mit diesem von C.G. Jung aus der bildhaften Alltagssprache entnommenen Begriff bezeichnet man in der → Analytischen Psychologie 1. „das, was ich nicht sein möchte“, d. h. die persönlichen dunklen, minderwertigen und schuldhaften Bereiche des → Unbewußten; 2. infantile, emotionale und irrationale Fixierungen und Symptome; 3. „das andere meiner selbst“ im Sinne einer noch nicht erkannten schöpferischen Potenz. Der eigene Schatten erscheint häufig projiziert (→ Projektion) und wird oft vehement an anderen Menschen bekämpft – oder übermäßig bewundert. Die Schattenthematik zeigt sich oft in den Träumen, meist als gleichgeschlechtliche Figuren personifiziert (Jung, GW, Bd. 7, § 35; 9/II, §§ 14–19; 16, § 134, 479; → Traum; → Personifizieren). Wird die Schattenproblematik nie wahrgenommen oder konsequent verdrängt, entwickelt sich daraus ein autonomer → Komplex und möglicherweise ein neurotisches Verhalten (→ Neurose). Für das psychologische Verständnis kriminellen Verhaltens beispielsweise ist das Schattenkonzept von hervorragender Bedeutung. Die Bewußterwerden der eigenen Schattenanteile ist

eine der ersten Aufgaben, die sich in der Entwicklung zu mehr Bewußtheit stellen. Wenn der Mensch lernt, „mit seinem eigenen Schatten fertig zu werden, dann hat er etwas Wirkliches für die Welt getan“ (vgl. GW, Bd. 11, § 140; → Individuation). Vom persönlichen Schatten ist der archetypische Schatten (→ Archetypus) zu unterscheiden, wie er beispielhaft in → Mythen, → Märchen oder → Religionen thematisiert wird (z. B. der Satan als Widersacher Gottes).

Giegerich W (1988) Zuerst Schatten, dann Anima. Oder: Die Ankunft des Gastes. Schattenintegration und die Entstehung der Psychologie. Gorgo 15: 5–28

Guggenbühl A, Kunz M (Hg) (1990) Das Schreckliche. Mythologische Betrachtungen zum Abgründigen im Menschen. Zürich, Schweizer Spiegel Verlag

Zweig C, Abrams J (Hg) [1991] (1993) Die Schattenseite der Seele. Bern, Scherz

Martin Kunz

Schemata, kognitive (→ Verhaltenstherapie). In der → kognitiven Therapie werden in Anlehnung an Piaget kognitive Schemata als relativ stabile, bewußte oder unbewußte Grundannahmen definiert, die Informationsverarbeitung und → Verhalten steuern. Sie sind ziel- und handlungsorientiert, von Emotionen begleitet, und führen zu charakteristischen Kognitionen. Sie entstehen vielfach auf frühen Altersstufen durch Interaktionen des Kindes mit relevanten Bezugspersonen. Schemata liefern einen wichtigen Beitrag zur Entstehung psychopathologischer Auffälligkeiten. So führen dysfunktionale Schemata zu falschen Grundannahmen bezüglich relevanter Selbst- und Lebensbereiche und damit zu inadäquaten Verarbeitungs- und Verhaltensmustern. Schemata können aber auch miteinander in Konflikt geraten, wenn zum selben Zeitpunkt widersprüchliche aktiviert werden. Die Aktivierung erfolgt durch spezifische Auslöser, die den Schemainhalt ansprechen. Das Konzept ist Bestandteil der kognitiven Therapie von Beck, der typische Schemata bei Depressionen (→ kognitive Triade) und auch bei Persönlichkeitsstörungen identifiziert. Ei-

nen schema-fokussierten Ansatz beschreibt Young (1994) für die Therapie von → Persönlichkeitsstörungen. Im deutschen Sprachraum wurde von der Forschungsgruppe um Grawe ein schematheoretisches Vorgehen ausgearbeitet. Es enthält Beschreibungen der Selbstschemata, der Ressourcen des Patienten, konflikthafter Vermeidungsschemata, der Schemadynamik im Hier-und-Jetzt und im Verlauf der Entwicklungsgeschichte sowie typische Ablaufmuster im interaktionellen Bereich. Kognitive Therapie beinhaltet ein Bewußtwerden der Funktionalität bzw. Dysfunktionalität der Inhalte, bestehender Schema-Konflikte, deren Auswirkungen auf das Verhalten sowie die Erarbeitung ihrer Sozialisationszusammenhänge. Das psychotherapeutische Setting gilt als situativer Auslöser für wichtige Schemata. Der Beziehungsarbeit kommt damit besondere Bedeutung zu.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1981) Kognitive Therapie der Depression. München, Urban & Schwarzenberg

Grawe K (1987) Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata. Ein Prozeß mit nicht vorhersagbarem Ausgang. In: Caspar FM (Hg), Problemanalyse in der Psychotherapie. Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen, DGVT, S 72–87

Young J (1994) Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Sarasota, Professional Resource Press

Bibiana Schuch

Schichtenbildung. → Grundstufe des Autogenen Trainings.

Schizophrener Formenkreis. Psychosen des schizophrenen Formenkreises (→ Psychose) sind durch charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmen sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewußtseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch kognitive Defizite entwickeln. Symptome: Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem gesunden Menschen ein

Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben. Die Betroffenen glauben oft, daß ihre innersten Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen bekannt sind oder daß andere daran teilhaben (Depersonalisation, Derealisation). Ein Erklärungswahn (→ Wahn) kann entstehen mit dem Inhalt, daß natürliche oder übernatürliche Kräfte für die veränderte Erlebnis- und Handlungsweise verantwortlich gemacht werden. Akustische → Halluzinationen sind häufig in Form von kommentierenden oder befehlenden (imperativen) Stimmen. Farben oder Geräusche können ungewöhnlich lebhaft oder qualitativ verändert wahrgenommen werden. Unbedeutende Eigenschaften alltäglicher Dinge können besondere Bedeutungen bekommen. Das Denken wird vage, bizarr, der sprachliche Ausdruck unverständlich, inkohärent (formale Denkstörungen), es kommt zu Wortneubildungen (Neologismen). Die Stimmung ist flach, kapriziös oder unangemessen. Der Antrieb kann gesteigert oder gehemmt sein. Mit Plus-Symptomatik werden akute Zustände von Halluzinationen, Wahnbildung, Erregung, Angst und Antriebssteigerung bezeichnet. Der Begriff Minus-Symptomatik beschreibt einen Zustand reduzierter Affektivität, Kommunikativität, Flexibilität, sozialer Kompetenz, ein Rückzugsverhalten, eine Reduktion von Vitalität insgesamt. Ursachen: Es wird eine multifaktorielle Verursachung angenommen. Eine angeborene spezifische Verletzlichkeit und zusätzliche Belastungsfaktoren führen zum Ausbruch (laut der 1977 von Zubin und Spring vorgestellten Vulnerabilitäts-Hypothese). Beginn: meist in der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter. Die Veränderungen können akut mit schwerwiegenden Symptomen und dramatischen Verhaltensweisen beginnen oder sich allmählich und schleichend entwickeln. Verlauf: traditionell werden vier Verlaufsformen unterschieden: Hebephrenie (früher Beginn, schleichender Verlauf), Schizophrenia simplex (nach der Adoleszenz, schleichender Verlauf), paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (Erwachsenenalter, phasenhafter Verlauf – Wechsel zwischen schwerer Beeinträchtigung und weitgehender Symp-

tomfreiheit), Katatonie (massive und schwerwiegende Beeinträchtigung der Willkürmotorik, phasenhafter Verlauf). Medikamentöse Behandlung: → Neuroleptika. Psychotherapie: → Psychosenpsychotherapie.

- Bleuler E (1983) Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl. Berlin, Springer
 Brosch W (1994) Psychiatrie – Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer. Wien, Orac
 World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Werner Brosch

Schizophrenia simplex. → Schizophrener Formenkreis.

Schizophrenie, paranoid-halluzinatorische. → Schizophrener Formenkreis.

Schlußintervention. Wurde in der Systemischen → Familientherapie vor allem durch das → Mailänder Modell und die Heidelberger Schule angeregt und verbreitet. Es handelt sich dabei um all jene Interventionen, die am Ende eines Gespräches in Form von Resümees, Kommentaren oder Verhaltensanweisungen Klienten die Möglichkeit bieten, eine andere Sicht des Besprochenen und Gesehenen und/oder andere Möglichkeiten zum Handeln mitzunehmen. Sie sollen dem System durch einen annehmbaren Input von Bestätigendem und Verstörendem dazu verhelfen, aus den gewohnten Bahnen auszubrechen (Simon, 1988). Schlußinterventionen erfolgen meist verbal, manchmal auch in Form von Briefen oder schriftlichen Dokumenten. Sie können alle systemischen Techniken wie → Reframing, positive → Konnotation, Splitting, Rituale, → paradoxe Interventionen u. a. beinhalten. Den Klienten soll Raum für Nachfragen und zum Verstehen der Neubetrachtung offengehalten werden. Eine

Pause vor der eigentlichen Schlußintervention bietet Klienten die Möglichkeit zu ordnen und fokussiert ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf die Äußerungen des Therapeuten. Das Heidelberger Team unterscheidet drei mögliche Formen von Handlungsaufträgen: „Tu mehr desselben“, „Unterlasse etwas“ und „Probiere etwas Neues“ (Retzer, 1991).

Retzer A (1991) Die Behandlung psychotischen Verhaltens. Heidelberg, Carl Auer

Simon F (1988) Unterschiede, die Unterschiede machen. Berlin, Springer

Billie Rauscher-Gföhler

Schmerz. Schmerz ist ein psycho-physisches Phänomen. Jedes Schmerzgeschehen hat eine sensorische (körperliche Schmerzwahrnehmung), eine emotionale („Weh“-Charakter von Schmerz) und eine kognitive Dimension (Schmerzbewertung). Psychische Faktoren tragen zur Modulation der Schmerzwahrnehmung bei: nach innen gerichtete Aufmerksamkeit, die situativ oder als Ausdruck eines individuellen Persönlichkeitszugs (hypersensitive Persönlichkeit) gesteigert sein kann, emotionale Gestimmtheit (→ Angst und → Depression können die Schmerztoleranz senken), das Ausmaß der Selbstkontrolle (Gefühle der Hilflosigkeit fördern eine inadäquate Schonhaltung und die Chronifizierung) sowie kognitive Bewertungen der Schmerzen (z. B. die Überzeugung, an einer unheilbaren Krankheit zu leiden). Frühere Schmerzerfahrungen und bei Angehörigen beobachtetes Schmerzverhalten beeinflussen über Lernprozesse (Konditionierung; → Modelllernen) späteres Schmerzerleben. Zudem kann die Reaktion der Umgebung (zuwendende oder ablehnende Reaktion der Angehörigen/des Berufsumfeldes) über einen sekundären → Krankheitsgewinn zur Chronifizierung beitragen. Eine erhöhte Schmerzvulnerabilität (pain-proneness) konnte bei Menschen beobachtet werden, die in ihrer Kindheit physischen und psychischen Mißbrauchserfahrungen und einem wechselhaften Erleben von Schmerz, Strafe und Schuld ausgesetzt waren. Diese Beobachtungen können psychodyna-

misch durch folgende Prozesse erklärt werden: → Konversion (Schmerz als symbolischer Ausdruck eines Konflikts), Schmerz als „narzißtische Plombe“ zur Aufrechterhaltung eines gestörten Selbstwertgefühls oder Schmerz als Ausdruck affektiver Dysregulation (→ Psychosomatik; → Resomatisierung). Diese an der Chronifizierung von Schmerz beteiligten psychischen Prozesse haben zur Anwendung psychotherapeutischer Methoden bei der Schmerztherapie geführt. → Entspannungsmethoden, → Biofeedback und → Hypnotherapie verringern die Aufmerksamkeit auf den Schmerz und die oft schmerzverstärkende Muskelanspannung. Verhaltenstherapeutische Methoden (→ Verhaltenstherapie) können Lernprozesse modulieren und Hilflosigkeit verringern. Psychodynamisch/psychoanalytische Methoden sind vor allem bei Konversionssyndromen und schwereren → Persönlichkeitsstörungen indiziert. Bei einseitig somatischer Krankheitstheorie der Patienten ist eine Kombination von körpernahen und verbalen Therapieverfahren empfehlenswert. Die Einbeziehung von Angehörigen kann dazu beitragen, Kollusionen aufzulösen. Strukturierte Gruppentherapieprogramme für Patienten mit ähnlichen Schmerzsyndromen können den Widerstand gegen eine psychosomatische Krankheitssicht verringern und den social support erhöhen. Alle psychotherapeutischen Verfahren müssen in einen Gesamtbehandlungsplan integriert sein, der auch anästhesiologische, medikamentöse und physiotherapeutische Maßnahmen umfassen kann.

Adler RH (1996) Schmerz. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hg), Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg [bes. S 262–276]

Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish HP, Seeman H (Hg) (1990) Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung. Berlin, Springer

Egle UT, Hoffmann SO (Hg) (1993) Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart, Schattauer

Söllner W (1995) Schmerz und chronische Schmerzsyndrome. In: Frischenschlager O,

Hexel M, Kantner-Rumplmair W, Ringler M, Söllner W, Wisiak UV (Hg), Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Wien, Springer, S 167–188

Wolfgang Söllner

Schmerzkontrolle. Schmerzen haben physiologische und psychologische Komponenten. Zu den neuronalen Erregungsleitungen und zentralen Verarbeitungsmechanismen, die noch nicht objektiv erfassbar sind, kommen psychologische Momente wie Bewertungszusammenhang, äußerer Kontext und Erwartung, weiters Gefühlsreaktionen wie Angst, Aspekte wie subjektives Leid u. a. m. Mit → Hypnose kann einerseits an den psychodynamischen Bedingungen psychosomatisch (mit)bedingter Schmerzen gearbeitet werden, andererseits können u. U. mit einer symptom- und lösungsorientierten Vorgangsweise Schmerzen dissoziiert oder subjektive Erlebniskomponenten von Schmerzen verändert werden. Neben der Möglichkeit völliger → Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit) im betreffenden Bereich kann nach erfolgreicher Intervention eine charakteristische Erfahrung lauten: „Ich spüre den Schmerz noch, aber er tut nicht mehr weh.“ Vorgangsweisen der symptomorientierten Schmerzbehandlung mit Hypnose sind: Induktion von Wahrnehmungsveränderungen (Parästhesien), Analgesie, → Anästhesie, Schmerzverschiebung, Substitution, → Dissoziation, zeitliche Umorientierung, → Amnesie, → Umdeutung u. a. Der Patient kann auch durch → Selbsthypnose lernen, Schmerzen zu kontrollieren (→ Ablationshypnose). Bei hypnotischer Schmerzkontrolle konnten keine peripheren physiologischen Veränderungen nachgewiesen werden, daher wird angenommen, daß die Effekte auf Veränderungen in der zentralnervösen Verarbeitung beruhen.

Hoppe F, Winderl E (1986) Hypnotische Schmerzlinderung. Erklärungsansätze, Vorgehensweisen und Befunde. Hypnose und Kognition 3(1): 9–26

Peter B (1986) Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle. Hypnose und Kognition 3(1): 27–41

Hans Kanitschar

Schöpferische Anpassung (aus der Sicht der → Gestalttherapie). Bedeutet die Hervorbringung optimaler Beziehungen zwischen den Interessen und Bedürfnissen eines Organismus und seiner Wahrnehmung der Beschaffenheit seines Umweltfeldes. Schöpferische Anpassung bezieht sich auf die Art, wie der Mensch seine Fähigkeiten benutzt, um das Beste aus den Gegebenheiten seines Umweltfeldes zu machen. Die schöpferische Anpassung ist ein Prozeß der wechselseitigen Beeinflussung einer Person und ihrer Umwelt und zeigt sich in der Selbstregulation, in der Aneignung des Neuen, im Abbau und in der Wiederintegration des Erlebens. Fuhr und Gremmler-Fuhr (1995) unterscheiden → organismische Selbstregulierung physiologischer Prozesse von der selbstregulierenden schöpferischen Anpassung, die die Ganzheit des → Organismus-Umwelt-Feldes umfaßt. Letztere ist die Herstellung von optimalen Beziehungen zwischen den Bedürfnissen und Interessen des Organismus und den wahrgenommenen Strukturen des Umwelt-Feldes, z. B., wenn Einzelpersonen oder Gruppen unmittelbar auf soziale Gegebenheiten reagieren.

Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1995) Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Perls F, Hefferline R, Goodman P [1951] (1991) Gestalttherapie. Grundlagen. München, dtv

Nancy Amendt-Lyon

Schöpferische Freiheit. Ein für die → Gestalttheoretische Psychotherapie grundlegendes gestaltpsychologisches Konzept von Metzger (1962), wobei Freiheit als Freisein von Hemmnissen, welche schöpferischen Kräften entgegenwirken, zu verstehen ist. Ausgehend von der Annahme, daß in einem nicht-behinderten lebenden System die → Tendenz zur guten Gestalt wirkt und die grundsätzliche Möglichkeit der Selbstregulation besteht, ist im Umgang mit „Wesen“ zu beachten, daß sich diese nach eigenen inneren Gesetzen gestalten und verhalten. Wird man dieser Eigenart gerecht und ermöglicht dadurch das Wir-

ken schöpferischer Kräfte, so kann aus dem Tun eines Menschen „etwas Besonderes, Neues, Eigenartiges, Ursprüngliches, Echtes, Wahres“ entstehen (Metzger, 1962: 9). Anhand von „Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“ beschreibt Metzger jene Bedingungen, unter denen sich schöpferische Kräfte entfalten können: Nicht-Beliebigkeit der Form, Gestaltung aus inneren Kräften, Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten, Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit, Duldung von Umwegen, Wechselseitigkeit des Geschehens. Es geht dabei um ein Wechselspiel zwischen „Betreuer und betreutem Wesen“, das Metzger mittels einer taoistischen Parabel veranschaulicht. Hier zeigt sich eine enge Verbindung zwischen gestalttheoretischen Grundlagen und östlichen Weisheitslehren, und es wird eine Haltung deutlich, die im Taoismus als absichtsloses Handeln oder Nicht-Eingreifen in den natürlichen Lauf der Dinge wiederzufinden ist (vgl. Kästl, 1990). Den Betrachtungen Metzgers über Kunst folgend, geht es in der Therapie-situation um die „Kunst des Lebens“ [...] als die Fähigkeit, in schöpferischer Freiheit den Anforderungen und Möglichkeiten des Lebens zu begegnen“ (Walter, 1985: 136f.; vgl. auch Salber, 1993). Unter Einbeziehung des Lebensraumkonstrukts (→ Lebensraum) übernimmt Walter (1985: 148ff.) die von Metzger aufgestellten Kriterien der „Arbeit am Lebendigen“ und erläutert in „12 Antworten“ jene Bedingungs-zusammenhänge, die in einer therapeutischen Ausbildung gelehrt und erfahren werden sollen, um jene von Sachlichkeit (→ Ichhaftigkeit / Sachlichkeit) geprägte Haltung vermitteln bzw. entwickeln zu können, die eine freie Entfaltung angelegter Möglichkeiten und Fähigkeiten ermöglichen. Seine Ausführungen machen Parallelen zu der von Rogers beschriebenen Haltung des Psychotherapeuten und zu anderen wichtigen Verfahren der → Humanistischen Psychologie deutlich und führen zu dem gemeinsamen Grundsatz, daß „die Therapiesituation ein Ort schöpferischer Freiheit sein muß“ (Walter, 1979).

Kästl R (1990) Zur Beziehung von Wolfgang Metzger zu Taoismus und Zen-Buddhismus. *Gestalt Theory* 12(3): 141–149

Metzger W (1962) *Schöpferische Freiheit*. 2., umgearb. Aufl. Frankfurt/M., Kramer

Salber W (1993) Gestalt zwischen Kunst und Wirklichkeit. *Gestalt Theory* 15(3/4): 246–256

Walter H-J (1985) *Gestalttheorie und Psychotherapie*. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen. 3. Aufl. Opladen, Westdeutscher Verlag

Walter H-J [1979, mit: Pauls I] (1996) Gestalttheorie als Grundlage Integrativer Psychotherapie. In: Walter H-J, *Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene*. Opladen, Westdeutscher Verlag, S 36–50

Eva Wagner-Lukesch

Schöpferische Indifferenz. Diese „schöpferische Zentraldimension der Wirklichkeit“ geht auf den Philosophen und Humoristen Salomo Friedlaender zurück und ist ein philosophisches Konstrukt der → Gestalttherapie (Frambach, 1996). Das allgemeinste Merkmal irgendeines Phänomens ist Differenz, da Phänomene nur im Unterschied zu anderen wahrnehmbar sind. Grundlegendstes Gestaltungsprinzip ist die → Polarität, da alle Phänomene ihren jeweiligen Gegensatz mitenthalten (z. B. hell-dunkel). Die Einheit der polaren Differenz ist die Indifferenz des Seins-Grundes (Friedlaender, 1926), aus der heraus sich die Formen der Wirklichkeit entfalten. Zugang dazu finden wir in der innersten Erfahrung des Selbst, die gleichzeitig über das Individuelle hinausweist: „Das Herz, gehörig integriert, gehörig von allen Differenzen entäußert, ist das Herz der Welt“ (Friedlaender, 1926: 51). In der Gestalttherapie kann der Klient Zugang zur schöpferischen Indifferenz finden, wenn er sich den unauflösbaren Widersprüchen stellt, die ihn in seinen Konflikten gefangenhalten (→ Engpaß). Voraussetzung ist das Herausarbeiten der Konflikte durch die Suche nach dem jeweils Gegensätzlichen dessen, woran der Klient festhält. Es bedarf der Loslösung von Fixierungen an widersprüchliche Gefühle und Interessen, um Zugang zum Seins-Grund, der „fruchtbaren Leere“ (F. Perls), zu finden, die der Bewußtseinsqualität des „mittleren Modus“ entspricht (→ Bewußtheit). Aus diesem heraus sind Neuentscheidungen und die

Überwindung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensmuster möglich.

Frambach L (1996) Salomo Friedlaender / Myrona (1871–1946). Gestalttherapie 10(1): 5–25

Friedlaender S (1926) Schöpferische Indifferenz. München, Reinhardt

Reinhard Fuhr

Schrittmacher. In der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie von Hanscarl Leuner auch als „Innerer Führer“ bezeichnet, symbolisiert der Schrittmacher konstruktives und progressives → Probehandeln des Patienten: Eine kreative Ichleistung des Patienten beim → assoziativen Vorgehen, bei der weiterführenden Imagination von Nachträumen, der Fokussierung aktueller Konflikte oder im Rahmen des Durcharbeitens überhaupt. Die vom Patienten imaginierte, als hilfreich erlebte Symbolgestalt (Tiere, Menschen, Märchenfiguren, mythologische Figuren) wird in ihrem Agieren auf der Bildebene vom Therapeuten angeregt, gefördert und wiederholt aufgesucht. Als freundliches, ratgebendes und wohlwollendes → Symbol dient der Schrittmacher zur Überwindung von Ängsten und autodestruktiven Impulsen, zur Entfaltung des narzißtischen Größenselbst, aber auch regressiver Bedürfnisse im Rahmen einer idealisierenden Übertragungsbeziehung.

Leuner HC (1980) Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Bern, Hans Huber

Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Inge Lang

Schuld. Schuld und Schuldgefühle gehören in den Bereich des gesunden und kranken menschlichen → Daseins und spielen im Bereich der Psychopathologie und Neurosenlehre sowie der Psychotherapie eine eminent wichtige Rolle. Eine von der Über-Ich-Theorie der Psychoanalyse abweichende Deutung von Schuld bietet die → Daseinsanalyse an. Schuld ist nach Heid-

egger ein → Existenzial, das heißt, zu den Grundformen menschlichen Daseins gehörend. Dies bedeutet, daß sich das Dasein stets und unabdingbar etwas schuldig bleibt, sei es die Tatsache, daß es von mehreren Möglichkeiten stets nur die eine oder andere wählen kann, sei es, daß es sich noch Zukünftiges schuldig bleibt. Ein solches Schuldig-Sein ist an sich weder aus einer moralischen oder ideologischen und juristisch erfaßbaren Verfehlung her verstehbar, sondern nur aus der spezifisch menschlichen Situation. Deshalb spricht die Daseinsanalyse von „existenzialer“ Schuld (als ontologischem Begriff) und auf das individuelle Dasein bezogen von „existentieller“ Schuld. Auf dieses Schuldig-Sein verweist der „Ruf des Gewissens“ (Heidegger), oft nur stumm, beispielsweise in der depressiven oder anankastischen Neurose, selbst in der „psychosomatischen“ Krankheit. Dieser „Ruf“ zwingt das Dasein, oft unter Überwindung herkömmlicher, traditioneller Schuldzuweisungen, sich mit ihr auseinanderzusetzen.

Boss M (1962) Lebensangst, Schuldgefühle und psychotherapeutische Befreiung. Bern, Hans Huber

Condrau G [1962] (1976) Angst und Schuld als Grundprobleme der Psychotherapie. 2. Aufl. Frankfurt/M., Suhrkamp

Gion Condrau

Schuldgefühl. Entsprechend Freuds erster Formulierung in „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930) ist das Schuldgefühl die internalisierte Angst vor Strafe (→ Internalisierung), die als Verlust der Liebe der Eltern oder anderer Autoritätsfiguren für den Fall erwartet wird, daß Triebstreben in einer Weise zum Ausdruck kommen, die unannehmbar erscheint. Diese Sicht des Schuldgefühls, als eines vom → Überich ausgelösten Gefühls, das auf → Angst, Strafe und Haß beruht, blieb gültig, bis der Gedanke der „Reue“ – darin ist Liebe und Haß eingeschlossen – den Freud in derselben Arbeit (1930: 491f.) entwickelt hatte, von Melanie Klein (1937) weitergeführt wurde. Sie nahm an, daß es neben aggressiven und libidinösen → Trieben ein

primäres Streben nach Wiedergutmachung gibt, das in der Liebe ebenso wurzelt wie im Gefühl, das → Objekt der Liebe beschädigt zu haben. Schmideberg (1956:472) versucht, das Schuldgefühl vom Überich zu trennen: „Das Schuldgefühl kann, so wie jedes andere Gefühl, verschiedene Wurzeln haben und verschiedenen Funktionen dienen.“ Die meisten Analytiker hielten jedoch an der Verbindung zwischen Schuldgefühl und Überich fest, wenn auch in modifizierter Form. Einige nahmen an, es würde schon die Verfolgung eines normalen Entwicklungsweges hinreichen, Schuldgefühle zu erzeugen, insofern eine Person glaubt, eine wichtige Bezugsperson dadurch zu verletzen. In den letzten Jahrzehnten wurde die zentrale Bedeutung des Schuldgefühls in der → Psychoanalyse in Frage gestellt. Kohut gab die klassische Ansicht auf, der Mensch wäre durch Triebe bestimmt („guilty man“) und ersetzte sie durch eine Sicht des Menschen, der „versucht, wenn es ihm auch nie ganz gelingt, das in ihm angelegte Programm über seine ganze Lebensspanne hin zu verwirklichen“ („tragic man“; Kohut, 1979: 120; → Selbstpsychologie).

Freud S [1930] (1982) Das Unbehagen in der Kultur. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. IX: Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion. Frankfurt/M., Fischer, S 191–270

Klein M [1937] (1975) Love, guilt, and reparation and other works. London, Hogarth Press

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp

Schmideberg M (1956) Multiple origins and functions of guilt. *Psychiatric Quarterly* 30: 471–477

Michael D. Clifford [Übers.: Erwin Bartosch]

Schweigepflicht. → Verschwiegenheitspflicht.

Scientist-Practitioner-Modell (→ Psychotherapieforschung). Die Idee des Scientist-Practitioner (Wissenschaftler-Praktikers) wurde 1949 in den USA bei der sogenannten Boulder-Konferenz geboren

und beschreibt das Idealmodell von gleichermaßen als Forscher und praktische Therapeuten ausgebildeten Klinischen Psychologen. Die Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis impliziert einerseits Praktiker, die auch nach Ende ihres Studiums in der Praxis wissenschaftlich tätig bleiben, nach aktuellen wissenschaftlichen Methoden arbeiten und ihre Praxiserfahrungen für die Forschung zugänglich machen. Andererseits bedeutet dies für Hochschullehrer, ihr wissenschaftliches Arbeiten, Forschen und Lehren eng mit praxisrelevanten Aufgabenstellungen zu verbinden. Neben den Vorzügen des Wissenschaftler-Praktiker-Modells (z. B. hat es die Güte der nordamerikanischen Klinischen Psychologen / Psychotherapeuten auf ein hohes internationales Niveau gebracht) wurde jedoch auch Kritik an dessen praktischer Umsetzung laut: Neben der sehr hohen Zeit-, Arbeits- und Kostenbelastung wurde vor allem der übermenschlich hohe Qualitätsanspruch (→ Qualitätssicherung) beklagt, denn tatsächlich kann wohl nur ein kleiner Prozentsatz von Personen zu Recht das Prädikat „exzellenter Wissenschaftler-Praktiker“ für sich beanspruchen. Eine bescheidenere und realitätsadäquatere Version des Konzepts betont daher die möglichst enge Kooperation von Wissenschaft und Praxis (statt beides als in einer Person vereint zu fordern): Wissenschaftlich interessierte Praktiker und an der Praxis interessierte Wissenschaftler stehen in enger Verbindung; Kommunikation und Erkenntnistransfer (→ Transferforschung) verlaufen intensiv in beide Richtungen, wobei insbesondere Hochschullehrern, Lehrtherapeuten, Ausbildnern und Supervisoren wichtige Rollen als „Vermittler“ und „Brückenbauer“ zwischen den „beiden Welten“ Theorie und Praxis zukommt, um die immer noch bestehende „Kluft“ in Zukunft zu verringern.

Barlow DH, Hayes SC, Nelson RO (1984) *The scientist-practitioner: research and accountability in clinical and educational settings*. New York, Pergamon

Eifert GH, Lauterbach W (1995) Das Wissenschaftler-Praktiker-Modell zur Ausbildung von Klinischen Psychologen / Psychotherapeuten: Erfahrungen und Vorschläge aus amerikanischer Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 24: 209–215

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis, 2. Aufl. Berlin, Springer [bes. S 94–103]

Dieter Schmelzer

Sedativa (→ Psychopharmaka). Beruhigungsmittel (lat. sedare=beruhigen); allgemeiner Begriff für eine Vielzahl von Substanzen, die relativ unspezifisch dämpfend auf sensorische, vegetative und vor allem motorische Funktionen des Zentralnervensystems wirken. Dazu gehören z. B. → Neuroleptika, → Antidepressiva, → Hypnotika. Die Dämpfung kann eine therapeutisch beabsichtigte oder eine unerwünschte Wirkung sein. Man unterscheidet grundsätzlich zwei Gruppen von Sedativa: 1. solche, die über eine Dosiserhöhung zu einer zunehmenden Sedierung (Dämpfung) und damit zu Schlaf (Hypnotika), Narkose (Narkotika) bzw. Koma und Tod führen können (z. B. Barbiturate). Diese Substanzen werden heute nur noch in der Anästhesie verwendet; 2. solche, die auch in hohen Dosen nicht narkotisch wirken (v. a. → Benzodiazepine). Diese sind in der Anwendung viel sicherer, da die Gefahr der Atemlähmung bei Überdosierungen wesentlich geringer ist. Mit der Entwicklung spezifischerer Beruhigungsmittel (→ Tranquilizer) werden andere Substanzen kaum mehr als Sedativa verwendet. Substanzen der zweiten Gruppe werden bei Zuständen, die mit starker Erregung, Angst oder Schlaflosigkeit einhergehen (z. B. Panikstörung, generalisierte Angststörung, akute Psychose) eingesetzt. In der Akutphase einer solchen Störung kann durch Sedativa Beruhigung und dadurch oftmals erst Psychotherapie ermöglicht werden. Bei zu hohen Dosen ist Psychotherapie nicht mehr durchführbar, da es zu körperlicher und geistiger Verlangsamung und völligem Desinteresse kommt.

Forth W, Henschler D, Rummel W (1992) Pharmakologie und Toxikologie. 6. Aufl. Mannheim, BI-Wissenschaftsverlag

Riederer P, Laux G, Pöldinger W (1995) Neuropsychopharmaka, Bd. 2: Tranquilizer und Hypnotika. Wien, Springer

Heidrun Ziegler

Seeding. → Bahnung; → Hypnose.

Seele (Psyche; aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Seele ist bei C.G. Jung nicht ein „in der Schädelkapsel eingeschlossenes Fragezeichen“ (Jung, GW, Bd. 15, § 148), kein Epiphänomen des Körpers, kein Hormon, sondern „eine Welt von sozusagen kosmischen Ausmaßen“ (GW, Bd. 10, § 366). Wegen ihrer „eigentümlichen Natur“ kann man „das Wesen der Seele nicht aus den Prinzipien anderer Wissensgebiete ableiten“ (GW, Bd. 16, § 22). Wo die Analytische Psychologie Seele in diesem Sinn versteht, wird sie als Phänomen sui generis (GW, Bd. 16, § 22) gesehen, genauer: als jenes unbekannte, sich zwar konkretisierende, selbst aber nicht dingliche logische Leben, das unsere menschlichen Erfahrungen leitet und wonach die Psychologie fragt (→ psychologische Differenz). Seele ist die Grundmetapher der Psychologie, die als Selbst- und Weltverhältnis erfahrene Wirklichkeit. In den → Fantasien der Menschheit drückt sich die jeweilige Verfaßtheit der Seele aus. In → Märchen, → Mythen und → Träumen faltet sich das logische Leben der Seele in Form von Narrativen aus. Diese enthalten die Logik der jeweiligen seelischen Verfaßtheit eines Einzelnen, einer Kultur und/oder einer Zeit. C.G. Jung spricht in seinen Werken nicht immer auf dieser Reflexionsebene. Oft nimmt er Seele als empirischen Begriff (→ Empirismus) und versucht, mit Psyche die Gesamtheit aller psychischen Vorgänge zu bezeichnen, mit Seele hingegen einen bestimmten, abgegrenzten Funktionskomplex (GW, Bd. 6, § 799; → Komplex). In der empirischen Richtung der Analytischen Psychologie wird Seele (Psyche) gegenständlich genommen und ins empirische Denken eingebunden, womit ihre Bewegungen nach Erfolgskriterien meßbar und statistisch auswertbar werden sollen. Die → Archetypische Psychologie versucht, die menschlichen Erlebensweisen vom Standpunkt des Seelischen her zu beschreiben. Die Therapie hat so die Aufgabe, die Erfahrungen und Konflikte des Hilfesuchenden im Kontext des Seelischen (der → Syzygie) zu beleuchten.

- Franz ML v (1994) Archetypische Dimensionen der Seele. Einsiedeln, Daimon
- Jung CG (versch. J.) GW, Bd. 1–18; Seele, Psyche – bes.: Bd. 6, § 799; Bd. 8, §§ 343–442, § 357; Bd. 8, § 682; Bd. 9/I, § 56; Bd. 9/II, § 25; Bd. 10, §§ 366, 367; Bd. 15, § 148; Bd. 16, § 22. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).
- Giegerich W (1994) The soul's logical life. Frankfurt/M., Peter Lang
- Kugler P, Hillman J (1986) Die autonome Psyche. Gorgo 10: 3–23

Doris Lier

Seelenverlust. → Abaissement du niveau mental; → Analytische Psychologie.

Segmente (→ Körperpsychotherapie; → Vegetotherapie, charakteranalytische). Wilhelm Reich beschreibt in der Charakteranalyse Segmente als kleinste Abschnitte des menschlichen Körpers, die eines eigenständigen emotionalen Ausdrucks fähig sind, das heißt, in welchen unabhängig von anderen Segmenten ein bestimmter Ausdruck gezeigt bzw. blockiert wird. Sie sind ringförmig quer zur Längsachse des Körpers angeordnet, segmentiert wie ein Wurm und folgen nicht direkt den anatomischen Gegebenheiten, sondern der gemeinsamen Funktion des emotionalen Ausdrucks. Ihre chronische Blockiertheit bildet den Panzer (→ Panzerung) bzw. die schizoide Spaltung. Sie blockieren den plasmatischen Energiefluß und den Ausdruck vital nach außen gerichteter Impulse und Emotionen. Jede Lockerung eines Segments bewirkt durch die entstehende Bewegung auch eine Lockerung der benachbarten Segmente. Wilhelm Reich beschreibt 7 Segmente, deren Blockierung jeweils unterschiedliche neurotische Symptomatik zur Folge hat. 1. Okulares Segment: umfaßt die gesamte obere Schädelhälfte, mimische Muskulatur, Augenbeweger und Muskelansatz an der Occipitalregion; 2. Orales Segment: Mundpartie, Schlund, oberer Nacken; 3. Halssegment: tiefe Halsmuskulatur, Sternocleidomastoideus, Platysma, Zunge; 4. Brustsegment: Schultern/Arme, Brustkorb mit Nackenmuskulatur, Deltoideus; 5. Zwerchfellsegment: Ring vom 10.–12.

Brustwirbel den Rippenbogen entlang über die Magengrube; 6. Bauchsegment: Mitte des Bauches, unterer Rücken sowie seitlich zwischen Rippen und Becken; 7. Beckensegment: Beine, alle Muskeln des Beckenbereiches, Adduktoren des Oberschenkels und der Beckenbodenmuskulatur. Blockierung des Augensegments kann z. B. als verschleierter Blick, als Tränenlosigkeit, Vorquellen der Augen und im Psychischen als Verwirrung und Angst ihren Ausdruck finden. Boadella betont die weitgehende Übereinstimmung der reichianischen Segmente mit den indischen → Chakren und den 7 „Schwingungs-Knoten“ der Wirbelsäule.

- Boadella D [1987] (1991) Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese. München, Kösel [bes. S 80]
- Dychtwald K (1981) Körperbewußtsein. Essen, Synthesis
- Fuckert D (1992) Psychiatrische Orgontherapie. In: Maul B (Hg), Körperpsychotherapie. Berlin, Maul, S 87–106
- Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Christian Bartuska

Sein (→ Daseinsanalyse). Dimension der Begegnung von Seiendem (Menschen, Dingen, Göttlichem). In der Tradition (→ Ontologie) als vermeintlich selbstverständlich vorausgesetzt, von Heidegger als Seinsvergessenheit aufgedeckt: Ein uneigentlicher Seinsbegriff leitet stillschweigend das Seinsverständnis, nämlich Sein „als Hergestelltsein im Horizont des Herstellens“ (Heidegger, 1975: 213). Weil Sein grundsätzlich „subjektbezogen“ ist, kommt dem Subjekt (d. h. dem Menschen, bei Heidegger terminologisch → „Dasein“) eine fundamentale Rolle zu (Fundamentalontologie). Das Sein ist dem Dasein je schon erschlossen in Stimmungen, im Verstehen (primär „etwas können“, abgeleitet „erkennen“) und in der Rede (→ Sprache). Dasein unterscheidet sich von allem anderen Seienden dadurch, daß es ihm um sich selbst (Sorge) und um andere (→ Fürsorge) geht. Ineins damit besteht die Tendenz zur Selbsttäuschung (Verfallen). Das gilt für das alltägliche Dasein, das sich sein Seins-

verständnis vom „Man“ vorsagen läßt, wie auch für dessen wissenschaftliche Interpretation, sofern diese unter dem Diktat eines unbefragten Seinsverständnisses (Berechenbarkeit, Meßbarkeit) steht. Diese Vorurteile bedürfen der Destruktion (→ Phänomenologie). Eigentliches Seinsverständnis beruht in der → Offenheit für das Geheimnis. Der Mensch tritt vor dem Anspruch zurück, alles wissen und durchschauen zu können, und erkennt an, daß dem Sein sowohl Offenheit (Sich-zeigen) als auch Verbergung eignen, diese wiederum zweifach: als Täuschung (Verstellen und Selbsttäuschung) und als wesentliche Verbergung (Verborgenheit des Geheimnisses). Dasein wird in solcher Bescheidung frei für Mitmenschen und Dinge in ihrer jeweiligen Eigenart. Es verabschiedet sich damit vom Haben- und Verfügenwollen zugunsten einer Gelassenheit gegenüber dem, was auf es zukommt; dies gilt auch für seine äußerste Möglichkeit: Der Terminus „Vorlaufen zum Tod“ zeigt an, daß es die eigene Sterblichkeit angenommen hat. In solcher Haltung ist es auch für das Göttliche (und dessen Entzug im Zeitalter des Nihilismus) offen. Die Zuwendung „des“ Gottes ist nicht vorhersagbar, sondern „ereignet“ sich – Sein als Ereignis. Erst dieses gibt das Dasein in seine volle → Eigentlichkeit frei.

- Condrau G (1992) Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Bern / Freiburg, Hans Huber / Universitätsverlag
- Heidegger M [1927] (1992) Sein und Zeit. Gesamtausgabe, Bd. 2. Frankfurt/M., Klostermann
- Heidegger M (1975) Die Grundprobleme der Phänomenologie. Gesamtausgabe, Bd. 24. Frankfurt/M., Klostermann
- Heidegger M (1989) Beiträge zur Philosophie (Vom Ereignis). Gesamtausgabe, Bd. 65. Frankfurt/M., Klostermann
- Pöggeler O (1990) Der Denkweg Martin Heideggers. 3. Aufl. Pfullingen, Neske

Helmut Vetter

Seinsgrund. In der → Existenzanalyse verwendete Bezeichnung für den letzten Halt, der durch die Erfahrungen in konkreten Situationen (situative Seinserfahrung)

gen) erspürbar ist. Seinsgrund ist die ontologische Grunderfahrung, „daß da immer etwas ist“, das Halt gibt und das größer ist als man selbst – eine Welt, eine Ordnung, ein Kosmos, ein Gott. Der Seinsgrund vermittelt das Gefühl: „Wenn das Angstmachende anhält, so kann ich es annehmen, sogar wenn ich daran sterbe, weil ich mich letztlich aufgehoben fühle.“ Die Erfahrung des Seinsgrundes führt zur Haltung der Gelassenheit und ist Voraussetzung für die Entwicklung des → Grundvertrauens (→ Grundmotivationen), das über den Rahmen der Psychotherapie hinaus auch die Sphäre des persönlichen Glaubens betrifft.

- Längle A (1984) Das Seinserlebnis als Schlüssel zur Sinnerfahrung. In: Frankl VE, Sinn-voll heißen. Freiburg, Herder, S 47–63
- Längle A (1997) Die Angst als existentielles Phänomen. Ein existenzanalytischer Zugang zu Verständnis und Therapie von Ängsten. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 47: 227–233

Alfried Längle

Seinsvergessenheit. → Sein; → Daseinsanalyse.

Seinsverständnis. → Sein; → Daseinsanalyse.

Sekundärer Krankheitsgewinn. → Krankheitsgewinn, primärer und sekundärer.

Sekundärprozeß (→ Psychoanalyse). Der Sekundärprozeß stellt die dem → Primärprozeß entwicklungsmäßig folgende zweite grundlegende Funktionsweise des psychischen Apparates dar, wie ihn Freud im VII. Kapitel der Traumdeutung (1900) konzipierte. Während der Primärprozeß die halluzinatorische Wunscherfüllung ermöglicht, ist der topisch im System Vorbewußt / Bewußt angesiedelte Sekundärprozeß die Basis für reale Bedürfnisbefriedigung. Diese

erfordert eine „zweckmäßigere Verwendung der psychischen Kraft“ (Freud, 1900: 539), denn zur Verwirklichung dieser komplexeren und nach außen gerichteten Bestrebungen ist es notwendig, daß eine „große Summe von Erfahrungen in den Erinnerungssystemen“ (ebd.: 569) in ein dichtes Assoziationsnetz verwoben ist. Im Sekundärprozeß wird die Triebenergie also in differenzierterer Weise als beim Primärprozeß der überlebensnotwendigen Interaktion mit der Außenwelt dienstbar gemacht, ihre unmittelbare Abfuhr ist gehemmt. Der Sekundärprozeß ist damit eher dem → Realitätsprinzip verbunden. Er gehorcht den Gesetzen der Logik, ist sprachlich strukturiert und stellt „einen durch die Erfahrung notwendig gewordenen Umweg zur Wunscherfüllung dar“ (ebd.: 540). Am Konzept von Primär- und Sekundärprozeß ist unter dem Einfluß der Theorien Jean Piagets und der → Säuglingsforschung von zahlreichen Autoren (Lichtenberg, Stolorow, Orange) innerhalb und außerhalb der Psychoanalyse Kritik geübt worden (Überblick bei Dornes, 1993: Kap. 8).

Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Frankfurt/M., Fischer

Freud S [1900] (1982) Die Traumdeutung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Herwig Hinterbofer

Selbst (aus Sicht der → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). In der Psychoanalyse spät aufgekommener Begriff, der die Gesamtheit der Person im Unterschied zu den Instanzen des Freud'schen Strukturmodells → Es, → Ich und → Überich meint. Freud selbst verwendet den Begriff nicht, er spricht aber – im Zusammenhang mit dem Ideal eines religiösen Ziels in „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930) – von der Stärkung des Selbstwertgefühls. Bei Hartmann bezieht sich der Begriff bereits auf die ganze Person, auf das Subjekt, indem er den → Narzißismus als libidinöse Besetzung des Selbst, nicht des Ich, versteht (Hartmann, zit. nach Laplanche

& Pontalis, 1972: 201). Jacobson beschreibt in der Tradition Fenichels zwei Quellen des Selbst bzw. der Selbstrepräsentanz: 1. die unmittelbare Wahrnehmung des inneren Erlebens, der Körpergefühle, der Gefühls- und Denkvorgänge und der zweckgerichteten Aktivität und 2. die indirekte Wahrnehmung und Introspektion, d. i. die Wahrnehmung des körperlichen und seelischen Subjekts als eines Objekts (Jacobson, 1964: 31). In der Selbstpsychologie Kohuts nimmt der Begriff eine zentrale Stellung ein. Er beschreibt eine → psychische Struktur, die phänomenologisch in zeitlicher und räumlicher Kontinuität erlebt wird. Das Selbst entwickelt sich in der Selbst-Selbstobjekt-Beziehung (früher: narzißtische Beziehung). Die „Struktur“ des Selbst besteht im Spannungsbogen vom Pol der Strebungen zum Pol der Ideale, die über die Fähigkeiten und Fertigkeiten / Leistungen verbunden sind. Die Strebungen werden über die → Spiegelung eines → Selbstobjekts bekräftigt, die → Idealisierung kann stattfinden, wenn ein idealisierbares Selbstobjekt vorhanden ist, und die Fähigkeiten werden durch das Erleben von essentieller Gleichheit über das gemeinsame Tun bestätigt. Diese Auffassung des Selbst und seiner Störungen bildet seit 1977 die Grundlage der Selbstpsychologie als einer eigenständigen Richtung innerhalb der Psychoanalyse. Sie bildet auch den Paradigmenwechsel von der beobachtenden zur einführenden Psychoanalyse ab, denn die genannten erfahrungsnahen Begriffe der Strebung, Idealisierung etc. sind über → Empathie und → Introspektion in der Analytiker-Patient-Beziehung gewonnen worden. Das Denkmodell des Selbst in der Selbstpsychologie ist dabei sehr auf das Individuum zentriert, die Wechselbeziehung zwischen Selbst und Selbstobjekt (Kind und Mutter, Patient und Analytiker) wird vorrangig in den genannten Begriffen der Spiegelung der Strebungen, der wachstumsfördernden Idealisierung etc. gesehen. Die Theorie der → Intersubjektivität in der Selbstpsychologie erweitert das Spektrum der Muster der Selbst-Selbstobjekt-Beziehungen: sie können sehr vielfältig sein und werden zusammengefaßt mit dem Begriff der → Organizing principles (Stolorow et al., 1987) beschrieben.

- Freud S [1930] (1982) Das Unbehagen in der Kultur. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. IX: Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion. Frankfurt/M., Fischer, S 191–270
- Jacobson E [1964] (1978) Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (1999) Das Selbst und die motivationalen Systeme. Zu einer Theorie psychoanalytischer Technik. Frankfurt/M., Brandes & Apsel
- Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer

Gerhard Pawlowsky

Selbst (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Von C.G. Jung etwa ab 1930 ausgearbeitete → archetypische Vorstellung, „Subjekt meiner gesamten, also auch der unbewußten [→] Psyche“, dabei wegen der Unangebarkeit des → Unbewußten „lediglich ein Grenzbegriff“ (GW, Bd. 6, § 730; Bd. 12, § 247; → Ganzheit). Außerdem aufgefaßt als alle Gegensätze umfassender, dynamisch wirksamer Archetyp der Ordnung und Einheit der Psyche (→ Individuation; → Gegensatzthematik; → Schatten). Ähnliche Ideen sind z. B. Gott als geistige Figur mit einem Zentrum, das überall und einer Peripherie, die nirgends ist (Hl. Bonaventura; s. Jung, GW, Bd. 14/1, § 40Fn.), östlich Atman und Tao. Jung folgend werden numinose (→ Religion), auch paradoxe Bilder von etwas dem → Ich Übergeordneten oder Ganzheit sowie Wert Symbolisierendem als Selbstsymbole verstanden (z. B. Alte(r) Weise(r), Kind [→ Kindarchetyp], König, Held [→ Heldenarchetyp], Heiland, → Mana-Persönlichkeit, → Mandala, Kreuz, Kostbarkeit etc.). Diese werden geträumt, imaginiert oder zuerst bzw. ausschließlich in der → Projektion erfahren. Schulenimmanente Kritik zielte besonders auf Widersprüche in Jungs Verwendung des Begriffs. Wenn man heute weiter geht und das Selbst im Zusammenspiel mit dem Ich immanent reflektiert (→ Reflexion, immanente), wird deutlich:

Jungs Konzeption ist eine Konsequenz des geschichtlichen Prozesses, in dem das → Bewußtsein fähig wurde, sich als das (früher auch „der“) Ich substantivisch zu verhärteten: „Selbst“ als Substantiv (erstarrte Flexionsform, vgl. „mir selbst“) wurde erst im 18. Jh. gebräuchlich. Bewußtsein in der Verfaßtheit des „Ich“ erlebt die → Seele als abgetrenntes Gegenüber (wenn diese nicht überhaupt unbewußt und allenfalls noch projiziert wird). Das erfordert dann die Konstruktion eines Begriffs, z. B. „Selbst“, für die Ahnung oder Vorstellung der seelischen Ganzheit mit ihrer selbstregulierenden Dynamik. Sieht sich hingegen „Das Ich“ als nur eine der möglichen Ausgestaltungen der Seele, wird „Selbst“ zum Begriff für die „vollständige Dialektik des logischen Lebens der Seele“ (Giegerich, 1994: 280), in welcher sich wiederum gerichtete Individuationsimpulse ausdrücken können. Die genannten Symbole scheinen dann als eigenständige, vollwertige Momente daraus in unser Leben (vgl. Kawai, 1996: 22f.).

- Giegerich W (1994) Animus-Psychologie. Frankfurt/M., Peter Lang [bes. S 52–54, 69, 161, 246, 267, 280, 310, 321]
- Jung CG [1950] (1976) Aion. Beiträge zur Symbolik des Selbst. GW, Bd. 9/II. Olten, Walter
- Jung CG (versch. J.) GW, Bd. 6, §§ 730, 814–816; Bd. 12, § 247; Bd. 13, § 67. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).
- Kawai H (1996) Buddhism and the art of psychotherapy. College Station (TX), Texas A&M University Press
- Samuels A (1989) Jung und seine Nachfolger. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 167–241]

Andreas von Heydowolff

Selbst (Selbstkonzept, Selbststruktur; in der → Klientenzentrierten Psychotherapie). Rogers definiert den Begriff Selbst 1959 als „organisierte, in sich geschlossene Gestalt. [...] Es handelt sich um eine fließende, eine wechselnde Gestalt, um einen Prozeß, der zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine spezifische Wesenheit ist“ (Rogers, 1987: 26). Der Begriff als theoretische Größe war nicht von Beginn des von Rogers entwickelten Ansatzes an vorhanden, er wurde im Laufe der Zeit aus Klienten-

äußerungen wie „Ich hatte niemals Gelegenheit, ich selbst zu sein“ u. a. erschlossen, womit angedeutet ist, daß der Klient eine vage Ahnung von seinem „wahren Selbst“ hat (ebd.: 27). Im Entwurf der Tiefendimension der Persönlichkeit im „wahren Selbst“ fand Rogers Parallelen in der existentialistischen Philosophie des dänischen Philosophen Kierkegaard; ein mögliches Lebensziel des Individuums ist es, „das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“ (Rogers, 1983: 164ff.). Als objektivierter und substantivierter Begriff gewann das „Selbst“, das, wie Rogers schreibt, „die Wahrnehmungscharakteristika des Ich, die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen und verschiedenen Lebensaspekten, einschließlich der mit diesen Erfahrungen verbundenen Werte“ umfaßt (Rogers, 1987: 26), nie große praktische Bedeutung, wenn es auch (zusammen mit jenem von Maslow) den zentralen theoretischen Begriff der → Humanistischen Psychologie darstellt (Kreuter-Szabo, 1988). Es gibt begründete Vermutungen, daß Rogers für die Wahrnehmungspsychologie, die seinem Begriff des Selbst zugrunde liegt, Ideen von Snygg und Combs aufnahm (Rogers, 1947; Kreuter-Szabo, 1988: 72f.; vgl. auch Hutterer, 1998): Demnach ist das von Bedeutung, was jemand wahrnimmt, nicht, was er weiß oder was er will. Daraus entwickelte Rogers den phänomenologischen Begriff des Selbst bzw. des Selbstkonzepts, die er – in der Betonung der subjektiven Sicht der Person – nie scharf unterschied. Der Begriff des Selbstkonzepts wird im Unterschied zum Selbst häufig zur Definition der → Inkongruenz, als erlebter Differenz zwischen dem Selbstkonzept und dem organismischen Selbsterleben (→ organismische Erfahrung). In jüngster Zeit gewinnen Überlegungen über verschiedene spezifische Gestalten des Selbstkonzepts, etwa ein soziales Selbstkonzept, ein sportliches Selbstkonzept, etc. an Boden. Unter Selbststruktur versteht Rogers das Selbst, wenn „auf diese Gestalt von einem äußeren Bezugsrahmen aus“ geblickt wird (Rogers, 1987: 26). Dementsprechend wird der Begriff von Rogers und humanistisch orientierten Psychotherapeuten selten verwendet (→ Innerer Bezugsrahmen).

- Hutterer R (1998) Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität. Wien, Springer
- Kreuter-Szabo S (1988) Der Selbstbegriff in der humanistischen Psychologie von A. Maslow und C. Rogers. Frankfurt/M., Peter Lang
- Rogers CR (1947) Some observations on the organization of personality. *American Psychologist* 2: 358–368
- Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG
- Rogers CR [1961] (1983) Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Psychotherapeuten. Stuttgart, Klett-Cotta

Gerhard Pawlowsky

Selbst (in der → Gestalttherapie). Die psychologische Existenz des Selbst entsteht der → Gestalttherapie zufolge in den Wechselbeziehungen im → Organismus-Umwelt-Feld. Das Selbst ist das „System gegenwärtiger Kontakte“ (Perls et al., 1951) oder der „fundamentale Akt der Integration“ (Laura Perls); dabei wird eine „Selbststruktur“ vorausgesetzt, die sich im Laufe des Lebens entfaltet (McLeod, 1993). Diese prozeßhafte Vorstellung steht im Gegensatz zu der eines „wirklichen“ Selbst als Substanz oder einem „Kernselbst“ der Selbstpsychologien. Aber auch in der Gestalttherapie gehen einige Autoren – neben dem oben skizzierten „relationalen Selbst“ – von einem kontinuierlichen, beständigen Empfinden des Selbst-Seins oder einer „authentischen Persönlichkeitsschicht“ (Fritz Perls) aus; diese wird auch als personale und einzigartige Gestaltwerdung umfassender Ordnungen verstanden, was auf die Möglichkeit der Selbsttranszendenz hinweist. Das Selbst bringt „spezielle Strukturen für spezielle Zwecke“ hervor. Im allgemeinen werden drei solcher Strukturen oder Funktionen unterschieden (nicht zu verwechseln mit den „Instanzen“ → Es, → Ich und → Überich im psychoanalytischen Sinn): 1. Es-Funktion: Dies sind Körperprozesse, kreative Prozesse, diffuse Wahrnehmungen und flüchtige Signale, die besonders zu Beginn eines Kontaktprozesses (→ Kontakt) eine Rolle spielen. 2. Ich-Funktion: sorgt für die Abgrenzung des lebendigen Organismus vom Umweltfeld

und die Intentionalität des „Ich will“ und „Ich will nicht“. Die Ich-Funktion ist von gerichtetem Bewußtsein (→ Bewußtheit) begleitet und ermöglicht das aktive Zugehen auf das Umweltfeld und bewußtes Handeln. 3. Persönlichkeitsfunktion: ist das System der Einstellungen im zwischenpersönlichen Bereich, ein verbales Abbild des Selbst, das auf die Fragen: „Wer bist Du?“, „Was kannst Du?“ antwortet. Die Persönlichkeitsfunktion ist somit auch die Verantwortungsstruktur des Selbst. Die Selbstfunktionen werden als wichtige Unterstützung (Support) für Kontaktprozesse angesehen. Aufgabe der Therapie ist es, eingeschränkte Selbstfunktionen, insbesondere geschwächte oder verlorene Ich-Funktionen, wiederzugewinnen (→ Selbstaktualisierung) und einseitige Abhängigkeiten von der Unterstützung durch die Umwelt durch Stärkung der Selbstunterstützung und → Selbstverantwortung zu verringern.

- Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1995) Gestalt-Ansatz. Köln, Edition Humanistische Psychologie [bes. S 165–184]
 McLeod I (1993) The self in Gestalt Therapy. The British Gestalt Journal 2: 45–40
 Perls F, Hefferline R, Goodman P [1951] (1991) Gestalttherapie. Grundlagen. München, dtv [bes. S 165–267]

Reinhard Fuhr

Selbst (aus Sicht der → Existenzanalyse). In der Existenzanalyse ist das Selbst der (faktische) Möglichkeitsraum des (faktischen) Ich, der sich ihm als Wertewelt repräsentiert. Dieser dynamische Begriff vom Selbst umfaßt sowohl die personalen Möglichkeiten (Fähigkeiten und Begabungen) als auch die äußeren Möglichkeiten der jeweiligen Situation. Das Verständnis des Selbst beruht auf dem anthropologischen Grundtheorem, daß sich der Mensch nicht aus sich heraus in die Welt hineinentscheidet, weil er sein Inneres aktualisiert (→ Selbstaktualisierungstendenz), sondern sich am Anspruch der → Werte entfaltet. „Zum Wesen des Menschen gehört sein Hingeordnet- und Ausgerichtetsein auf jemanden oder etwas“ (Frankl, 1987: 77; → Selbst-Transzendenz). Selbstverwirklichung ist demgemäß

die Verwirklichung seiner besten, wichtigsten Möglichkeit in der jeweiligen Situation gemäß den eigenen inneren Fähigkeiten (→ Sinn).

- Frankl VE [1975] (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Neuausgabe. München, Piper [bes. S 266f.]
 Frankl VE [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer

Lilo Tutsch

Selbst. In der → Transpersonalen Psychologie transzendiert das transpersonale Selbst die Grenzen der Persönlichkeit. Bildlich gesprochen ist im innersten Kern unserer Persönlichkeit eine Öffnung, durch die das transpersonale Selbst hindurchscheint: Es trägt nach Leibniz den „Funken des Kosmos“ in sich und kann nach C.G. Jung auch als „Gott in uns“ bezeichnet werden (Jung, 1971: 134f.). Im Christentum heißt es: „Das Reich Gottes ist in Dir“; im Buddhismus: „Schau nach innen, Du bist der Buddha“; im Siddha-Yoga: „Gott wohnt in Dir als Du“; im Hinduismus: „Atman (das individuelle Bewußtsein) und Brahman (das universelle Bewußtsein) sind eins“; im Islam „Wer sich selbst kennt, kennt seinen Herrn“. Dem transpersonalen Selbst nähert man sich, wenn man sich nach innen wendet und allmählich die Identifizierung mit dem, was wir sind und was wir haben, loszulassen bereit sind. Für Neumann (1974) ist das transpersonale Selbst das „dirigierende Zentrum“, von dem alle Prozesse angestoßen, geleitet, kontrolliert und ausbalanciert werden, und „das Selbst ist sowohl für das Psychische wie das Physische transzendent“. Es sei immer bei uns, weder geboren, noch sterblich, unzerstörbar und unverwundbar und von den Zeitläuften unbeeindruckt: Für Muktananda (1987) ist es kleiner als das Kleinste und größer als das Größte und wohnt für immer im Herzen aller Wesen. Das Selbst ist ein unlokalisierbarer Seinsgrund, aus dem der individuelle Mensch hervorbricht, und gleichzeitig geht es grenzenlos und formlos in das Sein des Seienden ein. Es ist ein Hologramm, in das der Kosmos eingefaltet ist.

Alles ist im Selbst enthalten, und daher erwirbt man vollkommenes Wissen über alle Dinge, wenn man das Selbst kennt. Das personale Selbst ist im transpersonalen aufgehoben (in einem doppelten Sinn: beherbergt und überschritten). Das transpersonale Selbst dient als Brücke zwischen dem existentiellen Selbstbewußtsein und dem transpersonalen Einheitsbewußtsein.

Jung CG (1971) Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten. Olten, Walter
Muktananda S (1987) Der Weg und sein Ziel. München, Goldmann

Neumann E (1974) Ursprungsgeschichte des Bewußtseins. München, Kindler

Sylvester Walch

Selbstaktualisierung (in der → Gestalttherapie). Selbstaktualisierung meint im Sinne der → Humanistischen Psychologie eine dem Menschen innewohnende Kraft zu → Wachstum und authentischer Selbstverwirklichung als kreativer Ausdruck der ganzen Person. Voraussetzung für das Gelingen dieser Aktualisierung des → Selbst als Potential ist das Vorhandensein möglichst nicht eingeschränkter Selbstfunktionen im Kontaktprozeß (→ Kontakt). Perls et al. (1979) beschreiben die Bedeutung, die den Selbstfunktionen als stützender Grund (Support) im Falle des „gesunden“ Selbst zukommt, als eine Kraft, auf die das Individuum – vertrauend auf die → Selbstregulation des Organismus – zurückgreifen kann und die es befähigt, der Veränderbarkeit von Realität und damit einhergehenden Unsicherheiten nicht mit Angst, sondern mit Spannung und Neugier zu begegnen. Der Begriff Selbstaktualisierung geht zurück auf Kurt Goldstein, bei dem Fritz Perls 1926 in Frankfurt arbeitete, und auf dessen Theorie der → Organismischen Selbstregulierung.

Dreizel HP, Frech H-W, Fuhr R, Portele H (1995) Persönlichkeitsentwicklung – vier Konzepte des Selbst aus der Sicht der Gestalttherapie-Theorie. Gestalttherapie 9(1): 17–60

Perls FS, Hefferline RF, Goodman P (1979) Gestalt-Therapie. Wiederbelebung des Selbst. Stuttgart, Klett-Cotta

Inge Bolen

Selbstaktualisierung (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). → Selbstaktualisierungstendenz.

Selbstaktualisierungstendenz (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Im → Personzentrierten Ansatz wesentlicher Teil der → Aktualisierungstendenz des menschlichen → Organismus: Im Gegensatz zur Aktualisierung der im Samen bzw. in Samen- und Eizelle angelegten Potentiale von Pflanzen und Tieren ist für die menschliche Aktualisierung nämlich die Entwicklung eines → „Selbst“ wesentlich. Obwohl die Selbst-Aktualisierungstendenz aus einer Entwicklungsperspektive ein (typisch menschlicher) Teil der Aktualisierungstendenz des Gesamtorganismus ist, läßt sie sich analytisch insofern klar abgrenzen, als die Aktualisierung des Selbst eine dynamische Struktur nicht im Bereich bio-somatischer Entitäten, sondern im Bereich psychisch-sozialer Entitäten darstellt. Es handelt sich um die Struktur der symbolisierten Erfahrungen, die für die bewußtseinsfähige, reflexive Beschreibung aktueller Erfahrungen sowie für die sich selbst zugeschriebenen charakteristischen Eigenschaften und Werthaltungen – kurz: das Selbstkonzept im weiteren Sinne – wesentlich sind. Das aktualisierte und wahrgenommene Selbst und die tatsächliche organismische Erfahrung können daher inkongruent sein (→ Inkongruenz): „Das Individuum nimmt sich selbst wahr als jemanden, der die Charakteristiken *a*, *b* und *c* besitzt und die Gefühle *x*, *y* und *z*. Eine exakte [→] Symbolisierung dieser Erfahrung würde jedoch die Charakteristiken *c*, *d*, und *e* und die Gefühle *v*, *w* und *x* aufweisen“ (Rogers, 1987: 29). Die aktualisierten Strukturen der Erfahrung sowie des Verhaltens und die aktualisierten Strukturen des Selbst folgen dann teilweise Eigendynamiken – und dem Menschen ist seine eigene Erfahrung bzw. das Verhalten in diesen Aspekten unverständlich. Da sowohl Aktualisierungstendenz als auch Selbstaktualisierungstendenz in großer Nähe zu den Konzepten moderner Selbstorganisationstheorien stehen und auch zunehmend in diesem Kontext disku-

tiert werden, muß vor einer Sprach- und Konzeptverwirrung gewarnt werden: → Selbstorganisation meint üblicherweise „Eigen“-Organisation (im Kontrast zur „Fremd“-Organisation) und nicht die Organisation des Selbst. Selbstaktualisierung aber meint sehr wohl eine Aktualisierung des Selbst. Es handelt sich also genau genommen um eine Selbst-Selbstorganisation.

Hutterer R (1992) Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personenzentrierte Theorie der Motivation. In: Hutterer R, Stipsits R (Hg), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S 146–171

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Jürgen Kriz

Selbstanalyse. → Lehranalyse; → Lehrtherapie; → Analyse; → Psychoanalyse.

Selbstaufmerksamkeit (SA). In der Theorie der Objektiven Selbstaufmerksamkeit (Duval & Wicklund, 1972) werden zwei Aufmerksamkeitszustände unterschieden: Im Zustand der subjektiven SA richtet sich die Aufmerksamkeit der Person nach außen, im Zustand der objektiven SA richtet sie sich nach innen, auf eigene Gefühle, Gedanken etc. In einer klärungsorientierten Psychotherapie wie z. B. der → Zielorientierten Gesprächspsychotherapie, einer Variante der → Klientenzentrierten Psychotherapie, ist es für eine Klärung eigener Gefühle, Motive etc. wesentlich, daß Klienten eine objektive, auf eigene Prozesse gerichtete SA einnehmen. Daher wurden spezifische therapeutische Interventionen entwickelt, um die SA der Klienten zu internalisieren (Sachse, 1996), wie z. B. fokalisierende oder zentralisierende Fragen und Interventionen der Problemaktualisierung.

Duval S, Wicklund RA (1972) A theory of objective self-awareness. New York, Academic Press

Sachse R (1996) Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Rainer Sachse

Selbstbeachtung, positive (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Begriff aus (der zunächst von Standal entwickelten) Klientenzentrierten Theorie der Person. Die Befriedigung oder die Frustration des → Bedürfnisses nach positiver Beachtung in bestimmten → Selbsterfahrungen wird mit diesen assoziiert. Wenn sich Erfahrungen wiederholen, in denen die Person an Bedingungen geknüpfte Anerkennung gefunden hat, erlebt sie positive Selbstbeachtung ohne Berücksichtigung der organismischen Bewertung der Erfahrung, denn die Person hat → Bewertungsbedingungen internalisiert (→ organismische Erfahrung; → Bewertungsinstanz, innere).

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Selbstbefriedigung (Masturbation, Onanie). Sexuelle Handlungen am eigenen Körper, die mit dem Ziel der sexuellen Entspannung durchgeführt werden. Es wird zwischen der infantilen, der juvenilen und der erwachsenen Form der Selbstbefriedigung unterschieden. Infantile Selbstbefriedigung: Sie verläuft phasenspezifisch und ist in Abhängigkeit vom Lebensalter an die Stimulation bestimmter erogener Zonen (Lippen- und Afterschleimhaut, Sphinktermuskulatur, Harnblase, Prostata, Genital) gebunden. Ein mit dem Erwachsenen vergleichbarer sexueller Höhepunkt ist in diesem Alter noch nicht möglich. Juvenile Selbstbefriedigung: Zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr ist die Selbstbefriedigung die häufigste Form der sexuellen Befriedigung. Die Scham- und Schuldgefühle, die in dieser Zeit als Folge der Selbstbefriedigung entstehen, haben nicht nur mit dem Masturbationsverbot zu tun, sondern auch mit den Fantasien, die den Akt der Selbstbefriedigung begleiten. Die Inhalte dieser Fantasien sind deswegen bedeutsam, weil sie im erwachsenen Leben oft Auslöser von Neurosen sind. Selbstbefriedigung des Erwachsenen: Sie wird dann praktiziert, wenn kein geeigneter Sexualpartner erreichbar ist oder wenn sexuelle

Wünsche in einer Beziehung nicht ausgelebt werden können. Selbstbefriedigung kann auch in einer glücklichen Partnerschaft als Ausdruck reiner Lebenslust praktiziert werden. In der Sexualtherapie sind Selbstbefriedigungsübungen Teil der Behandlung von Erregungs- und Orgasmus-schwierigkeiten.

- Fenichel O (1975) Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. 2. Olten/Freiburg, Walter
Hoyndorf S, Reinhold M, Christmann F (Hg) (1995) Behandlung sexueller Störungen. Weinheim. Beltz/Psychologie Verlags Union
Senger G, Hoffmann W (1996) Die sexuelle Kraft des Mannes. Wien, Deuticke
Senger G, Hoffmann W (1998) Die sexuelle Kraft der Frau. Wien, Deuticke

Walter Hoffmann

konkreten Handeln. Die Anleitung zur Selbstbeobachtung wurde von zahlreichen behavioral ausgerichteten Ansätzen aufgegriffen, wie etwa im Konzept der → Selbstregulation und des → Selbstmanagements, aber auch in vielen an Störungsmodellen orientierten → Behandlungsmanualen (→ Störungsmodelle, verhaltenstherapeutische).

- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer
Reinecker H (1986) Methoden der Verhaltenstherapie. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 64–178

Erwin Parfj

Selbstbeobachtung (→ Verhaltenstherapie). Wird im Rahmen der verhaltenstherapeutischen → Gesprächsführung angeregt, um die Aufmerksamkeit des Klienten auf bestimmte, meist problematische, Verhaltensweisen zu lenken. Vor allem zwischen den therapeutischen Sitzungen wird die Selbstbeobachtung zur dezidierten Aufgabe gemacht, da so nicht nur diagnostisch relevante Informationen im natürlichen Umfeld zu gewinnen sind, sondern auch ein zentraler therapeutischer Effekt zu erhoffen ist: durch die bewusste Selbstbeobachtung in kritischen Situationen werden üblicherweise automatisch ablaufende Verhaltenssequenzen der Kontrolle zugänglich und erfahren schon dadurch eine Modifikation (vgl. Kanfer et al., 1996). Durch geeignete und auf die Bedürfnisse des Einzelfalls zugeschnittene Hilfsmittel (Protokollbögen, Tonbandgerät etc.) wird das Verhalten nach vorheriger Vereinbarung möglichst differenziert erfaßt (vgl. Reinecker, 1986), in der Folgesitzung besprochen und in die → Verhaltensanalyse eingebunden. In der Person des Klienten soll dadurch ein kontinuierlicher Prozeß verhaltensspezifischer Selbstreflexion in Gang gesetzt werden. Die Ergebnisse der Selbstbeobachtung dienen dann als Ansatzpunkt für die Entwicklung alternativer Verhaltensformen, sei es auf der Ebene kognitiver Selbstverbalisationen oder im

Selbstdistanzierung. Im existenzanalytischen Verständnis (→ Existenzanalyse) die Fähigkeit der → Person, von sich Abstand nehmen zu können. Selbstdistanzierung ist die Voraussetzung der Selbstwahrnehmung, der Auseinandersetzung mit sich selbst, der Stellungnahme zu sich und des zu sich und zur Welt Verhalten-Könnens. Durch die Selbstdistanzierung erfährt sich der Mensch als jemand, der sich selbst gegeben, aber nicht ausgeliefert ist. Selbstdistanzierung beinhaltet Beziehungsaufnahme zu sich selbst mit der Möglichkeit, „etwas aus sich zu machen“. Ergänzt wird die Selbstdistanzierung durch die Selbstannahme, dem Bewußtsein und Gefühl des Sich-selbst-gegeben-und-anvertraut-Seins. Wird die Selbstdistanzierung nicht getragen von Selbstannahme, besteht die Gefahr der Selbstverleugnung. Selbstdistanzierung als Form der geistigen Selbstbeziehung ist Voraussetzung für → Selbsttranszendenz. Selbstdistanzierung wird vom Begründer der existenzanalytischen → Anthropologie, V. Frankl, im Kontext seiner Personlehre als Charakteristikum, Leistung und Konstituens der Person beschrieben. Bei Frankl hat die Selbstdistanzierung eine Betonung der Distanznahme zum Psychophysikum (als „Über-sich-Stehen“). Dagegen ist der Aspekt der Bezugnahme zu sich als Intensivierung der Selbsterfahrung vernachlässigt. In der existenzanalytischen

Therapie werden zahlreiche Methoden beschrieben, welche geeignet sind, die Selbstdistanzierung in Gang zu setzen und zu fördern. Im besonderen sei hier die Wirksamkeit des inneren Gesprächs, des Perspektivenshiftings, des Humors und der Paradoxien erwähnt (→ Logotherapie).

Frankl VE [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 185, 240]

Frankl VE [1975] (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Neuausgabe. München, Piper [bes. S 227, 234ff.]

Lilo Tutsch

Selbsteffizienzerwartungen (→ Verhaltenstherapie). Erwartungen der Effektivität der eigenen Handlungen („self efficacy“) sind nach Bandura Teil des individuellen Selbstkonzeptes. Vor eine Aufgabe gestellt und ebenso während ihrer Bearbeitung oder Lösung beurteilt eine Person die eigenen Fähigkeiten, jene Anforderungen zu erfüllen, die zur Erreichung des Zieles notwendig sind. Die Einschätzungen der eigenen Effektivität erfolgen anhand selbstgesetzter Standards; sie beinhalten eine motivationale Komponente (Verfolgung des Zieles trotz auftretender Hindernisse), evozieren Gedanken (positiv oder negativ beurteilend) und Emotionen (Freude oder Traurigkeit). Sie beeinflussen über das begleitende Feedback die laufende Tätigkeit und deren Qualität. Selbsteffizienzerwartungen kommen aus vielen Quellen – momentanen Fertigkeiten, stellvertretenden Erfahrungen durch die Beobachtung anderer, verbaler Überzeugung und emotionalem Erleben. Die direkte persönliche Erfahrung besitzt für das Bewußtsein der eigenen Effektivität größtes Gewicht. Bandura sieht in einer Verbesserung der Selbsteffizienzerwartungen den gemeinsamen Wirkfaktor aller Psychotherapien.

Bandura A (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84: 191–215

Cervone D, Scott W (1995) Self-efficacy theory of behavioral change: foundations, conceptual issues, and therapeutic implications. In:

O'Donohue W, Krasner U (Eds), *Theories of behavior therapy*. Washington, American Psychological Association, pp 349–383

Bibiana Schuch

Selbsteinbringung des Psychotherapeuten (→ Transparenz).

Einerseits betrifft dies Interventionen, bei denen der Psychotherapeut seinem Klienten persönliche Lebenserfahrungen oder eigene Anschauungen mitteilt. Dies geschieht nur sehr sporadisch, entweder als eine Form von → Empathie oder als eine Form der Konfrontation. Andererseits verweist Selbsteinbringung auf Interventionen, in denen der Psychotherapeut seine Hier-und-Jetzt-Gefühle bezüglich des Klienten kommuniziert (→ Beziehungsklären). Es geht hier im Rahmen von Metakommunikation darum, was sich auf interaktioneller Ebene zwischen Klient und Therapeut abspielt (→ Interaktionelle Orientierung). Dieses Einbringen von eigenen Hier-und-Jetzt-Gefühlen („self-disclosure“) sollte stets im Dienste des Wachstumsprozesses des Klienten stehen und deswegen mit der nötigen Disziplin geschehen. In der klientenzentrierten Literatur (→ Klientenzentrierte Psychotherapie) wird deswegen betont, daß nur insistierende Gefühle des Therapeuten in Betracht kommen, und die Wichtigkeit des Timings hervorgehoben. Weiterhin wird betont, daß die selbstexpressiven Interventionen in die → Grundhaltungen von Rogers eingebettet sein sollten: → Kongruenz, wodurch „acting out“ des Therapeuten vermieden wird; unbedingte → Wertschätzung, wodurch ein tiefes Engagement für die Person des Klienten kommuniziert wird; → Empathie, womit sich der Therapeut auf das Erleben des Klienten hinter dem interaktionellen Muster abstimmt. Schließlich wird betont, daß der Therapeut dem Klienten seine Selbstenthüllung nicht aufdrängen soll („self-revelation without imposition“). Dieses kann durch das Geben von Ich-Botschaften anstelle von Du-Botschaften garantiert werden und, indem sich der Therapeut nach jeder Intervention wieder auf die Erlebnisspur des Klienten einstimmt.

- Finke J (1994) Das Therapieprinzip Echtheit. In: Finke J, Empathie und Interaktion. Stuttgart, Thieme, S 65–103
- Gendlin ET (1967) Therapeutic procedures in dealing with schizophrenics. In: Rogers C, Gendlin ET, Kiesler DJ, Truax CB (Eds), The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison, University of Wisconsin Press, pp 369–400
- Kessel van W, Lietaer G (1998) Interpersonal processes. In: Greenberg LS, Watson JC, Lietaer G (Eds), Handbook of experiential psychotherapy. New York, Guilford, pp 155–177

Germain Lietaer

Selbstempathie (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Von Biermann-Ratjen et al. (1979) in der Beschreibung der Klientenzentrierten Theorie der Person benutzter Begriff zur Charakterisierung der psychisch gesunden Person. Sie hat die Beziehung zum eigenen Erleben, mit der der klientenzentrierte Psychotherapeut dem Klienten begegnet: empathisch (→ Empathie), unbedingt wertschätzend (→ Wertschätzung, unbedingte) und kongruent (→ Kongruenz). Selbstempathie, unbedingte Selbstwertschätzung, im Unterschied zu positiver → Selbstbeachtung auf der Grundlage von → Bewertungsbedingungen, und damit Kongruenz kennzeichnen die gesunde Person.

- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (1979) Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart, Kohlhammer

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Selbsterfahrung. Der Begriff der „Selbsterfahrung“ hat sich als eine Art Überbegriff für psychotherapeutische Maßnahmen gebildet, welche sich vorwiegend an Menschen wenden, die sich nicht als psychisch krank begreifen. Diese Entwicklung findet ihre Wurzeln einerseits in der Gruppendynamik und der → Humanistischen Psychologie, andererseits in der → Psychoanalyse. Ziel der Selbsterfahrung ist die Erweiterung der Selbstwahrnehmung, insbesondere mit der Methode des → „Feedback“ sowie der Bearbeitung von allgemeinen Lebenspro-

blemen im Lebenszyklus. So existieren heute Angebote von Selbsterfahrungsaktivitäten, häufig in Form von Gruppen, die unterschiedlichste Lebensprobleme fokussieren. Dazu werden häufig Übungen eingesetzt, um den emotionalen Prozeß zu verdichten und zu verdeutlichen. Der Begriff „Selbsterfahrung“ ist methodenüberschreitend und nicht an eine bestimmte psychotherapeutische Modalität gebunden.

- Bradford CP, Gibb JR, Benne KD (Hg) (1974) Gruppentraining. Stuttgart, Ernst Klett
- Maslow A (1973) Psychologie des Seins. München, Kindler
- Pritz A (1983) Gibt es eine Gesundheitslehre der Psychoanalyse? In: Larcher R (Hg), Psychoanalyse heute. Wien, Literas, S 59–64
- Pritz A (1986) Selbsterfahrungsgruppen. In: Petzold HG, Frühmann R (Hg), Modelle der Gruppe, Bd. 2. Paderborn, Junfermann, S 207–227

Alfred Pritz

Selbsterfahrung. Dieser Begriff hat im → personenzentrierten Ansatz eine spezifische Bedeutung: Jedes Individuum lebt in einer Welt persönlicher und subjektiver Erfahrungen. Es steht, solange es existiert, ständig in einem Fluß von Erfahrungen. Dazu gehören innere Vorgänge, Wahrnehmungen von äußeren Reizen, das → Gewahrwerden von eigenen Handlungsvollzügen, das Erfahren der sinnlichen Reaktionen des Organismus etc. Sich selbst zu erfahren, bezieht sich auf die Erfahrung des eigenen Existierens in seinen einfachen und komplexen Formen, auf die Erfahrung des eigenen Wirkens und Funktionierens, auf die fortlaufenden Erfahrungen mit der eigenen Person. Auch wenn zu jeder gegebenen Zeit diese Erfahrungen nur zu einem geringen Teil bewußt sind, so kann ein großer Teil dieser Erfahrungen dem Bewußtsein prinzipiell zugänglich gemacht werden, wenn das Individuum gewisse Empfindungen oder Erfahrungen in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen rückt, weil sie mit der Befriedigung seiner Bedürfnisse im Zusammenhang stehen. Der fortlaufende Fluß der Erfahrungen mit sich selbst bildet die Grundlage für die Entwicklung, Organisation und Aufrechterhaltung

des Selbst eines Individuums. Sie stellen das Rohmaterial dar, aus dem das organisierte Selbstkonzept geformt ist. Das → Selbst oder Selbstkonzept bezeichnet ein Subsystem des → Organismus bzw. der Persönlichkeit und stellt die Quelle und die Grundlage der „psychischen Individualität“ eines Menschen dar. Es sind die Annahmen, Erfahrungen und Bewertungen eines Individuums über sich selbst, seine Eigenschaften und Fähigkeiten, sein So-Sein. Es wird verstanden als ein komplexes Muster von Selbsterfahrungen, deren Konfiguration symbolisch verankerte Elemente, unterschiedliche Wahrnehmungen, charakteristische Affekte und gefühlsmäßige Bewertungen (Selbstgefühl und Selbstwertgefühl) enthält. Die Integration von Selbsterfahrungen einschließlich der organismischen Prozesse eines Individuums in sein Selbstkonzept ist die Basis für eine kongruente Entwicklung und Existenz (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Die → Kongruenz zwischen Selbst und organismischen Prozessen wird als Voraussetzung für psychische Gesundheit betrachtet. Die gesunde, vollintegrierte Persönlichkeit ist durch eine kohärente, jedoch entwicklungs offene Struktur des Selbst getragen und durch Erfahrungsoffenheit und Erlebensflüssigkeit gekennzeichnet (→ Fully functioning person).

Rogers CR [1951] (1983) Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Rogers CR [1961] (1973) Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Ernst Klett

Robert Hutterer

Selbsterfahrung und Verhaltenstherapie. → Verhaltenstherapie und Selbsterfahrung.

Selbsterfahrungsgruppe. → Selbsterfahrung.

Selbsterhaltungstrieb. → Trieb; → Sexualtrieb; → Psychoanalyse.

Selbstexploration (→ Klientenzentrierte Psychotherapie). Darunter versteht man die offene Auseinandersetzung einer Person (Klientin/Klient) mit dem eigenen Erleben. Ein hohes Ausmaß der Selbstexploration ist gegeben, wenn ein Klient sich offen und aktiv mit eigenen Erfahrungen, seinen spezifischen inneren Erlebnissen, dem eigenem Fühlen, mit Aspekten und Eigenschaften seiner Persönlichkeit sowie mit seinem Selbstbild auseinandersetzt, diese erforscht und zu klären versucht. Ein geringes Ausmaß an Selbstexploration zeigt sich darin, daß Klienten nichts über sich, über ihr Verhalten und Erleben sagen, sondern überwiegend über äußere Tatbestände sprechen, die von ihrer Person entfernt sind (→ Prozeßkontinuum). Die Selbstexploration von Klienten wird besonders durch nicht-wertendes einführendes Verstehen auf seiten des Psychotherapeuten gefördert (→ Empathie; → Wertschätzung, unbedingte). Forschungsbefunde haben ergeben, daß in wirksamen Psychotherapien Klienten ein hohes Ausmaß an Selbstexploration erreichen.

Schwartz H-J (1975) Empirisch überprüfte Prozeßmerkmale in der Gesprächspsychotherapie. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hg), Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S 114–123

Tausch R, Tausch A-M (1979) Gesprächs-Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Robert Hutterer

Selbsthilfegruppen. → Frauengruppen; → Suchttherapie; → Traumatischer Stress; → Cybertherapie.

Selbsthypnose. Unter Selbsthypnose, die zum übenden Modus der → Hypnose zählt, versteht man das selbständige Herbeiführen eines Trancezustandes (Selbstinduktion), das selbständige Nutzen der → Trance und die selbständige → Rück-

orientierung. 1. Selbstinduktion: Wie bei der Fremdinduktion (→ Tranceinduktion) empfiehlt sich auch bei der Selbstinduktion die → Utilisation der bereits erworbenen Fähigkeiten in Zusammenhang mit Trance. Dazu zählen Entspannungs-, Konzentrations- und Meditationsverfahren, spezielle imaginative Fähigkeiten auf bestimmten Repräsentationsebenen, die Verwendung von Induktionsritualen unter Einbeziehung von Worten und Zahlen, die Verwendung von inneren und äußeren Bildern (→ Ablationshypnose in der Schmerzbehandlung) und → Symbolen, von ideomotorischen Reaktionen wie → Levitationen etc. Wird Selbsthypnose im Rahmen einer Psychotherapie gelernt, bieten die Tranceerfahrungen in den Therapiestunden eine wesentliche Basis für die individuell erstellte Selbstinduktion; 2. Die selbständige Nutzung der Trance erfolgt einem Plan gemäß, der im allgemeinen mit einem Therapeuten erstellt wird. Inhalte der Trance können das Erreichen eines bestimmten angenehmen Ruhezustandes, das Erleben bestimmter kraftspendender, stärkender, beruhigender etc. → Imaginationen, das Probehandeln in bestimmten vorweggenommenen Situationen, die Angstbewältigung durch schrittweise Annäherung an angstmachende Vorstellungen in einem integrierten Zustand, die mentale Beeinflussung bestimmter Körperfunktionen, die Mobilisierung von Selbstheilungskräften, die Stimulierung von kreativen Prozessen u.v.a.m. sein. In Form von zukunftsgerichteten, → lösungsorientierten, auch posthypnotischen → Autosuggestionen können weitere, im Dienste des persönlichen Wachstums stehende Entwicklungen gefördert werden; 3. Die Rückorientierung wird gewöhnlich nach einem individuell passenden, gleichbleibenden Ritual, das dem Körper die Umschaltung vom → trophotropen Reaktionsmuster der Trance in den ergotropen Wachzustand sowie den psychischen Funktionen die Wiederaufnahme der normalen Wahrnehmung und Alltagsorientierung ermöglicht, vorgenommen. Als Standard kann die Zählmethode (z. B. von 5 bis 1), gekoppelt mit Rückorientierungsschritten, angesehen werden, es sind jedoch die verschiedensten Techniken möglich. Wurde

die Trance z. B. mit einer Armlevitation gekoppelt, so wird das Zurückführen der Armlevitation zum strukturierenden Element der → Rückorientierung.

- Alman B (1995) Selbsthypnose. Heidelberg, Carl Auer
Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union
Rossi EL (Hg) (1995) Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Heidelberg, Carl Auer

Hans Kanitschar

Selbstinstruktionstraining (→ Verhaltenstherapie). Sehr viele Handlungen werden durch Selbstinstruktionen und Selbstverbalisationen mitgesteuert. Solche inneren Vorgänge dienen als Vermittler zwischen Reiz und Reaktion. Der Aufbau fehlender oder die Veränderung problematischer „innerer Monologe“ bzw. verbaler Selbstinstruktionen ist Aufgabe der Selbstverbalisationstherapie (Meichenbaum, 1975). Ziel ist es, die Selbstinstruktionen so zu verändern, daß sie, statt die psychische Störung aufrechtzuerhalten, zu problembewältigenden Verhaltensweisen anleiten und letztlich auch einstellungsändernd wirken können. Die Selbstverbalisationstherapie zählt zu den Methoden der → kognitiven Umstrukturierung. Es wurden unterschiedliche Formen von Selbstverbalisationstrainings entwickelt, so z. B. Trainings zur Behandlung impulsiver Kinder, zur Therapie Schizophrener, das Ärgerkontroll- und → Streß-Impfungstraining sowie das Selbstverbalisationstraining zur Angstbewältigung.

- Fliegel S (1993) Selbstverbalisation und Angstbewältigung. In: Linden M, Hautzinger M (Hg), Verhaltenstherapie. Berlin, Springer, S 267–271
Meichenbaum D [1975] (1977) Methoden der Selbstinstruktion. In: Kanfer FH, Goldstein AP (Hg), Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München, Urban & Schwarzenberg, S 407–450

Martina de Zwaan

Selbstkonzept. → Selbst; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Selbstmanagement-Therapie (→ Verhaltenstherapie). Von F.H. Kanfer entwickeltes Konzept, welches davon ausgeht, daß der Patient im Laufe des therapeutischen Prozesses effektive Fähigkeiten zur → Selbstregulation und Selbstkontrolle entwickeln kann. Der wichtigste Leitgedanke der Selbstmanagement-Philosophie besteht darin, Menschen dazu zu befähigen, ihr Leben selbst zu gestalten und möglichst bald von Therapie und Therapeuten unabhängig zu werden. Als Hauptziele können somit Autonomie, Selbstverantwortung bzw. Selbststeuerung gelten. Diese Aspekte werden nicht als gegeben oder angeboren betrachtet, sondern als lernbare Fertigkeiten verstanden. Folglich besteht eine Hauptaufgabe der Selbstmanagement-Therapie v. a. darin, Menschen wichtige Fähigkeiten zum selbstbestimmten Leben zu vermitteln. Kanfers Modell gilt als entscheidend für den Paradigmenwechsel innerhalb der Verhaltenstherapie, indem er, im Gegensatz zu orthodoxen Vertretern der Verhaltenstherapie, die Bedeutung der Selbstkontrolle in den Mittelpunkt rückt. Selbstkontrolle gilt als Spezialfall der Selbstregulation und ist von beträchtlicher klinischer Relevanz. Aufbau und Verbesserung dieser Funktion sind wichtiger Teil der Selbstmanagement-Therapie. Selbstkontrolle wird durch Diskrepanzen zwischen dem derzeitigen Verhalten und übergeordneten Zielen, aber auch durch Konflikte aktiviert. Selbstbeobachtung und Selbstbewertung ermöglichen Einsicht in die bestehenden Dissonanzen; Selbstverstärkung gilt als relevante Methode zur angestrebten Veränderung. „Therapie“ versteht sich im Gesamtrahmen des Selbstmanagement-Ansatzes als zeitlich begrenzter, problem- und zielorientierter Lernprozeß, der auch systemischen Prinzipien gehorcht. Die so häufig propagierte „Hilfe zur Selbsthilfe“ wird in Form eines → Sieben-Phasen-Modells der Therapie systematisch umgesetzt. Die Person des Therapeuten stellt für diesen Veränderungsprozeß ein wichtiges Instrument dar, welches „Katalysator“-Funktion für das Lernen des Klienten innehat.

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer

Reinecker HS, Schmelzer D (Hg) (1996) Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Göttingen, Hogrefe
Schmelzer D (1997) Verhaltenstherapeutische Supervision. Göttingen, Hogrefe

Gerhard Lenz

Selbstobjekt (→ Selbstpsychologie). Kohut (1971) definierte den Begriff Selbstobjekt (damals noch „Selbst-Objekt“ geschrieben) ursprünglich als ein → Objekt (die Imago einer Person), das „entweder im Dienste des Selbst und der Aufrechterhaltung seiner Triebbesetzung benutzt [...] [oder] als Teil des Selbst erlebt“ wird (Kohut, 1973: 14). In dieser Bedeutung wird das Selbstobjekt konkret als ein Objekt definiert, das eine psychologisch notwendige, aber fehlende Funktion ersetzt. Der Terminus „Selbst“ in Kombination mit „Objekt“ bezieht sich auf eine Bezugsperson oder einen Analytiker, der seine → Responsivität empathisch auf die Bedürfnisse (innerhalb des Selbst) des Kindes oder Patienten, und ein Objekt (außerhalb des Selbst), das → Spiegelung, Erleben von Gleichheit oder → Idealisierung, so wie sie für das → Selbst nötig sind, ermöglicht (→ Selbstobjektübertragung). Kohuts Definition geht mit seinem Versuch konform, eine intrapsychische Perspektive in der Selbstpsychologie zu erhalten, bei welcher der Andere, das Objekt, vom Selbst in Relation zur Strukturbildung (→ psychische Struktur) oder der Aufrechterhaltung der Kohäsion wahrgenommen wird, mit deren Hilfe die so erfüllte Funktion geschaffen oder gesichert wird. Als die Selbstpsychologie sich von ihrer Verbindung mit ichpsychologischen Konzepten wie Triebbesetzung, psychischer Struktur und einem restriktiven intrapsychischen Fokus entfernte, begannen Kohut und andere die bisherigen Konzepte in erfahrungsnahen Begriffen neu zu definieren, so z. B. „Selbst-Selbstobjektbindung“. „Ein Mensch erlebt sich selbst als kohärente, harmonische Einheit in Raum und Zeit, [...] [aber] nur so lange, wie er in jedem Stadium seines Lebens erlebt, daß gewisse Vertreter seiner menschlichen Umgebung freudig auf ihn reagieren, als Quellen idealisierter Kraft

und Ruhe verfügbar sind, im Stillen gegenwärtig, aber ihm im Wesen gleich und [...] fähig, sein inneres Leben mehr oder weniger richtig zu erfassen, so daß ihre Reaktionen auf seine Bedürfnisse abgestimmt sind“ (Kohut, 1987: 84). Das Konzept des Selbstobjekts wurde in der Selbstpsychologie von einigen in seiner ursprünglichen Definition beibehalten, von anderen um negative und verbotende Reaktionen erweitert und wiederum von anderen neu definiert, um die Selbstobjekterfahrung hervorzuheben. In der erweiterten Definition von Lichtenberg et al. (1992) wird Selbstobjekt durch Selbstobjekterfahrung ersetzt. „Wenn einführende Responsivität eine Erfahrung der Kohäsion und Lebendigkeit des Selbst sichert, bezeichnen wir sie als Selbstobjekterfahrung“ (Lichtenberg et al., 1992: 132). Selbstobjekt und Selbstobjekterfahrung sind Konzepte, die sich auf die Motivation beziehen, die Kohäsion des Selbst zu schaffen, zu erhalten und wiederherzustellen. In vielen kritischen und wiederholten pathologischen Situationen kann die kurzfristige Wiederherstellung der Kohäsion dazu führen, Selbstobjekterfahrungen zu suchen, die zu unmittelbarer Belebung oder Beruhigung führen, langfristig jedoch schädigende Auswirkungen haben können, wie beispielsweise sado-masochistische Beziehungen (→ Masochismus; → Sadismus), Erotisierungen, Eßstörungen und vielfältiges Suchtverhalten.

Kohut H [1971] (1973) Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (1992) Self and motivational systems: toward a theory of psychoanalytic technique. Hillsdale (NJ), Analytic Press

Wolf ES [1988] (1996) Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Frankfurt/M., Suhrkamp

*Joseph D. Lichtenberg, Fred Hilkert [Übers.:
Erwin Bartosch, Christine Pawlowsky]*

Selbstobjektstörungen. → Narzißtische Störungen.

Selbstobjektübertragung (→ Selbstpsychologie). Das kontinuierlich beibehaltene Eintauchen in das innere Erleben des Patienten über die Dauer der ganzen Analyse war der Schlüssel zu Heinz Kohuts Neuformulierung des Wesens der → Übertragung und damit der psychoanalytischen Theorie und Behandlung insgesamt. Kohut beschrieb drei Übertragungsformen: 1. der Analytiker wird in das Selbsterleben des Patienten einbezogen. Der Analytiker hat nur insoweit Bedeutung für den Patienten, als er die Funktionen erfüllt, die ihm unbewußt vom Patienten zugeteilt werden: er erwartet Bestärkung, Anerkennung, Bewunderung und eine Reihe anderer, selbststärkender Reaktionen auf sein subjektives Erleben. Diese Übertragung nannte Kohut „Spiegelübertragung“ (mirror transference). Darin werden jene Bedürfnisse der frühen Kindheit wiederbelebt, deren Nichterfüllung sein in Entwicklung begriffenes → Selbst unvollständig zurückließ, sodaß bestimmte Fähigkeiten nicht erworben werden konnten (strukturelles Defizit): die Regulation des Selbstwertes, die Freude an psychischer und physischer Aktivität und die Verfolgung von Zielen und Strebungen – die den „selbststärkenden Pol“ des bipolaren Selbst bilden. 2. In einer anderen Übertragungskonstellation hebt der Patient den Analytiker auf ein Podest; er sieht ihn als erhöhte und allwissende Figur und erlebt sich selbst als unbedeutend. Indem er sich als Teil des Analytikers erlebt („verschmolzen“ mit seiner Macht und Allwissenheit), borgt er die Macht, die ihm fehlt oder die nur unzureichend vorhanden ist. Kohut nannte das „idealisierende Übertragung“ (idealizing transference). Der Patient mobilisiert in ihr die Suche nach Idealen und Werten, die er im Lauf seiner Entwicklung nicht erwerben konnte. Daraus entsteht der „Pol der Ideale und Werte“ des bipolaren Selbst. 3. In der dritten Konstellation benötigt der Patient die Erfahrung der essentiellen Gleichheit mit dem Analytiker; durch diese Gleichheit erst kann er sich voll akzeptiert und bestärkt fühlen. Diese Erfahrung ermöglicht dem Patienten die Entfaltung seiner Fertigkeiten und Begabungen, die in einer affirmativen (bestärkenden) „peer-relationship“ ge-

deihen. Kohut nannte sie „Alter-ego“- oder „Zwillingsübertragung“ (twinship transference) – eine Erfahrung, in der ein als gleich erlebtes → Selbstobjekt für den Patienten die Funktion erfüllt, sich als Teil der menschlichen Gemeinschaft erleben zu können. Diese Übertragungskonstellation konstituiert nicht etwa einen dritten Pol des Selbst – wie häufig behauptet wurde – sondern führt zum Erwerb und Ausbau von Fertigkeiten und Talenten, die dem bipolaren Selbst als Ganzem zur Verfügung stehen. Das Konzept der Selbstobjektübertragung ermöglichte so das klinische, entwicklungsmäßige und theoretische Konzept des Selbstobjektes – des erfahrungsnahen, grundlegenden Konstruktes der Selbstpsychologie. Der Begriff Selbstobjekt ist eine Neuschöpfung, die eine Idee ausdrückt, nämlich „des Selbst's Objekt“ zu definieren (das Objekt, das das Selbst erst zum Selbst macht). In diesem Verständnis erfüllt der Analytiker eine Funktion für den Patienten und wird nicht als ein „Anderer“ erlebt. Die auf dem Erleben begründete Methode der → Empathie führte zur Erkenntnis, daß Patient und Analytiker auf der Erfahrungsebene nicht als zwei getrennte Individuen aufeinander bezogen sind. Vielmehr erlebt der Patient den Analytiker, als wäre er ein Teil von ihm oder als wäre er ein Teil des Analytikers. Es war diese Einsicht, die zu der radikalen Umformung des Konzeptes der Übertragung in der Selbstpsychologie führte.

Kohut H [1971] (1973) Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißistischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kohut H (1979) The two analyses of Mr. Z. International Journal of Psychoanalysis 60: 3–27

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Wolf ES [1988] (1996) Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Frankfurt/M., Suhrkamp

Paul H. Ornstein [Übers.: Erwin Bartosch]

bezieht, kann man als Selbstorganisations-theorien bezeichnen. In der → Autopoiese-Theorie, der Theorie sozialer Systeme (Luhmann) und in naturwissenschaftlichen Systemtheorien werden Systeme als autonom definiert. Die Fähigkeit zur Selbstorganisation setzt notwendigerweise → Autonomie voraus. Im Gegensatz zum Begriff der Fremdorganisation umfaßt Selbstorganisation keine von außen erzwungenen Verhaltensweisen, sondern die aus dem System selbst erklärbaren Strukturbildungsprozesse (z. B. biologische Reduplikation von Zellen) oder die autonom organisierten Verhaltensweisen nichtlinearer dynamischer Systeme, wie sie die → Chaostheorie beschreibt. Damit geht der Begriff der Selbstorganisation über den Begriff der Autonomie hinaus. Er erweitert ihn um den Aspekt der Emergenz von Ordnung aus Unordnung. Selbstorganisation meint daher allgemein die autonome Transformation von „Unordnung“ in „Ordnung“, wie sie z. B. in der sinngebenden Deutung der Wirrnisse des Lebens durch ein bewußtseinsfähiges Lebewesen stattfindet. Das Denken in Selbstorganisationsprozessen ist in der biologisch-philosophischen Definition von Leben nicht neu. Physikalisch war Selbstorganisation auf der Grundlage Newtonscher Mechanik jedoch nicht möglich. Erst durch die chemische Theorie dissipativer Strukturen und die physikalische Theorie der Synergetik (allgemein: Chaostheorien) gelingt es, für komplexe nichtlineare dynamische Systeme Verhaltensweisen zu beschreiben, die nicht nur autonom verlaufen, sondern zudem hochstrukturierte und hochkomplexe Ordnungsstrukturen ausbilden.

Dress A, Hendrichs H, Küppers G (1986) Selbstorganisation. Die Entstehung von Ordnung in Natur und Gesellschaft. München, Piper

Schiepek G, Strunk G (1994) Dynamische Systeme. Grundlagen und Analysemethoden für Psychologen und Psychiater. Heidelberg, Asanger

Guido Strunk

Selbstorganisation. → Systemtheorien, auf die sich die → Systemische Therapie

Selbstpsychologie. Wurde von Heinz Kohut (1913-81) in Weiterführung seiner Narzißmustheorie (1971) aus der klassi-

schen → Psychoanalyse entwickelt. → Narzißmus verstand er nicht als „Selbstliebe“ oder als „Besetzung des Ich“, sondern als offenes Bedürfnis nach einer für die Entwicklung der Persönlichkeit notwendigen Funktion des Anderen, die sich der „narzißtisch gestörte“ Mensch von seiner Umwelt und in der Analyse vom Analytiker erwartet. So beschrieb er 1971 die Spiegelübertragung und die idealisierende Übertragung. Seine Aussage damals lautete: → narzißtische Persönlichkeitsstörungen sind entgegen der klassischen Auffassung psychoanalytisch behandelbar. Diese Patienten übertragen sehr wohl auf den Analytiker, wenn auch in ihrer spezifischen Weise. In dem Buch „Die Heilung des Selbst“ gelang ihm 1977 der Schritt über die klassische Psychoanalyse hinaus und damit die Überwindung ihrer mechanistischen Sprache und Denkweise. Schon 1959 hatte Kohut in seiner grundlegenden Arbeit „Introspektion, Empathie und Psychoanalyse“ programmatisch dargelegt: psychoanalytisch relevante Daten sind nur solche, die über → Introspektion oder → Empathie gewonnen werden. Damit war der Bereich der wissenschaftlichen Zuständigkeit der Psychoanalyse zum ersten Mal klar definiert. Für seine neue Psychoanalyse, die psychoanalytische Selbstpsychologie, ist die Empathie deshalb auch bis heute die Grundlage von Theorie und Praxis. Empathie bedeutet den kontinuierlichen Versuch, aus dem inneren Erleben des Anderen heraus wahrzunehmen, ohne deshalb die Position des Beobachters zu verlassen. Die klassische Analyse hatte „von außen“ beobachtet, jetzt erfolgt die Beobachtung „aus dem inneren Erleben des Betreffenden heraus“ unter Einbeziehung der Veränderung des beobachteten Feldes, die durch eben diese Beobachtung erfolgt. Kohut hat damit die Psychoanalyse vom Wissenschaftsverständnis des 19. Jh. befreit und den Wissenschaften unseres Jh. an die Seite gestellt. Das hat für die Theorie und für die Praxis der Psychoanalyse weitreichende Konsequenzen: 1. Das Zentrum der Aufmerksamkeit in der selbstpsychologischen Analyse liegt beim Erleben des Patienten wie es insbesondere in den → Selbstobjektübertragungen und den Selbstobjektbeziehungen (→ Selbstobjekt) zum

Ausdruck kommt. Der psychische → Konflikt, der in der klassischen Analyse im Mittelpunkt stand, wird auf diesem Hintergrund gesehen. 2. Die Einstellung zum → Widerstand ist grundlegend anders: „Widerstand“ ist für den selbstpsychologischen Analytiker ein Signal, daß ein Mensch aufgrund seiner Geschichte (→ organizing principles) nur in dieser Weise mit anderen Menschen – eben auch mit dem Analytiker – in Verbindung treten kann. Der Grund dafür ist vor allem die „Angst vor der Wiederholung“ der ursprünglichen und chronisch traumatisierenden Situation (Ornstein, 1974). Die berechnete → Angst des Patienten zu verstehen und ihm dieses Verständnis auch zu vermitteln, ist deshalb der Inhalt der → Deutung. 3. Die Theorie der → Aggression ist grundsätzlich anders als die der klassischen Psychoanalyse: Aggression wird unterschieden in selbstbehauptende und destruktive Aggression (Ornstein & Ornstein, 1997). Destruktive Aggression ist kein angeborener → Trieb, sondern eine Reaktion auf nicht erfüllte Entwicklungsbedürfnisse oder chronisch mißlingende Kommunikation (→ narzißtische Wut). Diese drei Punkte gehen vom „inneren Erleben“ des Patienten aus und nicht von einer Beobachtung „von außen“. In den letzten Jahren hat die → Säuglingsforschung als empirische Disziplin, die von außen beobachtet, Ergebnisse erzielt, die mit den durch Empathie und Introspektion gewonnenen Erkenntnissen der Selbstpsychologie einerseits kompatibel sind, andererseits ihren Bereich des Verstehens erweitern. Damit sich eine Person in ihrem Selbsterleben als gesichert erfahren kann, benötigt sie Selbstobjektbeziehungen. Selbstobjekterfahrungen sichern in der Kindheit den Aufbau des Selbsterlebens, sind notwendig bei der Bewältigung von Entwicklungs- und Lebenskrisen und erhalten und stärken das Selbstgefühl über die ganze Lebensspanne. Deshalb sind sie auch in der therapeutischen Arbeit die Basis für „Heilung“ und „Neubeginn“. Der therapeutische Prozeß ereignet sich im Bereich der Selbstobjektbeziehungen. Ihr Gelingen, ihre Reparatur (Wolf, 1996) und ihre Entwicklung von archaischen zu reiferen Formen und die zunehmende Fähigkeit des Patienten

im Umgang mit ihnen bilden den Heilungsprozeß, wie die Selbstpsychologie ihn versteht. Die Selbstpsychologie verfolgt gegenwärtig drei Schwerpunkte: die Selbst-Selbstobjekt-Matrix (Ornstein & Ornstein, 1997), motivationale Systeme (→ Motivationssysteme) und Affekttheorie (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage) und die Theorie der → Intersubjektivität (Orange et al., 1997). Gemeinsam ist ihnen die Orientierung an der Entstehung des Selbsterlebens, die auch den Weg der Heilung weisen kann: wenn wir wissen, wie das Leben „in Ordnung geworden“ ist, können wir vielleicht auch verstehen, es wieder „in Ordnung“ zu bringen.

- Kohut H [1959] (1977) Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie. In: Kohut H, Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Aufsätze zur psychoanalytischen Theorie, zu Pädagogik und Forschung und zur Psychologie der Kunst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 9–35
- Kohut H [1971] (1973) Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) Working intersubjectively: contextualism in psychoanalytic practice. Hillsdale (NJ), The Analytic Press
- Ornstein A [1974] (1996) Die Angst vor der Wiederholung. Bemerkungen zum Prozeß des Durcharbeitens in der Psychoanalyse. *Psyche* 50(5): 444–462
- Ornstein PH, Ornstein A [1993] (1997) Selbstbehauptung, Ärger, Wut und zerstörerische Aggression: Perspektiven des Behandlungsprozesses. *Psyche* 51(4): 289–310
- Wolf ES [1988] (1996) Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Frankfurt/M., Suhrkamp

Erwin Bartosch

Selbstpsychologie, Technik der psychoanalytischen. → Technik der psychoanalytischen → Selbstpsychologie.

Selbstreferenz. → Autopoiese.

Selbstregulation (→ Verhaltenstherapie). Darunter wird die Tatsache verstanden, daß eine Person ihr eigenes → Verhalten in Hinblick auf selbstgesetzte Ziele steuert; die Regulation erfolgt durch eine Modifikation des Verhaltens selbst oder durch eine Einflußnahme auf die Bedingungen des Verhaltens. Das Grundmodell der Selbstregulation besteht aus drei Schritten: Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung. Weiterentwicklungen des Modells betreffen die Einführung von Feedforward- und Feedback-Schleifen, die Berücksichtigung der Rolle von Attributionsprozessen (→ Attributionstheorie) und die Unterscheidung von Selbstregulations-Zyklen mit zeitlich unterschiedlichen Konsequenzen (Entscheidungen aufgrund eines unmittelbaren Kontaktes mit der Situation oder aufgrund eines vorgestellten Verhaltens).

- Kanfer FH (1970) Self-regulation: research, issues and speculations. In: Neuringer C, Michael JL (Eds), Behavior modification in clinical psychology. New York, Appleton-Century Crafts, pp 178–220
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer

Gerhard Lenz

Selbstregulierung. → Gegensatzthematik; → Analytische Psychologie.

Selbstregulierung, organismische. → Organismische Selbstregulierung; → Gestalttherapie.

Selbstrepräsentanz, Selbstrepräsentation. → Selbst; → Selbstpsychologie.

Selbständige Berufsausübung. Die selbständige Ausübung der → Psychotherapie besteht in der eigenverantwortlichen Ausführung der psychotherapeutischen Tätigkeit, unabhängig davon, ob diese freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses

ses ausgeübt wird. Die Eigenverantwortlichkeit der Berufsausübung korrespondiert damit, daß der psychotherapeutische Beruf als freier Gesundheitsberuf eingerichtet ist, der eine qualifiziert-wissenschaftliche → Ausbildung voraussetzt, auf deren Grundlage der Psychotherapeut in der Lage ist, eigene geistige oder gestalterische Kräfte zu entfalten. Damit wird das Recht erworben, die in der Ausbildung erworbenen psychotherapeutischen Kenntnisse und Fertigkeiten eigenverantwortlich, d. h. in fachlicher Weisungsfreiheit, auszuüben. Die Folgen psychotherapeutischen Handelns sind daher vom Psychotherapeuten selbst einzuschätzen, die Verantwortung von ihm selbst zu tragen (→ Haftung für Behandlungsfehler). Fachliche Weisungsfreiheit bei der Ausübung der Psychotherapie besteht daher nicht nur im Rahmen freiberuflicher psychotherapeutischer Berufsausübung, sondern auch im Rahmen psychotherapeutischer Arbeitsverhältnisse bei Eingliederung in größere organisatorische bzw. hierarchische Strukturen (z. B. in Krankenanstalten, Kriseninterventionszentren oder sonstige Einrichtungen des Sozial- oder Gesundheitswesens), bei der der Psychotherapeut zwar dienstrechtlichen, organisatorischen und administrativen Weisungen unterliegt, fachliche Vorgaben sich aber auf das Grundsätzliche, etwa auf die anzuwendenden Methoden oder Interventionsstrategien (z. B. → Krisenintervention) oder den zu behandelnden Personenkreis (je nach Zweck und Leistungsangebot der Einrichtung, z. B. onkologische Patienten) zu beschränken haben, während die konkrete psychotherapeutische Arbeit auch hier fachlich weisungsfrei zu erfolgen hat.

Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz – Kurzkomentar. Wien, Orac

Johanna Schopper

Selbststeuerung, ökonomische. → Ökonomische Selbststeuerung; → Vegetherapie, charakteranalytische.

Selbststruktur. → Selbst; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Selbst-Transzendenz. Begriff der existenzanalytischen → Anthropologie V. Frankls zur Bezeichnung des intentionalen Charakters der → Person, der darin begründet ist, daß sich die Person vom Wesen her nicht selbst genügt, sondern auf Andere(s) verwiesen ist, das sie er-gänzt (ganz = „heil“ macht). Selbst-Transzendenz ist definiert durch den Umstand, daß der Mensch erst dann ganz Mensch wird, wenn er aus sich heraustritt und in der Hingabe an eine Sache oder an einen Menschen aufgeht (→ Existenz als Ergebnis vollzogener Selbst-Transzendenz; → Wille zum Sinn; → Logotherapie). Selbst-Transzendenz hat als innere Voraussetzung die → Selbstdistanzierung und als äußeren Referenzpunkt → Werte in einem Orientierung gebenden → Sinn-Zusammenhang. Mit dieser intentionalen Veranlagung der Person geht das Vermögen zum → Dialog und zu → Begegnung einher.

Frankl VE [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 201–203]

Frankl VE [1975] (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Neuausgabe. München, Piper

Beda Wicki, Alfred Längle

Selbstverantwortung (in der → Gestalttherapie). Der → Existentialismus (Buber), eine der wichtigsten Quellen der Gestalttherapie, betont die Unausweichlichkeit, die Folgen der eigenen Entscheidungen zu tragen. Als Gegenentwurf zum alltäglichen Konformismus, der das Verhalten als nicht persönlich zuordenbar erscheinen läßt, wird die → Verantwortung nicht nur der Gesellschaft, sondern auch dem eigenen → Selbst gegenüber betont. Für Paul Goodman bedeutet die Überanpassung an gesellschaftliche Normen „Ver-rat an der eigenen Natur“, den man sich bewußt machen kann. Goldsteins Konzept der → „organismischen Selbstregulierung“ fügt den Aspekt der → „Selbstaktuali-

sierung“ hinzu: Jeder Mensch trägt einen Lebensentwurf in sich, der verlangt, die eigenen Potentiale zu entfalten und fruchtbar werden zu lassen. Das Üben der → Bewußtheit dient in der Gestalttherapie häufig dazu, den → Widerstand gegen eine als zu riskant empfundene Entfaltung zu modifizieren und in einen Beistand zu verwandeln.

Portele H (1994) Martin Buber für Gestalttherapeuten. Gestalttherapie 8(1): 5–15

Votsmeier A (1995) Gestalttherapie und die „organismische Theorie“ – der Einfluß Kurt Goldsteins. Gestalttherapie 9(1): 2–16

Kathleen Höll

Selbstverwirklichung. → Selbstaktualisierung; → Selbstaktualisierungstendenz; → Selbst.

Selbstverstärkungsmechanismus (aus Sicht der → Sexualtherapie). Ein einmaliges, zufälliges Versagen kann Erwartungsängste und zwanghafte Selbstbeobachtung auslösen („Teufelskreis der Erwartungsangst“; selbstinduziertes Erektionsversagen; → Erektionsstörungen). In der Folge ist eine ungestörte Funktion unmöglich. Unabhängig von den tieferen Ursachen der sexuellen → Funktionsstörung kann diese durch den Selbstverstärkungsmechanismus verfestigt und fortgesetzt werden. Das bedeutet, daß das → Symptom auch noch nach einer therapeutischen Bearbeitung fortbestehen kann. Vermeidungsverhalten (→ Lustlosigkeit) und → Sexualaversion können konditioniert werden. Auf diese Weise wird aus einem situativen Erektionsversagen eine chronische Potenzstörung, die nicht selten in ein sexuelles Vermeidungsverhalten mündet.

Hoyndorf S, Reinhold M, Christmann F (Hg) (1995) Behandlung sexueller Störungen. Weinheim, Beltz/Psychologie Verlags Union

Kochenstein P (1998) Sexualität. München, CIP-Medien

Sigusch V (Hg) (1996) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart, Thieme

Gerti Senger

Selbstwert. Die dritte personal-existenzielle → Grundmotivation der → Existenzanalyse. Bezeichnet das subjektive Gefühl des Wertes der eigenen → Person und der Einstellung zum Ich auf der Basis der Selbst- und Fremdeinschätzung des eigenen Könnens (Fähigkeiten, Erfahrungen), der Beziehungs- und Erlebnisfähigkeit, der Zustimmung zur eigenen Art des Erlebens (des Aussehens und der Persönlichkeit) und zur Weise des Verhaltens (Seins-Berechtigung) und Handelns (ethische Dimension der Rechtfertigung, → Authentizität) innerhalb des Sinnverständnisses der eigenen → Existenz. Diese Vier-Komponenten-Theorie des Selbstwerts greift auf die vier → Grundmotivationen einer personal fundierten Existenz zurück und erfährt erste empirische Evidenz. Die Selbstwert-Thematik entsteht durch die Individualität (Einmaligkeit und Einzigartigkeit) personalen Seins mit der notwendigen Abgrenzung des Eigenen vom Anderen. Das damit verbundene existenzielle Grunderlebnis der Andersartigkeit und der potentiellen Einsamkeit mündet in die Rechtfertigungsfrage der Existenz („Darf ich so sein wie ich bin?“). Im Bestehenkönnen vor sich selbst in der Individualität (→ Gewissen) und vor anderen („öffentliches Ich“, „Über-Ich“) ist der Wert des Personseins erlebnismäßig begründet. Induziert wird der Selbstwert durch personale Begegnungen, in denen die Person (an)gesehen wird, Stellungnahmen erhält, Wertschätzung (Respekt) erlebt und Anerkennung bekommt. Zur Entfaltung kommt er durch die personale Einwilligung (Entscheidung) zu sich in der Intimität vor sich selbst (zu sich stehen) wie vor der Öffentlichkeit (sich zeigen in der → Begegnung, sich sehen lassen). Im Selbstwert ist Ethik (wesenhaftes Selbstsein vor sich und anderen, Verantwortung) und Ästhetik (als Ansichtigwerden des Wesens) verankert. Therapeutisch ist Selbstwert zugänglich durch Arbeit an der Einstellung zu sich selbst (Selbstbild; → Selbst) mittels konfrontierender, erklärender Begegnung sowie durch Bearbeiten von Verletzungen in den Themenbereichen Intimität, Scham, Achtung, Respektieren des Eigenen, Würde. Störungen des Selbstwerts führen zu Problemen in der Abgrenzung zu anderen (Nähe, Übergriffe, Distanziertheit), zu Ver-

einsamung (innere Leere), Sozialängsten, zum hysterischen Formenkreis (→ Hysterie) und zu den meisten → Persönlichkeitsstörungen (histrionische, paranoide; → narzißtische Störungen; → Borderline-Persönlichkeitsstörungen; → Psychopathologie, existenzanalytische).

Freitag P (1996) Hysterie – eine Selbstwertstörung. Überblick über das existenzanalytische Verständnis der Hysterie. Existenzanalyse 13(2): 13–22

Waibel EM (1994) Erziehung zum Selbstwert. Persönlichkeitsförderung als zentrales pädagogisches Anliegen. Donauwörth, Auer

Alfried Längle

Selective Serotonine Reuptake Inhibitors (SSRI, selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; → Antidepressiva; → Psychopharmaka). Hemmen die Wiederaufnahme des Serotonins in die Nervenzelle, die es freigesetzt hat, um über den synaptischen Spalt (zwischen zwei Nervenzellen) hinweg den Impuls auf die nächste Nervenzelle zu übertragen. Innerhalb der Nervenzellen werden die Impulse elektrisch weitergeleitet. Ohne diese elektrische und biochemische Impulsübertragung ist das Gehirn tot (Gehirntod), und es gibt weder seelische Kräfte noch Funktionen. Durch die Behandlungsergebnisse mit den SSRI konnten erstmals seelische Krankheitsbilder mit konkreten biochemischen Veränderungen – den Serotonin-Funktionsstörungen – in Zusammenhang gebracht werden. Da SSRI polyvalent wirken, sind es einerseits → Depressionen, Angstsyndrome, Panikstörungen, Schmerzzustände sowie seelische Erkrankungen, die mit einer serotoninbedingten Störung der Impulskontrolle einhergehen wie Aggression und Selbst-Aggression, → Zwangsstörungen und → Phobien, → Anorexie und → Bulimie, Alkohol- und Suchtmittelmißbrauch sowie Kaufsucht, → Spielsucht und → Computer-Abhängigkeit (→ Sucht; Abhängigkeit). Sie sind gut verträglich und eignen sich bei einigen Indikationen für die Kombination mit Psychotherapie.

Buchheim P (Hg) (1997) Psychotherapie und Psychopharmaka. Stuttgart, Schattauer

Hippius H, Pöldinger W (Hg) (1991) Serotonin – ein funktioneller Ansatz für die psychiatrische Diagnose und Therapie. Berlin, Springer
Pöldinger W (1997) Die Behandlung von Serotonin-Funktionsstörungen mit den polyvalenten selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern. Arzt & Praxis 51: 495–505

Walter Pöldinger

Selective Authentizität. → Authentizität, selektive; → Gestalttherapie.

Sensate focus. Von Masters & Johnson (1970) geprägter Begriff der verhaltensorientierten → Paartherapie sexueller Störungen (→ Funktionsstörungen, sexuelle; → Sexualtherapie; → Verhaltenstherapie). Charakteristisch ist ein schrittweises Vorgehen, das die problemaufrechterhaltenen Verhaltensmuster verhindert. Nach Masters und Johnson werden darunter Streichelübungen und andere gezielte Übungen bei anfangs bestehendem Koitusverbot verstanden, die gestuft aufgebaut sind. Diese werden vom Paar zwischen den Sitzungen durchgeführt. „Sensate focus“ hat dadurch sowohl eine diagnostische als auch therapeutische Funktion. Es fördert die Wahrnehmung von Gefühlen, Gedanken und Erleben und unterstützt das Training sexueller Verhaltensweisen und die Feinabstimmung sensorischer Stimulation.

Hoyndorf S, Reinhold M, Christmann F (Hg) (1995) Behandlung sexueller Störungen. Ätiologie, Diagnostik, Therapie: sexuelle Dysfunktionen, Mißbrauch, Delinquenz. Weinheim, Beltz

Masters WH, Johnson VE [1970] (1973) Impotenz und Anorgasmie. Frankfurt/M., Goverts/Krüger/Stahlberg [bes. S 604]

Gerald Gatterer

Sensitivity-Training. → Selbsterfahrung; → Rahmenbedingungen; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Setting. „Das Setzen, die Szene, die Umgebung, Umrahmung, Richtung.“ Das Setting

stellt einerseits per se einen sehr wichtigen Wirkfaktor in der Psychotherapie dar, andererseits ist es auch Unterscheidungsmerkmal oder Charakteristikum verschiedener Psychotherapiemethoden. Setting bedeutet eine strukturelle Übereinkunft von mindestens zwei Menschen, Zeit miteinander zu verbringen zum Zweck der Linderung oder Beseitigung eines Leidenszustandes, einer Verhaltensstörung, eines Problems. Die Zeit ist eingeteilt in Termin und Länge der Sitzung. Innerhalb dieser Struktur wird es dem Patienten ermöglicht, neue Wege des Denkens und Handelns zu kreieren und zu erproben. Somit erhält das Setting einen wichtigen therapeutischen Effekt: klar definierte Bedingungen, an denen verlässlich festgehalten wird; sie bieten Schutz, Sicherheit und bilden eine Basis, auf der Vertrauen entstehen kann. Diese Sicherheit ermöglicht einerseits ein „Sich-Einlassen“ auf etwas Neues, andererseits bildet sie einen Anreiz, das Setting in Frage zu stellen und anhand dadurch entstehender Konflikte sich zu entwickeln. Setting zwingt zur Auseinandersetzung und zum Suchen neuer Wege. Das Setting betrifft erstens die Frage, wieviele Personen am psychotherapeutischen Prozeß beteiligt sind: Einzel-, → Paar-, → Familien- oder → Gruppenpsychotherapie sowie ein Therapeut, Co-Therapeut oder → Reflektierendes Team hinter einem → Einwegspiegel, zweitens die Frage nach der Therapieanordnung: Sitzen, Liegen, sich Bewegen; drittens die Frage nach Frequenz und Dauer der Sitzungen. Das Setting stellt einen Rahmen, ein Gefüge, eine Ordnung innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses dar. 1. Anzahl der Personen: Einzelsetting = ein Therapeut, ein Patient; hohe Intensität in der Beziehung zwischen beiden; Gruppen-setting: stärkerer Vergleich von Fremd- und Selbstwahrnehmung, mehr Initiative ist erforderlich, direktes Erfahren von Interaktions- und Kommunikationsprozessen. In Paar-, Familien- oder Gruppentherapien wird oft in einem Co-Therapeutensetting gearbeitet. Dies gibt die Möglichkeit, eine Ausgewogenheit herzustellen (z. B. bei Paartherapien) oder verschiedene Gesichtspunkte und therapeutische Interventionen einbringen zu können. Eine spezielle Form des Settings stellt das Reflektierende Team

hinter dem Einwegspiegel dar (in der → Systemischen Therapie bzw. Familientherapie), wo Kollegen dem Psychotherapieprozeß folgen, und den Klienten und dem Psychotherapeuten Feedback geben, indem sie die Sitzung gemeinsam reflektieren. 2. Therapieanordnung: Psychotherapie im Sitzen ermöglicht Blickkontakt während der Sitzung, beim klassischen psychoanalytischen Setting liegt der Patient auf der Couch (→ Couchlage), der Therapeut sitzt hinter seinem Kopf – es ist kein Blickkontakt möglich; Liegen auf der Matte bei Körperpsychotherapie, Bewegen beim → Autogenen Training, in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie und in der → Tanztherapie. 3. Frequenz und Dauer: Beides ist einerseits von der Diagnose, der Psychotherapiemethode, aber auch von den äußeren Gegebenheiten abhängig. Es gibt eine Bandbreite zwischen der hochfrequenten klassischen → Psychoanalyse – 4–5 Sitzungen pro Woche – und Sitzungsabständen von einigen Wochen. Einzel- und Paartherapien haben meist eine Dauer von 50 Minuten, Familien- und Gruppentherapien 90 Minuten. Das Setting wird zu Beginn der Therapie mit dem Klienten/Patienten besprochen. Die Wahl des Settings wird vom Patienten, seinen Problemen und der jeweiligen Situation abhängen, aber auch von der Psychotherapiemethode, die gewählt wurde. Eine wichtige Settingfrage ist auch, ob die Psychotherapie in einer Institution, einer freien Praxis, ambulant oder stationär erfolgt.

- Bergin AE, Garfield SL (Ed) (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York, Wiley
- Boylin W, Briggie C (1986) The battle for structure in family psychotherapy. *International Journal of Family Psychiatry* 7: 149–157
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Hogrefe
- Heigl-Evers A, Heigl FS (1995) *Die Gruppentherapie und ihr Rahmen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 31: 91–109
- Strotzka H (Hg) (1978) *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. 2. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg
- Uexküll T v (Hg) (1986) *Psychosomatische Medizin*. München, Urban & Schwarzenberg

Jutta Fiegl

Setting. (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Das typische therapeutische Setting in der Analytischen Psychologie ist das Gegenüber von Therapeut und Klient in einem Therapieraum, der entweder eine gewisse Neutralität ausstrahlt oder auch durch die Anwesenheit von symbolischem Bildmaterial, Figuren, Literatur etc. stimulierend wirken darf. Therapeut und Patient sitzen auf gleichwertigen Sesseln. Zwischen ihnen entwickelt sich ein Zwiegespräch, in dem der Therapeut hauptsächlich die Aufgabe hat, das vom Patienten (seinem → Bewußtsein und dem → Unbewußten) thematisierte Material und die sich abzeichnenden Entwicklungstendenzen der → Seele aufgrund seiner Kompetenz gemeinsam mit dem Patienten zu verstehen (Psychotherapie ist von C.G. Jung als dialektisches Verfahren verstanden worden; → dialektisches Prinzip; → Analyse). Therapeuten, die zusätzlich zum Gespräch andere Methoden anwenden, wie z. B. Aktive → Imagination, gestaltungs- oder kunsttherapeutische Sequenzen, Körperarbeit oder → Sandspiel (→ Projektion), verändern sinngemäß die Anordnung des Begegnungsfeldes. Wie die Fragen betreffend „Arbeitsbündnis“, Grundregeln der analytischen Behandlung, Erstinterview, Stundenfrequenzen, Bezahlung und Zahlungsweise etc. gehandhabt werden, ist im Rahmen der ethischen Richtlinien des Berufsstandes und der allenfalls gültigen Rahmenbedingungen übergeordneter Instanzen (z. B. Institution, Kassen oder staatliche Vorschriften) der Verantwortung des einzelnen Therapeuten überlassen. Es gehört wesentlich zu einer Therapie Jungscher Richtung, daß Methoden und Ziele nicht von außen gegeben werden sollen, sondern daß aufgrund des erscheinenden psychischen Stoffes (vor allem der → Träume) die Entwicklungs- und Heilungsräume eines Patienten prozeßhaft stets wieder neu zu definieren sind.

Dieckmann H (1979) Methoden der analytischen Psychologie. Olten, Walter
Eschenbach U (Hg) (1983) Die Behandlung in der analytischen Psychologie I-III. Fellbach, Bonz
Jung CG (1991) Praxis der Psychotherapie. GW, Bd. 16. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Martin Kunz

Settingforschung (→ Psychotherapieforschung). Die gegenwärtige psychotherapeutische Praxis ist – selten genug – von rationalen indikativen Erwägungen hinsichtlich Art der Behandlung (Therapieform), Setting und Dauer / Frequenz der Behandlung geprägt (Kordy & Kächele, 1995). Differentielle Indikationen (→ Differentielle Psychotherapieforschung), z. B. im Hinblick auf Einzel- vs. Gruppenbehandlung, → Verhaltenstherapie vs. → Psychoanalyse / tiefenpsychologisch fundiert, unterbleiben vollständig oder erfolgen zufällig (Prinzip: freier Behandlungsplatz vor Eignung). Die diesbezügliche Forschung steckt allerdings auch erst in den Kinderschuhen. Die international einzigartige Stellung stationärer Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland hat lange Zeit gleichwohl nicht zu hinreichender Forschung geführt. Erst in jüngster Zeit mehren sich fundierte empirische Prozeß-Ergebnis-Studien (→ Prozeß-Ergebnis-Forschung) stationärer Verhaltenstherapie (Zielke & Sturm, 1994) bzw. stationärer analytischer → Gruppenpsychotherapie (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994; Tschuschke, 1993). Die optimale Länge psychotherapeutischer Behandlung und / oder die günstigste Frequenz therapeutischer Sitzungen bezüglich spezifischer Störungsbilder sind gleichfalls unzureichend untersucht (Kordy & Kächele, 1995). Forschungen zur Kurzzeitgruppenpsychotherapie deuten auf spezifische Eignungen für das gruppentherapeutische Setting (vs. Einzelbehandlung) hin (Piper et al., 1996). Demnach sind diagnostische Kriterien nicht von differentieller prognostischer Relevanz, sondern interpersonelle Ressourcen (psychological mindedness oder quality of object relations), Gruppenvorbereitungstrainings (pregroup training), eine homogene Gruppenzusammensetzung im Hinblick auf ein gemeinsames Problem (Fokus, etwa Verlusttrauma, pathologische Trauerreaktion) sowie eine modifizierte Leiterhaltung (fokussierend, direktiv, stets die Zeitbegrenzung der Therapie betonend; Tschuschke & Mattke, 1997). Vielversprechende Forschungsansätze zeigen zeitliche Muster psychotherapeutischer Veränderungen, z. B. geht das Erreichen von Wohlbefinden zeitlich Symptomverlusten voraus und stellt

sich bereits nach wenigen Sitzungen ein, während Symptomverluste mehr Zeit bzw. Behandlungsdosis benötigen und selbst wiederum zeitlich deutlich einer vollständigen Rehabilitation (Wiederherstellung des alten Funktionsniveaus) vorausgehen (Lueger, 1995). Zukünftige Forschung muß die Frage klären, welche Patienten mit welchen Störungen in welchem Behandlungssetting und mit welcher Behandlungsdauer / Behandlungsfrequenz am ehesten profitieren und in welchem Setting nicht.

Kordy H, Kächele H (1995) Der Einsatz von Zeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 195–209

Lueger RJ (1995) Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 267–278

Piper WE, Rosie JS, Joyce AS, Azim HFA (1996) Time-limited day treatment for personality disorders – integration of research and practice in a group program. Washington (DC), American Psychological Association

Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1994) Stationäre Langzeitgruppenpsychotherapie. Heidelberg, Asanger

Tschuschke V (1993) Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozeß – Ergebnis – Relationen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Tschuschke V, Mattke D (1997) Kurzgruppenpsychotherapie – Entwicklung, Konzepte und aktueller Forschungsstand. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 33: 36–54

Zielke M, Sturm J (1994) Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Beltz

Volker Tschuschke

Sexualaversion. Die Weigerung, Sexualkontakte aufzunehmen bzw. sich kognitiv auf Sexualität einzulassen aufgrund einer unüberwindlichen, meist irrationalen Furcht (→ Phobie), gelegentlich verknüpft mit körperlichen Symptomen wie Schweißausbrüchen, Übelkeit, Durchfall oder Herzrasen (während bei → sexueller Unlust noch gelegentlich Sexualität zugelassen wird, scheint bei der Sexualaversion jegliches körperliche Begehren gelöscht zu sein). Für Kaplan (1988) sind sexuelle Aversion und phobische Sexualvermeidung zwei Varianten sexueller Panikzustände, die jedoch identisch behandelt werden können. Als Hauptursachen gelten 1. traumatisierende Sexualerfahrungen (Vergewaltigung, In-

zest), 2. Muster beständiger sexueller Bedrängung seitens eines Partners in einer langbestehenden Beziehung (häufig korreliert mit einer sexuellen Dysfunktion wie → Anorgasmie), 3. negative elterliche Einstellung zur Sexualität, 4. gestörte Geschlechtsidentität (→ Transsexualismus) bei Männern. Die Prognose bei sexualtherapeutischer Behandlung ist gut (Erfolgsquote über 80%; → Sexualtherapie).

Kaplan HS (1988) Sexualaversion, sexuelle Phobien und Paniksyndrome. Stuttgart, Enke

Schover LR, LoPiccolo J (1982) Treatment effectiveness for dysfunction of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy* 8: 179–197

Paul Kochenstein

Sexualisierung. Bedeutet, einen Inhalt psychischen Erlebens, der von sich aus mit Sexualität nichts zu tun hat, in sexuellem Sinn zu erleben oder zu interpretieren. Besonders die frühen Entwicklungsbedürfnisse (→ Selbstobjekt) wurden in der klassischen Sicht der → Psychoanalyse auf dem Hintergrund der Freudschen → Triebtheorie als sexuelle Bedürfnisse interpretiert (z. B. → Perversion). Sexuelle Bedürfnisse stehen immer im Zusammenhang mit den grundlegenden Entwicklungsbedürfnissen einer Person, sind aber nie deren primäre Motivationsebene. Der Grund für die Sexualisierung liegt darin, daß der Erwachsene erlebt, daß er eine Spannung – die in Wirklichkeit aus unbewußten, nichterfüllten Selbstobjektbedürfnissen stammt – durch befriedigendes sexuelles Erleben ausgleichen kann. Diese Tatsache berechtigt aber nicht dazu, das sexuelle Bedürfnis auf der theoretischen Ebene zur primären menschlichen Motivation zu erklären (→ Selbstpsychologie).

Bartosch E (1999) Ganz normal pervers? In: Bartosch, E, Auf dem Weg zu einer neuen Psychoanalyse. Charakterentwicklung und Therapie aus der Sicht der Selbstpsychologie. Wien, Verlag Neue Psychoanalyse, S 101–130

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer

Erwin Bartosch

Sexualität. Von lat. *sexus* (= Geschlecht). Bezeichnung für Geschlechtlichkeit, Geschlechtsleben (19. Jh.). Wird häufig zu eng als Genitalität verstanden. Menschliche Sexualität realisiert sich im Zusammenwirken organisch-biologischer, psychisch-emotionaler und sozio-kultureller Faktoren. Für eine biopsychosoziale Betrachtungsweise sind Grundkenntnisse über die Evolution der Zweigeschlechtlichkeit einschließlich ethologischer Befunde über Sexualität im Tierreich (Erfassung des „spezifisch Menschlichen“ bzw. des „animalischen Erbes“) sowie über die menschliche Psyche, psychosexuelle Geschlechtsunterschiede, kulturbedingte Geschlechtsrollen, Kommunikation in Beziehungen etc. unerlässlich. Geschlechtlichkeit ist multifunktional (sozial-kommunikative und reproduktive Funktion bzw. Lusterfahrung) und vielschichtig: Das Geschlecht verwickelt sich (jeweils störrisch) in den Chromosomen, den Keimdrüsen, ihrer Hormonproduktion im Fetalstadium, den inneren und äußeren Geschlechtsorganen, der geschlechtsspezifischen Gehirndifferenzierung, im Zuweisungsgeschlecht bei der Geburt, im Hormongeschlecht in der Pubertät, in der Geschlechtsidentifikation und in der Fortpflanzungsfähigkeit. Die somatische Geschlechtsentwicklung ist großteils gut erforscht, im psychosexuellen Bereich überwiegt noch die Unwissenheit, z. B. bezüglich der Entstehung von sexueller Orientierung (heterosexuell, bisexuell, homosexuell; → Homosexualität), von sexuellen Präferenzen oder von Geschlechtsidentität und ihren Störungen (→ Transsexualität). Ähnliches gilt für das Verständnis des „Geschlechtstriebes“, die Steuerung von normalem und deviantem Sexualverhalten (→ Devianz; → Delinquenz) etc. Angesichts der Komplexität, Störanfälligkeit und subjektiven Bedeutung des Geschlechtslebens (Attraktivität, Intimität, Liebe, Kinder versus „Schattenseiten“) kann → Sexualtherapie bzw. Kon-(tra)zeptionsberatung notwendig werden.

Bancroft J (1985) Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart, Enke
Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienaus-

gabe, Bd. V: Sexualeben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC (1996) Heterosexualität. Die Liebe zwischen Mann und Frau. Wien, Ueberreuter

Money J, Musaph H (Eds) (1977) Handbook of sexology. New York, Elsevier

Wickler W, Seibt W (1983) Männlich, weiblich: der große Unterschied und seine Folgen. München, Piper

Kurt Loewit

Sexualität, weibliche. → Weibliche Sexualität.

Sexualökonomie. Wilhelm Reich begründete als Reaktion auf die Zersplitterung der Erforschung der Sexualität in verschiedenste Einzelwissenschaften die Sexualökonomie als einheitliche Lehre von der Sexualität. Von der → Psychoanalyse übernimmt Reich dabei die Lehre von der kindlichen Sexualentwicklung, vom individuellen Sexualverdrängungsmechanismus und vom Unbewußten; vom Marxismus übernimmt er die Untersuchungsmethode des dialektischen Materialismus (Reich, 1935: 12). Ihr Gegenstand ist der Sexualprozeß in allen seinen Lebenserscheinungen, wie sie z. B. in der Psychologie, Physiologie, Biologie, Soziologie und Ethnologie beschrieben werden. Sie ist keine „Querwissenschaft“, „sondern erforscht das Grundgesetz der Sexualität, das sich in allen Lebenserscheinungen durchsetzt“ (Reich, 1935: 8). Der erkenntnistheoretische Ansatz des dialektischen Materialismus stellt die methodische Integration dar, analog der politischen Ökonomie Marx' wird die Ökonomie der Sexualenergie – Libido – betont (Reich, 1934). Inhaltlich gelingt die Integration durch die Orgasmustheorie. Reich beschreibt die Orgasmusfunktion (→ Orgasmusreflex) im von ihm formulierten Grundgesetz der Sexualität, wie es sich in der Spannungs-Ladungs-Entladungs-Entspannungs-Formel darstellt (Reich, 1987). Diese Grundformel läßt sich an der Orgasmusfunktion, wie auch an vegetativen, biologischen und emotionalen Funktionen nachweisen. Bei der Betrachtung der indi-

viduellen Sexualökonomie unterscheidet man zwei idealtypische Arten der „Haus-haltung“ von vegetativer bzw. libidinöser Energie des Individuums: Während Neurosen, neurotische Charakterzüge und psychosomatische Beschwerden Ausdrucksformen einer zwangsmoralischen Sexualökonomie sind, gelten Verantwortungsbewußtsein, Wohlbefinden, Unabhängigkeit und Freude als Charakteristika für die selbstregulierte Sexualökonomie. Ebenso läßt sich die Sexualökonomie auf gesellschaftliche Erscheinungen anwenden (= soziale Sexualökonomie; vgl. Reich, 1935).

- Reich W (1934) Dialektischer Materialismus und Psychoanalyse. 2., erw. Aufl. In: Politisch-Psychologische Schriftreihe der Sexpol Nr. 2. Verlag für Sexualpolitik, Kopenhagen, S 5-47
- Reich W (1935) Überblick über das Forschungsgebiet der Sexualökonomie. Zeitschrift für politische Psychologie und Sexualökonomie 2(1): 5-13
- Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Günter Hebenstreit

Sexualstörungen. → Funktionsstörungen, sexuelle.

Sexualtherapie. Um die Jahrhundertwende begann die moderne wissenschaftliche Befassung mit der menschlichen → Sexualität und der Behandlung von „Sexualleiden“. Stellvertretend seien die Berliner Ärzte Iwan Bloch (prägte den Begriff der Sexualwissenschaft) und Magnus Hirschfeld genannt (1908: erste „Zeitschrift für Sexualwissenschaft“, u. a. Beiträge von Freud und Adler; 1919: erstes Institut für Sexualwissenschaft in Berlin, u. a. „fachärztliche Behandlung aller seelischen und körperlichen Sexualleiden, Eheberatungsstelle“). Die Zerstörung des Instituts durch die Nationalsozialisten 1933 steht für das Ende der Sexualwissenschaft in Mitteleuropa. Nach dem Zweiten Weltkrieg kam die Sexualtherapie aus den USA (Masters, Johnson, Kaplan u. v. a.) nach Europa zurück. Seit der Definition von „sexueller Gesundheit“

durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1975) und Vorschlägen zur ihrer Förderung oder Wiederherstellung (Sexual Health Programs, prophylaktisch und therapeutisch) ist Sexualtherapie im Prinzip weltweit gefordert. Beginnend mit dem bahnbrechenden biopsychosozialen Therapiekonzept von Masters und Johnson (um 1970) bzw. dessen Modifikationen (z. B. Kaplan, 1979; Arentewicz & Schmidt, 1980) hat sich die Sexualtherapie zu einer eigenen und eigens zu erlernenden Therapieform entwickelt. Ihr Ziel ist primär die psychosomatische Behandlung gestörter Beziehungen, nicht isolierter → sexueller Störungen (z. B. Funktionsstörungen), ihr Hauptansprechpartner das Paar. Sexualtherapie ist – was ihre psychotherapeutische Seite betrifft – fokussierende Kurztherapie, sie integriert dabei verschiedene Konzepte, vor allem → Psychoanalyse, → Paartherapie und → Verhaltenstherapie. Langer (s. Kaplan, 1979) charakterisiert sie als „dynamische Verhaltenstherapie“ oder „aktiv verhaltensmodifizierende analytische Therapie“. Kaplan bezeichnet die „integrierte Verwendung von systematisch strukturierten sexuellen Erfahrungen zusammen mit psychotherapeutischer Exploration der unbewußten intrapsychischen Konflikte beider Partner sowie der subtilen Dynamik ihrer Interaktionen“ (Kaplan, 1979: 1) als Schlüssel zur therapeutischen Wirksamkeit. Als kommunikationszentrierte Sexualtherapie kann die Deutung der Sexualität als Körpersprache (→ Sprache, sexuelle), z. B. als verkörperte Annahme, Verbundenheit etc., jedenfalls als Mimik der (positiven, negativen und / oder ambivalenten) Beziehung neue Verstehensdimensionen eröffnen. So wird bereits das „Sensualitätstraining“ (→ sensate focus) zur bewußten körpersprachlichen Kommunikation bzw. Konfrontation mit der Beziehungswirklichkeit.

- Arentewicz G, Schmidt G (1980) Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Berlin, Springer
- Kaplan HS (1979) Sexualtherapie. Ein neuer Weg für die Praxis. Stuttgart, Enke
- Loewit K (1994) Kommunikationszentrierte Sexualtherapie: Theorie und Umsetzung. Sexuologie 2: 101-112
- Masters WH, Johnson VE (1970) Die sexuelle Reaktion. Reinbek, Rowohlt

Masters WH, Johnson VE [1970] (1973) Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen. Frankfurt/M., Goverts/Krüger/Stahlberg

World Health Organization (WHO) (1975) Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Genf, Technical Report Series Nr. 572

Kurt Loewit

Sexualtrieb (→ Psychoanalyse). Nach Freud ist der Sexualtrieb die wesentliche Triebkraft (→ Trieb) im Leben des Menschen, sowohl beim Individuum (Freud, 1905) wie auch – über den Triebverzicht – bei den Kulturleistungen der Gesellschaft (Freud, 1930). Der Sexualtrieb ist dabei ein durchgehendes Prinzip, das im Werk Freuds durch alle Wandlungen seiner dualistischen → Triebtheorie aufrecht erhalten wird: Er steht zunächst im Gegenüber zu den Selbsterhaltungstrieben, später als Antipode zum → Todestrieb. Der Begriff des (Sexual-)Triebes ist dabei als Konstrukt zu verstehen, erlebt wird das (sexuelle) Getriebensein, das Sich-Getrieben-Fühlen, und das jeweilige konkrete Bedürfnis nach (sexueller) Befriedigung (Triebabkömmling). Freud nimmt die Kraft des (Sexual-)Triebes (die → Libido) und den – bei der Sexualität ab einem bestimmten Erregungsausmaß biologisch vorgeformten – Ablauf des Triebgeschehens (Spannungsaufbau, Höhepunkt/Befriedigung, Abklingen der Spannung) als Muster für prinzipiell alle anderen Affektabläufe. Psychoanalytische/psychotherapeutische Beeinflussung eines solchen Geschehens kann nur in der Zählung, Beherrschung, in der sozialen Nutzbarmachung der Triebenergie geschehen. Die Idee der Partialtriebe, definiert durch Quelle (erogene Zone) und Ziel, deutet über die biologische Determiniertheit hinaus eine soziale Entwicklung der Triebmanifestationen, nicht nur eine Entwicklung der Zählung dieser Manifestationen an. Mehrere Autoren der → Objektbeziehungstheorie sehen den Sexualtrieb nicht mehr als den entscheidenden Motor des Erlebens an (vgl. Bacal & Newman, 1994), in der → Selbstpsychologie wird dann die dualistische Triebtheorie, in der der Sexualtrieb eine

zentrale Rolle spielt, zugunsten einer Theorie der → Motivationssysteme (Lichtenberg et al., 1992) aufgegeben: Darin ist das „Bedürfnis nach sinnlicher Befriedigung und sexueller Erregung“ nur mehr einer unter den Motivatoren, und das Befriedigungsmuster dieses Bedürfnisses wird nicht mehr als grundlegendes Muster für alle Bedürfnisse verstanden (vgl. Schöttler & Kutter, 1992).

Bacal H, Newman K (1994) Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart, Frommann-Holzboog

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualeben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Freud S [1930] (1982) Das Unbehagen in der Kultur. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. IX: Fragen der Gesellschaft/Ursprünge der Religion. Frankfurt/M., Fischer, S 191–270

Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL (1992) Self and motivational systems. Towards a theory of psychoanalytic technique. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Schöttler C, Kutter P (Hg) (1992) Sexualität und Aggression aus der Sicht der Selbstpsychologie. Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Sexuelle Deviation. → Deviation, sexuelle.

Sexuelle Funktionsstörungen. → Funktionsstörung, sexuelle.

Sexuelle Orientierung (aus feministischer Sicht). Die Erkenntnisse über gesellschaftliche Entstehung von → Geschlechterrollen führten zur Diskussion heterosexueller Orientierung von Frauen. Auf der Suche positiver Definitionen von lesbischer Identität wurde die „Zwangsheterosexualität“ aufgedeckt und die scheinbare Nicht-Existenz (bzw. pathogene Konnotation) von lesbischer Liebe theoretisch hinterfragt. Morgenthaler (1984) erarbeitete eine Theorie der Entwicklung von → Homosexualität, Heterosexualität und → Perversionen,

in der nicht allein scheinbar abweichendes Verhalten, sondern die Entstehung von „Normalität“ in gleichem Maße erklärungsbedürftig sind. Im Diskurs über unterschiedliche Formen und Ausprägungen weiblichen Begehrens und die Entwicklung lesbischer Identität (Coming out) wird Sexualität immer in kulturelle und politische Kontexte gestellt (Butler, 1996). Damit kann Sexualitätsentwicklung in → Feministischer Therapie als individuelle Geschichte mit Brüchen hinterfragt und bearbeitet werden, ohne normativ wirken zu müssen.

- Butler J (1996) Imitation und die Aufsässigkeit der Geschlechtsidentität. In: Hark S (Hg), Grenzen lesbischer Identitäten. Querverlag, Berlin, S 7–35
- Morgenthaler F (1984) Homosexualität, Heterosexualität, Perversion. Frankfurt/M., Campus
- Rich A (1991) Zwangsheterosexualität und lesbische Existenz. In: Schultz D (Hg), Macht und Sinnlichkeit. Ausgewählte Texte. Berlin, Orlanda, S 138–170

Sonja Woblatz

Sexuelle Sprache. → Sprache, sexuelle.

Sexuelle Störungen. → Funktionsstörungen, sexuelle.

Sexuelle Unlust. Ausbleiben einer lustvollen Reaktion auf sexuelle Auslöser, seien diese nun visueller, akustischer oder taktiler Natur, bzw. sogar Gefühle von Ablehnung und Ekel (→ Sexualaversion). Zu unterscheiden ist eine neurotische Verursachung der sexuellen Unlust von einem normalen sexuellen Abnutzungsprozeß. Ist die sexuelle Unlust neurotisch bedingt, ist sie als Ausdruck einer sexuellen Hemmung aufzufassen. Wie allen sexuellen Hemmungen liegt auch dieser ein unbewußter Konflikt zwischen vermeintlich verbotenen sexuellen Wünschen und dem Sicherheitsstreben eines Individuums zugrunde (→ Funktionsstörungen, sexuelle). Mit dem Symptom der sexuellen Unlust kann ein unbewußter Konflikt vermieden werden. Den-

noch muß sexuelle Unlust in einer lange andauernden Partnerschaft nicht zwangsläufig Ausdruck einer neurotischen Fehlentwicklung sein. Unter Umständen kann auch die ideologisch motivierte Tabuisierung aggressiver Triebkomponenten zur Reduktion des sexuellen Verlangens beitragen. Neuere Studien (z. B. Senger & Hoffmann, 1992) zeigen, daß Frauen und Männer gleichermaßen unter dem Nachlassen der sexuellen Anziehungskraft mit der Dauer der Beziehung leiden. Lebenslange, sexuelle Leidenschaft ist ein Mythos.

- Nunberg H (1975) Allgemeine Neurosenlehre. Bern, Hans Huber
- Senger G, Hoffmann W (1992) Österreich intim. Wien, Amalthea
- Sigusch V (Hg) (1996) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart, Thieme

Walter Hoffmann

Sexueller Mißbrauch (in der Psychotherapie). → Mißbrauch, sexueller (in der Psychotherapie).

Sharing (→ Psychodrama). In der Reflexionsphase (→ Integrationsphase) erfolgen Äußerungen der Gruppenmitglieder, die ähnliche Erfahrungen kennen und ihre Anteilnahme ausdrücken. Dies signalisiert dem → Protagonisten, daß er mit seinen Leiden nicht allein ist und schafft so weiteres Vertrauen und Geborgenheit in der Gruppe. Die Etikettierung des Protagonisten zum alleinigen „Symptomträger“ wird verhindert. Das Vergessen des „Sharing“ ist einer der schlimmsten Kunstfehler im Psychodrama. Das Sharing kann soweit gehen, daß auch der Psychotherapeut sich als gefährdeter Mensch zeigt. Das hat zur Folge, daß sich der Patient mit dem Psychotherapeuten und seinen gesunden Anteilen identifizieren lernt und sich von der Patientenrolle distanziert. Er erkennt, daß → Rollen geändert werden können und er selbst die größte Verantwortung für seine Heilung trägt.

- Leutz GA (1980) Das Psychodramatisch-Kolle-giale Bündnis. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 15(3–4): 176–187

Ploeger A (1990) Heilfaktoren im Psychodrama. In: Lang H (Hg), Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin, Springer, S 86–97

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Sicherheitsstreben / Sicherungstendenz

(→ Individualpsychologie). Nach Adler ist „Die Neurose [...] in erster Linie Sicherung“ (Adler, 1911: 104). Damit wurde erstmals in der psychoanalytischen Wissenschaft das Primat der Selbstregulation über jenes der Triebregulation gestellt. Der Individualpsychologie zufolge sind die menschliche Existenz, der menschliche Körper und die menschliche Seele auf die Überwindung von → Mangellagen ausgerichtet. Das Ziel der Sicherungstendenz ist es, vor dem Erleben von → Minderwertigkeitsgefühlen zu schützen und deren Überwindung durch die Errichtung eines erhöhten Persönlichkeitsideals der Macht und Überlegenheit zu unterstützen (→ Fiktion; → Kompensation). Auf die Entwicklung des Theorems der Sicherungstendenz wirkten sich manche Uneindeutigkeiten der individualpsychologischen Theorie hemmend aus: 1. Die Differenzierung zwischen Innenwelt und Außenwelt sowie deren Beziehung zueinander wurden stark vernachlässigt. Dadurch wurde in der Individualpsychologie z. B. der Zusammenhang zwischen Sicherungsstreben, äußeren Konflikten und verschiedenen Formen der Externalisierung von inneren Konflikten im Dienst der Abwehr von inneren Spannungen nur in Ansätzen untersucht. 2. unterschied Adler auch in seinen Ausführungen zur Sicherungstendenz nicht eindeutig zwischen einem dynamischen Unbewußten, „jenen nichtbewußten Erlebnisinhalten, die abgewehrt sind“, und „anderen nichtbewußten Erlebnisinhalten, die bloß deshalb nicht bewußt wahrgenommen werden, weil sie im Moment nicht Gegenstand der bewußten Wahrnehmung sind, jederzeit aber bewußt wahrgenommen werden könnten“ (Datler, 1996: 109; → Tiefenpsychologie). 3. Adlers Preisgabe der Triebtheorie rückte den Begriff der → Abwehr in den Hintergrund. Während Adler das Konzept der Verleugnung zum Konzept der tendenziösen Apperzeption weiterentwickelte, ver-

zichtete er darauf, das Konzept der Abwehr in ähnlicher Weise weiterzuführen und als Sicherungstendenz dem Sicherungsstreben zu subsumieren (Datler & Reinelt, 1989). Das „neurotische Sicherungsverhalten“ umfaßt nach Adler überdies die Symptomentwicklung, die Ausbildung von → Aggression (z. B. Entwertung und Idealisierung, Anklage und Selbstanklage) sowie die Herstellung von Distanz, die der neurotische Mensch zwischen sich, seiner Umwelt und seinen Lebensaufgaben schafft. Die Rückwärtsbewegung, der Stillstand, der Zweifel und ein Hin-und-Her sowie die Selbstkonstruktion von Hindernissen zählen bei Adler dazu.

Adler A [1911] (1973) Zur Kritik der Freudschen Sexualtheorie des Seelenlebens. In: Adler A, Furtmüller C (Hg) (1914), Heilen und Bilden. Frankfurt/M., Fischer, S 94–102

Adler A [1927] (1966) Menschenkenntnis. Frankfurt/M., Fischer

Ansbacher H, Ansbacher R (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München, Reinhardt

Datler W (1996) Adlers schiefes Verhältnis zum Konzept des dynamischen Unbewußten und die Identität der Individualpsychologie. Zeitschrift für Individualpsychologie 21: 103–116

Datler W, Reinelt T (1989) Das Konzept der tendenziösen Apperzeption und seine Relevanz für das Verständnis von Beziehung und Deutung im therapeutischen Prozeß. In: Reinelt T, Datler W (Hg), Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen. Berlin, Springer, S 73–88

Bernd Wengler

Sieben-Phasen-Modell (→ Verhaltenstherapie). Das Basiskonzept ihres → Selbstmanagement-Ansatzes wurde von Kanfer et al. (1996) in einem siebenstufigen Prozeßmodell zusammengefaßt. Die Schwerpunkte der Phasen sind dabei jeweils durch die Ziele und Aufgaben des Therapeuten für die betreffenden Abschnitte des Therapieprozesses bestimmt. Das Modell geht von der Annahme aus, daß zunächst eine Reihe notwendiger Grundvoraussetzungen geschaffen und aufgebaut werden muß, bevor der eigentliche diagnostisch-therapeuti-

sche Prozeß einer Verhaltensänderung beginnen kann. Die ersten Phasen bereiten den Klienten hauptsächlich auf seine aktive Rolle im zentralen Änderungsprozeß vor: Beziehungsgestaltung, Therapiemotivation (→ Änderungsmotivation), Bedingungsanalyse und Zielanalyse sind die ersten vier Schwerpunkte; in Phase 5 erfolgt die systematische, praktische Umsetzung mit Hilfe spezieller Methoden, Phase 6 gilt der Effektivitätsprüfung, Phase 7 schließlich hat die systematische Stabilisierung und den Transfer positiver therapeutischer Erfahrungen auf zukünftige Situationen zum Ziel, sodaß der Klient seinen Alltag wieder ohne Assistenz des Therapeuten bewältigen kann. Das Modell ist ein Problemlösemodell, ist als Vorschlag zur Arbeitshilfe und Handlungsanweisung für den Therapeuten gedacht und soll diesem dabei behilflich sein, das Therapiegeschehen hinreichend zu strukturieren und sich in der Komplexität der klinischen Situation adäquat zurechtzufinden. Es ist auch ein methodenoffenes Modell, da es inhaltlich nicht ausschließlich auf klassisch-verhaltenstherapeutische Standardtechniken begrenzt ist.

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer

Reinecker HS, Schmelzer D (Hg) (1996) Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Göttingen, Hogrefe

Gerhard Lenz

Signale, ideomotorische (→ Hypnose). Unwillkürliche Bewegungen, meist der Finger oder Hände in hypnotischer → Trance, die als Folge therapeutischer → Suggestionen oder Fragestellungen auftreten und als Ausdruck ideodynamischer, unbewußter Prozesse (→ Ideodynamik) gewertet werden können. Es können z. B. ein Ja-Finger, ein Nein-Finger und ein Ich-weiß-nicht-Finger festgelegt werden und damit Fragen an „das Unbewußte“ oder unbewußte Persönlichkeitsteile gestellt werden. Die unwillkürlichen Reaktionen sind jedoch nur bedingt nach den üblichen Kriterien zu bewerten, da sie der → Trancelogik folgen.

Kaiser-Rekkas A (1998) Klinische Hypnose und Hypnotherapie. Heidelberg, Carl Auer

Peter B (1993) Hypnotische Phänomene. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. Berlin, Springer, S 24–64

Hans Kanitschar

Sinn. Die Sinnfrage als Frage nach dem Woher, Wohin und Wozu und den Werten, die uns leiten, hat in der Psychotherapie Orientierungsfunktion. Die psychologische Forschung betont, daß Sinnfindungsmodelle neben Regulationskompetenz und Selbstaktualisierungsmodellen zur Gesundheit gehören, denn Sinnerfahrungen wirken sich positiv auf körperliche Vorgänge aus, während Sinnleere einen Risikofaktor für seelische Erkrankung darstellt. Für Freud und die klassische Psychoanalyse war die Sinnsuche ein Krankheits- und Krisenphänomen, Folge eines Triebkonfliktes, während C.G. Jung die Neurose als Krankheit der Seele verstand, die ihren Sinn nicht gefunden hat (vgl. Frankls „noogene Neurose“). Sinnfindung ist darum zentrales Anliegen der analytischen Psychologie. In der Individualpsychologie A. Adlers galt als höchstes Ziel, den „Sinn des Lebens“ als „Streben nach Vollkommenheit“ und „Gemeinschaftsgefühl“ zu fördern. Ob es um den Teilsinn in Form der Symptombefreiung und praktischen Lebensbewältigung (Arbeits-, Genuß- und Liebesfähigkeit, die Werte der Psychoanalyse) oder um den Gesamtsinn als existenztragenden Lebenssinn geht, ist abhängig vom jeweiligen Menschenbild. Für das geisteswissenschaftlich-hermeneutische Verständnis ist Sinnfindung Offenheit für das Ganze, mit den Werten Selbstverwirklichung und sinnliche Erfahrung (→ Humanistische Psychologie und → Analytische Psychologie). In der „objektiv“ naturwissenschaftlichen Orientierung ist Sinnggebung ein Teilsinn, bezogen auf die Werte Effizienz, Machbarkeit, Symptomfreiheit (klassische → Verhaltenstherapie). In der → Logotherapie V. Frankls ist der „Wille zum Sinn“ die primäre Motivationskraft des Menschen, wobei der Sinn nicht er-funden, sondern ge-funden werden muß. Berührung mit der spirituellen Dimension erfährt die Sinnfra-

ge in der → Transpersonalen Psychologie, aber auch in der → Suchttherapie und in der Arbeit mit Krebskranken und AIDS-Kranken. In der Psychotraumatologie hat die Sinnthematik große Bedeutung, da traumatische Erfahrungen als Sinn- und Wertverlust erlebt werden (vgl. die kognitive Selbstpsychologie von Janoff-Bulman, 1992). Psychotherapeutisches Ziel ist es, die objektive Sinnlosigkeit des Traumas in die subjektiven Sinnstrukturen zu integrieren. Für die analytische Kunsttherapie ist die Arbeit mit Symbolen als Sinnbotschaften und Sinnbildern des Ganzen besonders wichtig. Das → Burnout-Syndrom der Helfenden kann als Sinnkrise und Fehlen sinnstiftender Wertorientierung verstanden werden.

- Frankl V [1972] (1982) *Der Wille zum Sinn*. 3. Aufl. Bern, Hans Huber
Grom B, Schmidt J (1975) *Auf der Suche nach dem Sinn des Lebens*. Freiburg, Herder
Jaffé A (1983) *Der Mythos vom Sinn im Werk von C.G. Jung*. Zürich, Daimon
Janoff-Bulman R (1992) *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York, Free Press
Wirtz U, Zöbeli J (1995) *Hunger nach Sinn. Menschen in Grenzsituationen, Grenzen der Psychotherapie*. Zürich, Kreuz

Ursula Wirtz, Jürg Zöbeli

sophie) untersucht die allgemeinen Bedingungen, unter denen Sätze stehen müssen, um einen genauen Sinn zu haben. Sätze, die diese Bedingungen nicht erfüllen, sind „metaphysisch“. Dabei erweist es sich im Laufe der Geschichte aber als praktisch unmöglich, solche Kriterien eindeutig anzugeben (Wittgenstein, 1971). Für die → Hermeneutik ist Sinn immer intersubjektiv und damit an einen Prozeß des Verstehens gebunden. Daher ist er niemals fixiert; weil im Verstehen des sprachlichen Sinns auch die Welt und der andere verstanden wird, nähert sich ihre Auffassung dem weiteren Sinn-Begriff an. Therapeutisch spielt der Sinn-Begriff in beiden Bedeutungen eine Rolle: Einerseits ist das ganze therapeutische Geschehen sinnhaft, von Wertung begleitet und kein neutraler Prozeß. Auf der anderen Seite muß der Therapeut auch mittels seines Wissens eine andere Sprache „verstehen“ und, besonders in der Deutung, dekodieren.

- Eco U (1972) *Einführung in die Semiotik*. München, Fink
Weber M (1966) *Soziologische Grundbegriffe*. Tübingen, Mohr
Wittgenstein L (1971) *Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt/M., Suhrkamp

Thomas Slunecko

Sinn (aus Sicht der Wissenschaftstheorie). Mit Sinn (in der Regel gleichbedeutend mit „Bedeutung“) wird allgemein die Weise bezeichnet, in der Phänomene oder Handlungen für uns Interesse haben bzw. nachvollziehbar sind: Für uns ist nichts einfach da, sondern immer schon als ein Bestimmtes, „Sinnhaftes“ (→ Lebenswelt). Im engeren Sinne ist Sinn die Weise, wie sprachliche Zeichen etwas bedeuten: Sie sind (im Unterschied zum Rauch, der Feuer „bedeutet“) immer Bestandteil eines (Sinn- oder Zeichen-)Systems, in dem sich Sinn durch das Aufeinanderverweisen der Elemente bildet. Mit Sinn beschäftigen sich verschiedene Disziplinen. Die Semiotik versucht, den Sinn eines Zeichens aus seinem Code (System von Regeln) zu erklären: Zu einer Kommunikation gehört immer ein Code, der Sender und Empfänger gemeinsam ist. Die Sprachphilosophie (analytische Philo-

Sinn. Zentraler Begriff der → Logotherapie und der existenzanalytischen → Anthropologie V. Frankls, erstmals 1946 in der „Ärztlichen Seelsorge“ ausgeführt. Er sieht die eigentliche und tiefste Motivation des Menschen im Streben nach Sinn (→ Wille zum Sinn), das er dem Streben nach Lust (Freud) und dem Willen zur Macht (Adler) vorordnet (Frankl, 1990). Denn die Frage nach dem Sinn des Lebens ist „Ausdruck des Menschseins schlechthin“, nur ihm ist es vorbehalten, seine → Existenz als fragwürdig zu erleben (Frankl, 1987: 56f.). Ausgangspunkt im Franklschen Sinnverständnis ist die → existentielle Wende, wonach der Mensch Zugang zu seiner Existenz findet, sofern er sich als ein von der Situation Befragter versteht. In der verantworteten Beantwortung der aktuellen Lebensfragen erfüllt er den „Sinn des Lebens“. Definitionsgemäß ist Sinn die für die jeweili-

lige → Person wertvollste Möglichkeit in der konkreten Situation (→ Wertetheorie). Insofern ist Sinn grundsätzlich in jeder Lebenssituation auffindbar. In Weiterführung der Schellerschen Wertelehre definiert Frankl drei Wertekategorien als „Wege zum Sinn“: 1. Erlebniswerte – Wertvolles wird aus der Welt aufgenommen; 2. schöpferische Werte – Wertvolles wird durch eine Handlung oder Tat in die Welt gegeben; 3. Einstellungswerte – Wert liegt in der Haltung, die als letzte Möglichkeit gegenüber unabänderlichem Schicksal im Wie und für Wen des Leidens eingenommen wird (Selbstgestaltung). Erfahrungen mit Leid, Schuld und Tod („tragische Trias“) gehören nach Frankl zu jeder Existenz. Die Frustration des „Willens zum Sinn“ führt zum „existentiellen Vakuum“ (Sinnlosigkeitsgefühl mit Apathie, Interessenverlust), das bei längerem Bestehen als „noogene Neurose“ psychopathogen werden kann. Konkreter Sinn muß „in Form der Situationssinne entdeckt und gefunden, erfüllt und verwirklicht werden“ (Frankl, 1990: 21; → Sinnerfassungsmethode). Die Fähigkeit (→ Gewissen), den einmaligen und einzigartigen Sinngehalt jeder Situation zu erspüren (→ Emotionstheorie), kennzeichnet den Menschen. In der durch A. Längle (1998) erfolgten Differenzierung in existentiellen und ontologischen Sinn wird der psychologisch-psychotherapeutisch faßbare existentielle Sinn vom religiös-philosophischen eindeutig abgegrenzt und an → Wertetheorie, Emotionstheorie und Motivationstheorie (→ Grundmotivationen) angeknüpft.

- Frankl VE [1946] (1987) *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer
- Frankl VE [1975] (1990) *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. Neuauflage. München, Piper
- Längle A [1987] (1994) *Sinnvoll leben*. 4. Aufl. St. Pölten, NÖ Pressehaus
- Längle A (Hg) (1991) *Selbstbild und Weltsicht. Phänomenologie und Methode der Sinnwahrnehmung*. Tagungsbericht der GLE 1. Wien, GLE-Verlag
- Längle A (1998) *Zur ontologischen und existentiellen Bestimmung von Sinn. Analyse und Weiterführung des logotherapeutischen Sinnverständnisses*. In: Csef H (Hg), *Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit. Gedenkschrift zu Ehren von D.*

Wyss, Würzburg, Königshausen & Neumann, S 247–258

Silvia Längle

Sinn (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). In der Analytischen Psychologie von C.G. Jung spielt die Sinndeutung eine große Rolle. Sinn meint hier nicht einfach Sinn als Bedeutung (z. B. von → Symbolen) oder Alltagssinn bzw. Glaube, sondern Sinn als Erfahrung befremdlicher archetypischer Konstellationen (→ Archetypus; → Unbewußtes, psychoides), die als „autonome“ Wirklichkeit in sich Sinn haben und sich dem → Bewußtsein aufdrängen. Im Hintergrund steht Jungs Archetypenkonzept, das Denken von einem extramundanen Seelenhintergrund her, der mit seinen Urbildern die Motive für die menschliche Erfahrungsweise abgibt. Bezugspunkt ist somit die → Seele. Die Frage ist, welche archetypischen Bilder sinngebend und emotional berührend ins Bewußtsein hineinwirken (konstruktiv als „innerer“ Drang zur Differenzierung des Bewußtseins und zur → Individuation, destruktiv z. B. in der → Psychose). Das Sinnproblem ist eine psychologische Aufgabe: Erfahrener Sinn muß verstanden und in den Lebensvollzug sinnvoll eingebaut werden. Man muß ihn verarbeiten und „integrieren“. Nur so führt er zur Neu-Erfahrung und Wandlung der auch den Zeitgeist (→ Unbewußtes, kollektives) einbeziehenden Lebenswirklichkeit des Menschen. Ohne Bezug zur eigenen Wirklichkeit kann die Sinndeutung zwar zu eindrucklichen Erlebnissen führen, doch bleibt sie dann abstrakte Spielerei. Jung hat mit seiner Sinndeutung die empirische Ebene der kausal-reduktiven Erklärung objektivierter psychischer Inhalte überwunden (→ Methode, reduktive) und die tiefenpsychologische Ebene erreicht (→ psychologische Differenz).

Jung CG (versch. J.) *GW*, Bd. 6, §§ 819ff.; Bd. 8, §§ 443ff., 932–936; Bd. 9/I, §§ 400ff.; Bd. 7, §§ 121–140; Bd. 16, §§ 335–352. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Jung CG (1991) *Traumanalyse. Nach den Aufzeichnungen der Seminare 1928–1930*. Hg. von McGuire W. Olten, Walter

Doris Lier

Sinnerfassungsmethode (SEM). Von A. Längle im Rahmen der → Logotherapie entwickelte Methode, die den Sinnfindungsprozeß in vier aufeinanderfolgenden Stufen operationalisiert. Die Stufen beziehen sich auf die vier Grunddimensionen menschlicher Interaktion mit der Welt: 1. Wahrnehmen (Informationsverarbeitung, Erkennen); 2. Fühlen (Wert-Empfinden); 3. Denken (Urteilen, Entscheiden); 4. Handeln (Ausführung, Praxis). Sinn nimmt zuerst Bezug auf die zu erkennende Realität (Gegebenheiten und Bedingungen) und den in ihr enthaltenen Spielraum (Möglichkeiten). Durch das Fühlen und Spüren der Wertigkeiten (→ Emotionstheorie; → Wertetheorie) entsteht eine Hierarchie der wahrgenommenen Realitäten und Möglichkeiten. Diese bildet die Basis für den Willensakt (→ Wille) des dritten Schrittes, in welchem sich die → Person für den größten, durch sie jetzt realisierbaren → Wert entscheidet (→ Sinn). Die Umsetzung dieses Wertes und die tatkräftige Ausrichtung auf seine Realisierung macht den Sinn erst vollständig, im Sich-Einsetzen erhält der Sinn sein existentielles Gewicht. Existentieller Sinn beinhaltet somit die Qualitäten: Realitätsbezug und Realisierbarkeit; Emotionalität; Kognition, Freiheit und Gewissenhaftigkeit; Verbindlichkeit, Verantwortung und Aktivität. Die Methode ist unter der Bezeichnung „4 W“ geläufig: Wahrnehmen, Werten, Wählen, Wirken. Sie stellt das theoretische Gerüst der Existenz-Skala dar und zeichnete die Entwicklung der → Grundmotivationen der Existenzanalyse vor.

Längle A (1988) Wende ins Existentielle. Die Methode der Sinnerfassung. In: Längle A (Hg), Entscheidung zum Sein. Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis. München, Piper, S 40–52

Frankl V [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer [bes. S 75ff.]

Alfried Längle, Silvia Längle

Sinnesspezifische Wahrnehmung (→ Neurolinguistisches Programmieren/NLP). Beeinflußt durch die Arbeit ihrer Vorbilder

Perls, Satir und Erickson wird im NLP besonders viel Wert auf eine sinnesspezifisch genaue Wahrnehmung gelegt. So wird der Klient durch gezielte Fragen (→ Sprachmodelle) darin unterstützt, sehr differenzierte bewußte Wahrnehmungen seines internen und externen Erlebens in jedem seiner fünf sensorischen → Repräsentationssysteme und im Bereich der → Submodalitäten zu machen. Dadurch soll einerseits die rasche (oftmals ungünstige) Interpretation und Bewertung des Erlebten verhindert, Nicht- oder Verzerrt-Wahrgenommenes erkannt und so eine vollständigere und/oder sinnvollere Wahrnehmung ermöglicht werden. Der Therapeut nimmt seinen Klienten und die Interaktion mit ihm ebenfalls sinnesspezifisch konkret wahr und hält sich mit Interpretationen zurück.

Bandler R, Grinder J [1979] (1981) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neuro-Linguistische Programme. Paderborn, Junfermann [bes. S 21–100]

Grinder J, Bandler R [1976] (1982) Kommunikation und Veränderung. Die Struktur der Magie II. Paderborn, Junfermann [bes. S 11–34]

Rupprecht Weerth

Situation. → Existenz; → Existenzanalyse.

Situation, unerledigte. → Unerledigte Situation; → Gestalttheoretische Psychotherapie; → Gestalttherapie.

Situationsanalyse. Zentraler Begriff in → Gruppendynamik und → Dynamischer Gruppenpsychotherapie: Ist-Zustand im Regelkreis mit Soll-Zustand (Ziele), Planung, Durchführung und Kontrolle; wobei in der Situationsbeschreibung Aussagen, Stellungnahmen und Standpunkte zu Ort, Zeit, Personen und Fakten gesammelt werden. Es wird Klarheit und die Möglichkeit von Veränderungen geschaffen durch das Aussprechen (→ Intervention) von: Gründen des Hierseins und Zweck der Zusammenkunft; Erfahrungen mit solchen oder

ähnlichen Situationen; Motivationen, wie Bereitschaft zum Mitmachen, Zusammenarbeiten und Handeln, das gemeinsame Angebot und Lücken auf den Motivationsstufen sowie die vorhandenen Abgrenzungen, Erwartungen mit Wünschen und Befürchtungen sowie Bedürfnissen und Interessen.

Pechtl W (1989) Zwischen Organismus und Organisation. Linz, Veritas [bes. S 200–249]

Heiner Bartuska

Skript. In der → Transaktionsanalyse ist das Skript ein unbewußter / vorbewußter Lebensplan über sich, die anderen und die Welt, basierend auf Entscheidungen in der Kindheit, subjektiv gerechtfertigt durch nachfolgende Ereignisse. Daraus resultiert eine scheinbar frei gewählte Alternative als Organisation gesunder und pathologischer Aspekte der Entwicklung und der damit verbundenen Abwehrleistungen. Mit seiner szenischen Gestalt ist das „Skript als ein komplexes Set von Transaktionen [...] ein Versuch, in abgeleiteter Form ein ganzes Übertragungs-drama zu wiederholen“ (Berne, 1961: 117). Das Skript ist das Ergebnis von aktiven, auf der Basis kindlicher Denkprozesse, Emotionen und Möglichkeiten der Realitätsprüfung getroffenen Entscheidungen im Sinne eines kognitiven Abwehrvorganges. Die dabei entstehenden Skriptglaubenssätze dienen der Abwehr gegen das Bewußtwerden von schmerzhaften Gefühlen. Der Skriptbildungsvorgang geschieht als Generalisierung von Einzelerfahrungen im Zusammenhang mit verbalen und nonverbalen elterlichen Skriptbotschaften (Antreiber und Einschärfungen). Als Folge werden nicht ins Skriptbild passende Erfahrungen redefiniert zur Rechtfertigung, Bestätigung und Festigung des Skripts. Ist dies nicht möglich, treten frühe Verarbeitungsformen wie → Fixierung, → Introjektion und Schlußfolgerung wieder auf und übernehmen diese Aufgabe. Es besteht ein Unterschied zwischen Skriptentscheidungen und Schlußfolgerungen (English, 1980); letztere basieren auf frühen Erfahrungen, erstere werden nach Entstehung des Skripts getroffen. Der intrapsychische Ort des

Skriptgeschehens ist das → Ich-System. Mit fortlaufendem Alter vollziehen sich Ergänzungen und Modifizierungen als Anpassung an neue Realitäten. Sie können ebenso wie das Skript positive und pathologische Verarbeitungsformen beinhalten. Berne engte den Begriff des Skripts nicht ausschließlich auf schädliche Skripte ein, Steiner sieht im Skript ausschließlich eine pathologische Verarbeitungsform, Goulding & Goulding (1989) betonen vor allem den Entscheidungskarakter des Kindes bei der Skriptentstehung. Nach English gibt es ein angeborenes Bedürfnis des Kindes, Zeit, Raum und Beziehungen zu strukturieren und Grenzen zu bestimmen, anhand derer es seine Realitätserfahrung überprüfen kann, was durch die Skriptbildung sichtbar wird. Die therapeutischen Interaktionen (→ Basistechniken, transaktionsanalytische) sind unter anderem auf eine Veränderung des Skripts gerichtet.

Berne E (1961) Transactional analysis in psychotherapy. New York, Ballantine Books

Cornell W (1988) Life script theory. A critical review from a developmental perspective. Transactional Analysis Journal 18(4): 270–282

English F (1980) Was werde ich morgen tun? In: Barnes G (Hg), Transaktionsanalyse seit Eric Berne. Berlin, Institut für Kommunikationstherapie, S 170–257

Erskine RG, Moursund JP (1991) Kontakt. Ich-Zustände. Lebensplan. Integrative psychotherapy in action. Paderborn, Junfermann

Goulding M, Goulding B (1989) Neuentscheidung. Ein Modell der Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta

Steiner C [1982] (1992) Wie man Lebenspläne verändert. München, dtv

Helga Krückl

Skriptarten. In der → Transaktionsanalyse steht dem → Skript das Gegenskript gegenüber. Dieses neutralisiert zunächst die destruktiven Impulse des Skripts. Dies geschieht, indem eine Anpassung an gesellschaftliche und kulturelle Forderungen erfolgt (z. B. Antreiber-Skript). Dadurch wird die Hoffnung belebt, daß sich das Schicksal doch noch abwenden lasse. Die Entwicklung des Gegenskripts täuscht einen Skriptwandel vor und stellt keine Heilung dar.

Berne unterscheidet grundsätzlich zwischen einem Gewinner- und einem Verlierer-Skript. Gewinner ist einer, „der seinen Kontrakt mit sich selbst und der Welt erfüllt“ (Berne, 1983: 244), während dies dem Verlierer nie gelingt. Er unterscheidet auch zwischen einem tragischen und einem konstruktiven Skript. Eine andere Unterscheidung fokussiert das Handeln des Menschen: Nie-Skripts, vorstellbar durch die mythologische Gestalt des Tantalus, lassen den Menschen niemals das wirklich Erstrebte erreichen. Das Immer-Skript wiederum folgt dem Beispiel der Arachne, die das, was sie gerne tun wollte, nun unaufhörlich zu tun hatte. Als Beispiel für ein Bis-Skript dient Jason, der nicht König werden durfte, bevor er bestimmte Aufgaben erledigt hatte. Bei einem Nach-Skript ist es nur möglich, das Leben eine Zeitlang zu genießen, wie Damokles. Stellvertretend für das Immer-wieder-Skript steht Sisypheus, der es immer wieder fast schaffte, sein Ziel zu erreichen. Bei einem Skript mit offenem Ende stehen die Figuren Philemon und Baucis als Beispiel. Bernes Ziel der Einteilung des Skripts in Skriptarten war die rasche Einordnung von verschiedenen Einzelerfahrungen in der therapeutischen Begegnung unter finalen Gesichtspunkten (z. B. Suizidgefahr). Steiner (1982) benennt drei Formen des Lebenskripts: Das Skript „keine Liebe“ verweist auf die beeinträchtigte Fähigkeit, Zuwendung zu erlangen. Das „Wahn-Skript“ läßt Menschen sich unfähig fühlen, ihr Leben zu meistern. Sie treffen Skriptentscheidungen, nicht zu denken, nicht wichtig oder schwach zu sein. Menschen mit dem Skript „keine Freude“ ignorieren eher ihre Körpergefühle und verdecken diese mit verschiedenen Süchten. Sie neigen dazu, verstandesmäßig zu leben und ihren Körper nicht wahrzunehmen.

Berne E [1972] (1983) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt/M., Fischer

Rath I, Springer G (1997) Diagnostik in der Transaktionsanalyse. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 3(1-2): 34-53

Schlegel L (1993) Handwörterbuch der Transaktionsanalyse. Freiburg, Herder

Steiner C (1982) Wie man Lebenspläne verändert. München, dtv

Wahking H (1980) Der Skript-Schlüssel. Neues aus der Transaktionsanalyse 4(14): 72-75

Helga Krückl

Skriptbotschaften. → Skript; → Transaktionsanalyse.

Skriptglaubenssätze. → Skriptzirkel; → Transaktionsanalyse.

Skriptsystem. → Skriptzirkel; → Transaktionsanalyse.

Skripttheorie, phasenspezifische. Die phasenspezifische Skripttheorie der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse (Springer, 1997) verwendet Entwicklungsmodelle von M. Mahler, J. Piaget, J.D. Lichtenberg und D. Stern zur Identifikation spezifischer Entwicklungsdefizite und der Konflikte der Objektbeziehungen. Die auf verschiedenen Entwicklungsstadien entstandenen → Fixierungen, → Introjektionen und Schlußfolgerungen (→ Ich-System; → Ich-Zustand), die zum Teil widersprüchlich und verdrängt sind und der Skriptbildung vorausgehen, werden im kreativen Akt der Skriptbildung überformt und zu einer einheitlichen Sicht des Individuums von sich, den Anderen und der Welt im Dienst der Abwehr zusammengefaßt. Die phasenspezifische Skripttheorie ermöglicht, dieses komplexe und vernetzte Geschehen Schritt für Schritt auf einem entwicklungspsychologischen Hintergrund zu verfolgen, den Objektbeziehungscharakter von Beziehungs- und Tribschicksal aufzuzeigen und eine Zuordnung zu Ich-Zuständen und → Skript vorzunehmen. Das Wechselspiel von in die Exteropsychie eingefalteten Introjektionsvorgängen und Schlußfolgerungen mit den in die Archeopsychie eingefalteten Fixierungen können im therapeutischen Beziehungsgeschehen sichtbar und im transaktionalen Raum von → Übertragung und → Gegenübertragung bearbeitet werden. Dies bewirkt eine Locke-

rung bzw. Auflösung der von Generation zu Generation weitergegebenen Konflikte und eine Modifizierung der Abwehrorganisation des Patienten, sodaß destruktive Anteile des Skripts aufgegeben werden können. Anwendungsschwerpunkt ist die höher- und hochfrequente, mehrjährige transaktionsanalytische Einzelpsychotherapie von Neurosen und Frühstörungen.

- Erskine RG, Moursund JP (1991) Kontakt. Ich-Zustände. Lebensplan. Integrative psychotherapy in action. Paderborn, Junfermann
- Krükl H (1997) Spurensuche und Begegnung: Ein Streifzug durch das Paradigma der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 3(1-2): 54-77
- Springer G (1997) Grundlinien einer phasenspezifischen Skripttheorie. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 3(1-2): 3-33

Gerhard Springer

Skriptzirkel (→ Transaktionsanalyse; → Skript; → Skriptarten). Eine von Schlegel (1990) vorgeschlagene und von Rath (Gurtner, 1996) ergänzte grafische Darstellungsform des Skriptsystems, ursprünglich als Racketsystem eingeführt, eines zentralen transaktionsanalytischen Konzepts von Erskine & Zalcman (1979). Das Skriptsystem ist ein sich selbst verstärkendes System von skriptgebundenen Erlebens- und Verhaltensweisen. Es besteht aus drei Komponenten, die durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind: 1. Skript-Überzeugungen (Skript-Glaubenssätze) als grundlegende, mit entsprechenden Emotionen (→ Ersatzgefühle) verbundene Vorstellungen über sich, die anderen und das Leben. Sie dienen der kognitiven Abwehr von zur Zeit der Skriptbildung verdrängten Gefühlen und Bedürfnissen. 2. Skriptverhalten als direkte Manifestation der Skriptüberzeugungen und der verdrängten Bedürfnisse und Gefühle. Diese Kategorie beinhaltet nicht nur sichtbare Verhaltensweisen, sondern auch Körperempfindungen und skriptentsprechende Fantasien (→ Ich-Zustände). 3. Skriptbestätigende Erfahrungen sind ausgewählte Erinnerungen an Transaktionen, Fantasien

und Körpergefühle, die die Skriptüberzeugungen rückwirkend bestätigen und verstärken (Erskine & Moursund, 1991). Damit schließt sich der Kreislauf: Selektiv ausgewählte bzw. skriptgemäß verzerrte Erfahrungen „bestätigen“ und verstärken z. B. die Skriptüberzeugungen, und diese wiederum sorgen maßgeblich dafür, daß gerade diese Erinnerungen auftauchen, welche sie bestätigen etc. Den interpersonalen Aspekt des Abwehrgeschehens fokussiert das Skriptsystem, wenn es zeigt, wie zwei oder mehrere Personen mit ihrem Skript so ineinander verschränkt sind, daß sie sich wechselseitig in ihren Skriptüberzeugungen bestätigen und zu diesem Zweck auch wechselseitig in die geforderten Rollen hineinmanipulieren. Das skriptbestimmte Verhalten des einen kann so zur skriptbestätigenden Erfahrung des anderen werden. Gurtner (1996) hat dieses Zusammenspiel intrapsychischer und interpersonaler Aspekte in Form eines „ineinandergreifenden Skriptzirkels“ dargestellt, aufbauend auf Holtbys Modell ineinandergreifender Skripte (Holtby, 1979). Dem Skriptzirkel kommt wegen seiner integrativen Funktion nicht nur eine zentrale theoretische Bedeutung innerhalb der Transaktionsanalyse zu, er zeigt auch Ansatzpunkte zur therapeutischen Intervention in den oben dargestellten drei Komponenten skriptbedingten Erlebens und Verhaltens.

- Erskine RG, Moursund JP (1991) Kontakt. Ich-Zustände. Lebensplan. Integrative psychotherapy in action. Paderborn, Junfermann
- Erskine R, Zalcman M (1979) The racket system. Transactional Analysis Journal 9: 51-59
- Gurtner M (1996) Ineinandergreifender Skriptzirkel: ein Modell transaktionsanalytischer Paartherapie. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 2: 57-76
- Holtby M (1979) Ineinandergreifende Maschensysteme. Neues aus der Transaktionsanalyse 3: 162-168
- Schlegel L (1990) Skriptzirkel. Zeitschrift für Transaktionsanalyse in Theorie und Praxis 7: 117-119

Manfred Gurtner

Sodomie. → Perversion.

Soliloquy. → Monolog, innerer; → Psychodrama; → Monodrama.

Somatisierung. Mit „Somatisierung“ bezeichnet man das Einbeziehen des Körpers in psychische Prozesse. Der Begriff ist allgemein und unpräzise; völlig unterschiedliche Inhalte und Qualitäten sind darin subsumiert. Körperliche Reaktionen finden wir bei fast allen Affekten (z. B. Freude, Scham, Wut, etc.; → Desomatisierung; → Resomatisierung). In den jeweiligen psychischen Strukturen manifestiert sich das Einbeziehen des Körpers auf unterschiedliche Art und Weise: Symbolisierung, Hypochondrie, → Konversion, bei → Neurosen, → Alexithymie bei Psychosomatosen, Selbstbeschädigung bei → Borderline-Persönlichkeitsstörungen, ein bizarres Einbeziehen des Körpers bei funktionellen → Psychosen (z. B. Dermatozoen-Wahn) und schließlich hypochondrische Vorstellungen im Rahmen hirnorganischer Syndrome.

Bass C (Ed) (1990) Somatization. Physical symptoms and psychic disease. Oxford, Blackwell
Schuster P, Springer-Kremser M [1994] (1998) Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht. 2. Aufl. Wien, WUV

Marianne Springer-Kremser

Somnambulismus (Synonyme: Lunatismus, Mondsüchtigkeit, Schlafwandeln, Noktambulismus). Wird im Kontext von → Hypnose als tiefer → Trancezustand verstanden, ansonsten als Schlafwandeln. Charcot (1825–93) postulierte, daß Hypnose 3 Stadien umfasse: Lethargie, → Katalapsie, Somnambulismus. Seither wurden tiefe Hypnosestadien häufig als somnambules Stadium bezeichnet. Diesen Zustand erreichen jedoch nur wenige Personen. Freud war der irrigen Annahme, daß nur der tiefe Trancezustand, also der somnambule Zustand, wirksam sei (Kline, 1966). Im somnambulen Zustand der Hypnose ist die Person in der Lage, komplexe Handlungen motorisch auszuführen. Reid et al. (1981) wandten bei einer Gruppe von erwachse-

nen Schlafwandlern Hypnose erfolgreich als Therapie an.

Kline MV (1966) Freud and hypnosis. New York, Matrix House

Reid WH, Ahmed I, Levie CA (1981) Treatment of sleepwalking: a controlled study. American Journal of Clinical Hypnosis 25(1): 27–37

Henriette Walter

Sonden. → Hakomi-Therapie.

Sorge. → Fürsorge; → Daseinsanalyse.

Soteria. → Affektlogik; → Psychosen-psychotherapie.

Sozialer Konstruktivismus. „The social construction of reality“ von Berger und Luckmann (1966) legte den Grundstein zu einer wissenssoziologischen Begründung der Erkenntnis, wobei der Dualismus von Subjekt und Objekt und der Individualismus in den Humanwissenschaften überwunden wird. Aktuelle wichtige Vertreter sind J. Bruner, R. Harre sowie K. Gergen (1994). Im Unterschied zum Radikalen → Konstruktivismus, wo Realität als Konstruktion eines Individuums konzeptualisiert wird, wird hier das soziale Konstruieren von Realität fokussiert: Wir sind die Welt, wir erschaffen sie nicht. Fakten sind Produkte von Sprachgemeinschaften, sie entstehen aus einer Pluralität eines sich ständig verändernden komplexen Gewebes von Beziehungen und sozialen Prozessen in einer sich wandelnden Sprache. Theorien, Beschreibungen und Erklärungen sind demnach Nebenprodukte von zwischenmenschlichen Begegnungen. Jede Beschreibung der Realität ist in die kulturelle und historische Tradition und Sprachgemeinschaft der Beteiligten eingebettet. Sie ist weder Landkarte noch Abbild der Realität, sondern funktioniert pragmatisch innerhalb einer Gemeinschaft. Jeder Berufung auf eine Realität wird daher skeptisch begegnet. Es werden keine universell gülti-

gen ethischen Prinzipien und Fundierungen angenommen, alle Prinzipien entwickeln sich inhärent im Miteinander und sind prinzipiell auch in Frage zu stellen. In der Psychotherapie sind es vor allem die → narrativen Ansätze, die im Sozialen Konstruktivismus ihre erkenntnistheoretische Fundierung sehen. Therapie wird dabei als gemeinsames Unterfangen verstanden, in dem Geschichten geformt und weiterentwickelt werden. Wesentliche Charakteristika sind Flexibilität beim Einnehmen von Standpunkten und die Dekonstruktion von Vorannahmen bei gleichzeitigem Respekt vor den individuell gewachsenen Werten.

Berger PL, Luckmann T (1966) *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. New York, Doubleday/Anchor Books

Gergen K (1994) *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge, Harvard University Press

Gerda Klammer

Sozialer Tod (→ Psychodrama). Im Sinne Morenos ist der Mensch sein soziales Atom (zit. nach Fox, 1989: 60ff.). Im sozialen Atom drückt sich die Gesamtheit der Beziehungen, die Kollektividentität der Person aus. Das soziale Atom ist privat (Selbst der Person) und kollektiv (Beziehungen der Person) verfaßt. Kann der Verlust eines Mitgliedes aus dem sozialen Atom nicht ersetzt werden, bedeutet dies Abnahme, soziales Sterben. Der soziale Tod ist im Sinne Morenos eine Funktion des Lebens, soziale Realität und Ausdruck dessen, daß die Person nicht nur innerhalb, sondern auch außerhalb ihrer selbst lebt und stirbt. Der Verlust eines Mitgliedes aus dem sozialen Atom zieht auch ein Rollensterben der Person mit sich, da → Rollen durch Gegenrollen aktiviert werden. Je nach der Persönlichkeit des Individuums kann hier ein Ausgleich geschaffen werden. Dies betrifft die Rollen der Person an und für sich, aber nicht die Rollen, die in einem speziellen Beziehungskontext aktiv waren. Hier bleibt der Verlust, und es wird Trauerarbeit (→ Trauer) notwendig. Der soziale Tod geht dem biologischen Tod voraus. Dies wird im Beziehungsgefüge von alten Menschen besonders deutlich.

Fox J (Hg) (1989) *Psychodrama und Soziometrie*. Essentielle Schriften. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Leutz GA [1974] (1986) *Das klassische Psychodrama nach J.L. Moreno*. Berlin, Springer

Mathias U (1982) *Die Entwicklungstheorie J.L. Morenos*. In: Petzold H (Hg), *Rollenentwicklung und Identität. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Rollenkonzept Morenos*. Paderborn, Junfermann, S 191–256

Gertrude Paula Rabel

Soziales Atom (→ Psychodrama). Für Moreno ist das unverbundene Individuum eine soziale Fiktion. Er definierte das soziale Atom als „die kleinste Einheit des sozialen Beziehungsgefüges aus allen Beziehungen zwischen einem Menschen und jenen Mitmenschen, die zu einer gegebenen Zeit in irgendeinem sozialen Verhältnis zu ihm stehen“ (zit. nach Fox, 1989: 63). Durch Hinzukommen oder Verlust von Interaktionspartnern wird das Selbst erweitert oder reduziert. Pathologisches Verhalten ist eine Konsequenz von Störungen in der Rollenentwicklung, im Rollengefüge und im sozialen Atom. Psychische Störungen sind somit in erster Linie Beziehungsstörungen. Störungen zeigen sich in verminderter oder mangelnder Rollenflexibilität, in Rollendefekten und in Rollenkonflikten innerer Art und/oder im sozialen Atom. Die Darstellung des sozialen Atoms ist Teil der Diagnostik. Es macht das Beziehungsgefüge des Menschen sichtbar. Die Struktur des sozialen Atoms verfügt über den inneren Kern (vollzogene Beziehungen von emotionaler Bedeutung), den äußeren Kern (gewünschte Beziehungen von emotionaler Bedeutung) und das Bekanntschaftsvolumen (Beziehungen ohne besondere emotionale Bedeutung). Eingebunden ist das soziale Atom in das kulturelle Atom. Im kulturellen Atom finden sich alle kulturspezifischen Rollen- und Beziehungsmöglichkeiten, an denen das Individuum teilhat. Im Zentrum des sozialen Atoms steht das Selbst der Person. Das Selbst ist der private Teil des sozialen Atoms, während die Beziehungen zu den anderen Personen zum kollektiven Teil gehören. Über diesen kollektiven Teil ent-

steht über die Verknüpfung mit anderen sozialen Atomen die innere (sozioemotionale) Struktur der Gesellschaft. Dies bewirkt die Entstehung von psychosozialen Netzwerken. „Jede Gesellschaft wird von diesen Netzwerken durchzogen und zusammengehalten. [...] Die soziometrischen Netzwerke sind Teile einer größeren Einheit, der soziometrischen Geographie einer Gemeinschaft, die ihrerseits Teil der größten Konfiguration ist, nämlich der menschlichen Gesellschaft an sich als der soziometrischen Gesamtheit“ (Mathias, 1982: 218f.). Soziostasis ist die Regenerationsfähigkeit sozialer Atome, die das Gleichgewicht der inneren Struktur der Gesellschaft aufrecht erhält (→ Soziometrie).

Fox J (Hg) (1989) Psychodrama und Soziometrie. Essentielle Schriften. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Leutz GA [1974] (1986) Das klassische Psychodrama nach J.L. Moreno. Berlin, Springer

Mathias U (1982) Die Entwicklungstheorie J.L. Morenos. In: Petzold H (Hg), Rollenentwicklung und Identität. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Rollenkonzept Morenos. Paderborn, Junfermann, S 191–256

Moreno JL (1974) Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft. Opladen, Westdeutscher Verlag

Gertrude Paula Rabel

Soziales Kompetenztraining. → Kompetenztraining, soziales; → Verhaltenstherapie.

Soziales Lernen. → Modelllernen; → Verhaltenstherapie.

Sozial-kognitive Lerntheorie. → Störungsmodelle, verhaltenstherapeutische.

Sozialökologische Praxis. Aufgrund ihres komplexen → Bewegungskonzeptes sieht die → Integrative Bewegungstherapie (IBT) den Menschen als „dynamisches Sys-

tem“ unlösbar in soziale und ökologische Zusammenhänge (→ Kontext/Kontinuum) eingebunden, in denen er wahrnimmt und handelt, in Kontexte, die Sensorik und Motorik bestimmen. Räume und die in ihnen vorhandenen Gegenstände und Personen haben einen Aufforderungscharakter (Lewin), bieten wahrnehmbare Handlungsmöglichkeiten – die ökologische Wahrnehmungstheorie spricht von „affordances“ (Gibson), für die der Leib mit Handlungsmustern („effectivities“) ausgestattet ist. Wahrnehmung und Handlung sind deshalb unlösbar in „perception-action-cycles“ miteinander verschrankt. Jede Bewegung bringt „movement produced information“ (Warren, 1990) hervor. Die Veränderung von Verhalten (motorisches, soziales, emotionales, kognitives) kann und muß deshalb auch über die Veränderung von Kontexten, Mikroökologien (z. B. Wohn- oder Klinikräume), aber auch Verhaltensweisen, Interaktions- und Kommunikationsformen geschehen und über die Veränderung der Wahrnehmung und der perception-action-cycles (Petzold et al., 1994). IBT setzt deshalb immer wieder auch bei der Beeinflussung von Interaktionen (z. B. Blickdialogen, nonverbaler Interaktion) an, „verschreibt“ emotionale Mimik und Gestik zur Umstellung emotionaler Beziehungen. Bei komplexen sozialen Beziehungen muß die kognitive (konnektionistische) Perspektive hinzugenommen werden, denn Kommunikationsprozesse sind als „Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Zyklen im Kontext“ zu sehen und zu behandeln. Patienten lernen in diesem Ansatz, ihr Verhalten, Fühlen, Denken, Interagieren / Kommunizieren in sozioökologischen Mikrokontexten deutlicher zu erfahren und zu verstehen und beginnen diese Kontexte aktiv zu nutzen und mitzugestalten.

Kelso JAS (1995) Dynamic patterns: the self-organization of brain and behavior. Cambridge (Mass), MIT

Petzold HG [1992] (1999) Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik. In: Petzold HG, Integrative Therapie, Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. 2., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann, S 789–870

- Petzold HG, van Beek Y, van der Hoek AM (1994) Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold HG (Hg), Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn, Junfermann, S 491–646
- Warren WH (1990) The perception-action coupling. In: Bloch H, Bertenthal BI (Eds), Sensory-motor organizations and development in infancy and early childhood. Dordrecht, Kluwer Academic Press, pp 23–37

Hilarion Petzold

Soziodynamische Grundformel (in der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie; → soziodynamische Rangstruktur). Beschreibt nach R. Schindler den basalen Grundprozeß aller → Gruppen. Er führt zur Gruppenidentität und wird von aktuellen Themen jeweils überformt. Die soziodynamische Grundformel besagt: Gruppen bestätigen ihre gemeinsame Potenz, indem sie nach innen sich mit ihrem Gamma-Element zu Omega so verhalten, wie sie nach außen es von Alpha zu „G“ erwarten.“ Daraus ergeben sich einige Ableitungen zum Verständnis von basalem Gruppenverhalten: 1. Gruppen erleben ihre Potenz im Imponieren gegen Omega. Die von Alpha repräsentierte Stärke und Identität entspricht der von Omega repräsentierten Schwäche und Ambivalenz. 2. Die „Ich“-Stärke der Gruppe entspricht ihrer Macht nach außen (gegen G). Die Macht nach außen entspricht der Identitätskraft nach Innen. 3. In der primären Bewegungsrichtung der Gruppe gegen „G“ erscheint das Zurückbleiben des Omega als geteilte Kraft, d. h. als in der Kraft enthaltene Gegenkraft (gruppensdynamische Definition für → „Ambivalenz“). 4. Die Bewegung der Gruppe polarisiert Alpha zu Omega. Alpha repräsentiert das vereinigende Prinzip: „Identitäts-Prinzip“. Omega dagegen repräsentiert die in der Gruppe enthaltene Gegenbewegung (Widerspruch als Scheinbewegung): „Ambivalenz-Prinzip“. 5. Die Abstoßung des Omega erscheint als „Sündenbock-Mechanismus“: Die Gruppe erleichtert sich durch Verdichtung und Projektion ihrer negativen Eigenschaften (Ne-

gativ-Identität), indem sie Omega „mit ihrer Schuld beladen in die Wüste“ verstößt. Da sich sogleich ein neues Omega definiert, handelt es sich natürlich um eine Scheinlösung. Sie ist aber für den Gruppentherapeuten wichtig, da sich Teilnehmer in Omega-Position oft von sich aus dafür anbieten, sei es durch Ausscheiden aus der Gruppe oder → Suizid (→ Omega-Rochade).

- Schindler R (1956) Grundprinzipien der Psychodynamik der Gruppe. *Psyche* 11(5): 308–314
- Schindler R (1961) Der Gruppentherapeut und seine Position in der Gruppe. *Praxis der Psychotherapie* 6(11): 1–8

Raoul Schindler

Soziodynamische Rangstruktur (in der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie; → soziodynamische Grundformel). Der Kern eines von R. Schindler Mitte der 50er Jahre entwickelten Gruppenmodells. Es beschreibt eine organisierende soziale Bewegung, die – von der unstrukturierten „Menge“ ausgehend – zunächst in der „Wirk-Beziehung“ (nach A. Adler) eine Außengrenze bestimmt, und im Zustand der „Gruppe“ auch eine innere Rangordnung herstellt. Dadurch wird die hohe Innenspannung (mit rivalisierendem Imponiergehabe) von einem Identitätsbewußtsein abgelöst, das die Spezifität und das Machtbewußtsein der „Gruppe im eigentlichen Sinn des Begriffs“ ausmacht. Die Dynamik dieser Struktur ist in der soziodynamischen Grundformel ausgedrückt. Es lassen sich folgende „Rang-Positionen“ unterscheiden: „Alpha“ – die Position des Initiativträgers, dessen Anerkennung eine gemeinsame Bewegung in Richtung auf „G“ (= Gegner) ausgelöst hat. „Gamma“ – die Position aller, die sich Alpha angeschlossen haben, sich also mit ihm (genauer: seiner Initiative) identifizieren. „Omega“ – die Position dessen, der sich als Letzter, am zögerlichsten, der Bewegung anschließt, sie also mit Angst und Zurückhaltung mitmacht. Seine Position enthält also eine Scheinbewegung, die erst bei Umkehr zur Erscheinung kommt und da-

mit die → Ambivalenz der Gruppe ausdrückt. „Beta“ – die Position derer, die mitmachen, ohne sich mit Alpha zu identifizieren, also persönlich unabhängig bleiben. In der Regel vermögen sie sachlich oder instrumentell etwas zur Bewegung beizutragen, was sie wertvoll erscheinen läßt. Infolge ihrer Unabhängigkeit sind sie aber auch alpha-geeignet, also potentiell dessen Rivalen. „G“ (= Gegner) – die Position außerhalb der Gruppe, auf die ihre Bewegung verweist, die also ihr Ziel ausmacht. Sie kann real sein, etwa Alpha einer Gegengruppe, oder auch eine abstrakte Figur, eine Erwartung oder eine Vision. „Gruppen-Rollen“ erscheinen anders, je nachdem, aus welcher Rang-Position die ihnen entsprechende Funktion ausgeübt wird (z. B. erscheint die Führungsrolle aus Alpha mitreißend, aus Beta funktionell, aus Omega aber despotisch, aufgezwungen). Jede Funktion ist prinzipiell aus jeder Position möglich, doch gibt es gesellschaftliche Zuordnungen von Symptomwert. Das gilt z. B. für die „Krankheits-Rolle“ (Parsons, 1984) und die Tendenz der Zuordnung des „Kranken“ zur Omega-Position (z. B. in Familie und Krankenhaus). Dynamische Gruppenpsychotherapie beachtet solche Konstellationen und auch die Bedeutung von Anstrengungen, die aufgewendet werden, um derartigen Zuordnungen zu entgehen. Sie verändern nicht nur das gegebene Krankheitsbild, sondern fixieren auch familiäre Gruppenstrukturen. Die daraus folgende „Gruppenpathologie“ findet noch wenig Beachtung.

Parsons T (1984) Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich A, Brocher T, von Mering O, Horn K (Hg), Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Frankfurt/M., Syndikat, S 57–87

Schindler R (1956) Grundprinzipien der Psychodynamik der Gruppe. *Psyche* 11(5): 308–314

Schindler R (1957) Soziodynamik der Krankenstation. *Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung* 5(3–4): 227–236

Schindler R (1960) Über den wechselseitigen Einfluß von Gesprächsinhalten, Gruppenposition und Ich-Gestalt in der analytischen Gruppenpsychotherapie. *Psyche* 14(2): 382–392

Schindler R (1961) Der Gruppentherapeut und seine Position in der Gruppe. *Praxis der Psychotherapie* 6(1): 1–8

Raoul Schindler

Soziometrie (→ Soziales Atom; → Rolle; → Psychodrama; lat. socius: Gefährte, Partner; lat. metrum: Messung). Methode, welche die zwischenmenschlichen Beziehungen und die psychischen Probleme einer Gruppe empirisch erfaßt. Die sozio-emotionalen Strukturen können grafisch und statistisch in einem Soziogramm abgebildet werden. Die Darstellung hat den Sinn der Übersichtlichkeit, es können z. B. wichtige Differenzen zwischen offiziellen und inoffiziellen Gruppenstrukturen sichtbar werden. Voraussetzung einer emanzipatorischen, nicht technokratischen Veränderung ist ein echtes Bedürfnis der Klientengruppe, ihre aktive Beteiligung und eine reale Situation. Das Vorgehen läuft in fünf Schritten ab (Leutz, 1979). 1. Soziometrischer Test: die Anziehung und Abstoßung auf ein klar definiertes Kriterium hin wird erhoben. In der Erziehungsanstalt wurde etwa gefragt, mit wem die Mädchen am liebsten zusammenwohnen und wen sie nicht in Betracht ziehen würden. Wahl und Ablehnung gilt Moreno als Merkmal aller zwischenmenschlicher Beziehung. Daneben gibt es natürlich auch unfreiwillige, verordnete Beziehungen. 2. erfolgt die Erstellung und Analyse des Soziogramms. Das Beziehungsgeflecht wird grafisch dargestellt. Darin werden Schlüsselpersonen wie Stars der Anziehung und Abstoßung, dominierende Personen, populäre Führer deutlich. Auch sind Strukturen wie Paare, Dreiecke, Isolation, Anschlußbedürfnisse, Binnendruck und Kohäsionsgrad erschließbar. 3. Soziometrisches Interview: Unspezifische Indikatoren bedürfen der weiteren diagnostischen Abklärung. Auffällige Personen werden nach ihren Motiven bei den Wahlen befragt. Bis hierher ist noch kein hoher Zuverlässigkeitsgrad erreicht. 4. Psychodrama: aufgetauchte Konflikte werden durchgearbeitet. Im Anschluß daran ließe sich der soziometrische Test wiederholen. Der Gruppenprozeß läßt sich daraufhin erforschen, ob er zu größerer Kohäsion führt oder eher

die Spannungen verstärkt hat. 5. Soziometrische Rekonstruktion oder Umgestaltung der Gemeinschaft: die Gruppe wird so strukturiert, daß es zu einer Entlastung führt. Diese Schritte ähneln einem Aktionsforschungsansatz, der systemisch konzipiert ist.

Ernst M (1979) Überlegungen zu einer soziometrisch fundierten Psychodramaforschung. *Integrative Therapie* 5(1/2): 35–37

Leutz GA (1979) Das triadische System von J.L. Moreno. Soziometrie, Psychodrama und Gruppenpsychotherapie. In: Heigl-Evers A (Hg), *Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. VIII: Lewin und die Folgen. Sozialpsychologie, Gruppendynamik, Gruppentherapie. Zürich, Kindler, S 830–839

Moreno J [1953] (1996) Die Grundlagen der Soziometrie. Opladen, Leske + Budrich

Müngersdorff R (1990) Aktionssoziometrie am Beispiel der Soziometrischen Wahl. In: Gessmann H (Hg), *Bausteine zur Gruppentherapie* 3. Neckarsulm, Jungjohann, S 73–103

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Soziopathie. → Persönlichkeitsstörungen.

Spaltung (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Für Freud eine zweifache, in letzter Konsequenz psychotische Einstellung der Realität gegenüber, manchmal als Reaktion auf ein → Trauma (Freud, 1940). Die eine Seite erhält die benötigte Lust und das Gefühl der Unverwundbarkeit; die andere verleugnet das Trauma oder die Bedrohung und ersetzt die Realität durch einen beruhigenden Fetisch oder eine Selbsttäuschung. In der Theorie von Melanie Klein ist die Spaltung ein → Abwehrmechanismus, der bereits im Säuglingsalter beginnt und mittels dessen ein Patient seine Umwelt in gute und böse Objektrepräsentanzen aufteilt. Da er diese nicht gleichzeitig bestehen lassen kann, werden entweder die guten oder die bösen Repräsentanzen projiziert oder verleugnet. Auch das → Selbst kann in gut oder böse gespalten oder überhaupt als böse empfunden werden, während eine andere Person als gut erlebt wird und umgekehrt. Der Analytiker kann

als gut und der Partner des Patienten als böse empfunden werden etc. Der Zweck der Spaltung ist die Eindämmung der Destruktivität, die von den Kleinianern als zentrale menschliche Anlage gesehen wird. In der psychoanalytischen Selbstpsychologie liegt die Betonung auf strukturellen Spaltungen. Eine horizontale Spaltung wird zwischen dem Bewußtsein und dem → Unbewußten angenommen. Eine vertikale Spaltung tritt dann auf, wenn Aspekte der Selbsterfahrung nie auf ausreichende → Responsivität von Seiten des → Selbstobjekts getroffen haben und daher nie als Teil einer integrierten Selbsterfahrung erlebt werden (Kohut, 1977). Eine vertikale Spaltung kann auch die → Verleugnung schmerzlicher Aspekte der äußeren Realität betreffen, als hätte der Verlust oder das Trauma nie stattgefunden.

Freud S [1940] (1982) Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. III: *Psychologie des Unbewußten*. Frankfurt/M., Fischer, S 389–394

Klein M (1946) Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis* 27: 99–110

Kohut H [1977] (1979) *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/M., Suhrkamp

Donna M. Orange
[Übers.: Christine Pawlowsky]

Spannung. → Feldtheorie.

Spätdyskinesien. → Dyskinesien; → Psychopharmaka.

Spezifische Wirkfaktoren. → Wirkfaktoren, spezifische; → Psychotherapieforschung; → Differentielle Psychotherapieforschung.

Spezifitätshypothese (in der → Psychotherapieforschung). → Äquivalenzparadoxon; → Wirkfaktoren, spezifische; → Differentielle Psychotherapieforschung.

Spiegeln (→ Psychodrama). Die Spiegeltechnik ist eine der drei psychodramatischen Grundtechniken (neben → Doppeln und → Rollentausch). Entwicklungsgeschichtlich entspricht sie dem „Stadium der Ich-Erkenntnis“. „Das Kind hebt sich von den Menschen und den Gegenständen seiner Umwelt ab und entwickelt eine Vorstellung von sich selbst“ (Leutz, 1986: 46). In der Spiegeltechnik wird mit einem Gruppenmitglied gearbeitet, das den Protagonisten darstellt. Dieser kann von außen wie in einem Spiegel seine Interaktion mit einem anderen beobachten; das bedeutet für den Protagonisten ein Hinaustreten aus seinem System. Dadurch wird es ihm ermöglicht, zu erkennen, was an seinem Verhalten krank und veränderungsbedürftig ist. In der monodramatischen Sitzung kann der Psychotherapeut die Rolle des Spiegels übernehmen. Der Psychotherapeut spricht in der Rolle des Klienten den inneren Monolog und/oder spiegelt sein Verhalten. Da das Spiegeln durch seine konfrontative Wirkung eine große Belastbarkeit beim Klienten voraussetzt, sollte die Verwendung dieser Technik nur sparsam und gut reflektiert eingesetzt werden.

Leutz GA [1974] (1986) Das klassische Psychodrama nach J.L.Moreno. Berlin, Springer

Leutz GA (1982) Das Psychodrama als Therapie zwischenmenschlicher Beziehungsstörungen. Ein Beitrag zum Verhältnis von Psychodrama und Kommunikationstheorie. In: Petzold HG (Hg), Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, Therapeutisches Theater. Stuttgart, Hippokrates, S 148–155

Anneliese Schigutt

Spiegelübertragung. → Spiegelung; → Selbstobjektübertragung; → Selbstpsychologie.

Spiegelung. Zentrales Konstrukt in Kohuts psychoanalytischer → Selbstpsychologie, in deren Rahmen das Bedürfnis nach Spiegelung eines der drei wesentlichen Selbstobjekt-Bedürfnisse darstellt. Dessen Befriedigung durch entwicklungsadäquate Formen der Akzeptanz, Zustimmung, Bewunderung

und des Vertrauens, von → Selbstobjekten entgegengebracht, führt zur Ausbildung und kontinuierlichen Stärkung eines Pols des bipolaren → Selbst: des Pols der Streben. Dieser manifestiert sich im subjektiven Erleben von Lebendigkeit und Selbstbehauptung. Eine Schädigung in diesem Bereich führt zu schweren Selbstwertstörungen und Behinderung von Aktivität und in der Therapie zu Spiegelübertragung (→ Selbstobjektübertragung), deren systematische psychoanalytische Untersuchung Kohut zum Konzept des „Mirroring“ führten.

Kohut H [1971] (1973) Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißistischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Heinz Walter

Spiel, psychologisches. In der → Transaktionsanalyse von Eric Berne identifizierte spezielle Form der Interaktion zwischen Personen, die er als Skriptsegment oder Komponenten des unbewußten Lebensplanes (→ Skript) definiert, als Übertragungsphänomene zu Freuds Konzept des Wiederholungszwangs in Beziehung setzt und zu den sechs zwischenmenschlichen Umgangsformen (→ Zeitgestaltung) zählt. Ein Spiel ist die Abfolge von komplementären verdeckten → Transaktionen, mit verborgenen Motiven, die zu vorher-sagbarem Ergebnis, dem Spielgewinn, führen. Die psychologische, verdeckte, den Beteiligten nicht bewußte intrapsychische Dynamik (Skript) bestimmt den Ausgang der Interaktion. English betrachtet das Skript nicht als ultimativen Spielgewinn, sondern sieht diesen als „Trostpreis“ und Ergebnis des Wechsels der → Ich-Zustände bei → Ausbeutungstransaktionen. Spiele seien gescheiterte Ausbeutungstransaktionen (English, 1988). Berne (1990) unterscheidet zwischen praktischer – bezogen auf spezielle Fälle – und theoretischer Spielanalyse, konzipiert mit Formula G (1972). So können unabhängig vom momentanen verbalen Inhalt und der kulturellen Matrix Sequenzen eines Spiels erkannt

und von anderen repetitiven transaktionalen Abfolgen unterschieden werden. Mit der Spielformel „Köder + Spielanfälligkeit = Reaktion $\Rightarrow$ Wechsel $\Rightarrow$ Verwirrung $\Rightarrow$ Spielgewinn“ betont Berne die bilaterale Natur von Spielen, ist aber theoretisch nicht exakt, wenn er, so Zalcman (1990), das Spiel aus der Perspektive des Spielers (A) beschreibt, der das Spiel mit dem Köder initiiert, die Spielanfälligkeit beim anderen (B) stimuliert, was zur Reaktion führt und (A) zu irgendeinem Zeitpunkt den Wechsel herbeiführt, wodurch (B) eine Verwirrung erlebt und beide (A und B) den Spielgewinn haben. Unberücksichtigt bleibt, daß auch (B) mit der Reaktion einen Köder aussendet, der die Spielanfälligkeit in (A) stimuliert und (B) ebenso den Wechsel herbeiführen kann. Die interaktionale Qualität von Spielen läßt sich theoretisch stringent abbilden, wenn für jeden Spieler eine komplette Formula G benutzt wird. Statt ausschließlich den finalen Aspekt, Spielgewinn, einer Spieldynamik zu betrachten, betont Christoph-Lemke (1990) die intrapsychischen, tiefenpsychologischen Wurzeln eines Spiels in jeder Sequenz von Formula G und die Notwendigkeit, das Übertragungsgeschehen in einzelnen Sequenzen zu analysieren. Für die praktische Spielanalyse wird das $\rightarrow$ Drama-Dreieck bevorzugt.

- Berne E [1964] (1990) Spiele der Erwachsenen. Reinbek, Rowohlt
 Berne E [1972] (1983) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt/M., Fischer
 Christoph-Lemke C (1990) Psychologische Spiele – eine erweiterte Betrachtung für Analyse und Interventionen. In: Sell M (Hg), Lesebuch – 11. Kongreß DGTA. Hannover, INITA, S 109–126
 English F (1988) Whither scripts? Transactional Analysis Journal 18: 294–303
 Zalcman M (1990) Game analysis and racket analysis: overview, critique, and future developments. Transactional Analysis Journal 20: 52–84

Charlotte Christoph-Lemke

Spielphase. $\rightarrow$ Aktionsphase; $\rightarrow$ Psycho-drama.

Spielsucht. Das Hauptmerkmal des pathologischen Spielens ist das andauernde und wiederkehrende fehlangepaßte Spielverhalten, das persönliche, familiäre und berufliche Zielsetzungen stört und verhindert. Die Diagnose wird nicht gestellt, wenn das Verhalten besser durch eine manische Episode erklärt werden kann. Kriterien süchtigen Verhaltens ($\rightarrow$ Sucht) sind auch für die Diagnostik einer Spielsucht anwendbar: Der Betroffene ist durch das Glücksspiel stark eingenommen (Planung nächster Spielhandlungen, Geldbeschaffung, gedankliches Nacherleben von Spielerfahrungen). Die meisten Betroffenen streben einen euphorischen Zustand mit großer innerer Erregung an, der nur mit immer höherem Spielrisiko oder Einsatz erreicht werden kann. Die Spielgewohnheiten werden fortgesetzt, obwohl es wiederholte Bemühungen gibt, das Verhalten zu kontrollieren, einzuschränken oder zu beenden. Bei Spielabstinenz kommt es zu Reizbarkeit, innerer Unruhe, vegetativen Beschwerden. Die Betroffenen spielen, um den Gefühlen von Hilflosigkeit, Depression, Schuld oder Angst zu entkommen; Glücksspiel wird eingesetzt, um vorübergehend Problemen zu entfliehen. Pathologische Spieler jagen wiederholt und oftmals längere Zeit „ihren Verlusten hinterher“. Über das Ausmaß und die Intensität des Spielens werden Angehörige und Berater belogen. Nach Ausschöpfen legaler Möglichkeiten zur Geldbeschaffung werden auch illegale Methoden angewandt; antisoziales und kriminelles Verhalten kann sozial angepaßtes zunehmend ersetzen. Der soziale Abstieg setzt ein und endet mit dem Verlust naher Beziehungen und sozialer Positionen. Als weiteres süchtiges Verhalten werden Angehörige zur Geldbeschaffung mißbraucht, es stellen sich co-abhängige Beziehungsmuster ein ($\rightarrow$ Co-Abhängigkeit). Bei den meisten pathologischen Spielern treten bestimmte Abwehrmechanismen und Denkkonstruktionen auf, wie Verleugnung, Mißtrauen, übertriebene, unrealistische Zuversichtlichkeit, das Gefühl von Macht und Kontrolle. Geld wird besonders emotional besetzt und sowohl als Ursache und als Lösung aller Probleme bewertet. Viele Spielsüchtige sind ruhelos,

leicht zu langweilen, konkurrenzbewußt und wirken oft dynamisch und energisch. Häufig anzutreffen sind Erkrankungen als Folge des Stresses, wie Hypertonie, Magen-darmerkrankungen, Migräne sowie psychische Störungen. Zu den häufigst auftretenden gehören affektive Störungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen (antisoziale, → narzißtische Störungen und → Borderline-Persönlichkeitsstörungen). Die Suizid- und Suizidversuchsrate ist gegenüber dem Bevölkerungsschnitt deutlich erhöht. Vorkommen: etwa 1–3% der Erwachsenenbevölkerung. Differentialdiagnose: soziales Spielen, professionelles Spielen, manische Episode und Verhaltensstörung bei antisozialer Persönlichkeitsstörung.

- American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe
- Horodecki I (1995) Psychotherapie mit Spielsüchtigen. Psychotherapie Forum 3(Supp. 4): 162–167
- Meyer G, Bachmann M (1993) Glücksspiel. Wenn der Traum vom Glück zum Alptraum wird. Berlin, Springer
- Meyer G, Bachmann M (1999) Spielsucht. Ein Behandlungsmanual. Berlin, Springer
- Petry J (1996) Psychotherapie der Glücksspielsucht. Weinheim, Beltz/ Psychologie Verlags Union

Renate Brosch

Spieltherapie. Sigmund Freud benutzte 1909 das Spiel zur Aufdeckung der unbewußten Ängste und Probleme. Hermine Hug-Hellmuth begann 1920 das Spiel als Teil der Behandlung von Kindern zu nutzen. 10 Jahre später formulierten Melanie Klein und Anna Freud die Theorie und Praxis psychoanalytischer Spieltherapie, indem sie die natürliche Spielregung des Kindes anstelle der „freien Assoziation“ in den Mittelpunkt rückten. Das Spiel deckt unbewußte Konflikte, Wünsche und Fantasien des Kindes in einer Weise auf, die das Kind emotional ertragen kann, und ermöglicht deren Mitteilung auf einem seinen kognitiven Fähigkeiten angemessenen

Niveau. Spielen erlaubt dem Kind, alle Realitätsebenen seiner Erfahrungen spielend zu gestalten und neue Erfahrungen durch spielerische Erlebniserweiterung zu machen. Zulliger (1963) bezeichnet das erfundene Spiel als die eigentliche „Sprache“ des Kindes. Winnicott (1979) bezeichnet Spielen als „schöpferisches Handeln und die Suche nach dem Selbst“. Die durch das Spiel übermittelten emotionalen Botschaften des Kindes sind Grundlage der therapeutischen Interventionen. Dabei ist das jeweilige theoretische Konzept bestimmend für die Therapiepraxis. Zwei konzeptuelle Hauptrichtungen sind praxisrelevant: die tiefenpsychologisch fundierte und die nichtdirektive Spieltherapie. Tiefenpsychologisch gesehen, gilt es im Therapiegeschehen unbewußte Konfliktdynamik herauszulesen, zu verdeutlichen und bewußt zu machen (erste Ansätze: Sigmund Freud, Adler, Jung, Ferenczi und Abraham). Neben Anna Freud (1980) und Melanie Klein (1932) wurde diese Form theoretisch und praktisch entscheidend auch von Hans Zulliger (1963), Donald Winnicott und Annemarie Dührssen weiterentwickelt. Unterschiedliche Grundkonzeptionen und technische Vorgehensweisen sind dabei zu unterscheiden: klassische Verbaldeutungen (Melanie Klein), aufdeckend-symbolisches Mitagieren (Zulliger, Winnicott), stützendes und pädagogisches Begleiten auf der Grundlage kathartisch-adaptiver Prozesse im Spiel (A. Freud) sowie lehrendes, explizit verhaltenssteuerndes Vorgehen (A. Dührssen). Die nichtdirektive Spieltherapie geht auf das Konzept von Rogers (→ Klientenzentrierte Psychotherapie) zurück und wurde von Virginia Axline weiterentwickelt (nichtdirektiv bedeutet keine Handlungsanweisungen, keine Ratschläge zu geben, keine direkten oder indirekten Beeinflussungen vorzunehmen). Der freie emotionale Erfahrungsraum ist gekennzeichnet durch bedingungsloses Akzeptieren, einführendes Verstehen, Echtheit seitens des Therapeuten. Dem Kind wird für seine verbalen und spielerischen Ausdrucksformen ein lenkungs- und wertungsfreier Raum angeboten, in den sich seine Wünsche und Affekte zunehmend aktualisieren können. Spielen als Therapeutikum ermög-

licht dem Kind, seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren, die Konflikte zu bewältigen und zu verarbeiten und das Lern- und Leistungsverhalten zu verbessern (→ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie).

- Axline VM [1947] (1972, 1997) Kinderspieltherapie. Im nicht direktiven Verfahren. 9., neugest. Aufl. München, Reinhardt
 Dührssen A (1968) Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Verlag für Medizinische Psychologie
 Freud A [1927] (1980) Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Frankfurt/M., Fischer
 Klein M [1932] (1973) Die Psychoanalyse des Kindes. München, Kindler
 Winnicott DW [1971] (1979) Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta
 Zulliger H (1963) Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Stuttgart, Klett-Cotta

Gertrude Bogyi

Spiritualität (von lat. spiritus = Atem, Lebenshauch, Seele, Geist). Der Begriff bezieht sich auf die geistige Dimension des Menschen. In der → Transpersonalen Psychotherapie versteht man unter Spiritualität die Suche jedes Menschen nach dem Sinn des Lebens (Jäger, 1991), die Beschäftigung mit der Frage, woher wir kommen und wohin wir gehen, sowie die Sehnsucht des Menschen, seine wahre Natur zu erkennen. Während die traditionellen Religionsgemeinschaften vorwiegend den Glauben an Gott als wesentlichen Inhalt religiösen Lebens sehen, steht bei der spirituellen Suche der mystischen Traditionen (→ Mystik) die Erfahrung des Göttlichen im Vordergrund. Wenn sich Menschen auf die Suche nach dem Göttlichen in sich selbst machen, spricht man von einem spirituellen Weg. Seit altersher gibt es spirituelle Lehrer und Meister, die dem Suchenden helfen, sein „Innerstes Selbst“ (Gott, Atman, das kosmische Bewußtsein, Nirwana) zu finden und sich mit ihm zu verbinden. Meist ist ihr Wirken eingebettet in eine spirituelle Tradition, wobei es sich hier vorwiegend um die mystischen Zweige der Hauptstromreligionen handelt (z. B. Sufismus, verschiedene Formen des Yoga, Zen-Buddhismus, christliche Mystiker). Hier wird ein Set aus spirituellen Übungen angeboten, wie Anleitungen zur → Medita-

tion, Singen oder Rezitieren von Mantrén, Lesen Heiliger Schriften u. a., um das Verständnis und die Erfahrung der „wahren Natur des Selbst“ (Muktananda, 1975) zu vertiefen. Ziel des spirituellen Weges ist die vollkommene Befreiung von Anhaftungen an materielle Güter, die Überwindung des → Egos und das permanente Ruhen im → Selbst. Die → Transpersonale Psychologie bemüht sich um einen Brückenschlag zwischen Psychotherapie und Spiritualität und versucht, eine einheitliche Sichtweise zu entwickeln, in der das Personale und das Transpersonale bzw. Göttliche als zwei verschiedene Manifestationen ein und derselben Wirklichkeit gesehen werden.

- Jäger W (1991) Suche nach dem Sinn des Lebens. Petersberg, Via Nova
 Martin B (1985) Handbuch der spirituellen Wege. Hamburg, Rowohlt
 Muktananda S (1975) Spiel des Bewußtseins. Freiburg i. Br., Aumum
 Zundel E, Fittkau B (Hg) (1989) Spirituelle Wege und Transpersonale Psychotherapie. Paderborn, Junfermann

Hans Peter Weidinger

Spirituelle Krise. Der Begriff wurde von Stanislav und Christina Grof in die → Transpersonale Psychotherapie eingeführt. Bis in die 80er Jahre hinein bezeichnete er krisenhafte Entwicklungen (→ Krise) von Menschen auf einem traditionellen spirituellen Weg (→ Spiritualität). Es können jedoch auch Menschen in ihrem Alltag in eine Krise geraten, wenn sie mit einem tieferen Verständnis von sich selbst und dem Mysterium der Existenz in Berührung kommen. Eine spirituelle Krise zeigt sich immer als Mischform von Schwierigkeiten neurotischer Lebensorganisation und dem Auftreten spiritueller Erfahrungen und Energien. Es wird daher heute von spirituell-existentieller Krise oder psycho-spirituel-ler Krise gesprochen. Spirituelle Energien manifestieren sich in der Regel als erhöhte Lebensenergie, als Möglichkeit zu mehr Freiheit und als größere Bereitschaft, das eigene Herz zu öffnen. Treffen diese Potentiale mit ungelösten Konflikten der aktuellen Lebensführung oder der eigenen Biografie zusammen, so kann das zum krisen-

haften Zusammenbruch alter Strukturen führen, ohne daß ein neuer Halt im aktuellen Leben schon gefunden wäre. Auslöser spiritueller-existentieller Krisen im allgemeinen sind ein übermäßig hohes Streßniveau aufgrund traumatischer Lebensumstände (→ Trauma), das häufig gekoppelt ist mit einer individuell erhöhten Streßbereitschaft. Als klassische Auslöser (nach Stanislov und Christina Grof, Emma Bradgon u. a.) gelten traumatische Trennung und Verlust, Nah-Todes-Situationen (z. B. schwere operative Eingriffe, Unfälle), Geburt eines Kindes, intensive sexuelle Erfahrungen, traumatische Beziehungen und Familienerfahrungen (z. B. sexueller → Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und → Gewalt). Weiters können intensives Üben einer spirituellen Technik und intensive psychotherapeutisch geleitete → Selbsterfahrung krisenauslösend sein. Die Formen spiritueller-existentieller Krisen sind einerseits kultur- und traditionsabhängig, andererseits beeinflusst von der individuellen Biografie. Die bekanntesten Formen spiritueller Krisen sind: die Erfahrung des zentralen → Archetyps (John W. Perry) bzw. die Öffnung gegenüber dem Mythos des Lebens; die schamanische Krise; die Dynamik von Tod und Wiedergeburt; das Erwachen der → Kundalini. Als weitere Formen nennt Grof das Auftauchen karmischer Muster, die sensitive Öffnung, unterschiedliche Formen von Hellsichtigkeit und Telepathie, die Erfahrung der Besessenheit sowie psychoide und paranormale Erfahrungen.

Bragdon E (1991) Spirituelle Krisen. Freiburg, Bauer

Grof C, Grof S (Eds) (1989) Spiritual emergency. When personal transformation becomes a crisis. Los Angeles, Jeremy P. Tarcher

Grof C, Grof S (1990) The stormy search for the self. New York, St. Martins Press

Sanella L (1981) Kundalini – psychosis or transcendence? San Francisco, H.S. Dakin

Ingo Jährsetz

Spontaneität (→ Psychodrama). Ist für Moreno „Urkatalysator“; ist definiert als eine adäquate Reaktion (Antwort) auf eine neue Situation oder eine neue Reaktion auf eine alte Situation. Spontaneität wird

durch Interaktion beeinflusst und wirkt auf die Interaktion wieder zurück. Spontaneität ist mit → Kreativität nicht identisch, aber ihre Voraussetzung. In sogenannten Kreativitätsneurosen kann die Spontaneität blockiert, gehemmt, verloren oder umgekehrt destruktiv enthemmt sein, was die Handlungs- und Begegnungsfähigkeit einschränkt. Ziel der psychodramatischen Methode ist es, Interaktionen zu verändern, blockierte Spontaneität und eingegengtes Leben aus überkommenen „Kulturkonserven“ (Moreno) in Richtung auf einen Zugewinn von Kreativität zu befreien. Es erfolgt eine Rückkopplung zwischen Anwärmen (→ Anwärmphase), Spontaneität und Spiel. Die vom Klienten / Patienten entfaltete Spontaneität im Spiel wird in ihren selbstheilenden Potenzen vom Psychodramaleiter mitgestaltet. Im Spontaneitäts- oder Situationstest werden fiktive und unerwartete Szenen gespielt.

Gessmann HW (1996) Morenos Spontaneitätsprinzipien und Spontaneität im Humanistischen Psychodrama. Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama 4: 26–35

Schacht M (1994) Besser, schöner, schneller, weiter – nicht immer. Erwärmung im Selbstorganisationsmodell der Spontaneität / Kreativität. Psychodrama 7(1): 17–53

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Spontanheilung und Krebs. → Krebs und Spontanheilung; → Psychoonkologie.

Spontanremission (→ Psychotherapieforschung). Fortfallen, Abklingen von Krankheitssymptomen im Zeitverlauf ohne Intervention (Behandlung, Therapie). „Spontan“ meint nicht „ursachenlos“. Die Besserungen stehen mit Lebensereignissen in Zusammenhang (z. B. Orts-, Wohnungs-, Partnerwechsel, beruflicher Aufstieg oder auch einfach berufliche Veränderung, Vermögenszuwachs etc.). Eysenck (1952) kam auf der Grundlage von Daten aus Krankenversicherungsgstatistiken empirisch zu dem Schluß, daß die Erfolgsraten psychodynamisch orientierter Therapien bei → Neurosen deren Spontanremissions-

raten (zwei Drittel nach zwei Jahren deutlich gebessert) nicht übersteigen und die Wirksamkeit von Psychotherapie anzuzweifeln sei, ein Befund, der die Psychotherapieforschung nachhaltig stimulierte. Aus heutiger Sicht ist dieses Ergebnis zurückweisbar (methodische Mängel und Artefakte in Eysencks Studie): Spontanremission ist in einem weit geringeren Ausmaß anzusetzen, zudem störungsspezifisch, und erreicht die Wirksamkeit von Psychotherapie (→ Wirkfaktoren, spezifische und unspezifische) nicht annähernd.

Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16: 319–324

Möller H-J (1981) Spontanremission und Spontanverlauf psychischer Störungen. In: Möller H-J (Hg), *Kritische Stichwörter zur Psychotherapie*. München, Wilhelm Fink, S 312–319

Martin Voracek

Sprache (→ Daseinsanalyse). Das Fundament der Sprache ist die „Rede“ (Heidegger), heute noch für das daseinsanalytische Verstehen des Sinngehaltes menschlichen Krankseins bedeutsam. Während Aristoteles das Wesen des Menschen als sprachbegabtes Lebewesen („zoon logon echon“) bestimmte, ging es Heidegger in seiner „Analytik des Daseins“ um die in der Sprache gründende Erschlossenheit und Verständlichkeit der Welt (→ Welt, Weltbezug), und um ein Entsprechungsverhältnis, um das Gespräch, das wir sind (Hölderlin). Es ist das weltbildende → Dasein, das sich ausspricht und sich dem Menschen im Ruf der Sorge (→ Fürsorge) zuspricht. „Welt“ bedeutet bei Heidegger die Offenbarkeit des Seienden im Ganzen, „Weltbildung“ den Grund der inneren Möglichkeit der Sprache. Dieser philosophische Begriff der Sprache geht somit über die Verlautbarung, über Semantik, Syntax und Pragmatik der Kommunikation weit hinaus. Vielmehr bestimmt sich aus dem Wesen der Sprache als „Haus des Seins“ (Heidegger) heraus das hermeneutische Geschehen der Psychotherapie, in der es darum geht, dem Patienten die Botschaft und Kunde der Heilung zu bringen, ihn in die Sprache zu bringen (Condrau, 1989).

Condrau G [1989] (1998) *Daseinsanalyse. Philosophisch-anthropologische Grundlagen*. 2. Aufl. Dettelbach, J.H. Röll

Fritzsche W (1995) Die Rede als Existenzial – der Rückgang auf die Sprache der Gebärden. *Daseinsanalyse* 12: 86–94

Heidegger M [1959] (1985) *Unterwegs zur Sprache*. Gesamtausgabe, Bd. 12. Frankfurt/M., Klostermann

Walter Fritzsche

Sprache, sexuelle. Damit ist – als typisch menschlich – das Sprechen durch Sexualität gemeint: konkretes Sexualverhalten als Körpersprache. Es geht also weder um sexistische oder sexualisierte Sprache noch um das weitgehende Fehlen adäquater Bezeichnungen trotz mehrerer „sexueller Sprachen“ (Fachsprache, Alltagssprache, blumige, Kinder-, Vulgärsprache). Nach Watzlawick et al. (1969) ist es unmöglich, nicht zu kommunizieren, weil jedes Verhalten Mitteilungscharakter hat. Genitales Sexualverhalten wird dennoch selten als Kommunikation, als bewußtes Sich-Mitteilen, erlebt. Verhaltenselemente bzw. Botschaften eines Koitus (als keineswegs einziger sexueller Sprachmöglichkeit) sind in liebevollen Beziehungen übersetzbar: z. B. mit sich ansehen (= Ansehen), einander zuwenden (Zuwendung und Zuneigung), entgegenkommen (Entgegenkommen), nahe stehen (Nähe), an sich heranlassen, sich am Herzen liegen, umarmen (Annahme, Wertschätzung, Geborgenheit), sich öffnen (Offenheit), Raum geben, beieinander ein- und ausgehen (Beheimatung), sich vereinigen und wieder trennen (Verschmelzung, Getrenntsein, Selbständigkeit). Sexuelle Kommunikation kann letztlich (extragenital und/oder genital) universelle psychosoziale Grundbedürfnisse als wesentliche Beziehungsinhalte lustvoll verkörpern oder wegen innerer Widersprüche „die Lust verlieren“, erkranken. Sexuelle → Funktionsstörungen können körpersprachliche Umsetzungen der Beziehungswirklichkeit sein. Liebe, Glück, Zufriedenheit werden erlebt, wenn trotz aller Unterschiede (z. B. Frauensprache, Mönnersprache) und unvermeidlicher Ambivalenzen, die Botschaften des sexuellen Tuns mit dem gefühlsmäßigen Empfinden und der part-

nerschaftlichen Wirklichkeit grundsätzlich übereinstimmen. Dieses Verständnis hat weitreichende Konsequenzen, kann einen neuen Sinnhorizont eröffnen, neue Freiheit bringen und sich therapeutisch auswirken (kommunikationszentrierte → Sexualtherapie).

Loewit K (1992) Die Sprache der Sexualität. Frankfurt/M., Fischer

Sprache und Sexualität [Themenheft] (1996) *ide – Zeitschrift für den Deutschunterricht in Wissenschaft und Schule* 20(2)

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969) Menschliche Kommunikation. Bern, Hans Huber

Kurt Loewit

Sprachmodelle (→ Neurolinguistisches Programmieren/NLP). Die Sprache ist die verbale Abbildung der in der Tiefenstruktur neurologisch kodierten Information (→ Repräsentationssysteme) und ist als Oberflächenstruktur ein Modell der Tiefenstruktur. Die Tiefenstruktur entspricht einer Landkarte, die aufgrund der subjektiven „gelebten“ Erfahrung des Lebens angefertigt wird. Diese Informationsmatrix steuert Handlungen, Gefühle und Einschätzungen und ist bereit, neue Information zu integrieren. Im interpersonellen direkten Gebrauch der gesprochenen Sprache kommt es zu einem laufenden Vergleichen des Gehörten mit der jeweiligen Tiefenstruktur des Hörers, der dann, wenn er zum Sprecher wird, seine eigenen Worte findet, die seiner Tiefenstruktur entsprechen. „Verständnis“ ist das pragmatische Ende eines interaktionellen Prozesses und ist ein Ausdruck der „Zustimmung“ zu einem gewissen Grad der „Übereinstimmung“, der nicht zuletzt auch durch soziale Normen gesteuert wird. Modelle, und Sprache ist ein solches Modell, sind nach gewissen Regeln ablaufende Vereinfachungen komplexer Informationszusammenhänge. Das Meta-Modell des NLP beschreibt den Vorgang der Transformation von Tiefenstruktur in die Oberflächenstruktur „Sprache“. Bandler und Grinder postulieren nach Chomsky Tilgung, Verzerrung und Generalisierung als Prozesse dieser Transformation (Prozeßfilter). Es handelt sich dabei um einen weitgehend unbe-

wußten Vorgang. Darüber hinaus unterliegt die Sprache Regeln der Syntax und wird durch Kultur, Bildung und Erfahrung beeinflusst. Das Präzisionsmodell des NLP dient dazu, die durch diese Transformation unterdrückte Information wieder auf die bewußte Ebene zu heben. Das Präzisionsmodell wird zur Informationsgewinnung eingesetzt. Im Milton-Modell, das sich von den Sprachmustern Milton Ericksons ableitet, werden im Gegensatz dazu bewußt Generalisierungen, Tilgungen, Verzerrungen eingesetzt, um besser an tiefenstrukturellen Mustern anknüpfen zu können. Ein typisches Anwendungsgebiet des Milton-Modells ist die Arbeit mit → Trancen und → Metaphern. Sinnesspezifische Worte der Sprache lassen das Repräsentationssystem erkennen (sinnesspezifische Repräsentation) und spielen eine Rolle bei → Pacing und Leading (→ Rapport) sowie in der → Strategiearbeit. Das Utilisieren der Sinnessysteme als erkennbare Muster der inneren Repräsentation, das Eingehen auf syntaktische Besonderheiten, sowie die Nutzung von Präzisions- und Milton-Modell erlauben eine kreative und effiziente Gestaltung des Kommunikationsprozesses.

Bandler R, Grinder J [1975] (1981) Metasprache und Psychotherapie. Struktur der Magie I. Paderborn, Junfermann

Bandler R, Grinder J [1975] (1996) Patterns. Muster der hypnotischen Techniken Milton H. Ericksons. Paderborn, Junfermann

Chomsky N [1957] (1973) Strukturen der Syntax. Berlin, de Gruyter

Grinder J, Bandler R [1981] (1987) Therapie in Trance. Hypnose: Kommunikation mit dem Unbewußten. 2. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta

Korzybski A (1933) Science and sanity: an introduction to non-Aristotelian systems and general semantics. Fourth edition. Lakeville (CT), The International Non-Aristotelian Library Publishing Company

Helmut Jelem

Sprachmuster, hypnotische (→ Hypnose). Formulierungen, bei denen etwas suggeriert wird oder der andere in seiner Auffassung, seiner Wahrnehmung, seinem Erleben therapeutisch beeinflusst oder – im Alltag meist unbemerkt – eingengt und

manipuliert wird. Diese Sprachmuster werden daher in der Hypnose gezielt eingesetzt, um z. B. einen → Trance-Zustand zu induzieren, ein bestimmtes Erleben zu erzeugen, eine Wahrnehmung oder Einschränkung zu verändern oder um bestimmte Suggestionen wirksam werden zu lassen. Hypnotische Sprachmuster werden aber auch von den Patienten verwendet, um sich selbst und den Therapeuten unbeabsichtigt im Erleben zu beeinflussen, meist einengend und wichtige Bereiche und Möglichkeiten ausblendend. Zu den hypnotischen Sprachmustern zählen die indirekten → Suggestionen (→ Implikationen, → Doppelbindungen, Verknüpfungen, Beiläufigkeit, Scheinalternativen, self-fulfilling prophecy, Konfusionen, Mehrdeutigkeiten, Nicht-Formulierungen etc.) und die Einschränkungen (Generalisierungen, Tilgungen, Verzerrungen).

Bandler R, Grinder J (1987) Therapie in Trance. Kommunikation mit dem Unbewußten. Stuttgart, Klett-Cotta

Ladenbauer W (1994) Was ich von der Hypnose für das Katathyme Bilderleben gelernt habe. In: Gerber G, Sedlak F (Hg), Katathymes Bilderleben innovativ. München, Reinhardt, S 184–208

Revenstorf D (Hg) (1993) Klinische Hypnose. Berlin, Springer

Wolfgang Ladenbauer

Squeeze-Technik (→ Sexualtherapie). Diese Technik (squeeze = drücken, quetschen) wird bei der Behandlung der vorzeitigen Ejakulation (→ Ejakulation, Störungen der) eingesetzt (Masters & Johnson, 1970). Die Anwendung der „Squeeze“-Technik dient dazu, das Erregungsmaß der Erektion in einem bestimmten Ausmaß willentlich steuern zu lernen, um die Ejakulation etwas hinauszuzögern. Zusätzlich wird die Angst vor dem Verlust der Erektion reduziert. Bei dem dafür erforderlichen Training stimuliert die Sexualpartnerin oder der Patient selbst das Glied, bis es stark erregt ist und sich eine Erektion einstellt. Mit der Hand, die aus Daumen, Zeige- und Mittelfinger einen Ring bildet, wird damit kurz vor der Ejakulation (noch vor der Emissionsphase) der Penischaft knapp

unterhalb der Eichel fest zusammenge-drückt (bis die Erektion nachläßt). Dies wird einige Male wiederholt und mit der Stimulation bis zum Samenerguß abgeschlossen.

Kaplan HS (1983) Sexualtherapie. Ein neuer Weg für die Praxis. Stuttgart, Enke

Masters WH, Johnson VE [1970] (1973) Impotenz und Anorgasmie. Frankfurt/M., Goyerts/Krüger/Stahlberg

Semans JH (1956) Premature ejaculation: a new approach. Southern Medical Journal 49: 353–357

Eva Adler

SSRI. → Selective Serotonine Reuptake Inhibitors; → Psychopharmaka.

Standesregeln für Psychotherapeuten. → Berufskodex für Psychotherapeuten.

Stationäre Psychotherapie. → Anorexia nervosa; → Bulimia nervosa; → Indikation zur Psychotherapie; → Kontraindikation zur Psychotherapie; → Setting; → Settingforschung; → Gerontopsychiatrie; → Gruppenpsychotherapie; → Kunsttherapie; → Psychosomatik; → Suchttherapie; → Versorgungsbedarf.

Status. → Organisation; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Stellvertretendes Lernen. → Modelllernen; → Verhaltenstherapie.

Stimulantien (→ Psychopharmaka). Synonyme: Psychostimulantien, Psychotonika, Energetika, Energizer. Alle psychisch anregenden, vorwiegend antriebssteigernden Pharmaka (Amphetaminderivate – „Weckamine“, „Speed“). Setzen Dopamin und Noradrenalin aus präsynaptischen Nerven-

endigungen frei und hemmen gleichzeitig deren Rückaufnahme. Sie unterdrücken Schläfrigkeit und Müdigkeit, beheben Gefühle körperlicher Abgeschlagenheit und Schläppheit. Besonders bei höheren Dosierungen kommt es zu einer vorübergehenden Steigerung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit. Das subjektive Empfinden für die Leistungssteigerung ist jedoch größer als die tatsächliche Verbesserung. Da einige Substanzen das Hungergefühl unterdrücken, werden sie auch als „Appetitzügler“ eingesetzt (z. B. Adipex®). Wegen der Gefahr der mißbräuchlichen Verwendung sollte der Einsatz äußerst zurückhaltend sein. Amphetaminderivate haben ein ausgeprägtes Abhängigkeitspotential und zählen zu den Suchtmitteln (→ Sucht; z. B. Antapentan®, Captagon®). Kokain erhöht ebenfalls die Konzentration von Dopamin und Noradrenalin im bestimmten Hirnregionen, unterdrückt Schlafbedürfnis, Müdigkeit und Hungergefühle und erhöht das Aktivitätsniveau. Der schnelle Wirkungseintritt, die kurze → Halbwertszeit und die rasche Toleranzentwicklung führen zur häufigen Einnahme. Koffein ist wahrscheinlich das weltweit am häufigsten verwendete Stimulans.

Benkert O, Hippus H (1996) Psychiatrische Pharmakotherapie. 6. Aufl. Wien, Springer
Forth W, Henschler D, Rummel W, Starke K (1992) Pharmakologie und Toxikologie. 6. Aufl. Mannheim, BI-Wissenschaftsverlag

Werner Brosch

Stop-Start-Technik (→ Sexualtherapie). Der Mann soll mittels dieses Verzögerungstrainings erlernen, seine Ejakulation hinauszuzögern, indem er sich stärker auf seine präorgastischen Sexualempfindungen konzentriert. Wichtig ist, daß sich der Mann von der Wahrnehmung seiner sexuellen Erregung nicht ablenken läßt und sensibel für den „point of no return“ wird. Das gesamte Training vollzieht sich in mehreren aufeinanderfolgenden Schritten: Die Sexualpartnerin des Mannes mit vorzeitigem Samenerguß wird von ihm angeleitet, den Penis mit ihrer Hand bis knapp vor der Ejakulation zu stimulieren. Dann bittet er sie, mit der

Stimulation aufzuhören (stop). Nach einigen Sekunden stimuliert sie den Penis wieder (start), macht nochmals eine Pause und stimuliert ihn beim vierten Mal bis zur Ejakulation. Die folgenden Schritte des Trainings umfassen die Verwendung eines Gleitmittels bei manueller Stimulation und die intravaginale Stop-Start-Stimulation in verschiedenen Positionen. Schließlich soll anstelle des Stops lediglich die Verlangsamung der Stimulation zur Reduktion der Erregung ausreichen. Die Gesamtdauer des Programmes umfaßt einige Wochen.

Kaplan HS (1981) Hemmungen der Lust: Neue Konzepte der Sexualtherapie. Stuttgart, Enke
Semans JH (1956) Premature ejaculation: a new approach. Southern Medical Journal 49: 353–357

Eva Adler

Störung mit Eßanfällen („binge eating“-Störung). Neben der → Anorexia nervosa und der → Bulimia nervosa wurde die Störung mit Eßanfällen oder „binge eating“-Störung als neue diagnostische Kategorie beschrieben. Die Störung mit Eßanfällen ähnelt der Bulimia nervosa, ohne daß es jedoch zu kompensatorischen Verhaltensweisen wie Erbrechen, Laxantienmißbrauch oder strengem Fasten kommt. Die Betroffenen sind daher häufig übergewichtig. Die Behandlungsansätze folgen den Programmen für Bulimia nervosa und erweisen sich für die Reduktion der Eßanfälle als ähnlich wirksam. Ein besonderes Problem stellt jedoch das Übergewicht bei diesen Patientinnen dar. Es muß betont werden, daß zur Zeit keinerlei Methoden zur Verfügung stehen, mit denen man Gewicht verlässlich reduzieren und es auf einem niedrigeren Niveau halten kann. Um wiederholen und oft beträchtlichen Gewichtsschwankungen entgegenzuwirken, wird bei leicht- und mittelgradig Übergewichtigen daher ein Antidiät-Ansatz empfohlen.

Fairburn CG (1995) Overcoming binge eating. New York, Guilford Press
Thompson JK (1995) Eating disorders, obesity, and body image. A practical guide to assessment and treatment. New York, APA Books

Martina de Zwaan

Störungen der Ejakulation. → Ejakulation, Störungen der.

Störungen der Geschlechtsidentität. → Transsexualität; → Transvestitismus.

Störungen, frühe. → Frühstörungen, Frühe Störungen.

Störungen, funktionelle. → Funktionelle Störungen; → psychosomatische Erkrankungen.

Störungen, narzißtische. → Narzißtische Störungen; → Psychoanalyse.

Störungen, sexuelle. → Funktionsstörungen, sexuelle.

Störungen und Erkrankungen, psychogene. → Psychogene Erkrankungen und Störungen; → psychosomatische Erkrankungen.

Störungsmodelle, verhaltenstherapeutische (→ Verhaltenstherapie). In der vergleichsweise kurzen Geschichte verhaltenstherapeutischen Handelns ist eine Fülle theoretischer Konzeptionen entstanden, mit denen die Entstehung und Aufrechterhaltung gestörten Verhaltens und der damit verbundenen subjektiven Erlebensprozesse zu beschreiben sind. Die Entwicklung von psychischen Störungen kommt durch eine Fülle von zusammenwirkenden Einzelfaktoren (sozialkulturelle, biologische, affektive, kognitive und biografische Komponenten) zustande und kann nur durch ein „multifaktorielles Modell“ adäquat repräsentiert werden (→ Ätiologie). Störungsunspezifische Erklärungsansätze (→ Lerntheorien): Dem ersten

Modell des klassischen Konditionierens (Pawlow) folgte das operante Konditionieren mit dem Response-Reinforcement-Konzept von Skinner. Letzteres besagt, daß der auf ein Verhalten folgende Verstärker die zukünftige Auftrittshäufigkeit des Verhaltens steuert. Eine Erweiterung dieses Modells (S-O-R-C-K) stellt die perzeptuell-motivationale Alternative von Bandura dar. Bandura gibt Erfahrungen, die ein Individuum in ähnlichen Situationen gemacht hat, eine größere Bedeutung. Diese Erfahrungen bewirken, daß ein Stimulus Lust bzw. Unlust (hedonistischer Stimulus) hervorrufen kann und dadurch steuernd auf das Verhalten einwirkt. Die sozial-kognitive Lerntheorie ebenfalls nach Bandura umfaßt das Imitationslernen oder Modelllernen und geht davon aus, daß das Denken, die Affekte und das Verhalten des Menschen durch Beobachtung anderer ebenso entscheidend beeinflußt werden könne wie durch die unmittelbare Erfahrung. Von diesem Beobachtungslernen wird das Erwartungslernen unterschieden. Aversive Ereignisse brauchen nicht selbst erlebt werden, sondern können auf symbolischem Wege ihre antizipatorische Bedeutung erlangen. Nach Ellis sind emotionale Störungen und damit dysfunktionales Verhalten häufig auf irrationale Gedanken zurückzuführen, die jeden Menschen mehr oder weniger beherrschen (A-B-C-Theorie; → Rational-Emotive Therapie). Die im Denken vorgenommenen Bewertungen spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Emotionen. Irrationales Denken wird häufig unkritisch von sozialen Systemen kopiert. Nach Ellis gehört die Neigung, irrational zu denken und suggestibel zu sein, zur biologischen Beschaffenheit des Menschen. Wiederholte unlogische, realitätsinadäquate und negative → Autosuggestionen führen zu intensiven und lang anhaltenden negativen Emotionen und so zu psychischen Störungen. Störungsspezifische Erklärungsansätze: Zu erwähnen sind hier die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer zur Erklärung phobischer Zustände, das Konditionierungsmodell der → Neurose nach Eysenck sowie Becks Modell der → Depression und die → erlernte Hilflos-

sigkeit als Modell depressiven Verhaltens nach Seligman.

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. Berlin, Springer [bes. S 78]

Lückert H-R, Lückert I (1994) Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie. München, Reinhardt

Rachman S (1997) The evolution of cognitive behaviour therapy. In: Clark DM, Fairburn CG (Eds), Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford, Oxford University Press, pp 1–26

Schmelzer D (1995) Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie. Teil 1: Zu einigen Kernannahmen des aktuellen verhaltenstherapeutischen Vorgehens. Verhaltensmodifikation 6(2): 101–151

Sorgatz H (1986) Theorien zur Erklärung gestörten Verhaltens. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 179–206

Martina de Zwaan

Störungsspezifische Klientenzentrierte Psychotherapie. → Klientenzentrierte Psychotherapie, differentielle (störungsspezifische).

Störungsspezifität. → Differentielle Psychotherapieforschung; → Indikation; → Kontraindikation; → Klientenzentrierte Psychotherapie, differentielle; → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie; → Verhaltenstherapie.

Strategie. Das Konzept der Strategie (auch Muster) wird in der → Neurolinguistischen Psychotherapie (NLPT) in einem zweifachen Verständnis als Mikro- und als Makro-Strategie beschrieben. 1. Mikro-Strategien sind rasch und überwiegend unbewußt ablaufende Sequenzen sinnesspezifischer Aktivitäten (→ sinnesspezifische Wahrnehmung), die in einem geordneten Muster auftreten. Strategien dieser Art beziehen sich auf „Routine-Tätigkeiten“ des Geistes. Wenn Menschen z. B. Entscheidungen treffen, dann aktivieren sie (unbewußt) ihre Entscheidungs-Strategie, eine Sequenz,

eine Abfolge bestimmter innerer Prozesse. Ein derartiger Prozeß besteht aus der Grobstruktur, d. h. dem Ablauf unterschiedlicher Repräsentationen (→ Repräsentationssysteme), und der dazwischenliegenden Feinstruktur, den durch → Metaprogramme gesteuerten Verbindungen dieser Grobstruktur. Z. B. sind erfolgreiche Strategien zur Verarbeitung von Mißerfolgen (Copingstrategien) meist nach Gefühl und innerem Dialog an der entscheidenden Stelle mit einem inneren positiv konnotierten konstruierten Bild ausgestattet. Zur Kodierung von Strategien gibt es eine eigene Strategienotation. Jedes repetitive Verhalten, z. B. lernen, lesen, erinnern, depressiv werden, aufstehen etc. kann in der NLPT auch als Strategie definiert werden. In der psychotherapeutischen Behandlung werden die symptomrelevanten Strategien evoziert, modelliert und an den entscheidenden Stellen mit Hilfe des entsprechenden Methodeninventars (→ Ankern; → Reframing) zielorientiert ergänzt bzw. verändert. 2. Makrostrategien sind Strategien in einem allgemeineren Sinn, d. h. komplexe Verhaltensmuster oder Handlungs-Sequenzen (als Bündel von Mikro-Strategien), z. B. Strategie zur Bewältigung von Trauer, eine an Walt Disney modellierte Kreativitätsstrategie, Schachspielstrategie, Strategie zum Leiten von Gruppen.

Dilts R [1989] (1995) Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit. NLP-Veränderungsarbeit. 3. Aufl. Paderborn, Junfermann

Dilts R, Bandler R, Grinder J [1980] (1985) Strukturen subjektiver Erfahrung. Ihre Erforschung und Veränderung durch NLP. Paderborn, Junfermann

Peter Schütz

Strategische Familientherapie. → Familientherapie, strategische; → Systemtheorie; → Systemische Therapie; → Hypnotherapie.

Streßbioenergetik (→ Bioenergetische Analyse). Der Begriff steht in der Tradition von Reichs → Vegetotherapie. Ebenso wie der „späte“ Reich mißtraut Lowen den

Erkenntnisprinzipien der Freudschen → Psychoanalyse, der tiefenhermeneutischen Aufklärung des Lebensentwurfs. Auf der Grundlage des Monismus von funktionellen und somatischen Prozessen ist der Körper der „primäre Fokus“. Ihn gilt es durch therapeutische Maßnahmen anzusprechen, um zu den vermeintlich biologischen Quellen der Psychoneurosen zu gelangen. Durch das body-reading (→ Körperlesen) wird der Charakter des Patienten diagnostisch erfaßt (→ Charakterstruktur). Danach wird mit Streßpositionen (forcierten Körperhaltungen wie dem Energiebogen) oder der Pressurmassage gearbeitet, damit die Charakterstruktur des Patienten deutlich zutage tritt und kathartische Durchbrüche (→ Katharsis) der gestauten Lebensenergie begünstigt werden können.

Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. Kösel, München, S 84f

Geißler P (Hg) (1994) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Frankfurt/M., Peter Lang [bes. S 149ff.]

Norbert Nagler

Streß-Impfungstraining (→ Verhaltenstherapie). Das Streß-Impfungstraining nach Meichenbaum ist ein Verfahren zur Streßbewältigung. Streßimpfung ist eine spezielle Art der → kognitiven Verhaltenstherapie, die Bewältigung von Angst, Ärger und Schmerzen in den Mittelpunkt stellt. Der Begriff „Impfung“ ist eine medizinische Metapher, wobei die Patienten abgestuft bewältigbaren Mengen von Belastung ausgesetzt werden. Die wichtigsten Bewältigungsmaßnahmen sind für Meichenbaum konstruktive Selbstverbalisationen (bewältigungsorientierte Selbstgespräche). Weitere Therapiekomponenten sind Modeling, kognitive Probe, Entspannungstraining, Verhaltensverschreibung und Ermutigung zur Selbstverstärkung. Das Training läßt sich in drei Phasen unterteilen: 1. die Phase des Unterrichts (Einsicht in das Verhalten unter Streßbedingungen und Aufzeigen von Bewältigungsmöglichkeiten), 2. die Übungsphase (Einübung verschiedener Verhaltensweisen zur Angstbewältigung), 3.

die Anwendungsphase (gelernte Bewältigungsfertigkeiten werden in verschiedenen Streßsituationen eingesetzt).

Fliegel S, Groeger WM, Künzel R, Schulte D, Sorgatz H (1981) Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Weinheim, Beltz / Psychologie Verlags Union, S 186–190

Novaco RW (1993) Streßimpfung. In: Linden M, Hautzinger M (Hg), Verhaltenstherapie. Berlin, Springer, S 295–299

Martina de Zwaan

Streßstörung, Posttraumatische. → Posttraumatische Streßstörung.

Streßtheorien (→ Verhaltenstherapie). Gehen auf die psychophysiologischen Untersuchungen von Selye (1956) zurück, der die Reaktionsweisen des Organismus auf dauerhafte Belastungen als „Generelles Adaptions-Syndrom“ beschrieben hat. Er unterscheidet eine erste physiologische Alarmreaktion auf den Stressor von einer nachfolgenden Phase der Anpassung an die belastenden Bedingungen (Stadium der Resistenz) und der allmählich eintretenden Erschöpfung bei chronischem Weiterbestehen des Stressors. Als Stressoren werden all jene physikalischen, biologischen und psychologischen Faktoren initial wirksam, auf die der Organismus nicht vorbereitet („adaptiert“) ist, zum Beispiel langanhaltende Erkrankungen, soziale und psychische Konflikte oder Arbeitsüberlastungen (Sorgatz, 1986). Das daran anschließende, an kognitiven Parametern orientierte Konzept von Lazarus (1966) wurde für verhaltenstherapeutische Modellbildungen relevant: die Bewältigungsmöglichkeiten von Streßsituationen hängen demnach von individuell verschiedenen Bewertungsweisen bei objektiv gleich gefährlichen Situationen ab. Im dreistufigen Bewertungsprozeß (Primärbeurteilung – Handlung – Neubewertung) kommen „Copingmechanismen“ (→ Krankheitsverarbeitung) zum Tragen, mittels derer sich das Individuum mit der Belastungssituation auseinandersetzt, um eine Abänderung der Bedrohung zu erreichen (Sorgatz, 1986). Die beteiligten

Kognitionsmuster sind auf einem Kontinuum anzusiedeln, das sich vom adaptieren, situationsbewältigenden „Coping“ hin zu einer bloß schützend-stabilisierenden Abwehr des Stressors („Defending“) erstreckt. Copingstrategien gelten als Kompetenzen, die im Rahmen von Therapien gezielten Modifikationen zugänglich sind, beispielsweise durch → kognitives Umstrukturieren. Für die verhaltenstherapeutische Behandlung von → Persönlichkeitsstörungen wird im sogenannten „Diathese-Streß-Modell“ ein Erklärungsansatz geboten, welcher die typischen Interaktionsmuster dieser Patientengruppe als Folge einer spezifischen Vulnerabilität wertet. Die beobachtete dispositionelle Empfindlichkeit gegenüber sozialen Anforderungen und Streß ist so auf psychosoziale Belastungsmomente im Zuge der → Lerngeschichte zurückzuführen. Ätiologisch gesehen werden die ursprünglich im Umgang mit Beziehungsdefiziten erlernten Bewältigungsstrategien erst sekundär zu erneut problemverursachenden Interaktionsstilen.

Goldberger L, Breznits S (Eds) (1993) Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York, The Free Press

Lazarus R (1966) Psychological stress and the cognitive process. New York, Holt, Rinehart & Winston

Selye H (1956) The stress of life. New York, McGraw-Hill

Sorgatz H (1986) Psychophysiologie und Verhaltensmedizin. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 212–213

Zeidner M, Endler N (Hg) (1996) Handbook of coping: theory, research, applications. New York, Wiley

Erwin Parfy

Stroke-Konzept. Unter Stroke (übersetzt: streiche(l)n, Schlag) ist in der → Transaktionsanalyse jegliche Form von (lebenswichtiger) Zuwendung zu verstehen, in positiver wie in negativer Ausprägung. Es kann körperliches Streicheln sein, liebevolle Äußerungen, Blicke, nonverbale, mimische Ausdrucksformen, anerkennende Worte im Sinne eines symbolischen Streichelns,

aber auch negative „Zuwendung“ wie Wegstoßen, liebloses und grobes Anfassen bis hin zu Körperstrafen, da dies leichter auszuhalten ist als emotionale Deprivation. Der Stroke-Hunger zählt zu den menschlichen → Grundbedürfnissen und bildet einen motivationalen Faktor für transaktionales Austauschgeschehen. Er kann zu einem Zuwendungswunsch um jeden Preis führen, wenn das „Streichelkonto“ (Steiner, 1982) Defizite aufweist. Es wird unterschieden zwischen bedingungsloser und an Bedingungen gebundene Zuwendung. Bei schiefer Streicheln wird in einer Situation zuerst positive Zuwendung und im gleichen Atemzug Ablehnung mitgeteilt. Steiner formuliert in seiner „Ökonomie der Streicheleinheiten“ fünf destruktive Einschärfungen (→ Skript), die in die Skriptbildung Eingang finden: „Gib keine Streicheleinheiten her, es sei denn, du mußt. [...] Bitte um keine Streicheleinheiten, auch wenn du sie brauchst. [...] Nimm keine Streicheleinheiten an, auch wenn du sie gerne möchtest. [...] Lehne keine Streicheleinheiten ab, wenn du sie nicht möchtest. [...] Du darfst dir selbst keine Streicheleinheiten geben“ (Steiner, 1982: 133f.). Dieser sparsame Umgang mit Zuwendung bildet nach Steiner eine Voraussetzung für das Skript „keine Liebe“.

Berne E (1961) Transactional analysis in psychotherapy. New York, Ballantine Books

Schlegel L (1993) Handwörterbuch der Transaktionsanalyse. Freiburg, Herder

Steiner C (1982) Wie man Lebenspläne verändert. München, dtv

Helga Krückel

Strömung. → Energie; → Körperpsychotherapie.

Strömung, orgonotische (plasmatische) (→ Körperpsychotherapie). Mit dem Begriff der (plasmatischen) Strömung beschrieb Wilhelm Reich ein Gefühl des Fließens im Gewebe des Körpers. 1934 entdeckte er, daß seine Klienten, wenn sich die → Muskelpanzerung lockert und vegetative → Energie, die nicht länger durch unterdrückte Gefühlszustände blockiert ist,

aktiviert wird, prickelnde Gefühle, heiße und kalte Schauer, Erröten und ein Gefühl des Strömens erleben. Er bezeichnete diese als vegetative Erregungsströme. Es gibt viele strömende Systeme im Körper, wie z. B. das kardiovaskuläre sowie das lymphatische System. Auch der kraniosakrale Fluß, wie er in der kraniosakralen Osteopathie beschrieben wird und der Energiefluß durch die zwölf Meridiane des Körpers zählen dazu. Die Gefühle des Fließens, die Strömungsgefühle werden von Reich als Bewegung von Energie beschrieben und sind mit den Prozessen der → Ladung im Organismus verwandt, welche auf der Hautoberfläche oszillografisch gemessen werden können. In der Sexualität wird die Wahrnehmung von Strömungsgefühlen als → Lust erlebt. Ist eine Person nicht an das Gefühl der → vegetativen Lebendigkeit in ihrem Körper gewöhnt, so kann das Erwachen dieser Gefühle ein Anlaß zu → Angst sein. Darüber hinaus können bei Vorliegen starker körperlicher Entfremdung oder Depersonalisation Strömungsempfindungen eine psychotische Episode auslösen, weshalb in der Körperpsychotherapie bei Erweckung dieser Gefühle z. B. durch intensivierte Atmung und Interventionen, die der → Entpanzerung dienen, Vorsicht angebracht ist.

- Knapp-Diedrichs V (1990) Ströme. Berlin, VKD Publikationen
 Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch
 Reich W [1949] (1987) Äther, Gott und Teufel. Frankfurt/M., Nexus [bes. S 54–79]

David Boadella

Strömungsempfindungen. → Lebendigkeit, vegetative.

Struktur (→ Systemische Therapie). In der systemtheoretischen Begriffsbildung haben Strukturkonzepte Tradition. Neben den Unterscheidungen in unstrukturierte und strukturierte Komplexität (Levi-Strauss; Parsons, 1976) definierte später Ciompi (1982) den Terminus Struktur nach dem Vorhandensein folgender drei Elemente: 1.

ein Ganzes; 2. Teile dieses Ganzen und 3. die Beziehung zwischen diesen Teilen. Piaget (1976) beschrieb eine Struktur sehr allgemein als ein System von Transformationen. Maturana & Varela (1987) verstehen unter Struktur diejenigen Bestandteile und Relationen, die in konkreter Weise eine Einheit konstruieren und ihre Organisation verwirklichen. Man kann also die Gesamtheit der Relationen eines Systems als Struktur bezeichnen. Struktur ist somit ein komplexes Verhältnis synchroner (zeitgleicher) und diachroner (zeitlich nachfolgender) Beziehungen. Regeln lassen sich aus der Wiederholung bestimmter Muster ableiten, welche die Struktur eines Systems ausmachen. Struktur ist nicht statisch zu sehen, sondern besteht aus sich wiederholenden Prozessen. Ihre Selbstregulation (→ Selbstorganisation; → Autopoiese) erfolgt im Rahmen der Funktion der Struktur. Für ein systemisches Verständnis von Psychotherapie bedeutet dies das Bemühen des Psychotherapeuten, sich durch → Fragen und aufmerksames Zuhören in der Welt der Klienten kundig zu machen, um möglichst einfühlsam an die Struktur des Klienten(systems) anknüpfen und so eventuell Veränderungen anstoßen zu können. Es liegt jedoch nicht in der Macht des Psychotherapeuten, Wandel tatsächlich zu installieren. Mit einer Variation der Umweltbedingungen (therapeutisches Gespräch) kann ein System (Familie) zwar möglicherweise Anregungen bekommen, seine Struktur (familiäre Regeln und Muster) zu verändern; das Ergebnis (z. B. Versöhnung, Streit oder Trennung) liegt jedoch in der Autonomie des Klientensystems.

- Ciompi L (1982) Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta
 Kriz J (1997) Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien, Facultas
 Maturana HR, Varela F (1987) Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern, Scherz
 Parsons T [1951] (1976) Zur Theorie sozialer Systeme. Opladen, Westdeutscher Verlag
 Piaget J (1976) Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Stuttgart, Klett-Cotta

Billie Rauscher-Gföbler

Struktur, psychische. → Psychische Struktur; → Psychoanalyse.

Strukturelle Familientherapie. → Familientherapie, strukturelle; → Systemtheorie; → Systemische Therapie.

Strukturelle Koppelung. → Autopoiese; → Systemische Therapie.

Strukturen, defensive. → Psychisches Defizit; → Selbstpsychologie.

Strukturen, kompensatorische. → Psychisches Defizit; → Selbstpsychologie.

Strukturgebunden. So werden im → Focusing Erlebensprozesse (→ Experiencing) dann genannt, wenn sie gleichförmig, immer wiederkehrend und unveränderbar erlebt werden. Während sich ein → Felt Sense, wenn man mit ihm verweilt (→ Verweilen), „öffnen“ kann und dann als reichhaltig und bedeutungsvoll erlebt wird und aus ihm Schritte (→ Fortsetzungsordnung) kommen, kann man in strukturgebundene Erlebensweisen nicht „hinein“, sie bleiben in ihrem Bedeutungsgehalt verschlossen, man fühlt sich ihnen als automatisierten Erlebensabläufen ausgeliefert, und sie führen daher oft zu erheblichem Leidensdruck. Strukturgebundenes Erleben ist → implizit nicht mit dem gerade vor sich gehenden Erlebensprozeß und daher auch nicht mit der augenblicklichen Situation verbunden; es bildet eine „eingefrorene Ganzheit“ (frozen whole), die mit starren und immer wiederkehrenden Körper-, Gefühls-, Gedanken- und Verhaltensmustern auf die augenblickliche Situation reagiert. In der → Focusing-Therapie werden Probleme und Symptome als strukturgebundene Erlebens- und folglich auch als strukturgebundene Verhaltensweisen aufgefaßt. Konzepte aus anderen psychotherapeutischen

Traditionen (z. B. → Übertragung; → Widerstand; → Charakterstrukturen) werden in der → Experiencing-Theorie von Gendlin als strukturgebundene Phänomene verstanden. Sie werden aber nicht in herkömmlicher Art von außen beschrieben und klassifiziert, sondern von innen, vom Erleben her, in der konkreten therapeutischen Beziehung zugänglich gemacht, so daß sie am Experiencing-Prozeß wieder teilnehmen und ihn fortsetzen (carrying forward) können. Dafür stehen eine Reihe von Haltungen, Methoden und Konzepten zur Verfügung (z. B. → Partialisieren; → Response).

Gendlin ET [1964] (1992) Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Würzburg, DAF
Gendlin ET (1968) The experiential response. In: Hammer E (Ed), Use of interpretation in treatment. New York, Grune & Stratton, pp 208–227

Klaus Renn

Strukturkonflikt. → Konflikt.

Strukturmodell (→ Psychoanalyse). Das Strukturmodell, Konstrukt eines aus Instanzen (→ Ich; → Es; → Überich) aufgebauten psychischen Apparates, bildet einen zentralen Bestandteil in Freuds → Metapsychologie und trägt der Vorstellung von Psychoanalyse als Theorie des intrapsychischen → Konflikts Rechnung – nach Freud erkrankt der Mensch „an dem Konflikt zwischen den Ansprüchen des Trieblebens und dem Widerstand, der sich in ihm dagegen erhebt“ (Freud, 1933: 496). Der Mechanismus der intrapsychischen Konfliktverarbeitung konnte im Rahmen des vorangegangenen → topischen Modells nicht überzeugend formuliert werden, was Freud zur Entwicklung des (von ihm selbst niemals so benannten) Strukturmodells führte. In dieser Konzeption kommt dem Es die Rolle des Sitzes aller Triebenergie mit primärprozeßhafter Organisation (→ Primärprozeß) zu. Das Überich repräsentiert die moralische Instanz der Persönlichkeit. Das Ich schließlich übernimmt die Vermittlerfunktion zwischen den Trieb-

sprüchen (dem Es), den moralischen Ansprüchen (dem Überich) und den Ansprüchen der äußeren Realität. In dieser Sichtweise wird ein Bild von der Psyche als relativ geschlossenem System gezeichnet: „Im Rahmen der Strukturtheorie kann ‚Konflikt‘ immer auf einen Konflikt zwischen den Instanzen Es, Ich und Überich reduziert werden“ (Schuster & Springer-Kremser, 1991: 38). Das Strukturmodell ist also aufs engste mit der Vorstellung vom Individuum als einem triebgeleiteten Wesen verknüpft, dessen Libidoökonomie deterministisch im Sinne des naturwissenschaftlichen Weltbildes des ausgehenden 19. Jh. beschreibbar wäre. In neueren Ansätzen (z. B. Stolorow et al., 1987) wird die Auffassung von Konflikt als innerpsychischem Geschehen vertreten, das kontextabhängig aktiviert wird. In einem durch die Überschneidung von Subjektivitäten aufgespannten intersubjektiven Feld werden innere Konflikte reaktiv gebildet und bestimmen in der Folge im Kontext von Beziehungserfahrungen als „unbewußte organisierende Prinzipien“ (→ Organizing principles) das Erleben. Eine solche Konzeption geht vom Menschen als offenem System aus, die Vorstellung von hypothetischen Instanzen wird hier zugunsten einer prozeßorientierten Formulierung aufgegeben, die das Beziehungsgeschehen in den Mittelpunkt der Betrachtung rückt.

Freud S [1933] (1982) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. I: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Frankfurt/M., Fischer, S 447–608

Schuster P, Springer-Kremser M [1991] (1994) Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie. 3. Aufl. Wien, WUV

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer

Herwig Hinterhofer

Stuhl, leerer. → Leerer Stuhl; → Gestalttherapie; → Gestalttheoretische Psychotherapie; → Psychodrama.

Stupor, depressiver. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Subjektive Anatomie (→ Funktionelle Entspannung). „Subjektive Anatomie bedeutet zunächst die spontane oder methodisch angeleitete Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Teile als erlebtes, dynamisches und sich entwickelndes System“ (Uexküll et al., 1994: 222). Hingegen ist die traditionelle (objektive) Anatomie die Wissenschaft und Lehre vom Bau der Körperteile. Sie schließt die Erlebensdimension weitgehend aus. Bereits Descartes hat den menschlichen Körper als einen seelenlosen Apparat konzipiert, wenn er diesen beschreibt „als eine Art Maschine [...], die aus Knochen, Nerven, Muskeln, Adern, Blut und Haut zusammengepaßt ist und auch ohne den Geist alle die Bewegungen ausführt, welche unwillkürlich, also ohne den Geist ablaufen“ (Descartes, 1985: 104). Es ist das Dilemma einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin, nur Epiphänomene des Erlebens mit ihren wissenschaftlichen Methoden fassen zu können. Elektrophysiologische Messungen von Gefühlen oder Denkvorgänge sind nur ein „Schatten“ jener Erlebensvorgänge selbst. Das wissenschaftliche Interesse in der Subjektiven Anatomie zentriert sich auf die (potentiellen) Empfindungen körperlicher Aktivitäten, wie die Wahrnehmungen von Muskelspannungen, Gelenkbewegungen, Druckveränderungen etc. Die von den Muskeln, Sehnen und Gelenken stammenden Sensationen werden als „Zeichen“ (Uexküll et al., 1994) aufgefaßt, aus denen sich der Körper selbst erschafft (→ dynamisches Körper selbst). Das Konzept der Subjektiven Anatomie wurde seit 1986 von einer Forschungsgruppe um Thure von Uexküll und Marianne Fuchs entwickelt (Johnen, 1988). Als Methode zur systematischen Untersuchung des „Spürkörpers“ diente die Funktionelle Entspannung. Für die propriozeptiven Wahrnehmungen umschriebener somatischer Aktivitäten (Spannungs- und Druckveränderungen, die mit Bewegungsreizen einhergehen) wurde nach stimmigen und anderen Menschen vermittelbaren Benen-

nungen gesucht. Damit sollen die Empfindungen einer umschriebenen körperlichen Aktivität für andere nachvollziehbar werden. Das können allerdings immer nur Annäherungen sein, da die Empfindungen und deren Ausdruck subjektiven Variationen unterliegen. Als wissenschaftliche Methode ist dieses Vorgehen somit der → Hermeneutik zuzuordnen. Das Konzept der Subjektiven Anatomie schließt damit an die subjektorientierte medizinische Anthropologie Viktor von Weizsäckers an (Weizsäcker, 1948).

Descartes R [1641] (1985) Meditationen über die Erste Philosophie. Stuttgart, Reclam

Fuchs M (1997) Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens. 6. Aufl. Stuttgart, Hippokrates

Johnen R (1988) Gründung einer Arbeitsgruppe „Subjektive Anatomie – Funktionelle Entspannung“. In: Schüffel W (Hg), „Sich gesund fühlen im Jahr 2000“. Berlin, Springer, S 169

Reinelt T (1998) Ein Beitrag zum Konzept der „Subjektiven Anatomie“. In: Sedlak F, Gerber G (Hg), Integrative Psychotherapie. Wien, WUV, S 138–157

Uexküll T v, Fuchs M, Johnen R, Müller-Braunschweig H (Hg) (1994) Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart, Schattauer

Weizsäcker V v (1948) Grundfragen medizinischer Anthropologie. Tübingen, Furcht

Toni Reinelt

Subjektive Krankheitstheorie. → Laien-ätiologie; → Psychosomatik.

Subjektstufige Deutung. → Methode, synthetische; → Analytische Psychologie.

Sublimierung (→ Psychoanalyse). Der Begriff der Sublimierung – ein Begriff des triebtheoretischen Konzepts (→ Triebtheorie) der Psychoanalyse – bezeichnet einen psychischen Vorgang, bei dem versucht wird, intellektuelle und künstlerische Leistungen zu erklären. Die freudianische Theorie besagt, daß es bei der Sublimierung um eine „Umschichtung“ sexueller Energie in zunächst nicht unmittelbar verbunden

erscheinende Energiebereiche geht. Tatsächlich aber besteht ein Zusammenhang zwischen Sexualtrieb und Sublimierung. Freud betont auch, daß es konstitutionell unterschiedliche Mengen an Sublimierungsenergie gibt, daß eine vollständige Sublimierung sexueller Energie in Richtung sublimatorischer Leistungen aber nicht möglich ist. Der Sexualtrieb wird dabei im Rahmen kultureller Formung von einem Sexualziel in Richtung eines nicht-sexuellen Ziels gelenkt. Der Vorgang der Sublimierung erklärt viele der Kulturleistungen, insbesondere im Bereich der Kunst, der Wissenschaft und Forschung. Die Triebenergie des Künstlers, des Wissenschaftlers und Forschers, aber auch anderer Berufe wie der des Politikers findet seine Befriedigung in einer entsexualisierten, kulturell hoch bewerteten Tätigkeit.

Freud S [1908] (1982) Die „kulturelle“ Sexualmoral und die moderne Nervosität. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. IX: Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion. Frankfurt/M., Fischer, S 9–32

Freud S [1933] (1982) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. I: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Frankfurt/M., Fischer, S 447–608

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Alfred Pritz

Submodalitäten. Hierunter werden im → Neurolinguistischen Programmieren (NLP) die formalen (also inhaltsfreien) Feinunterscheidungen innerhalb der fünf sensorischen → Repräsentationssysteme verstanden. Helligkeitsgrad, Schärfe, Größe, Entfernung, Farbe, Geschwindigkeit und Dimension sind Beispiele für Submodalitäten innerhalb des visuellen Repräsentationssystems. Lautstärke, Tonhöhe, Klangfarbe, Rhythmus und Tempo sind Beispiele innerhalb des auditiven Repräsentationssystems. Die ausführliche Erforschung der Submodalitäten und ihrer Bedeutung für therapeutische Prozesse er-

folgt seit Ende der 70er Jahre durch D. Gordon, R. Bandler (1987), C. und S. Andreas (1988), R. Weerth (1992). Submodalitäten werden zur detaillierten Beschreibung, Analyse und lösungsorientierten Beeinflussung kognitiver Vorgänge (von Wahrnehmung, Vorstellung und innerem Dialog) genutzt. Dabei hat sich gezeigt, „daß durch die bewußte Veränderung visueller und/oder auditiver [→] Submodalitäten, die ihrerseits über Synästhesien mit emotionalen Zuständen verknüpft sind, solche Zustände“ (Weerth, 1992: 1) innerhalb kürzester Zeit „abgeschwächt, verstärkt und/oder gänzlich verändert werden können, selbst wenn der Inhalt – beispielsweise eine unangenehme Erinnerung – konstant beibehalten wird“ (ebd.). Für mindestens ebenso emotions- und damit handlungsrelevant wie die Inhalte von Kognitionen werden somit die sie charakterisierenden Submodalitäten erachtet. Über 30 Techniken des NLP (→ NLP-Techniken) basieren primär auf der gezielten Beeinflussung von Submodalitäten. Ebenfalls genutzt werden sie in der → Hypnotherapie mit → Imagination. Bei ihrer Anwendung sollten stets die gesamte → Ökologie sowie die → neurologischen Ebenen einer Person berücksichtigt werden.

- Andreas C, Andreas S (1988) Gewußt wie. Arbeit mit Submodalitäten und weitere NLP-Interventionen nach Maß. Paderborn, Junfermann
 Bandler R [1985] (1987) Veränderung des subjektiven Erlebens. Fortgeschrittene Methoden des NLP. Paderborn, Junfermann
 Revenstorf D (Hg) (1993) Klinische Hypnose. Berlin, Springer
 Weerth R (1992) NLP & Imagination. Grundannahmen, Methoden, Möglichkeiten und Grenzen. Paderborn, Junfermann [bes. S 45–53, 153–192]

Rupprecht Weerth

Substanzen, psychotrope. → Psychotrope Substanzen.

Substitutions-Therapie (→ Sucht; → Suchttherapie). Bei vorliegender länger bestehender Abhängigkeit von illegal konsumierten Opiaten (meist Heroin) besteht

die Möglichkeit, dem Patienten unter definierten Voraussetzungen die legale Einnahme von Opiaten zu ermöglichen. Mit der Durchführung sind üblicherweise niedergelassene Ärzte mit Spezialkenntnissen oder spezielle Einrichtungen der Suchthilfe betraut. Abhängig von der jeweilig gültigen gesetzlichen Grundlage des Landes werden von den Behörden definiert: Einschluß- und Ausschlußkriterien: Alter der Patienten, Dauer der Abhängigkeit, vorausgegangene Entzugs- und Behandlungsversuche, besondere Voraussetzungen wie Schwangerschaft oder HIV-Infektion; die Wahl des Ersatzstoffes: International wird seit Jahrzehnten dafür Methadon verwendet, in letzter Zeit finden aber auch Morphinpräparate, Codeinpräparate und in Einzelfällen auch Heroin Verwendung; Abgabe- und Einnahmemodalitäten: Regelungen sollen Mißbrauch der Substitutionsprogramme, illegale Weitergabe der legal verschriebenen Substanz und Konsumverhalten wie in der illegalen Drogenszene verhindern bzw. reduzieren. Beispiele dafür sind Einnahme unter Sicht durch Schlucken der Flüssigkeit, die eventuell mit Sirup versetzt ist, um den intravenösen Konsum zu erschweren oder zu verhindern und die Kontrolle der Einnahme und eines etwaigen Beikonsums durch Harntests auf verschiedene Substanzen. Die Nachteile der Substitution liegen im Fortbestehen der Abhängigkeit (körperlich, psychisch, sozial), der verringerten Mobilität durch die Bindung an den Ort und meist an eine Apotheke oder Ambulanz und im relativ geringeren Anreiz zur abstinenzorientierten Therapie. Die Vorteile der Substitutionsmodelle sind: die Unterbrechung illegaler und dissozialer Lebens- und Drogenkonsummuster, der Wegfall des Beschaffungsstresses und dadurch die Ermöglichung eines geregelten Lebens mit Verbesserung sozialer Bedingungen und die Reduktion suchtassoziierter und sozial bedingter Infektions- und Erkrankungsrisiken.

Bühninger G, Gastpar M, Kovar K, Ladewig D, Täschner K, Uchtenhagen A (1995) Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Stuttgart, Enke

Hackenberg K, Hackenberg B, Hinterhuber H (1992) Sucht und Suchttherapie. München, Dustri-Verlag

Renate Brosch

Subsystem. → System; → Systemische Therapie; → Familientherapie, strukturelle.

Subzeption. → Wahrnehmungsverzerrung, -verleugnung; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Suchprozeß. In der → Hypnotherapie beschreibt dieser Begriff die Orientierung der Aufmerksamkeit (des Klienten) nach innen, mit dem Ziel, den Rahmen der bisher involvierten emotionalen und rationalen Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster zu erweitern (gegebenenfalls zu überwinden), individuell neue, kreativere Lösungen zu suchen und zu entwickeln. Dieser innere Suchprozeß kann spontan in eher kurzen Sequenzen (erkennbar an minimalen Hinweisreizen, d. h. kleinen und kleinsten Veränderungen in Mimik, Atmung, Körperhaltung etc.) eintreten, dann meist als Reaktion auf Konfusion oder humorvolle Herausforderung, oder gezielt mittels einer therapeutischen → Trance initiiert und gefördert werden.

Erickson M, Rossi EL [1980] (1996) Indirekte Suggestionenformen bei der Handlevitation. In: Rossi EL (Hg), Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson, Bd. 2. Heidelberg, Carl Auer, S 139–154

Revenstorf D, Prudlo W (1994) Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose. Hypnose und Kognition 11(1–2): 190–224

Peter Hain

Sucht. Etymologisch von mittelhochdeutsch / althochdeutsch „suht“, gotisch „saūhts“ abgeleitet; bedeutet Krankheit, Siechtum. Sucht führt in unserem Sprachverständnis in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden und wird daher von Genuß und von Mißbrauch

(→ psychotrope Substanzen) abgegrenzt. Die Abhängigkeit wird durch verschiedene Kriterien beschrieben, die sich sowohl auf die Einnahme psychotrop wirksamer Substanzen anwenden lassen, als auch auf die Ausübung verschiedener Tätigkeiten des Alltagslebens oder des Freizeitverhaltens. Treten mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten auf, spricht man von Abhängigkeit oder Sucht. Toleranzentwicklung: definiert durch eine zunehmend verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis und/oder durch das ausgeprägte Verlangen nach Dosissteigerung, um einen intensiven Rauschzustand oder einen gewünschten Effekt herbeizuführen. Entzugssyndrom: dieses zeigt sich in für eine Substanz spezifischen Entzugssymptomen und kann gelindert werden, wenn die Substanz oder eine in der Wirkung ähnliche Substanz (Kreuztoleranz) zugeführt wird. Kontrollverlust: Die Substanz wird öfter, in größeren Mengen und/oder länger als willentlich beabsichtigt zugeführt. Es besteht der Wunsch, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu beenden, was mißlingt. Einengung aller Interessen auf den Konsum des Suchtmittels. Soziale Interessen und persönliche Aktivitäten werden zugunsten der Beschaffung, des Konsums oder der Erholung vom durch die Substanz bedingten Rausch verändert bzw. vernachlässigt. Sucht ist stärker als Einsicht und persönlicher, bewußter Wille: Der Substanzmißbrauch wird trotz der Kenntnis der anhaltenden oder wiederkehrenden psychischen, physischen und sozialen Schädigungen, die auf den Konsum zurückzuführen sind, fortgesetzt.

American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe

Arnold W, Poser M, Moller R (Hg) (1988) Sucht-krankheiten: Diagnose, Therapie und analytischer Nachweis. Berlin, Springer

Kindermann W (1993) Drogenabhängigkeit, Mißbrauch, Therapie. München, Knaur

Watzl H, Rockstroh B (Hg) (1997) Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen, Hogrefe

Renate Brosch

Suchtformen. Abhängigkeit und → Sucht sind definiert durch psychologische und physiologische Abhängigkeit von einer oder mehreren psychoaktiven Substanzen. Physiologische (körperliche) Abhängigkeit ist durch die Entwicklung von Entzugserscheinungen nach Absetzen der regelmäßig zugeführten Substanz gekennzeichnet. Psychologische Abhängigkeit zeigt sich bei allen Substanzen durch zunehmenden Kontrollverlust bezüglich der Einnahme, der Dosierung, der Einnahmemodalitäten, der Einnahmeintervalle und der Anzahl und der Art der mißbräuchlich verwendeten Substanzen. Die Symptomatik ist progredient, d. h. chronisch fortschreitend, und ist begleitet von einer Vielzahl von destruktiven Verhaltensänderungen, die zum sozialen, psychologischen und physiologischen Zerfall der Persönlichkeit bis hin zum Tod führen können. Nicht-substanzgebundene Formen von Abhängigkeit liegen vor, wenn bestimmte Tätigkeiten – vergleichbar Substanzen – ausgeführt werden müssen. Nach den die Abhängigkeit verursachenden Substanzen unterscheidet man die Abhängigkeit von Alkohol, Amphetaminen, Cannabis, Halluzinogenen, Inhalantien, Koffein, Kokain, Nikotin, Opiaten, Phencyclidinen, Hypnotika, Sedativa oder Anxiolytika oder die Mischabhängigkeit (Polytoxikomanie) bei gleichzeitiger Abhängigkeit von mehreren Substanzen.

- American Psychiatric Association (APA) (Hg) [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Hogrefe
- Battegay R (1993) Vom Hintergrund der Süchte. Zum Problem der Drogen-, Medikamenten-, Nikotin- und Alkoholabhängigkeiten. 5., vollst. überarb. u. erg. Aufl. Bern, Blaukreuz
- Gölz J (Hg) (1998) Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome. Stuttgart, Thieme
- Kellermann R (1991) Wandlungen der deutschsprachigen psychiatrischen Suchtdefinition. Nervenarzt 62(7): 436–439

Renate Brosch

Suchttherapie. Die Behandlung der Suchterkrankungen ist ein komplexes Geschehen, das entsprechend der Multikausalität der Genese der → Sucht verschiedene, zum Teil scheinbar widersprüchliche Ansätze hat. In der Behandlung bilden medizinische Betreuung und Behandlung, verschiedene psychotherapeutische Verfahren, soziotherapeutische und auch pädagogische Maßnahmen in stationären und ambulanten Einrichtungen und Praxen ein vielfältiges Netz. Suchtkranke brauchen dem Verlauf ihrer Erkrankung entsprechende Therapieangebote oder Begleitmaßnahmen, die die destruktiven Folgen für die leibliche Gesundheit, das seelische und soziale Wohlbefinden der Suchtkranken selbst und auch für deren soziales Umfeld reduzieren oder unterbrechen helfen. Bedeutsam, vor allem für Abhängige von legalen Rauschmitteln, ist ein breites, weltweites Netz an Selbsthilfeorganisationen (Selbsthilfegruppen), allen voran die Organisation der Anonymen Alkoholiker mit deren Angeboten auch für Medikamentenabhängige, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen für Spielsüchtige (→ Spielsucht), Angehörige, junge Süchtige u. a. m. Ambulante Therapieangebote: Beratung und Betreuung im Verlauf der Sucht, Motivierung zur Behandlung, soziale und medizinische Basisversorgung, Betreuung, Beratung und Therapie für Suchtkranke und deren Angehörige in Spezialeinrichtungen, ambulante Entzugsbetreuung, ambulante Psychotherapie; stationäre Therapieangebote: medizinische Betreuung der direkten und indirekten Suchtfolgeerscheinungen, stationär betreute Entzüge, stationäre Therapie mit unterschiedlicher Zeitdauer zwischen 6–8 Wochen (Kurzzeittherapie) und etwa 12 Monaten (Langzeittherapie). Betreute Wohngemeinschaften, Nachsorgeeinrichtungen nach stationären Therapien und Spezialeinrichtungen ergänzen das Angebot. Psychotherapie mit Suchtkranken: Zur Anwendung kommen mit Erfolg verschiedene Methoden und Settings: kognitive, humanistische und analytische Ansätze, Suggestiv- und Autosuggestivverfahren; Einzel-, Familien- und Gruppentherapie. Die spezielle Symptomatik von Suchtkranken erfordert die Modifikation

der jeweiligen Psychotherapiemethode, durch Anpassung des Settings, unterschiedliche Handhabung von Kontrollfunktionen und bestimmte Auflagen, z. B. betreffend die Intoxikation während einer Psychotherapieeinheit.

Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS (1997) Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Burian W (1994) Rituale der Enttäuschungen. Die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit. Wien, Picus

Hackenberg K, Hackenberg B, Hinterhuber H (1992) Sucht und Suchttherapie. München, Dustri-Verlag

Ladewig D (1998) Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen, Symptome, Therapien. 2., durchges. Aufl. München, Beck

Renate Brosch

Suggestibilität. Allgemeine Tendenz, auf → Suggestion zu reagieren bzw. individueller Grad dieser Reaktionsbereitschaft. 1. Psychologische Grundlagen: Suggestibilität bedeutet das Wirksamwerden verschiedenartiger suggestiver Richtungszuweisungen durch komplexe psychologische Dispositionen wie die Disposition, entsprechend dominanter Annahmen, Motive, Zielsetzungen zu handeln, die den Menschen befähigen, konkurrierende Alternativen ohne rationale Auseinandersetzungen zu eliminieren; die Fähigkeit, inneren und äußeren Gegebenheiten nach intrapsychischen Wirklichkeitskriterien Bedeutungen zuzuschreiben oder Umdeutungen einzuleiten; die Disposition, Substitutionen sowie kognitive Täuschungen zuzulassen und zu gewähren; die Eigenschaft zur Entscheidungsfindung, die auch Freiheitsgrade für handlungsorientierte Lösungen schafft, deren Verdichtung keiner bewußten Auseinandersetzung bedarf; die Fähigkeit, Abwehrstrategien, die nicht bewußtseinsfähig oder auch nicht bewußtseinspflichtig sind, einzusetzen, um dem Ausgleichsbedürfnis des Individuums Rechnung zu tragen. 2. Suggestionierbarkeit bezeichnet die individuelle Empfänglichkeit für suggestive Situationen, stellt kein einheitliches Phänomen dar und kann u. a. durch folgende komplementäre Syndrome der Beeinflus-

sung beschrieben werden: 2.1 Einbildungserscheinungen, z. B. die Tendenz, fiktive oder virtuelle Gegebenheiten als tatsächliche zu deuten. 2.2 Nachgiebigkeitserscheinungen wie z. B. die Tendenz, anhand von Scheinargumenten, persuasivem Vorgehen und direkten Aufforderungssituationen zu reagieren. 2.3 Involvierungserscheinungen, die sie sich aus Aufgaben ergeben, die ein „Hineinversetzen“ in bestimmte (Rollen-) Situationen suggerieren. Hierzu gehören auch die Manifestationen hypnotischen Involvierens, deren unterschiedliche Ausprägungen als Grad der → Hypnotisierbarkeit bezeichnet werden. 2.4 Nachahmungserscheinungen, wie sie z. B. durch den Einfluß von Modellsituationen evoziert werden, die Freiheitsgrade für ein non-imitatives Verhalten zulassen. 3. Einflußfaktoren, die die Reaktions-Bereitschaft gegenüber impliziten und expliziten suggestiven Richtungszuweisungen begünstigen (→ Hypnose): 3.1 Ambiguitäts- und Ungewißheitsverhältnisse: In der Regel wächst die Möglichkeit der Einflußnahme, je ungewisser und mehrdeutiger das Individuum seine Situation erlebt; 3.2 Kongruenzverhältnisse: hierzu zählen in der therapeutischen Beziehung das beidseitige Vertrauensverhältnis und die affektive Resonanz (→ Rapport). Der Therapeut ist selbst Teil dieser interaktiven Geschehnisse und wird seinerseits vom Patienten unentwegt beeinflusst. 3.3 Psychosoziale Verhältnisse: Interaktionsprozesse des Individuums mit seinem sozialen Umfeld wie Gruppendruck, soziale Erwünschtheit und Bestätigung, konformes Verhalten sowie andere Formen sozialer Bewährung (Cialdini, 1997).

Binet A (1900) La suggestibilité. Paris, Schleicher Frères

Cialdini RB (1997) Die Psychologie des Überzeugens. Bern, Hans Huber

McGuire WJ (1989) A meditational theory of susceptibility to social influence. In: Gheorghiu V, Netter P, Eysenck HJ, Rosenthal R (Eds), Suggestion and suggestibility: theory and research. Berlin, Springer, pp 305–322

Peter B (1996) Normale Instruktion oder hypnotische Suggestion. Was macht den Unterschied? Hypnose und Kognition 13(1+2): 147–163

Vladimir Gheorghiu

Suggestion. Besonders durch ihre Verknüpfung mit hypnotischen Geschehnissen (→ Hypnose) bekannt geworden (Bernheim, 1886), gehört Suggestion zu den Einflußfaktoren jeglicher Behandlung (Benesch, 1995). Zur Überwindung begrifflicher Unklarheiten kann das übergreifende Konzept der „Suggestionalität“ beitragen (Gheorghiu, 1996), das folgende vier Aspekte beinhaltet: 1. Die suggestive Situation (oder Suggestion) wird als eine einseitige Richtungszuweisung verstanden, die das Individuum explizit oder implizit auffordert, dieser Folge zu leisten. Bei Durchgreifen der Suggestionseinhalte entzieht sich das Ausklammern anderer Reaktionsmöglichkeiten der bewußten Kontrolle. 2. Die psychologischen Grundlagen und Grade der Reaktionsbereitschaft (→ Suggestibilität). 3. Die Techniken der Suggestion (direkte und indirekte Verfahren): Direkte Suggestionen halten die Beeinflussungsintention offen: „Sie werden jetzt und auch später keinen Schmerz empfinden“ (→ Hypnotisierbarkeit; → Wachsuggestion). Bei den indirekten Verfahren wird die Beeinflussungsabsicht mittelbar weitergeleitet. Als „Vehikel“ dienen → Metaphern, → Symbole, Sprachmuster (→ Sprachmuster, hypnotische), Modellsituationen, → Rituale, Rollenverhalten, Prozeduren, Placebos etc. Die indirekten Suggestions-Vehikel bilden in verschiedenen Kombinationen ein wertvolles Instrumentarium in den Händen von Psychotherapeuten (→ Ericksonsche Therapieprinzipien und hypnotische Sprachmuster). Dabei erweist sich in der Praxis die Grenze zwischen direkten und indirekten Verfahren als durchlässig, ebenso zwischen suggestiven und imaginativen oder rationalen Verfahren. Der Einsatz von Suggestionsverfahren in der Psychotherapie (→ Hypnosetherapie) trägt dazu bei, die Gerichtetheit der Person zu unterstützen und ihre Reaktionsbereitschaft zur Durchsetzung ihrer Bedürfnisse und Beweggründe durch Auflösung oder Reduktion von Ungewißheit und Instabilität zu begünstigen bzw. über die Reduktion vorhandener Freiheitsgrade das Individuum auf ökonomischerem Wege zu eindeutigen Beurteilungen und Handlungsweisen gelangen zu lassen oder latente psychische

und psychophysiologische Dispositionen auf diesem Wege überhaupt erst verfügbar zu machen. 4. Das Wesen der Suggestionalität: Darüber gibt es sehr widersprüchliche Auffassungen (Schumaker, 1991). Angesichts des gebietsübergreifenden Charakters suggestionaler Phänomene läßt sich ihr Stellenwert und ihre Funktion im Selbstorganisationsgeschehen nur aufgrund integrativer psychologischer Ansätze realisieren. Zu den theoretischen Auseinandersetzungen gehören auch Fragestellungen über ethische Implikationen der Möglichkeiten und Grenzen suggestionsbedingter Beeinflussung.

Benesch H (1995) Enzyklopädisches Wörterbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie. Weinheim, Beltz/ Psychologie Verlags Union [bes. S 788–798]

Bernheim H [1886, 1888] (1985) Die Suggestion und ihre Heilwirkung. Autorisierte dt. Ausgabe von Sigmund Freud. Fotomech. Nachdr. d. Ausg. von 1888. Tübingen, edition diskord

Gheorghiu V (1996) Die adaptive Funktion suggestionaler Phänomene. Zum Stellenwert suggestionsbedingter Einflüsse. Hypnose und Kognition 13(1–2): 125–146

Schwanenberg E (1993) Suggestion. In: Schorr A (Hg), Handwörterbuch der Angewandten Psychologie. Bonn, Deutscher Psychologen Verlag, S 661–663

Schumaker J (Ed) (1991) Human suggestibility. New York, Routledge

Vladimir Gheorghiu

Suggestion, indirekte. → Suggestion; → Hypnose.

Suggestion, posthypnotische. → Posthypnotische Suggestion.

Suizidgefährdung (Suizidalität). Darunter versteht man alle Gedanken und Fantasien, die sich mit der Möglichkeit der Selbsttötung befassen, sowie alle Handlungen, die bewußt oder unbewußt die Herbeiführung des eigenen Todes in Kauf nehmen. Im Rahmen akuter psychosozialer → Krisen kann jeder Mensch suizidal werden. Hingegen geht chronische Suizidalität, die im

Rahmen schwerwiegender psychischer Störungen oder psychiatrischer Erkrankungen auftritt, mit immer wiederkehrenden Episoden einher, in denen Suizidgedanken auftreten oder suizidale Handlungen ausgeführt werden. Wesentlich bei der Einschätzung der Suizidgefährdung ist die Kenntnis der Risikogruppen, der suizidalen Entwicklung, des → präsuizidalen Syndroms und die Beachtung der Interaktion zwischen Therapeut und Klient. 1. Risikogruppen sind Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige (Abhängigkeit; → Sucht), Depressive, alte und vereinsamte Menschen, Personen, die einen Suizid ankündigen, und solche, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben. 2. In der Regel geht der suizidalen Handlung eine suizidale Entwicklung mit drei Phasen voraus (Pöldinger, 1968). Die Phase der Erwägung, die Phase der Abwägung und die Phase des Entschlusses. 3. Das Präsuizidale Syndrom (Ringel, 1969) ist charakterisiert durch die Einengung (umfaßt situative, dynamische, insbesondere affektive Einengung, sowie die Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Wertwelt), die gehemmte, gegen die eigene Person gerichtete Aggression und durch Suizidfantasien. 4. Bezüglich der Beziehungskonstellation, die suizidale Menschen mit ihrer Umgebung herstellen, unterscheidet man eine interaktionsreiche und eine interaktionsarme Form der Beziehung. Wird die Interaktion abgebrochen, stellt dies eine besonders bedrohliche Form von Suizidalität dar (Kind, 1992: 179f.). Bei parasuizidalen Handlungen (Suizidversuchen) finden sich 3 unterschiedliche Tendenzen (Feuerlein, 1971): Die parasuizidale Pause (Wunsch nach Ruhe), die parasuizidale Geste (Wunsch nach Hilfe und/oder Wunsch, ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person oder ein Lebenskonzept zu verändern) und den versuchten Suizid (Wunsch, nicht mehr leben zu wollen). In der → Krisenintervention von akut suizidalen Menschen stehen beziehungsfördernde Maßnahmen, die Ermunterung zur emotionalen Äußerung und die Förderung bzw. Stabilisierung sozialer Kontakte im Vordergrund (Sonneck, 1997). Chronisch suizidale Personen benötigen langfristige Psychotherapie.

- Feuerlein W (1971) Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung? *Nervenarzt* 42: 127–130
- Kind J (1992) Suizidal. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Pöldinger W (1968) Die Abschätzung der Suizidalität. Bern, Hans Huber
- Ringel E (1969) Selbstmordverhütung. Bern, Hans Huber
- Sonneck G (1997) Krisen und Suizidgefährdung. In: Sonneck G (Hg), Krisenintervention und Suizidverhütung. 4., überarb. u. erw. Aufl. Wien, Facultas, S 138–214
- Wolfersdorf M (1996) Der suizidgefährdete Mensch. Zur Diagnostik und Therapie. In: Wenglein E, Hellwig A, Schoof M (Hg), Selbstvernichtung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, S 89–112

Claudius Stein

Sündenbock. → Identifizierter Patient; → Familientherapie; → Omega-Rochade; → soziodynamische Grundformel; → soziodynamische Rangstruktur; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Supervision. Unter Supervision wird allgemein die professionelle Begleitung bei der Reflexion beruflichen Handelns sowie von Arbeitsbeziehungen verstanden. Sie kann im Einzel- oder Mehrpersonensetting stattfinden. Einzelsupervision von Führungskräften wird auch als → Coaching bezeichnet. Beim Mehrpersonensetting wird zwischen Gruppen- und Teamsupervision unterschieden. Gruppensupervision meint die Supervision mehrerer Angehöriger gleicher oder auch unterschiedlicher Berufsgruppen, die sich zum Zwecke der Supervision zusammengefunden haben. Als Team bezeichnet man eine kooperierende Arbeitsgruppe, d. h. ein organisatorisches System oder Teilsystem, das zum Zwecke gemeinsamer Aufgabenerfüllung eine formale Binnenstruktur aufweist. Teamsupervision hat vor allem zur Aufgabe, sich mit den Beziehungsmustern, der internen Kommunikation, der Dynamik von Rollen, Funktionen und Aufgabenverteilung innerhalb des Teams bzw. des Teams in der Institution/Organisation zu beschäftigen. Supervision ist also eine Form der →

Qualitätssicherung im Bereich der personalen, sozialen und/oder beruflichen Kompetenz; d. h. ihr Schwerpunkt kann im emotionalen, interaktionalen oder kognitiven Bereich liegen, und je nach Auftrag wird Fallarbeit, Institutionsanalyse oder Selbstthematisierung im Vordergrund der Supervisionsarbeit stehen. Supervision unterliegt der Kontraktbildung zwischen Supervisor, Auftraggeber und Supervisand. Diese Form der Supervision wird gelegentlich als Fortbildungssupervision (→ Supervision, psychotherapeutische) bezeichnet, da sie sich an Psychotherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung wendet, die in ihrem Praxisfeld arbeiten und für die Supervision sozusagen eine berufliche Fortbildung darstellt. Es geht um die Integration des Gelernten in das Spezifische des konkreten Berufsalltages und um die Weiterentwicklung der institutionellen Strukturen entsprechend ihrer spezifischen Arbeitsaufgabe. Mit dem ebenfalls üblichen Ausdruck Feldsupervision wird darauf hingewiesen, daß das jeweilige Arbeitsfeld der Supervisanden besondere Beachtung findet. In diesem Sinne wird Psychotherapie als Arbeitsfeld verstanden. Eine Sonderstellung nimmt die Supervision in Ausbildungszusammenhängen, insbesondere im Rahmen der Psychotherapieausbildung ein (→ Ausbildungssupervision). Fallsupervision (Fallarbeit, Fallbesprechung) ist – im Gegensatz zu → Kontrollanalyse – die Bearbeitung eines Falles in einer konkreten Situation (→ Balintarbeit). Historisch gesehen hat Supervision ihren Ursprung einerseits in der Kontrollanalyse, wie sie in der analytischen Ausbildung in Wien seit 1925 fix etabliert ist und einen wichtigen Platz in der Ausbildung aller psychotherapeutischen Schulen einnimmt, andererseits im Casework der Sozialarbeit, entwickelt in den 20er Jahren in Amerika, wie sie z. B. in Österreich auch von der Bewährungshilfe übernommen wurde. War Supervision lange nur in Sozialarbeit, Pädagogik, Psychologie und Psychotherapie und den diesen Disziplinen nahestehenden Bereichen der Medizin verankert, so steigen in den letzten Jahren Interesse und Nachfrage in vielen anderen Systemen (z. B. Wirtschaft, Verwaltung, Erwachsenenbildung, Exekutive etc.).

Um der Komplexität des Gegenstandes Supervision und der Forderung nach Mehrperspektivität gerecht zu werden, arbeiten moderne Supervisionskonzepte methodenpluralistisch; d. h. sie integrieren phasen- und situationsspezifisch: Gruppendynamik, Organisationsberatung, psychoanalytische Konzepte (→ Balintarbeit), Gestalt- und psychodramatische Methoden sowie systemtheoretische Ansätze. Die jeweils angewandte Supervisionsmethode hat sich also vor allem an der Fragestellung zu orientieren.

- Buchinger K (1997) Supervision in Organisationen: den Wandel begleiten. Heidelberg, Carl Auer
- Fatzer G, Eck CD (Hg) (1990) Supervision und Beratung – ein Handbuch. Köln, Edition Humanistische Psychologie
- Luif I (Hg) (1997) Supervision – Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich. Wien, Orac
- Pühl H (Hg) (1992) Handbuch der Supervision. Berlin, Edition Marhold
- Pühl H (Hg) (1994) Handbuch der Supervision 2. Berlin, Edition Marhold
- Rappe-Giesecke K (1990) Theorie und Praxis der Gruppen- und Teamsupervision. Heidelberg, Springer

Inge Bolen, Ingeborg Luif

Supervision, Ethik der. → Ethik ist in Zusammenhang mit → Supervision von mehrfacher Bedeutung. Zum einen geht es um Ethikrichtlinien für Supervisoren, die durchaus vergleichbar sind mit denen von Psychotherapeuten. Zugleich müssen diese Bedacht nehmen auf die besondere Aufgabenstellung von Supervision und müssen besonders in Hinblick auf Verschwiegenheit berücksichtigen, daß Auftraggeber, also diejenigen, die die Supervision finanzieren, ein Recht auf Information haben, und gleichzeitig muß die persönliche Integrität aller Beteiligten gewahrt bleiben. Was die Verschwiegenheit betrifft, muß vor allem in der Psychotherapie-Supervision beachtet werden, daß Supervision stets auch eine (indirekte) Intervention in das Behandlungsgeschehen ist. Hierfür ist aber vom Prinzip des „informed consent“ (Robitscher, 1978) auszugehen, d. h., daß die Patienten über eine solche Maßnahme

informiert werden müssen. Vom Standpunkt der Supervision her handelt es sich bei diesem Problem in erster Linie um ein ethisches, weiters um ein supervisionsmethodisches und erst dann um ein rechtliches (Petzold & Rodriguez-Petzold, 1998). Zum anderen sind ethische Fragestellungen in der Supervision von besonderer Bedeutung: Hier sind ethische Ansätze gefragt, die situatives anstelle von normativem Handeln unterstützen. Supervision ist durchaus als Kontrollinstanz zu sehen, wenn es um ethisches Handeln in der Berufsausübung z. B. von Psychotherapeuten geht.

Luif I (1997) Der politische Auftrag von Supervision und seine ethischen Implikationen. In: Luif I (Hg), Supervision – Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich. Wien, Orac, S 123–127

Petzold HG, Rodriguez-Petzold F (1998) Die Schweigepflicht in der Supervision. In: Eck D (Hg), Supervision in der Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag, S 79–87

Robitscher J (1978) Informed consent for psychoanalysis. Journal of Psychiatry and Law 6: 409–415

Ingeborg Luif

Supervision, kollegiale. → Intervention.

Supervision, psychotherapeutische.

Unter psychotherapeutischer → Supervision wird allgemein die Supervision von Psychotherapeuten verstanden. Es handelt sich um die – meist methodenspezifische – Reflexion der psychotherapeutischen Arbeit. Psychotherapeuten gehören neben Sozialarbeitern zu den Berufsgruppen, die traditionsgemäß die längste Erfahrung mit Supervision haben, da diese als → Ausbildungssupervision einen fixen Bestandteil der Ausbildung darstellt. Als Fortbildungssupervision dient psychotherapeutische Supervision einerseits der Psychohygiene und Entlastung, andererseits der Verbesserung der professionellen Kompetenz in einem sich ständig wandelnden Berufsfeld. Während für Berufsanfänger auch nach dem Abschluß der Grundausbildung die Begleitung durch einen erfahrenen Psychotherapeuten der eige-

nen Schule wesentlich zur Entwicklung der beruflichen Identität beiträgt, steht später oft die Hinzufügung anderer Sichtweisen und methodischer Ansätze wie z. B. die des Supervisors und/oder die der Kollegen in einer Supervisionsgruppe (→ Intervention) im Vordergrund und bringt damit eine Erweiterung des Handlungsspielraumes. Psychotherapeutische Supervision kann damit als Fortbildungssupervision verstanden werden. Nach dem Österreichischen Psychotherapiegesetz gehört berufsbegleitende Supervision zu den Berufspflichten eines Psychotherapeuten (Kierein et al., 1991: 146) und im deutschen „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ wird betont, daß Supervision in psychosozialen / psychotherapeutischen Berufen eine Notwendigkeit darstelle (Meyer et al., 1991:48).

Auckenthaler A (1995) Supervision psychotherapeutischer Praxis. Stuttgart, Kohlhammer
Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) Psychologengesetz, Psychotherapeutengesetz – Kurzkomentar. Wien, Orac

Kriterien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (1996) Psychotherapie Forum 4(Suppl. 2): 65–69

Meyer A-E, Richter R, Grawe K, Graf von der Schulenburg JM, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bonn, Bundesministerium für Jugend, Frauen und Gesundheit

Inge Bolen, Ingeborg Luif

Supervisionsmethoden. → Supervision.

Symbiose. Terminus aus dem Griechischen, der eine parasitäre Bindung zwischen zwei Organismen beschreibt, die zu beidseitigem Vorteil gereicht. Mahler et al. (1975) sprechen von einer symbiotischen Bindung zwischen Mutter und Säugling, die essentiell für das Wohlergehen des Kindes ist. Sie plazieren diese Phase an den Beginn des zweiten Lebensmonats; Vorläufer ist die frühe „autistische“ Phase, gefolgt von der Differenzierungsphase. In diesem Stadium gibt es noch kein Ich, das von einem Nicht-

Ich unterschieden wäre. Innenwelt und Außenwelt werden erst langsam als unterschiedlich wahrgenommen. Unangenehme Gefühle, ob aus der Innen- oder Außenwelt stammend, werden über die gemeinsame Grenze hinausprojiziert. Das Stadium wird pathologisch, wenn es über die frühe Kindheit hinausreicht. Schefflen (1980) dokumentiert, daß sich einer oder beide Teile der symbiotischen Beziehung gänzlich als Teil empfindet und sich alleine nicht als Ganzes erleben kann. So eine Abhängigkeit blockiert die emotionale Entwicklung jedes einzelnen und führt zu einer extremen Gefährdung im Fall von Trennung durch Unfall oder Tod. Weiland (1966) spricht von einem „primitiven Mittel, um Angst zu bewältigen“, die durch eine passive Trennung von der Mutter in einer Phase der überwiegend symbiotischen Bedürfnisse hervorgerufen wurde.

- Mahler MS, Pine F, Bergman A [1975] (1980) Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt/M., Fischer
 Schefflen A (1980) Levels of schizophrenia. New York, Brunner/Mazel
 Weiland IH (1966) Considerations on the development of symbiosis, symbiotic psychosis and the nature of separation anxiety. International Journal of Psychoanalysis 47: 1–5

Eva Wolfram

Symbol (→ Psychoanalyse; → Katathym-Imaginative Psychotherapie). Eine spezifisch von der Psychoanalyse hervorgehobene kreative Repräsentanz für unbewußte Inhalte, denen als solche der Zugang zum Bewußtsein verwehrt ist. Das Symbol ist ein stellvertretender anschaulicher Ersatzausdruck für etwas Verborgenes, mit dem es sinnfällige Merkmale gemeinsam hat oder durch innere Zusammenhänge assoziativ verbunden ist. Sein Wesen liegt in der Zwei- und Mehrdeutigkeit“ (Rank & Sachs, 1913). Freud (1900: 344) sagt über den Traum: „Er bedient sich der „Symbolisierungen, welche im unbewußten Denken bereits enthalten sind, [...] weil sie wegen ihrer Darstellbarkeit, zumeist auch wegen ihrer Zensurfreiheit, den Anforderungen der Traum- bildung [...] genügen.“ Ernest Jones hat 1919 auf die Bedeutung der Affekte und latenten,

mit Gefühlen verschiedenster Genese und Art besetzten Gedanken für die Symbol- bildung hingewiesen. In der psychoanalytischen Traumdeutung wie im Symboldrama – wie die Katathym-Imaginative Psychotherapie auch genannt wird – ist es verführerisch, den allgemeinen Symbolgehalt mancher Bilder für den einzig richtigen zu halten und ihn für sich oder gegenüber dem Patienten zu übersetzen. Schon Freud (1916/ 17: 161) warnte davor, „einen Traum ohne weiteres zu deuten, ihn gleichsam vom Blatt weg zu übersetzen, [...] die auf Symbol- kenntnis beruhende Deutung ist keine Technik, welche die assoziative ersetzen kann“. In der Katathym-Imaginativen Psychotherapie erhält der individuelle Bedeutungsgehalt eines Symbols Vorrang vor der bewußtseinsnahen Deutungsarbeit der Psychoanalyse. Der Patient wird angeregt, seine Symbole selber zu entschlüsseln („z. B. die Gestaltqualitäten eines Motivs näher zu erfassen und dazu Einfälle zu bringen“; Leuner, 1985: 398), aber auch die „Selbst- interpretation“ eines Symbols zu erleben. Leuner warnt vor der „1:1-Zuordnung“ von Symbol und Beziehungsperson. Symbole stellen keine objektiven Fakten dar, sondern stammen aus verschiedenen Entwicklungs- und Erlebnisphasen der Kindheit, spiegeln das emotionale Klima in der Lebensgeschichte des Patienten und in der therapeutischen Situation. Sie sind von enormer Bedeutung für die bildliche Versprachlichung von bisher sprachlosen Leidenszuständen (insbesondere in der → Psychosomatik).

- Freud S [1900] (1982) Die Traumdeutung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer
 Freud S [1916/17] (1982) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. I: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Frankfurt/M., Fischer, S 33–445
 Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber
 Rank O, Sachs H (1913) Die Bedeutung der Psychoanalyse für die Geisteswissenschaften. Wiesbaden, Bergmann

Otto Lang

Symbol (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Symbole sind bestmöglicher Ausdruck für eine emotionell bedeutsame Situation (Jung, GW, Bd. 6, § 820). Das Symbol meint einerseits die jeweils ganz aktuelle existentielle Situation und verweist auch gleichzeitig auf Hintergründiges, auf Zusammenhänge, die jeweils nicht besser als eben in diesem Symbol auszudrücken sind (→ Seele). Zeichen beruhen auf Konvention und können vertauscht werden. Das Symbol hat indessen Teil an der Wirklichkeit, die es symbolisiert. Im Symbol ist auch eine zukünftige Entwicklungslinie gekennzeichnet und erfaßt (GW, Bd. 6, § 790). Symbole sind Brennpunkte menschlicher Entwicklung und verdichten existentielle Themen. In ihnen sind aber nicht nur Entwicklungsthemen, sondern, damit verbunden, immer auch Hemmungsthemen angesprochen. Das wird einleuchtend, wenn man den Zusammenhang von Symbol und → Komplex beachtet. Symbole bilden Komplexe ab. Jung erwähnt, Komplexe würden eine eigentümliche → Fantasietätigkeit entwickeln; im Schlaf erscheine diese Tätigkeit als → Traum, aber auch im Wachen würden wir unter der Bewußtseinschwelle vermöge verdrängter oder sonstwie unbewußter Komplexe weiterträumen (GW, Bd. 16, § 125). Diese spontane Aktivität der gefühlsbetonten Komplexinhalte hat Jung schon 1916 als Ausgangspunkt von → Imaginationen (Fantasiebildungen, Bilderfolgen) und damit als Ausgangspunkt zur Symbolbildung aufgefaßt (GW, Bd. 8, § 167). Das Entwicklungsthema der Komplexe, die „schöpferischen Keime“, zeigen sich dann, wenn wir die Komplexe sich ausfantasieren lassen (Kast, 1990). Dann zeigen sich auch die archetypischen Themen, die hinter den Komplexen stehen. So sind also die Symbole Ausdruck der Komplexe, gleichzeitig aber auch Verarbeitungsstätte der Komplexe. Die Symbolbildung sieht Jung als eine Folge davon, daß sich aufgrund der Selbstregulierungstendenz der Psyche bei Einseitigkeiten der Gegensatz im Unbewußten (Enantiodromie; → Gegensatzthematik) konstituiert (→ Konstellation/konstellieren), sich bewußte und unbewußte Tendenzen entgegenstehen und daß diese dialektischen

Positionen in einem Symbol als dem Dritten überschritten werden. Diese symbolbildende Funktion nennt Jung die → transzendente Funktion (GW, Bd. 8, §131ff.). Jung unterscheidet Fantasien persönlichen Charakters von Fantasien überpersönlichen Charakters, die kollektiven Strukturelementen der menschlichen Psyche (→ Archetypen) entsprechen.

- Jung CG [1921] (1994) Psychologische Typen. GW, Bd. 6. Olten, Walter
Jung CG (1976) Die Dynamik des Unbewußten. GW, Bd. 8. Olten, Walter
Jung CG (1991) Praxis der Psychotherapie. GW, Bd. 16. Olten, Walter
Jung CG, Franz ML v, Henderson JL, Jacobi J, Jaffé A (1968) Der Mensch und seine Symbolie. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).
Kast V (1990) Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. Olten, Walter

Verena Kast

Symbol (aus Sicht der → Hypnosetherapie). In der Hypnosetherapie werden Symbole, wenn sie – spontan oder induziert – vom Klienten kommen, in ihrem tiefenpsychologischen Bedeutungszusammenhang als primärprozeßhafte Produktionen unbewußter psychischer Bereiche aufgefaßt, die Hinweise auf Problem- und Konfliktkonstellationen und auf → Ressourcen der Person geben. Symbole werden ebenso als therapeutische Vehikel für → Suggestionen, insbesondere in der Konstruktion und Anwendung von therapeutischen → Metaphern, verwendet. Symbole als Bilder oder auch als Rituale können von Klienten als → Anker verwendet werden, um sich in bestimmten Situationen mit eigenen Ressourcen zu verbinden. Besonders eignen sie sich als Inhalte von Übungen im Rahmen eines selbsthypnotischen Trainings (→ Selbsthypnose).

- Peter B (1992) Hypnoanalyse. Der Beitrag von Erika Fromm. Hypnose und Kognition 9(1–2): 58–84
Rossi EL (Hg) (1997) Gesammelte Schriften von Milton Erickson, Bd. IV: Untersuchungen psychodynamischer Prozesse mittels Hypnose. Heidelberg, Carl Auer, S 400–452

Hans Kanitschar

Symbol, Operation am. → Operation am → Symbol; → Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Symbolik (→ Kunsttherapie). Inhalte, die im → Gestaltungsprozeß und im künstlerischen Produkt zum Ausdruck kommen. Persönliche Inhalte werden in der kunsttherapeutischen Sitzung großteils unbewußt im jeweiligen Medium (→ kreative Medien) in symbolischer Form ausgedrückt und dargestellt. Ähnlich wie Winnicott (1971) das Kinderspiel als freien symbolischen Umgang mit der inneren wie der äußeren Welt beschrieben hat, bietet die Kunsttherapie einen Spielraum für Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten und → Kreativität. Die Auswahl der Medien und die Art ihrer Anwendung ermöglichen Auseinandersetzungen, die auf symbolischem Wege wichtige unbewußte Inhalte transportieren, ordnen und neu organisieren. Diese symbolischen Aktivitäten und Schöpfungen können in der kunsttherapeutischen Sitzung durch Zeichnen und Malen, durch Formen von Ton, durch Bewegungsimprovisation, durch literarische Aktivität, Spiel mit Musikinstrumenten (auch durch Einsatz von Stimme und Geräuschen) etc. oder durch Verknüpfung der verschiedenen Medien (→ multimedial) entstehen. Nicht nur das symbolische künstlerische Produkt ist von Bedeutung; oft steht der Weg des Entstehens, die Auseinandersetzung mit dem Medium im Mittelpunkt (Gestaltungsprozeß). Die Auseinandersetzung mit Material ermöglicht konkretes, spontanes und kreatives Handeln mit Sehbarem, Hörbarem, Fühlbarem und Greifbarem (also Begreifbarem) im symbolischen Raum, das seinen Sinn nicht dauernd preisgeben muß. So kann in der Kunsttherapie im Gespräch über ein künstlerisches Produkt oder über seinen Werdegang die symbolische Ebene je nach den Bedürfnissen des Klienten mehr oder weniger verlassen werden. Therapeut und Klient können sich z. B. auf ein entstandenes Bild in der Form beziehen, daß beschrieben wird, was dargestellt wird, oder sie können sich mehr oder weniger damit auseinan-

dersetzen, was das Dargestellte über den Klienten selbst aussagt, was es mit seiner Realität zu tun hat (vgl. Rubin, 1984). Diese Möglichkeit, auf symbolischer Ebene zu bleiben (z. B. über einen im Bild dargestellten Vulkan zu sprechen ohne die diesem Symbol beim Klienten zugrundeliegenden Emotionen anzusprechen), gibt dem Klienten die Möglichkeit, sich sicher zu fühlen und trotzdem für sich wichtige Auseinandersetzungen führen zu können.

Rubin JA (1984) *The art of art therapy*. New York, Brunner/Mazel
Winnicott DW [1971] (1979) *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart, Klett-Cotta

Thomas Mayr

Symbolisieren (aus Sicht der → Konzentrativen Bewegungstherapie, KBT). Die KBT legt ihren Überlegungen zum symbolischen Prozeß vielfältige theoretische Konzepte zugrunde. Von Bedeutung sind Piaget, psychoanalytische Theorien, wie sie z. B. Lorenzer zusammenfassend dargestellt hat, aber auch die tiefenpsychologischen Vorstellungen C.G. Jungs, die mehr den kollektiven Charakter des symbolischen Prozesses betonen. Erkenntnistheoretisch orientiert sich die KBT an theoretischen Vorstellungen, wie sie Langer (1942) vertritt, daß nicht nur dem Sprachlichen Symbolcharakter zukommt, sondern daß außersprachliche Vorgänge, etwa bildhafte oder auch Körperempfindungen, symbolisch verstanden werden können (in der Begrifflichkeit Langers präsentative und diskursive Symbolisierungen). Demnach läßt sich das therapeutische Geschehen in der KBT als fortlaufender symbolischer Prozeß begreifen, ein immer wieder neues Verknüpfen von individuellen sinnlichen Erfahrungen mit sinnhaften und sprachlichen Bezügen. Worte zentrieren den Bilder- und Empfindungsstrom, die vielfältigen präsentativen Symbolisierungsvorgänge finden einen „Haken“, an dem sie festgemacht werden. Durch die sprachliche Benennung wird eine Erfahrung im Bewußtsein dauerhaft verankert. Für die KBT ist die sinnliche Symbolisierung die Ausgangsbasis. Durch das konzentrierte Sich-Einstel-

len auf eine sinnliche Situation kann eine Verwandlung vom Sinnlichen zum Sinnhaften eintreten. Wenn diese Verwandlungsarbeit gelingt, ist sie mit einem Zuwachs an Sinnerleben verbunden. Das Ich kann sich im sinnlichen Seins-Erlebnis finden und verankern, von der sinnlichen Wahrnehmung zum Sinn finden (→ Handlungsdialog). In der therapeutischen Arbeit mit KBT treten präsentative Symbolisierungen wie Empfinden, Imaginieren und diskursive (also sprachliche) Symbolisierungen zusammen. Damit verbindet sich sinnliches Erleben mit Sinn, Körper mit Sprache. Bewegungen, Handlungen, Gestaltungen, der ganze Körper oder Körperteile können so symbolische Bedeutung erlangen. Das Liegen auf dem Boden kann zur Auseinandersetzung mit dem tragenden Grund werden, das Stehen zur Verdeutlichung des Stands im eigenen Leben führen, das konzentrierteerspüren der Hände und deren Bewegungsimpulsen spricht den Umgang mit Handlungsmöglichkeiten an. H. Stolze (1995) spricht vom „getanen Symbol“ als einem Zusammenfügen „getrennter leiblicher und seelischer Erfahrung im Ich des einzelnen Patienten“.

Cassirer E [1923] (1964) Philosophie der symbolischen Formen. Nachdruck der 2. Aufl. (1953). Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Langer SK [1942] (1984) Philosophie auf neuen Wegen. Frankfurt/M., Suhrkamp

Seewald J (1992) Leib und Symbol. München, Fink

Stolze H (1995) Das getane Symbol. Methoden ärztlicher Psychotherapie. In: Kahleyss M (Hg), Psychotherapeutische Medizin, Bd. III. Leipzig, Barth, S 107–112

Evelyn Schmidt

Symbolisierung, exakte. In der → Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) bezeichnet der Begriff „exakte Symbolisierung“ die angemessene Repräsentation der → organismischen Erfahrung im Gewahrsein bzw. im Bewußtsein. Nach Rogers (1987: 25), von dem dieser Begriff stammt, ist dieses → Gewahrsein bzw. Gewährwerden wiederum dadurch zu definieren, daß „rein interne

Reize (z. B. Erinnerungsspuren, Körperempfindungen u. ä.)“ präzise abgebildet werden und so dem Individuum gegenwärtig sind. Eine psychische Fehlanpassung besteht in einer Störung dieser Symbolisierung: Wesentliche Inhalte der organismischen Erfahrung (Wünsche, überdauernde Gefühle) werden nicht mehr exakt, sondern verzerrt symbolisiert, oder die Symbolisierung und damit die Wahrnehmung bleibt ganz aus (Rogers, 1987: 30f.). Eine solche Symbolisierungsstörung bedeutet eine → Inkongruenz zwischen der organismischen Erfahrung und dem → Selbstkonzept. Sie kommt dadurch zustande, daß bestimmte Inhalte der organismischen Erfahrung mit dem Selbstkonzept nicht vereinbar sind (Pfeiffer, 1985: 211). Um das Selbstkonzept und seine internalisierten Normen und Wertungen nicht zu erschüttern, wird das Gewährwerden der organismischen Erfahrung hinsichtlich dieser Aspekte abgewehrt (Rogers, 1973: 174f.), es erfolgt eine → Wahrnehmungsverleugnung, d. h., ein Ausbleiben jeglicher Symbolisierung, oder eine → Wahrnehmungsverzerrung, also eine verzerrte Symbolisierung (Rogers, 1987: 30f.). Diese Störung der Symbolisierung hat zur Konsequenz, daß das Individuum im Zustand der Selbsttäuschung lebt. Es versucht das Erleben seiner wahren Bedürfnisse sich selbst gegenüber zu verschleiern. Wo solche → Abwehr der organismischen Erfahrung nur ungenügend gelingt, kommt es zu starken intrapsychischen Spannungen, die die Ursache der neurotischen Störung bilden (Rogers, 1987: 29ff.). In der Behandlung will der Klientenzentrierte Psychotherapeut durch präzises einführendes Verstehen (→ Empathie) den Patienten anregen, „daß fehlerhafte und verallgemeinerte Symbole durch angemessenere, genauere und differenziertere Symbole ersetzt werden“ (Rogers, 1973: 142). Mit seinen Verstehensangeboten versucht der Therapeut, zunächst gewissermaßen stellvertretend für den Patienten als dessen „Alter Ego“ (Rogers, 1973: 52) durch möglichst exakte Symbolisierungen des beim Patienten Wahrgenommenen die Symbolisierungsverzerrungen rückgängig zu machen. Der Ansatz, innerpsychische Vorgänge als gelungene oder gestörte

Symbolisierungsprozesse zu beschreiben, legt, auch wenn es sich nicht nur um sprachliche Codierungen handelt, eine hermeneutische Sichtweise gestörten Erlebens nahe (Finke, 1998). Schon insofern kann das Bemühen des klientenzentrierten Psychotherapeuten, Symbolisierungsstörungen aufzuheben, also die entstellte Sprache wieder verständlich zu machen, den verzerrten Text wieder rückzuübersetzen, als → hermeneutische Empathie definiert werden.

Finke J (1998) Hermeneutische Aspekte in der Psychotherapie am Beispiel der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 46: 1–13

Pfeiffer WM (1985) Der Widerstand in der Sicht der klientenzentrierten Psychotherapie. In: Petzold HG (Hg), Widerstand, ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S 209–225

Rogers CR [1951] (1973) Die klientenbezogene Gesprächspsychotherapie. München, Kindler
Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Jobst Finke

Symbolkonfrontation. Das → Symbol im Tagtraum der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie hat die spontane Tendenz, sich zu verändern, weil es während der gesamten Projektionsvorgänge unter dem fortlaufenden Einfluß des Primärvorgangs steht und sich Änderungen der Stimmungslage auch im Bild auswirken. Nach einem gelungenen Spaziergang durch das „katathyme Panorama“ soll z. B. der Patient dazu gebracht werden, noch einen Blick auf die Ausgangssituation zu werfen. Er wird feststellen, daß sich das Bild zum Besseren gewandelt hat: Aus dem unersteigbaren Berg ist ein ersteigbarer geworden, ein dichter Nebel hat sich gelichtet oder andere Verhinderungsmotive sind verschwunden. Diese synchrone Wandlung dient der Motivation des Patienten und der Erfolgskontrolle des Therapeuten. Das wichtigste dieser → Wandlungsphänomene kann sich bei der → Symbolkonfrontation ereignen. Das dafür geeignete Motiv muß affektiv stark besetzt sein und zwar negativ (mei-

stens Angst). Das innere Ausdrucksbedürfnis des Unbewußten (z. B. im Waldrand-Motiv) ist so groß, daß in symbolischer Verdichtung Beziehungserfahrungen des Patienten mit Liebesobjekten im Bild erscheinen. Unter der sicheren Anleitung des Therapeuten soll der Patient der Gestalt ins Gesicht und in die Augen schauen und deren Ausdruck genau beschreiben. Er kann auch die restliche Gestalt (Kleidung) beschreiben, wenn eine Milderung der Angst zweckmäßig ist. Bei dieser Schilderung geht der Patient stärker auf die kognitive Ebene, was angstlindernd wirkt. Die Hauptsache ist aber das unentwegte Fixieren und Beschreiben der Augen unter intensiver Unterstützung des Therapeuten. Oft wird die Angst des Patienten durch andere wichtige Gefühle abgelöst (z. B. Wut oder Trauer). Nach vollständigem Wandel der Gestalt und – damit einhergehend – der Affekte des Patienten kann sich z. B. eine Versöhnung ergeben. Zunächst soll ein Nicht-Davonlaufen vor der Situation und die Konfrontation mit dem Symbol bewirken, daß die im Symbol verdichtete Beziehungserfahrung einer Auseinandersetzung zugeführt und im Sinne des „Durchlebens und Durchleidens“ (Leuner, 1985) konfrontiert, aber auch bewältigt werden kann.

Lang O (1997) Das Symbol als therapeutisches Agens. Imagination 19(2): 15–25

Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Otto Lang

Symmetrische Beziehung. → Kommunikationsregeln; → Familientherapie.

Sympathikotonie. → Ladung; → Körperpsychotherapie.

Symptom, Funktion des (→ Systemische Therapie). Durch die systemische Sichtweise, Klienten und ihre Symptome/Probleme im Rahmen ihres Umfeldes bedeutungsvoller Bezugspersonen zu sehen,

wurde die Aufmerksamkeit auf Zusammenhänge zwischen symptomatischem Verhalten und dessen Funktion für ein System gelenkt. Das Verhalten wird nicht auf das Individuum bezogen, sondern auf das (familiäre) System. Im strukturellen Modell der Familientherapie (→ Familientherapie, strukturelle) geht man davon aus, daß das Symptom der Aufrechterhaltung der → Homöostase dient, im → Mailänder Modell (Selvini-Palazzoli) wird zusätzlich die → Zirkularität berücksichtigt. Dem Symptom kommt damit die paradoxe Funktion zu, daß einerseits wichtige Systemregeln eingehalten und gleichzeitig in Frage gestellt werden (so folgt z. B. anorektisches Verhalten einer Pubertierenden den Leistungs- und Kontrollvorstellungen eines Familiensystems und stellt diese gleichzeitig in Frage). Es bewirkt oft die Aufrechterhaltung einer Eltern-Kind-Interaktion, die einem früheren Entwicklungsalter angemessen ist; eine Loslösung und Verantwortungsübernahme für die individuelle Lebensgestaltung wird vermieden. In der Weiterentwicklung der Systemischen Therapie wird diese Sichtweise im konstruktivistischen Sinn als eine Möglichkeit betrachtet, mit den Klienten ein neues Verständnis und in weiterer Folge alternative Verhaltensoptionen für alle Mitglieder eines Problemsystems zu entwickeln.

Hinsch J, Schörghofer J (1991) Krankheit ist auch nur eine Metapher. In: Reiter L, Ahlers C (Hg), Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Berlin, Springer, S 154–168
Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1977) Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart, Klett-Cotta

Hedwig Wagner

Symptomträger. → Identifizierter Patient; → Familientherapie.

Symptomverschiebung (→ Psychotherapieforschung). (Psychoanalytische) Hypothese, wonach bei bloß „symptomorientierter“ → (Verhaltens-)Therapie ohne Behandlung des zugrundeliegenden → Konflikts bzw. der → Abwehrmechanismen

mit einer Ersetzung (Substitution, „Shift“) der ursprünglichen Krankheitssymptomatik durch eine andere, neu auftretende zu rechnen ist (Küfner, 1981). Ursprünglich von Freud bei der Beobachtung von Verläufen der per se ausgeprägt wandelbaren („proteushaften“) hysterischen → Neurosen (→ Hysterie) aufgestellt und auf andere psychische Erkrankungen ausgeweitet – was beides nicht ohne Belang erscheint (Nef, 1977) – bildet sie seit Jahrzehnten eine der Hauptthematiken der historischen Kontroverse zwischen psychodynamisch orientierten Ansätzen (in welchen sogar „Sukzessionsregeln“ in Bezug auf Symptomenwandel aufgestellt wurden) und behavioral-kognitiv orientierten Ansätzen (in welchen sie an sich in Abrede gestellt bzw. als selten vorkommend eingeschätzt wurde), die von beiden Richtungen jeweils in ihrem Sinne auch empirisch belegt wurde (Perrez & Otto, 1978). Während (methodisch schwache) experimentell-hypnotische Studien auf eine mögliche Relevanz dieses Phänomens für die → Hypnotherapie hinwiesen, wird heute doch von einer vorrangigen Störungsspezifität (höheres vs. niedrigeres „Shift“-Risiko) als von einer Therapiespezifität ausgegangen. Anderen hochwahrscheinlichen Moderatorvariablen für das Eintreten von Symptomenverschiebungen (neben der Störungsart: Persönlichkeit, Lebensumfeld, Schwere und auch Dauer der Störung) wurde bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, wie überhaupt viele dazu unternommene Studien als ideologisch-methodisch voreingenommen (→ Ideologie) angesehen werden müssen. Kontrollierte und methodologisch valide Studien wären aber notwendig und wichtig, da sie einen Beitrag zur Klärung psychotherapeutischer Mißerfolge (vorrangig: Symptomresistenz und Rückfall; auch Symptomenverschiebung wurde hierunter eingeordnet) leisten würden (→ Therapieschäden).

Küfner H (1981) Symptomenverschiebung. In: Möller H-J (Hg), Kritische Stichwörter zur Psychotherapie. München, Fink, S 336–343
Nef B (1977) Das Problem der Symptomenverschiebung. Ein Vergleich zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse. Diss. Univ. Zürich

Perrez M, Otto J (Hg) (1978) Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? Salzburg, Otto Müller

Martin Voracek

Symptomverschreibung. → Paradoxe Intention; → Paradoxe Intervention.

Synästhesie (→ Kunsttherapie). Die Stimulierung eines Sinnes ruft entsprechende Empfindungen in einer anderen Stimulationsmodalität hervor. Die häufigste Form von Synästhesie ist das Farbenhören: Klänge, Instrumente, wie zum Beispiel der Klang einer Geige evozieren gleichzeitig mit der auditiven Wahrnehmung das visuelle Bild einer bestimmten Farbe (Stern, 1994: 221). Es gibt aber auch andere Querverbindungen, wie z. B. Hören/Tasten, Sehen/Riechen etc. Nach Sterns Terminologie entspricht Synästhesie dem amodalen (nicht auf einen Sinn eingegrenzten) Wahrnehmungsmodus des Kleinkindes und ist die Fähigkeit „die in einer bestimmten Sinnesmodalität aufgenommene Information irgendwie in eine andere Sinnesmodalität übersetzen zu können“ (Stern, 1994: 79). „Kreuzmodale Assoziationen“ (Cytowic, 1995: 119) sind eigentlich eine Basis unseres Denkens, die von abstrakten Ebenen überlagert, auf einer unbewussten Ebene ablaufen. Bei Synästhetikern werden diese Assoziationen nicht ausgesondert, sondern brechen ins Bewußtsein durch. Auch im Sprachgebrauch taucht dieses Phänomen immer wieder auf: z. B. in Begriffen wie „Klangfarbe“. In der multimedialen Kunsttherapie werden die Synästhesie und die kreuzmodale Assoziation mit dem → intermedialen Transfer stimuliert, tiefe (frühe) Schichten der Psyche angesprochen und Selbstheilungsprozesse eingeleitet.

Cytowic RE (1995) Farben hören, Töne schmecken. München, dtv

Stern DN (1994) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta

Andreas Chicken

Synchronizität (→ Analytische Psychologie). C.G. Jungs hypothetischer Erklärungsfaktor für ein kausal nicht begründbares, sinnvoll erscheinendes Zusammenfallen von psychischen mit physischen oder anderen psychischen Phänomenen, wobei das Raum-Zeit-Kontinuum relativiert wird (z. B. Traumbilder, die kausal nicht erklärbar mit äußerer Realität koinzidieren). Das Prinzip wurde in Zusammenarbeit mit dem Physiker und Nobelpreisträger Wolfgang Pauli formuliert. Jung postulierte eine archetypische, nicht bewußtseinsfähige Grundlage der sinngemäßen Koinzidenzen („psychoides → Unbewußtes“), die möglicherweise bei niedrigem → Bewußtsein für etwas kompensatorisch die Aufmerksamkeit darauf lenkt. Der sich aufdrängende → Sinn unterscheidet synchronistische Phänomene von bloßen Zufallsgruppen oder einem kausalen Ansatz. Heute werden in der Analytischen Psychologie gewisse imaginative und Übertragungsphänomene, das Leib-Seele-Verhältnis und Mantik (Wahrsagekunst) unter synchronistischen Aspekten diskutiert.

Franz ML v (1991) Zahl und Zeit. Psychologische Überlegungen zu einer Annäherung von Tiefenpsychologie und Physik. 2., veränd. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta

Jung CG (1952) Synchronizität als ein Prinzip akausaler Zusammenhänge. In: Jung CG, Pauli W, Naturerklärung und Psyche. Zürich, Rascher [auch: GW, Bd. 8, §§ 816–958] (siehe auch Fußnote S 27).

Lisa Bock, Rudolf Bock

Syndrom, präsuizidales. → Präsuizidales Syndrom.

Synthetische Methode. → Methode, synthetische; → Analytische Psychologie.

System. Zentralbegriff in der → Systemischen Therapie; ganz allgemein werden Systeme als durch geordnete Strukturen und Prozesse charakterisiert angesehen (Systemgesetze: Ganzheit, Übersummation, Offenheit, operationale Geschlossenheit). Aus-

gangsbasis für die Theorie selbstreferentieller Systeme ist das von den Biologen Maturana und Varela entwickelte → Autopoiese-Konzept (autos = selbst; poiein=machen), das ursprünglich eingeführt wurde, um die Organisation lebender Systeme (etwa der Zelle) zu erklären und jene Organisationsform zu beschreiben, die es ermöglicht, die besonderen Eigenschaften lebender Systeme hervorzubringen. „Eine lebende Zelle wird dabei als ein Netzwerk chemischer Reaktionen verstanden, das durch eben diese Reaktionen genau jene Teile und Prozesse erzeugt bzw. an ihnen rekursiv mitwirkt, die sich selbst erzeugen“ (Kriz, 1997: 83). Der Begriff „Autopoiese“ wird in einer anderen Form noch in einem zweiten Theoriengebäude, der Konzeption „sozialer Systeme“ des Soziologen N. Luhmann verwendet, in dem dieser Gesellschaft, als System aller Kommunikationen (soziales System), den beiden Systemen „Leben“ (biologisches System) und „Bewußtsein“ (psychisches System) gegenüberstellt. Trotz der Annahme der operationalen Abgeschlossenheit sind autopoietische Systeme auch für Maturana nicht von ihrer Umwelt und deren Struktur unabhängig, sondern gehen mit ihr eine strukturelle Koppelung ein (Kriz, 1997: 83). In der an Luhmann orientierten Systemtheorie wird betont, daß sich die operationale Geschlossenheit eines autopoietischen Systems nur auf die basale Zirkularität der Selbststeuerung der eigenen Reproduktion bezieht; „in anderen Hinsichten, insbesondere bezüglich der Aufnahme von Energie und Information (d. h. der Verarbeitung möglicher bedeutsamer Differenzen), ist es durchaus und notwendigerweise offen“ (Willke, 1987: 44). Man muß von „partieller Geschlossenheit und dadurch ermöglichter Offenheit ausgehen“ (ebd.). Die Unterscheidung von System und Umwelt erfolgt durch einen Beobachter (Fuchs, 1992) – daraus folgt, daß es weder die eine noch die andere Seite der Differenz für sich „gibt“. Ein System existiert nur in bezug auf eine Umwelt, die es nicht ist. Die Umwelt eines Systems ist alles ohne das System. System und Umwelt zusammengekommen sind immer die Welt. So kommt man zu vielen Welten (zu einer pluralen Ontologie), wenn man –

ausgehend von den Differenzsetzungen vieler Beobachter – viele mögliche Systeme unterstellt (→ Kybernetik 2. Ordnung; → Konstruktivismus).

Fuchs P (1992) Luhmann beobachtet. Eine Einführung in die Systemtheorie. Opladen, Westdeutscher Verlag

Kriz J (1997) Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien, Facultas

Willke H (1987) Systemtheorie. Stuttgart, Gustav Fischer

Sabine Klar, Gerda Klammer

Systematische Desensibilisierung. → Desensibilisierung, systematische; → Verhaltenstherapie.

Systeme, autonome. → Autonomie von Systemen; → Systemische Therapie; → Systemtheorien.

Systemgrenzen. → System; → Familientherapie, strukturelle.

Systemische Einzeltherapie (→ Systemische Therapie). Systemische Einzeltherapie entwickelte sich aus einem Verständnis von → Familientherapie, das nicht an ein spezielles Setting gebunden ist, sondern an ein systemisches Verständnis von Beschwerden, therapeutischer Haltung und Techniken. In den Anfängen der Systemischen Familientherapie war die Anwesenheit mehrerer Familienmitglieder ein entscheidender Unterschied zu anderen Psychotherapieverfahren. Die persönliche Anwesenheit aller Familienmitglieder ist weder immer möglich noch in jedem Fall passend. Allparteilichkeit gegenüber den verschiedenen – besonders auch den nicht anwesenden Personen – stellt speziell im Einzelsetting eine Herausforderung für den Therapeuten dar. Diese Kompetenz der therapeutischen → Neutralität wird speziell in der Arbeit mit Familien erworben. In der Weiterentwicklung der Systemischen Familientherapie hat auch die Definition

von „System“ unterschiedliche Interpretationen erfahren und wurde erweitert zu Bedeutungssystemen, wie z. B. → Problemsystem, Ressourcensystem, Zielsystem. In der systemischen Einzeltherapie wird der familiäre bzw. soziale Kontext in Diagnostik und Behandlung einbezogen, allerdings kommen die Informationen über relevante Bezugspersonen nicht direkt von diesen selbst, sondern aus der Perspektive des Klienten. Die Bedeutungen und Auswirkungen des Problems im Interaktionskontext werden analysiert und bearbeitet. Das Einbeziehen anderer Systemmitglieder ermöglicht eine Erweiterung des Problem- und Lösungssystems. Diese werden konstruktiv am Prozeß beteiligt durch hypothetische und zirkuläre → Fragen und andere Techniken, wie z. B. das Familienbrett und die dazugehörenden Holzfiguren, mit denen Familienstrukturen und Familienbeziehungen dargestellt werden können. Widersprüchliche Aspekte und Ambivalenzen des Klienten können durch Befragen der „internalisierten Personen“ verdeutlicht und bearbeitet werden. In manchen Fällen werden im Rahmen einer Einzeltherapie Partner oder andere Personen zu einzelnen Sitzungen eingeladen. Stellt sich heraus, daß ein gemeinsamer Therapieprozeß zielführender scheint, so kann ein neuer Kontrakt mit einem veränderten Setting vereinbart werden.

- Watzlawick P, Weakland J, Fisch R (1974) Lösungen. Bern, Hans Huber
Welter-Enderlin R (1996) Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart, Klett-Cotta
Weiss T (1988) Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten. München, Kösel

*Juliane Kleibel-Arbeithuber,
Brigitte Roschger-Stadlmayr*

Systemische Familientherapie. → Familientherapie, strategische; → Familientherapie, strukturelle, → Systemische Therapie.

Systemische Paartherapie. → Paartherapie, systemische.

Systemische Therapie. Die seit den 50er Jahren in verschiedenen Ländern sich entwickelnde Familientherapie geriet gegen Ende der 70er Jahre in eine Krise. Das Paradigma der Familie als Behandlungseinheit wurde in Frage gestellt, andere erkenntnistheoretisch und klinisch relevante Theorien wurden gesucht. Die Bezeichnung „systemisch“ kennzeichnete eine neu gefundene Identität, in die vielfältige Konzepte einfließen: Das → Mailänder Modell regte zur Technik des zirkulären Fragens an; das theoretische Konzept der Biologen Maturana und Varela (→ Autopoiese) forderte viele Therapeuten heraus, anders zu denken und neue klinische Methoden zu entwickeln. Gedanken der → Kybernetik 2. Ordnung schienen für therapeutische Systeme hilfreiche Erklärungen zu liefern. Soziale Phänomene als eigentlicher Gegenstand der Therapie gewannen auch in der Theorienbildung an Einfluß: Sinn, Sprache, Dialog und Bedeutung; der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit (→ Konstruktivismus) wurde nun viel Raum gegeben. Systemisch denken heißt, → Systeme als kommunikative Konstrukte zu betrachten (Ludewig, 1992). Innerhalb dieses Verständnisses besteht zur Zeit eine breite Methoden- wie auch Theorienvielfalt (→ Kurztherapie, lösungsorientierte; → narrativer Ansatz). Therapeutische Einheit bilden nicht mehr familiäre Systeme, sondern jene Personen, die miteinander ein Problem haben, das sie verändern wollen (→ Problemsystem). Die Person wird als Schnittstelle psychischer Kräfte verstanden, die sich in mitmenschlichen Spannungsfeldern entfalten und entwickeln. Die Frage nach dem „Wie“ eines problematisierten Handlungsablaufs wird wichtiger als die Frage nach dem „Warum“. Lösungsorientiertes Denken fokussiert auf Veränderung von Kommunikationsstrukturen und Sichtweisen des Problems. Klienten haben → Ressourcen und das Potential, für sie passende Lösungen zu entwickeln, Therapeuten regen an; sie sind „Meister“ im Führen von Gesprächen, die „angemessen ungewöhnlich“ sein sollten, um neue Lösungen anzuregen. Dem Therapeuten stehen eine Fülle von Methoden und Techniken zur Verfügung, wie er den Dialog mit

den Klienten führen kann: vielfältige → Fragen, → Reframing, Einsatz von → Metaphern, → Externalisierung, positive → Konnotation → Familienskulptur, Familienbrett, Hausaufgaben (→ Schlußintervention), Veränderungen des Settings und vieles mehr.

Ahlers C, Brandl-Nebehay A, Hinsch J, Reiter L, Wagner H (1996) Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie. In: Ahlers C, Brandl-Nebehay A, Datler W, Hexel M, Hinsch J, Hutterer R, Hutterer-Krisch R, Picker H, Pohler G, Reiter L, Steinlechner M, Stephenson T, Stumm G, Wagner H (Hg), Einführung in die Psychotherapie. Wien, WUV, S 233–335

Brandl-Nebehay A, Rauscher B, Kleibel-Arbeits-huber J (Hg) (1998) Lehrbuch der systemischen Familientherapie. Wien, Facultas

Ludewig K (1992) Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart, Klett-Cotta

Reiter L, Ahlers C (Hg) (1991) Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Berlin, Springer

Schlippe A v, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Gerda Klammer, Sabine Klar

in der Mathematik beschriebenen Operationen. Zu ihnen gehören die mathematische Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme, die chemische Theorie dissipativer Strukturen und die aus der Physik stammende Theorie der Synergetik (zusammenfassend → Chaostheorien genannt). Die genannten systemtheoretischen Ansätze haben gemeinsam, daß sie einen universellen Anspruch erheben und zur Beschreibung unterschiedlicher Phänomenbereiche herangezogen werden. Alle fassen Systeme als funktional autonom auf und beschreiben Aspekte der → Selbstorganisation (→ Systemische Therapie).

Haken H (1992) Synergetics in psychology. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (Ed), Self-organization and clinical psychology. Berlin, Springer, pp 32–54

Luhmann N (1984) Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/M., Suhrkamp

Prigogine I (1987) Die Erforschung des Komplexen. Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis der Naturwissenschaften. München, Piper

Eva Reznicek

Systemtheorie. Unter dem Begriff Systemtheorie werden verschiedene Ansätze subsumiert, die aus unterschiedlichen Perspektiven allgemeine Definitionen von Systemen geben und, daraus abgeleitet, grundlegende Funktionsmechanismen beschreiben. Als Grundströmungen sind sozialwissenschaftlich-philosophische und mathematisch-naturwissenschaftliche Ansätze zu unterscheiden. Erstere operieren mit dem Begriff des Sinns als systemabgrenzendem Prinzip, beschränken sich auf sinntragende Komponenten (z. B. Kommunikationen) und lassen als Relationen sinnstiftende Beziehungen (z. B. semantischer und grammatikalischer Gehalt von Kommunikation) zu. Zu ihnen gehört die Theorie sozialer Systeme nach Luhmann (1984), welche sich wiederum auf die Systemtheorie der → Autopoiese bezieht. Mathematische Systemtheorien grenzen Systeme von der Umwelt durch die Identifikation funktional autonomer Einheiten ab. Als Komponenten gelten veränderliche Größen (Variablen) und als Relationen alle

Syzygie (→ Analytische Psychologie). Archetypisches Motiv der Gegensatzpaarung (griech. syzygos = zusammengejocht, gepaart). Das Seelische ist syzygisch, zwiefältig angelegt, wobei das eine „niemals vom anderen, Entgegengesetzten getrennt“ erscheint (C.G. Jung, GW, Bd. 9/I, § 194). Projiziert erscheint das Syzygie-Motiv etwa in den mannweiblichen Götterpaaren, die Jung → Anima und Animus nennt. Das Motiv erscheint in der chinesischen Philosophie als kosmogonisches Begriffspaar yin und yang, es erscheint psychoanalytisch in Eros und Thanatos oder philosophisch in Eros und Logos, Anschauung und Denken. Die Syzygie ist von Jung in ihrer grundlegenden Bedeutung für die Psychologie erkannt worden (GW, Bd. 9/I, § 115). Erst Hillman (1985) und Giegerich (1994) haben sie wieder aufgegriffen und vertieft. Die entwicklungsgeschichtliche Richtung der Analytischen Psychologie erwähnt das Motiv kaum. Dies hängt damit zusammen, daß Jung selbst das Motiv relativ spät aufgriff

und nicht zu Ende dachte. Das Syzygie-Motiv ist nur im Rahmen dessen sinnvoll, was Jung mit → Seele meint: Wenn Seele (die Grundmetapher der Psychologie) syzygisch, zweideutig ist und das grundlegende seelische Gegensatzpaar nicht als komplementär, sondern sowohl als zusammengehörig wie auch als different erfaßt wird, als Einheit von Einheit und Differenz der Gegensätze (Giegerich, 1994: 46), kann die Logik des Seelenlebens anhand des Syzygie-Motivs angemessen erfaßt werden: In der Syzygie gehören Anima und Animus als sich ausschließende, da verschiedenen Ordnungen angehörende bzw. verschiedene Funktionen erfüllende Komponenten unentrinnbar zusammen (→ Archetypische Psychologie; → Gegensatzthematik; → Inzest).

Jung CG (versch. J.) GW, Bd. 9/I, Über den Archetypus mit besonderer Berücksichtigung des Animabegriffes, §§ 111–147, hier §§ 115, 134; Die psychologischen Aspekte des Mutterarchetypus, §§ 148–198, hier §194; Bd. 9/II, Die Syzygie: Anima und Animus, §§ 20–42. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Giegerich W (1994) Animus-Psychologie. Frankfurt/M., Peter Lang [bes. S 37–53, 273–297]

Hillman J (1985) Anima. Dallas, Spring Publications [bes. pp 167–183]

Doris Lier

Szenisches Verstehen (→ Psychodrama). In Anlehnung an das Konzept des szenischen Verstehens in der Psychoanalyse und Wissenschaftstheorie von Alfred Lorenzer läßt sich sagen: Das Psychodrama wirkt im wesentlichen durch das Riskieren einer Zwei- oder Mehrsprachigkeit des Umgangs miteinander, die von unserer verbal-diskursiv dominierten Alltagskommunikation abweicht. Neben der diskursiven Symbolsprache, in der die Elemente gewissermaßen wie an der Wäscheleine aufgereiht, weggenommen und hinzugefügt werden können, verfügen wir – wie der Psychoanalytiker Alfred Lorenzer herausgearbeitet hat – über eine reiche präsentative ganzheitlich-bildhafte Symbolisierungsfähigkeit. In ihr scheinen die sinnlichen Regungen und Entwürfe der Menschen viel

spürbarer auf. Die Unschärfe der Bilder und Gesten hat eine zensurunterlaufende Wirkung. In der präsentativen Symbolik kommt es zu einer gegenseitigen Erläuterung und Komplettierung von Szenen oder szenischen Entwürfen, die das Individuum, mehr oder weniger unbewußt vorstellt. Es kann sich um choreografische, körper-sprachlich-pantomimische, stimmlich-musikalische oder bildhaft-verbale szenische Entwürfe handeln. Im Psychodrama handelt es sich in der Regel um alle präsentativen Ebenen zugleich und nebeneinander, und aus dem Spannungsverhältnis der Ebenen zueinander sowie aus ihrer Differenz zur rational-verbalen Sprache können wir auf den verborgenen Sinn von Szenenfolgen und auf sinnliche, als prekär empfundene Lebensentwürfe schließen, die (bislang) im verbal-rationalen Selbst- und Weltbild des → Protagonisten (und/oder der Gruppe) nicht repräsentiert waren. In der → Aktionsphase dominiert das Eintauchen in die präsentative Mehrebenen-Kommunikation, in der → Integrationsphase erfolgt dann wieder der Übergang in eine eher verbal-rationale Kommunikation, die unter dem Eindruck der unerwarteten Bilder, Symbole und sinnlichen Erfahrungen aus der Phase davor steht und diese möglichst zwanglos und ohne „Verbal-imperialismus“ mit ihren Mitteln zu ordnen versucht. Wenn es gut geht, entsteht durch die gruppenunterstützten Bedeutungsverschiebungen, die klärende oder repressionsmildernde Neu-Bebildung, Neu-Symbolisierung eines eingebrachten sinnlichen Lebensentwurfs ein neues, hoffnungsvolles Lebensgefühl – wie wenn ein Stück eingeklemmtes Leben, das irgendjemand festhält, befreit worden wäre. Das Produkt der therapeutischen Arbeit ist die Herstellung neuer vernetzter Symbolgefüge, „besser passender Bilder“ und → Rollen zwischen Menschen.

Ottomeyer K [unter Mitarb. von: Wieser M] (1992) Prinzip Neugier: Einführung in eine andere Sozialpsychologie. Heidelberg, Asanger
Wieser M (1994) Szenisches Verstehen. Ein erster theoretischer Erkundungsversuch. Psychotherapie Forum 2(1): 6–19

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

- T -

Tagtraum. → Imagination; → Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Tanztherapie. Der therapeutische Einsatz von Tanz beruht auf der holistischen Annahme, daß Körper, Geist und Seele untrennbar sind. Tanz gilt als expressives Forum, das die ganzheitliche Selbstfindung potenziert. Die Idee, den Tanz als therapeutisches Medium einzusetzen, folgt einem bereits etablierten kulturellen Trend, durch den in der Weltuntergangsstimmung des ausgehenden 19. Jhdts. die Körperkultur (Gymnastikbewegung), die Kunst (Reformpädagogik) und die individuelle Bewegungsäußerung (Ausdruckstanz) als Placebo gegen die Vermassung des einzelnen in der Industriegesellschaft zelebriert werden. Damit verläßt der Tanz den bislang tradierten Kontext des gesellschaftlichen Ritus sowie des Hofballetts und wird zu Beginn des 20. Jh. demokratisiert. Vier Tänzerinnen und Tanzpädagoginnen, die in den 20er und 30er Jahren die vor allem in Deutschland popularisierte Bewegungsästhetik von Francois Delsarte, Mary Wigman und Rudolf von Laban praktizieren, werden als Gründerpersönlichkeiten („Mütter“) der Tanztherapie anerkannt. 1938 beginnt die Tanzpädagogin Marian Chace in Washington D.C. damit, das Tanzen zur Förderung der Kommunikation bei psychiatrischen Patienten anzuwenden. 1947 greift die Bewegungssatirikerin Trudi Schoop in Los Angeles ebenfalls den Unterricht mit psychiatrischen Patienten auf. Mitte der 50er Jahre fängt die ehemalige Mary Wigman-Schülerin Mary Whitehouse in Los Angeles an, die Bewegungskonflikte der Teilnehmer in ihrem Tanzunterricht psychosymbolisch zu explorieren. Die ehemalige Wigman-Schülerin Liljan Espenak arbeitet in den

50er Jahren in New York mit Behinderten. 1966 wird in New York die American Dance Therapy Association (ADTA) gegründet. Seitdem etabliert sich die Tanztherapie in unterschiedlichen Arbeitsbereichen: Sie ist u. a. Bestandteil der Creative Arts Therapy-Programme in psychiatrischen Kliniken und sonderpädagogischen Einrichtungen und wird begleitend als sekundärtherapeutische Maßnahme bei psychotherapeutischen Behandlungen eingesetzt.

Chaiklin H (1975) Marian Chace. Her papers. Columbia (Maryland), American Dance Therapy Association

Espenak L (1985) Tanztherapie. Durch kreativen Selbstausdruck zur Persönlichkeitsentwicklung. Dortmund, Sanduhr

Levy F (1988) Dance movement therapy. A healing art. Reston (VA), American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance

Schoop T (1981) Komm und tanz mit mir! Zürich, Pan

Siegel EV, Trautmann-Voigt S, Trautmann-Voigt B (1997) Tanz- und Bewegungstherapie in Theorie und Praxis. Frankfurt/M., Fischer

Whitehouse M (1979) C.G. Jung and dance therapy: two major principles. In Bernstein P (Ed), Eight theoretical approaches in dance movement therapy. Dubuque, Kendall/Hunt

Cary Rick

Team, reflektierendes. → Reflektierendes Team; → Systemische Therapie.

Teamentwicklung. → Organisations-supervision.

Technik der klassischen Psychoanalyse. Unter diesem Begriff können die Empfehlungen Freuds verstanden werden,

die er in seinen Schriften zur Behandlungstechnik (Freud, 1890–1940), aber auch eingestreut in sein ganzes Werk, abgegeben hat. Sie umfassen Regeln, die den jeweiligen Stand der → Metapsychologie widerspiegeln und beziehen sich auf den Beitrag des Analysanden (→ freies Assoziieren), des Analytikers (→ Abstinenz, Neutralität, gleichschwebende Aufmerksamkeit, → Deutung), auf Fragen des Settings (Stundenfrequenz, Couch), auf den Umgang mit dem in der Analyse zutage geförderten Material (Traumdeutung) und die auftretenden psychodynamischen Phänomene (Handhabung von → Widerstand und → Übertragung u. a. m.). Im Laufe der Entwicklung und Wandlung der psychoanalytischen Theorie hat der Technik-Begriff wesentliche Differenzierungen und Konkretisierungen erfahren. Greenson (1967) gibt – in seinem klassischen Werk über „Technik und Praxis der Psychoanalyse“ – eine Reihe konkreter Schritte für das Vorgehen des Analytikers an: Konfrontieren, Klären, Deuten, Durcharbeiten. Der Begriff verliert jedoch seinen Sinn dort, wo die → Psychoanalyse von einem kausal-deterministischen Menschenbild abbrückt. Technik als Aktion im Dienste eines theoretischen Konstrukts oder einer „Mythologie“ – etwa im Sinne der Freud'schen Metapsychologie – mit durch die Theorie bestimmten Zielsetzungen impliziert ein Machtgefälle zwischen einem Analytiker, der im Besitz einer „objektiven Wahrheit“ ist und die Realität unverzerrt wahrnimmt und einem Analysanden, der zu korrigierende, intrapsychisch bedingte Wahrnehmungsverzerrungen in den analytischen Prozeß einbringt. Dies widerspricht der Auffassung von der Begegnung grundsätzlich gleichberechtigter Subjektivitäten im analytischen Geschehen und ist mit einer empathisch-introspektiven Haltung unvereinbar, wie sie z. B. in der → Selbstpsychologie und aus der Sicht der Theorie der → Intersubjektivität eingenommen wird.

Freud S [1890–1940] (1982) Schriften zur Behandlungstechnik. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband. Frankfurt/M., Fischer

Greenson RR [1967] (1975) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Ernst Klett

Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) Working intersubjectively. Contextualism in psychoanalytic practice. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Herwig Hinterbofer

Technik der psychoanalytischen Selbstpsychologie.

Auf der Basis empirischer Daten aus dem Prozeß des → Durcharbeitens der → Selbstobjektübertragungen gelang Kohut eine Neuformulierung der gesunden und der gestörten Persönlichkeitsentwicklung, der Psychopathologie und der psychoanalytischen Behandlung (→ Parameter); er schuf damit ein neues Paradigma in der → Psychoanalyse. Konsequenterweise erfuhr die Durchführung einer therapeutischen Analyse und die Vorstellung vom → psychoanalytischen Prozeß beträchtliche Veränderungen. Unabdingbare Voraussetzung bildet das konsistente und kontinuierlich beibehaltene empathische Einfühlen des Analytikers. Das ist der von ihm geforderte Beobachterstatus, der die analytische Atmosphäre bereitstellt, in der die pathognomonische (das heißt: die Störung charakterisierende) Selbstobjektübertragung sich von selbst herstellt. Dieser Beobachterstatus, verbunden mit einer nicht-urteilenden, nicht-konfrontierenden, wirklich akzeptierenden Einstellung, fördert die Entwicklung von Vertrauen und eines Gefühls von Sicherheit, die notwendige Voraussetzung für das Auftauchen bis jetzt verheimer archaischer Wünsche, Sehnsüchte und Fantasien – den spezifischen Inhalt von Selbstobjektübertragungen. Eine Ausdrucksform dieser Haltung ist im intersubjektiven Verständnis der psychoanalytischen Beziehung zu finden, das die Gegenwart und den Kontext der Beziehung besonders betrachtet.

Kohut H [1957] (1977) Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie. In: Kohut H, Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Aufsätze zur psychoanalytischen Theorie, zu Pädagogik und Forschung und zur Psychologie der Kunst. Frankfurt/M., Suhrkamp, S 9–35

Kohut H [1984] (1987) *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt/M., Suhrkamp
 Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) *Contextualism in psychoanalytic practice.* Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Paul H. Ornstein [Übers.: Erwin Bartosch]

Technik, psychoanalytische. → Technik der klassischen Psychoanalyse; → Technik der psychoanalytischen Selbstpsychologie.

Techniken, musiktherapeutische. → Musiktherapeutische Techniken; → Musiktherapie.

Technische Neutralität. → Abstinenz.

Teile-Arbeit (Arbeit mit Persönlichkeitsteilen)(→ Hypnosetherapie; → Parts [work]). Hypnosetherapeutische Technik nach Milton H. Erickson, bei der in Trance Kommunikation mit dissoziierten Persönlichkeitsteilen (→ Dissoziation) hergestellt wird, um Reintegration und damit positive therapeutische Veränderungen in die Wege zu leiten. Lenk (1993) beschreibt folgende strukturierte Vorgangsweise: 1. Weltbild vermitteln: den Klienten von der „Existenz“ des nicht unter seiner bewußten Kontrolle stehenden Persönlichkeitsteils „überzeugen“; 2. Kontaktaufnahme: Visualisierung in Trance; ideomotorische Ja/Nein-Signale sind Mindestvoraussetzungen für Kommunikation zwischen Klient und Therapeut; 3. Aussöhnung: dem Klienten zur Bereitschaft verhelfen, sich mit den positiven Absichten des Teiles auseinanderzusetzen; 4. Kontrakt: Absprache über regelmäßige Konsultation des Teils; 5. Therapie: Durcharbeiten der innerpsychischen Konflikte unter Anleitung des Teiles; 6. Heilungsvisualisierungen, z. B. „Ort der Ruhe“, „Reise in die Zukunft ohne Symptom“ etc.; 7. Zukunftsperspektive: gemeinsam mit dem Teil neue Lebensperspektiven entwickeln. Die oben beschriebene, konstruktivistisch orientierte Technik

der kreativen Imagination setzt eine reife Persönlichkeitsstruktur voraus. Sie wird im ichstärkenden und lösungsorientierten Modus der Hypnosetherapie angewandt. In der → Hypnoanalyse (Watkins, 1992) werden Persönlichkeitsteile als graduell abgespaltene Selbstanteile – auch aus früheren Altersstufen stammend – aufgefaßt, mit denen in Trance integrierende und heilende Kommunikation hergestellt wird, oft in Zusammenhang mit dem Syndrom multipler Persönlichkeiten und der Aufarbeitung von dissoziierten sexuellen und anderen Traumata.

Lenk W (1993) Hypnotherapie bei Krebserkrankungen. In: Revenstorf D (Hg), *Klinische Hypnose*. 2., korr. u. überarb. Aufl. Heidelberg, Springer, S 329–344

Peter B (1987) Dissoziation in kognitiven Therapien. *Hypnose und Kognition* 4(1): 22–40

Watkins JG (1992) Psychoanalyse, Hypnoanalyse, Ego-State-Therapie. *Hypnose und Kognition* 9(1–2): 85–97

Hans Kanitschar

Tele (Auto-Tele). Zwei- oder Mehrföhlung. Im → Psychodrama definiert als situationsgerechte Wahrnehmung zweier Menschen, mit den sich aus ihr ergebenden adäquaten Rollenerwartungen, die durch entsprechendes Rollenhandeln in kreativer Interaktion erfüllt werden. Dies ist nach Moreno der menschlich-gesunde Beziehungsmodus. Die Beziehung der Mutter zum Säugling ist dabei das Urmuster aller Teleprozesse, also einer gelingenden Empathie. Tele ist auch Voraussetzung für eine gute Kohäsion einer Gruppe. Auto-Tele ist die Einföhlung in sich selbst und bewirkt intrapsychische Regulation. Tele geschieht nach Moreno in der Begegnung als optimaler Form der Beziehung. Die Auseinandersetzung soll unmittelbar handelnd und realitätsgerecht mit dem Gegenüber erfolgen. Übertragungen werden bei Moreno noch als pathologisch, als Störung angesehen. Spätere Psychodramatiker haben allerdings unter dem Einfluß der Psychoanalyse die Reflexion der → Übertragung und → Gegenübertragung als nicht hintergehbare Moment und Werkzeug im gruppentherapeutischen Prozeß immer mehr miteinbezogen.

Kellermann PF (1980) Übertragung, Gegenübertragung und Tele – eine Studie der therapeutischen Beziehung in Psychoanalyse und Psychodrama. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 15(3/4): 188–205

Schieber D (1996) Die Tele-Konzeption im klassischen Psychodrama und eine kritische Auseinandersetzung mit ihr im Humanistischen Psychodrama. *Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama* 4: 36–46

Michael Wieser, Klaus Ottomeyer

Tendenz, formative. → Formative Tendenz; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Tendenziöse Apperzeption. → Apperzeption, tendenziöse; → Individualpsychologie.

Tendenz zur guten Gestalt (Prägnanztendenz). Die „Tendenz zur Guten Gestalt“, die auch als „Prägnanztendenz“ bezeichnet wird, ist die Fähigkeit jedes Menschen zur → Selbstregulation und → Selbstorganisation. Sie ist Grundlage der → Gestalttheoretischen Psychotherapie. In der → Gestaltpsychologie / Gestalttheorie ist sie das Ordnungsprinzip der menschlichen Wahrnehmung, des menschlichen Denkens, Fühlens und Handelns. Der Prägnanztendenz verdanken wir es, daß wir kein Durcheinander verschiedenster Einzelerfahrungen erleben, sondern Ordnungen, Strukturen oder „Gestalten“. Ch. v. Ehrenfels beschrieb am Beispiel der Melodie Gestaltqualitäten (1890). Wertheimer wies anhand von Untersuchungen zur Bewegungswahrnehmung (stroboskopische Untersuchungen) → Gestaltgesetze nach (1912, 1923), wie z. B. das Gesetz der Nähe. Das allen Gestaltgesetzen übergeordnete ist das „Gesetz der guten Gestalt“ bzw. die „Prägnanztendenz“. Metzger (1975) beschreibt die „Tendenz zur guten Gestalt“ allgemein als den tief in uns angelegten Drang, Gestörtes in Ordnung zu bringen und bei Unentwickeltem Geburtshelfer zu sein. Der Mensch besitzt diese Fähigkeit zur spontanen Selbstorganisation, die es ihm ermöglicht, situationsgemäß ein inneres

Gleichgewicht aus eigenen Kräften wiederherzustellen und sich neu zu stabilisieren, ohne daß ordnende Eingriffe von außen notwendig sind. Walter (1994) beschreibt die „Tendenz zur guten Gestalt“ als ein Konstrukt zum Erfassen der menschlichen Persönlichkeit, die im → Lebensraum (Lewin) des Menschen wirksam wird.

Metzger W (1975) *Psychologie*. Darmstadt, Steinkopff [bes. S 208–241]

Walter H-J (1994) *Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen*. 3., erw. Aufl. Opfaden, Westdeutscher Verlag

Zabransky D (1997) *Gestalttheoretische Psychotherapie als systemtheoretischer Ansatz*. In: Feigl W, Bonet E, Zabransky D (Hg), *Systemtheorie in der Medizin – theoretische Grundlagen für die Ganzheitsmedizin*. Wien, Facultas, S 191–211

Elfriede Biehal-Heimbürger

Tetradischer Prozeß. In der → Integrativen Therapie wird die Behandlung prinzipiell als Mehrebenen-Prozeß verstanden. Sie wird bestimmt 1. von den Patientenvariablen, der Psychodynamik des Patienten, den Pfadverläufen (Viationen) seiner Entwicklung in der Therapie, 2. von den Therapeutenvariablen, der Psychodynamik des Therapeuten, seinen persönlichen Pfadverläufen (Viationen) im Therapiegeschehen, 3. den Beziehungsvariablen, d. h. der „Passung / Mutualität“ zwischen Patient und Therapeut, dem Interaktionsgeschehen, der Beziehungsdynamik (Übertragung/Gegenübertragung). Prozeßbestimmend sind 4. Therapieplanung / Therapiestrategie (trajectory) des Therapeuten (Petzold, 1996: 281), 5. Kontexteinflüssen aus der Institution und aus dem sozialen Netzwerk. Dieser Mehrebenen-Prozeß ist ein synergistisches Zusammenwirken vielfältiger Einflüsse. Er zeigt in der Regel eine phasische Struktur, wie sie für Problemlösungsprozesse kennzeichnend ist: Initial-, Aktions-, Integrations-, Neuorientierungsphase, das sogenannte „tetradische System“ (Petzold, 1996: 80), in dem durch einen Prozeß intersubjektiver → Metahermeneutik Sinn geschaffen, die Ausbildung neuer Strukturen / Schemata gefördert,

Lebensstrategien erarbeitet und in der Alltagswirklichkeit des Patienten umgesetzt werden (Petzold et al., 1998). Diese Umsetzung und die hierfür erforderliche „Transferarbeit“ (z. B. mit Übungen, Hausaufgaben, Netzwerkarbeit) gehören zu den zentralen Momenten integrativer Therapieprozesse. Dabei werden die Prozesse des Patienten in der Therapie von biografischen Einflüssen, Antrieben, Motivationen (Propulsoren), von Einwirkungen und Kräften des aktuellen Feldes (Generatoren) und von Volitionen und Zielorientierungen (Attraktoren) bestimmt. Die therapeutische Beziehung ist ein wichtiger Generator von Veränderungskräften. In ihr werden alte Strukturen/Schemata aktiviert und neue gebildet (Petzold et al., 1998). Dabei werden Ziele konsensuell im „informed consent“ erarbeitet, in einem Klima der → Intersubjektivität und der „fundierten Partnerschaft“ angegangen, sodaß Dependenz vermieden werden und im Therapieprozeß die „Andersheit des Anderen“ (E. Lévinas; vgl. Petzold, 1996) respektiert und seine „persönliche Souveränität“ (Petzold & Orth, 1999) entwickelt wird.

Petzold HG [1988] (1996) Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 2 Bde. 3. erw. Aufl. Paderborn, Junfermann

Petzold HG (1996) Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906–1995). Integrative Therapie 22(2/3): 319–349

Petzold HG, Leuenberger R, Steffan A (1998) Ziele in der Integrativen Therapie. In: Petzold HG (Hg), Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Düsseldorf, FPI-Publikationen, S 142–188

Petzold HG, Orth I (1998) Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. In: Petzold HG (Hg), Integrative Supervision, Metaconsulting und Organisationsentwicklung. Paderborn, Junfermann, S 274–279

Petzold HG, Orth I (1999) Mythen in der Psychotherapie. Psychotherapie – Ideologie – Macht. Paderborn, Junfermann

Thanatos. → Todestrieb.

Thanatotherapie. Unter diesem Begriff wird zumeist „Psychotherapie mit Sterbenden“ verstanden. Es geht dabei um die Begegnung zwischen einem Therapeuten und einem Menschen im Prozeß des Sterbens, in dem persönliche Berührtheit und professionelles Wissen zusammenfließen; es geht weiterhin um die Einbeziehung und Entlastung der Angehörigen und Bezugspersonen wie auch um die Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Bedingungen des Sterbens. „Thanatotherapie ist ein [...] therapeutischer Ansatz für den Umgang mit Menschen, die von Fragen des Sterbens und des Todes betroffen sind und die der Hilfe für die Bewältigung bzw. [auch der antizipatorischen] Verarbeitung von Verlusten, der Unterstützung für Prozesse persönlichen Wachstums oder des Beistandes und Trostes im Leid bedürfen“ (Petzold, 1965: 26), so die erste Definition dieses Begriffes und Konzeptes. Die Arbeit mit Sterbenden unterscheidet sich grundlegend von konventioneller Psychotherapie; sie stellt spezifische Anforderungen an den Therapeuten (z. B. Betreuungsfähigkeit, Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit) und hält besondere Gratifikationen (Erkenntnisgewinn, Sinnerleben) bereit (Shneidman, 1978). Ziel ist es, den Menschen dabei zu helfen, einen psychologisch leichteren und ihrer Person angemessenen Tod zu erleben. LeShan gehörte zu den ersten Psychologen, die therapeutisch mit unheilbar Krebskranken arbeiteten (LeShan & LeShan, 1961). Obgleich Psychotherapie im herkömmlichen Sinne bei Sterbenden nicht anwendbar ist, können in der Endphase des Lebens Interventionen etwa zur Linderung von Schmerzen und der Bewältigung von Angst, der Entlastung bei Schuldgefühlen sowie der „Abrundung“ von Lebensproblemen angezeigt sein. Einige psychotherapeutische Verfahren streben weitergehende Ziele an, die eng mit Ideologien, Wertentscheidungen, Menschenbildern und spezifischen Auffassungen über Leben und Tod verknüpft sind (Howe, 1983; → Logotherapie). So versucht z. B. die

Ilse Orth

klientenzentrierte Therapie, den Patienten auch in der letzten Lebensphase ein gewisses Maß an Lebensqualität und Selbstverwirklichung zu ermöglichen, wobei das intensive und bewußte Erleben dieser Zeit einen Wert an sich darstellt. Das übergreifende Ziel gestalttherapeutischer Begleitung von Sterbenden besteht darin, zur „Schließung der Lebensgestalt“ die Bilanzierung des Lebens zu unterstützen (→ life review). Dabei sollen die auftauchenden „offenen Gestalten“ geschlossen werden. Die Auslotung der Lebensspanne kann der sterbenden Person ein Gefühl der „Geschlossenheit“ vermitteln, was das Akzeptieren des Todes erleichtert. Die imaginativen therapeutischen Methoden sind dabei behilflich, eine integrierende Lebensüberschau zu ermöglichen (Spiegel-Rösing & Petzold, 1984: 431–500). Das Bewußtsein der eigenen Sterblichkeit kann die Funktion einer „Grenzsituation“ annehmen und einen radikalen Wandel der Lebensperspektive herbeiführen. Überdies gilt der Tod als eine ursprüngliche Quelle der Angst und Todesangst als ein wesentlicher Faktor in der Entwicklung der Psychopathologie (Yalom, 1980). Da in vielen Psychotherapien das Todesthema auftaucht, muß aus existentieller Sicht die besondere Bedeutung angesprochen werden, die die Realität des Todes (griech. *thanatos*) für die Psychotherapie insgesamt hat. Deshalb leisten thanatotherapeutische Erkenntnisse einen wichtigen Beitrag für diese Disziplin (ebd.: 31–84).

Howe J (1983) Zur Problematik von Psychotherapie mit Sterbenden. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (Hg), *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*. Bern, Hans Huber, S 212–247

LeShan LL, LeShan E (1961) Psychotherapy and the patient with a limited life span. *Psychiatry* 24: 318–323

Petzold HG [1965] (1985) Angewandte Gerontologie als Bewältigungshilfe für das Altern, das Alter und im Alter. In: Petzold HG, *Mit alten Menschen arbeiten*. München, Pfeiffer, S 11–30

Shneidman ES (1978) Some aspects of psychotherapy with dying persons. In: Garfield CA (Ed), *Psychosocial care of the dying patient*. New York, McGraw-Hill, pp 201–218

Spiegel-Rösing I, Petzold HG (1984) *Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie*. Paderborn, Junfermann

Yalom ID [1980] (1989) *Existenzielle Psychotherapie*. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Randolph Ochsmann, Hilarion G. Petzold

Themenzentrierte Interaktion (TZI).

Von Ruth C. Cohn (1975, 1984) in den 50er und 60er Jahren initiiertes Modell auf der Basis einer philosophischen Orientierung an humanistischer Psychologie, das individuell, pädagogisch, therapeutisch und gesellschaftstherapeutisch ausgerichtet ist. TZI integriert psychoanalytische und gestalttherapeutische sowie gruppen- und aufgabenorientierte Elemente. TZI strebt nach der Balance zwischen den Bedürfnissen der Einzelnen und den Bedürfnissen der Gemeinschaft. Dazu gehört geschärftes Bewußtsein nach innen und nach außen. Das Ernstnehmen der eigenen Persönlichkeit, ihre Motivationen und Ziele fördert die Akzeptanz, daß jede andere Person gleiche Wichtigkeit hat. „TZI lehrt die Versöhnung zwischen Sachlichkeit und Menschlichkeit“ (Schulz von Thun). Das TZI-System, Haltung und Methode, basiert auf drei Axiomen (Grundprinzipien): 1. Das anthropologische Axiom: Der Mensch ist als psycho-biologische Einheit und Teil des Universums gleichermaßen autonom und interdependent. Bewußtheit der Interdependenz mit allen und allem erhöht die Autonomie des Einzelnen. 2. Das ethische Axiom: Ehrfurcht gebührt der Natur und all ihren Lebewesen. 3. Das pragmatisch-politische Axiom: Entscheidungen geschehen innerhalb bedingender innerer und äußerer Grenzen. Die Axiome bilden den Kompaß für das Arbeitsmodell der TZI. Die Methode verlangt, daß vier Faktoren als gleichgewichtig, d.h. in dynamischer Balance erkannt werden: die einzelne Person (ICH), die Interaktion mit anderen (WIR), die jeweils relevante Aufgabe (ES; Thema) und das Umfeld im nächsten und fernsten Sinn (GLOBE – soziale, historische, kosmische, spirituelle Rahmenbedingungen). Das TZI-System wird symbolisch dargestellt als ein gleichseitiges Dreieck (Ich-Wir-Es) in einer vielschichtigen Kugel (Globe). Aus der axiomatischen Grundlage abgeleitet sind zwei Postulate: 1. Entscheide dich selbstverantwortlich aus der Bewußtheit über innere

Gegebenheiten und die der Umwelt. – Sei deine eigene Leitperson („Chairperson“). 2. Störungen, innere und äußere, und starke Betroffenheiten sollen vorrangig behandelt werden. TZI-Gruppen sind charakterisiert durch eine aufgabenbezogene Gruppenarbeit und klar definierte Leitung. Die Leiter sind zugleich partizipierende Teilnehmer auf der Basis der gemeinsamen Aufgabe und Situation und Impulsgeber für Struktur und Themenformulierung. Sie hüten die dynamische Balance zwischen den einzelnen Personen, deren Interaktion und die Beachtung des Ganze. Existentiell und methodisch gehört zur Haltung: Offenheit mit Takt und Timing („was ich sage, soll echt sein, nicht alles, was echt ist, soll ich sagen“; → selektive Authentizität). Anwendungsbereiche erstrecken sich über alle Gruppen, die Themen respektive Aufgaben übernehmen, z.B. Gremien, Konferenzen, therapeutische oder berufliche Beratung, Supervision und Intervention, Organisationsentwicklung und Gemeinwesenarbeit.

- Cohn RC [1975] (1999) Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion. Stuttgart, Klett-Cotta, 13. Aufl.
- Cohn RC, Farau A [1984] (1999) Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven. 6. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. S 334–426]
- Cohn RC, Törfurth C (Hg) [1995] (1999) Lebendiges Lehren und Lernen. TZI macht Schule. 2. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta
- Löhmer C, Standhardt R (Hg) [1995] (1999) TZI. Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach Ruth C. Cohn. 3. erw. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta
- Zeitschrift „Themenzentrierte Interaktion“ (halbjährlich, hg. von WILL-International) (1986ff.) Mainz, Grünewald

Ruth C. Cohn, Gerhard Stumm

Therapeutische Breite (→ Psychopharmaka). Maß für die Sicherheit bei der Anwendung eines Pharmakons. Sie drückt das Verhältnis zwischen erwünschten und schädlichen Wirkungen eines Medikaments aus. Die (s-förmigen) Kurven für die → Dosis-Wirkungs-Beziehungen verlaufen im allgemeinen für alle Wirkungen parallel. Liegen sie sehr nahe aneinander, so bedeutet eine Erhöhung der Dosis nicht nur die

Steigerung der erwünschten, sondern auch bald die der unerwünschten Wirkung (kleine therapeutische Breite, z. B. bei Herzglykosiden oder Lithiumpräparaten; → Phasenprophylaktika). Liegen diese Kurven weit auseinander, kann die Dosis erhöht werden, ohne daß gleichzeitig das Ausmaß der unerwünschten Wirkungen beträchtlich zunimmt (große therapeutische Breite, z. B. bei → Tranquilizern).

- Forth W (1980) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Mannheim, Bibliographisches Institut
- Langer G, Heimann H (1983) Psychopharmaka – Grundlagen und Therapie. Wien, Springer

Gerd Eichberger

Therapeutische Gemeinschaft. → Suchttherapie; → Windhorse-Modell.

Therapeutische Grundhaltungen. → Grundhaltungen, therapeutische; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Therapeutische Reaktion, negative. → Negative therapeutische Reaktion; → Psychoanalyse.

Therapeutisches Sandspiel. → Sandspiel, therapeutisches; Analytische Psychologie.

Therapie, bewältigungsorientierte. → Selbstmanagement-Therapie.

Therapie, feministische. → Feministische Therapie.

Therapie, Initiatische. → Initiatische Therapie.

Therapie, Integrative. → Integrative Therapie (IT).

Therapieabbruch

Therapie, kognitive. → Kognitive Therapie; → Verhaltenstherapie.

Therapie, multimodale. → Multimodale Therapie; → Verhaltenstherapie.

Therapie, Provokative. → Humor.

Therapie, Prozeßorientierte (nach Mindell). → Prozeßarbeit (nach Mindell).

Therapie, systemische. → Systemische Therapie.

Therapieabbruch (→ Psychotherapieforschung). Vorzeitige Beendigung des psychotherapeutischen Prozesses durch Klient und/oder Therapeut. Der Therapieabbruch kann sich einerseits aus den Rahmenbedingungen ergeben (z. B. Kosten der Therapie, Ortswechsel), andererseits sind verschiedene Faktoren in der therapeutischen Beziehung zu lokalisieren (mangelhafte Information und Verständigung zwischen Therapeut und Klient bei Therapiebeginn, unrealistische Erwartungen und Ziele, Therapeut und Klient finden aus persönlichen Gründen keine kooperative Beziehung, Fehler oder Fehlverhalten des Therapeuten; → Behandlungsfehler; → Therapieschäden; → Mißbrauch, emotionaler, narzißtischer, sexueller). Mehrfache Therapieabbrüche (→ Mehrfachtherapie) sind auch als möglicher (An-)Teil bestimmter Störungsbilder zu verstehen, etwa bei → Persönlichkeitsstörungen (→ Borderline-Persönlichkeitsstörung) und bei → Psychosen. Die Bedeutung vorangegangener Therapieabbrüche ist bei Beginn jeder Psychotherapie individuell zu erforschen und in der Therapie zu berücksichtigen, da Abbruchtendenzen behandlungstechnisch und prognostisch relevant sind.

Kernberg OF (1992) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungs-

strategien. Stuttgart, Klett-Cotta [bes. Kap. 15, 19]

Rosenfeld H (1990) Sackgassen und Deutungen. Therapeutische und antitherapeutische Faktoren bei der psychoanalytischen Behandlung von psychotischen, Borderline- und neurotischen Patienten. München, Verlag Internationale Psychoanalyse [bes. Kap. 5]

Elisabeth Salem

Therapieeffekte, negative. → Therapieschäden; → Indikation; → Kontraindikation.

Therapieprinzipien, Ericksonsche. → Ericksonsche Therapieprinzipien; → Hypno[se]therapie.

Therapieschäden. Negative Therapieeffekte und Nebenwirkungen, die direkt und indirekt durch „riskante Therapie“, „mißbräuchliche Psychotherapie“, „iatrogene Behandlung“ (Petzold & Orth, 1999) verursacht sind. Sie stellen immer noch ein Stiefkind in der psychotherapeutischen Praxis und auch der → Psychotherapieforschung dar, da der gesellschaftliche Legitimationsdruck zur Fokussierung auf den Nutzen von Therapie geführt hat. Neben Falldarstellungen, die dramatische Verschlechterungen dokumentierten, hat sich zuerst Bergin (1963, 1971) intensiv „empirisch“ mit negativen Effekten psychotherapeutischer Behandlungen beschäftigt. Er hat 30 Studien der Effizienzforschung herangezogen und anhand der Daten ein Phänomen beschrieben, das als „Varianzerweiterungsphänomen“ in die Forschungsgeschichte eingegangen ist. Es besagt, daß sich in den Behandlungsgruppen im Unterschied zu den Kontrollgruppen der Therapiestudien die Streuungswerte der Behandelten stärker vergrößerten, es also bei (gruppenbezogenen) verbesserten Mittelwerten zugleich zu Verschlechterungen in einzelnen Fällen gekommen ist. Bergin schätzte ca. 10% der Fälle als klinisch verschlechtert ein, wobei verhinderter oder unzureichender Therapiefortschritt durch Wahl unzureichender Methoden (z.

B. bei → Angststörungen) nicht mitgerechnet wurde. Schwierig bleibt die Frage nach den Ursachen der Verschlechterungen, die einerseits durch offenen oder verdeckten Machtmißbrauch (→ Mißbrauch, emotionaler, narzißtischer, sexueller) in der Psychotherapie (Becker-Fischer & Fischer, 1996) sowie durch Kunst- oder Behandlungsfehler verursacht sein können, welche je nach therapeutischer Orientierung anders definiert werden oder aber auch bei einer lege artis durchgeführten Behandlung auftreten können, also Komplikationen und keine Therapieschäden darstellen (Übersicht bei Sponsel, 1997). Schäden, die durch Negierung fehlender „Passung“ oder dysfunktionale Therapieideologien und -praktiken (z. B. verweigernde „Abstinenz“, unangemessene Konfrontation, Klientelisierung, einseitige Frühstörungsorientierung etc.) entstehen, sind bislang noch kaum beachtet worden. Man unterscheidet mittelbare Therapieschäden, die zwangsläufig durch eine Therapie bedingt sind, von unmittelbaren, die auf bestimmte therapeutische Interventionen zurückgeführt werden. Hierzu zählt Schulz (1984): 1. „Verschlechterung der bestehenden Symptomatik“; 2. „Auftreten neuer, bisher noch nicht vorhandener Symptome“; 3. „existentielle Krise“; 4. „sekundärer Krankheitsgewinn“; 5. Abhängigkeit von der Therapie; 6. überzogene Erwartungen an die Therapie; 7. Enttäuschung über die Therapie; 8. „negative Therapieeffekte“ in verschiedenen Lebensbereichen; 9. „Kostenseite“ (materieller Schaden); 10. → Therapieabbruch (wobei dieser je nach den Umständen des Falles auch als gesunde Reaktion eines Klienten gewertet werden kann). Außer Punkt 10 können alle Auswirkungen auch im sozialen Umfeld des Klienten auftreten, da immer deutlicher wird, daß eine Therapie nicht nur Auswirkungen auf den behandelten Klienten, sondern auch auf dessen Netzwerk und Bezugspersonen hat, hier also ebenfalls nicht zu unterschätzende Therapieschäden auftreten können (z. B. Aggressivität, Sexualstörungen, Beziehungszerrüttung, Trennung).

Becker-Fischer M, Fischer G (1996) Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie – was tun?

- Orientierungshilfen für Therapeuten und interessierte Patienten. Heidelberg, Asanger
- Bergin AE (1963) The effects of psychotherapy: negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology* 10: 244–250
- Bergin AE (1971) The evaluation of therapeutic outcome. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. First edition. New York, Wiley, pp 217–270
- Märtens M, Petzold HG (1999, Vorbereitung) Schäden durch Psychotherapie. Mainz, Grünewald
- Petzold HG, Orth I (1999) Die Mythen der Psychotherapie. Psychotherapie – Ideologie – Macht. Paderborn, Junfermann
- Schulz W (1984) Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontraindikation. In: Jüttemann G (Hg), *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik*. Göttingen, Hogrefe, S 149–168
- Sponsel R (1997) Potentielle Kunst-/Fehler aus der Sicht der Allgemeinen und Integrativen Psychologischen Psychotherapie. *Report Psychologie* 22(8): 602–621
- Strupp HH, Hadley S, Gomes-Schwarz B (1997) Psychotherapy for better or worse: an analysis of the problem of negative effects. Mount Valley, Jason Aronson

Michael Märtens, Hilarion G. Petzold

Therapieschulenforschung (→ Psychotherapieforschung). Das Phänomen und Problem der Therapieschulenforschung liegt in der unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Ausrichtung zu Beginn der Schulenburg begründet. Die „Gründerväter“ gaben, von einem bestimmten Menschenbild ausgehend, spezifische ätiopathogenetische, diagnostische und therapeutische Theorien als wissenschaftliche Leitlinien ihrer Schule vor. Der Priorität des empirisch-analytischen Wissenschaftsbegriffs (→ Empirismus) zu Beginn des 20. Jh. entsprechend, orientierten sich zunächst → Psychoanalyse und → Verhaltenstherapie an diesem → Paradigma; der Modus der Psychoanalyse war aber subjektorientiert, dynamisch, jener der Verhaltenstherapie objektorientiert, statisch-stabil. Kritische Reformbewegungen und Gegenströmungen, wie → Individualpsychologie (ab 1913), → Analytische Psychologie (ab 1913), → Autogenes Training (ab 1925), die → Gruppenpsychotherapien

(ab 1935), die Humanistische Therapie (ab 1950) und die → Systemische Therapie (ab 1970) erweiterten die wissenschaftstheoretische Orientierung (Kriz, 1991). In der → Tiefenpsychologie wurden zwischen 1910 und 1930 die phänomenologische und die dialektische und um 1970 die hermeneutische Erkenntnismethode bewußt reflektiert. In der Verhaltenstherapie wurde durch die → kognitive Wende (ca. 1965) die subjektorientierte dialektische Methode und durch das Konzept der → Selbstverbalisation (ca. 1979) auch der Ansatz der phänomenologischen Erkenntnismethode (→ Phänomenologie) rezipiert. Die humanistischen Traditionen, wie die → Klientenzentrierte Psychotherapie und die → Gestalttherapie, waren von Beginn an phänomenologisch ausgerichtet. Die familientherapeutischen Ansätze, von der wissenschaftstheoretischen Hilfstheorie der → Systemtheorie und Kommunikationstheorie ausgehend, reflektierten in ihrem Konzept zunächst bewußt keine Erkenntnismethoden, sondern blieben konstruktivistisch konzipiert. In der Forschung zu → Ätiologie und → Diagnose, wie auch in der Therapieinterventions- und Effizienzforschung (→ Psychotherapieforschung, Methoden der) spiegelt sich dieser Paradigmenstreit und die Erweiterung der wissenschaftstheoretischen Orientierung (Pieringer, 1994). Die betont phänomenologisch ausgerichteten Konzepte und Forschungsprojekte blieben radikal subjekt- und sinnorientiert (Frankl, Condrau). Die schwerpunktmäßig dialektischen Ansätze, wie dynamische Einzelfallstudien (→ Einzelfallforschung), verfolgen wissenschaftspolitisch sozialethische bzw. emanzipatorische Ziele (Thomä & Kächele, 1997), und die empirisch-analytisch ausgerichteten Projekte, wie Parameterstudien und klinische Vergleichsstudien, haben vor allem sozialökonomische Anliegen. Die hermeneutische Integration dieser perspektivischen Forschungsansätze wird gegenwärtig in Konzepten psychotherapeutischer → Prozeß-Ergebnis-Forschung untersucht. Zur Zeit zeigt sich in allen Schulen eine deutliche Tendenz in Richtung einer komplementären Methodologie, im Sinne von Seiffert (1971).

- Kriz J (1991) Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union
Pieringer W (1994) Die Methoden der Psychotherapie jenseits des Schulensstreites. Psychotherapie Forum 2: 121–127
Seiffert H (1971) Einführung in die Wissenschaftstheorie, Bd. 1 + 2. München, Beck
Thomä H, Kächele H (1997) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1 + 2. Berlin, Springer
Wyss D (1961) Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Walter Pieringer

Therapiestrategien, integrative. → Vier Wege der Heilung und Förderung.

Tiefenpsychologie. Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler verwendete 1910 erstmals den Begriff Tiefenpsychologie, um damit Freuds → Psychoanalyse zu bezeichnen. Lange Zeit über wurden der Tiefenpsychologie bloß zwei weitere Schulen zugerechnet: Alfred Adlers → Individualpsychologie sowie C.G. Jungs → Analytische Psychologie. In der zeitgenössischen Literatur gehen die Meinungen darüber auseinander, welche jüngeren psychotherapeutischen Methoden und Ansätze – man denke etwa an die → Katathym-Imaginative Psychotherapie, an die Oberstufe des → Autogenen Trainings, an die → Transaktionsanalyse, an → Bioenergetische Analyse oder an → Konzentrierte Bewegungstherapie – ebenfalls der Tiefenpsychologie zugezählt werden sollen (Stumm & Wirth, 1994; Datler & Stephenson, 1996). Letztlich ist dies davon abhängig zu machen, ob die einzelnen Schulen drei Annahmen teilen, die für tiefenpsychologische Ansätze konstitutiv sind: 1. die Annahme unbewußter psychischer Strukturen, 2. die Annahme unbewußter biografischer Lebenszusammenhänge sowie 3. die Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewußten. Letztere besagt unter anderem, „daß sich Menschen beständig mit Erlebnisinhalten konfrontiert sehen, die sie in bewußter Weise nicht wahrnehmen möchten. Menschen versuchen daher ständig, sich in

unbewußter Weise vor dem bewußten Gewahrwerden dieser Erlebnisinhalte zu schützen, da sie bereits unbewußt befürchten, daß ein bewußtes Gewahrwerden dieser Erlebnisinhalte mit dem Verspüren von äußerst unangenehmen Gefühlen verbunden wäre“ (Datler & Stephenson, 1996: 90).

Datler W, Stephenson T (1996) Tiefenpsychologische Ansätze in der Psychotherapie: eine Einführung. In: Ahlers C, Brandl-Nebehay A, Datler W, Hexel M, Hinsch J, Hutterer R, Hutterer-Krisch R, Picker H, Pohler G, Reiter L, Steinlechner M, Stephenson T, Stumm G, Wagner H (Hg), Einführung in die Psychotherapie. Wien, WUV, S 80–144, 410–432

Eicke D (Hg) (1982) Tiefenpsychologie, Bd. 1–4. Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Weinheim, Beltz

Pongratz LJ (1983) Hauptströmungen der Tiefenpsychologie. Stuttgart, Kröner

Pongratz LJ (1995) Tiefenpsychologie. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 498–499

Stumm G, Wirth B (Hg) (1994) Psychotherapie. Schulen und Methoden. 2., überarb. Aufl. Wien, Falter Verlag

Wilfried Datler

Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse. → Transaktionsanalyse, tiefenpsychologische.

Tiefungsebene. → Existentielle Orientierung; → Gestalttherapie; → Interventionsebenen (in der → Dynamischen Gruppenpsychotherapie).

Tod, sozialer. → Sozialer Tod; → Psychodrama.

Todestrieb (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Freud entwickelte das Konzept des Todestriebes 1920 in „Jenseits des Lustprinzips“ als letzte und bis zu seinem Tod festgehaltene → Triebtheorie. Sie besagt, daß dem Menschen, darüber hinaus allem Lebendigen, das Streben nach dem Tod innewohnt. Auf der psychischen Ebene

würde diese Tendenz in der unbewußten Sehnsucht nach der Rückkehr in den Mutterleib abgebildet. Die Todestriebe gehörten in gleicher Weise wie die Lebenstribe zur ursprünglichen Triebausstattung, würden sich zunächst nach innen wenden (primärer Masochismus) und sich sekundär als → Aggressions- und Destruktionstrieb nach außen richten. Am Konzept des Todestriebes wird deutlich, wie Freud seine Theorie komplettierte, sodaß es letzten Endes zu einer Verdrehung des Ablaufes der Entstehung insbesondere der destruktiven Aggression kam: prägende negative Erfahrung aus der individuellen Lebensgeschichte wird nachträglich als ursprünglich menschliche Triebausstattung interpretiert. Der „Todestrieb“ ist die logische Konsequenz und der Schlußstein der Freudschen Triebtheorie: insofern zuerst → „Libido“ als Erklärung für menschliches Verhalten und Erleben angenommen wird, muß „Destrudo“ (Todestrieb) als negative Seite menschlicher Motivation konzipiert werden. Menschliche Destruktivität, sich selbst und anderen gegenüber ist ja allgegenwärtig und erklärungsbedürftig. Am Konzept des Todestriebes wird die Unhaltbarkeit der Freudschen Triebtheorie deutlich. Die meisten klassischen psychoanalytischen Theoretiker haben das Konzept des Todestriebes inkonsequenterweise nicht übernommen. Wer eine Triebtheorie annimmt, hat aber nur die Wahl, den Todestrieb als letzten Baustein der Theorie zu akzeptieren. → Masochismus, → negative therapeutische Reaktion und → Wiederholungszwang sind sonst nicht erklärbar. Die Phänomene, die Anlaß für die Konzeption Freuds waren, werden in der Selbstpsychologie anders erklärt: im Wiederholungszwang wird der immer wieder scheiternde Versuch gesehen, einen in der Kindheit behinderten Entwicklungsweg neu aufzunehmen. Masochismus und negative therapeutische Reaktion werden als der einzige Weg gesehen, der einem Menschen bleibt, auf die Nichterfüllung früher Selbstobjektbedürfnisse zu antworten, indem die dadurch erzeugte → narzißtische Wut in der Form einer Wiederinszenierung der schädigenden Szene gegen die eigene Person oder gegen den Therapeuten

und die Therapie gerichtet wird. Im letzten Fall gibt der Patient durch seine Reaktion auch zu erkennen, daß ein Entwicklungsbedürfnis noch nicht erfüllt, sondern höchstens gedeutet ist, wie ein Versprechen, das noch nicht eingelöst wurde. Mit der empirischen Grundlage durch die → Säuglingsforschung (Dornes, 1997) wird heute davon ausgegangen, daß dem Menschen ein Bedürfnis nach Selbstbehauptung ebenso wie das Bedürfnis nach „aversiven Reaktionen im Sinne von Widerspruch und /oder Rückzug“ (Lichtenberg, 1989: 76) angeboren ist, daß es aber keine destruktive Aggression als „angeborenen“ Trieb gibt (→ Motivationssysteme). Phänomene destruktiver Aggression (gegen sich selbst und andere) werden als Reaktion auf fehl-gelaufene Kommunikationsformen in der frühen Kindheit und später (auch in der Therapie) verstanden. Wenn dem Kind die Ausfaltung seiner Lebensmöglichkeiten verhindert wird (Fromm, 1941), entwickelt es ein aggressives Potential. Dieses wurde von Freud im Konzept des Todes-triebes zur ursprünglich menschlichen Triebabstattung erklärt.

Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Frankfurt/M., Fischer

Freud S [1920] (1982) Jenseits des Lustprinzips. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 213–272

Fromm E [1941] (1973) Die Furcht vor der Freiheit. Frankfurt/M., Europäische Verlagsanstalt
Lichtenberg JD (1989) Modellszenen, Affekte und das Unbewußte. In: Wolf ES, Ornstein A, Ornstein PH, Lichtenberg JD, Kutter P (Hg), Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. München, Verlag Internationale Psychoanalyse, S 73–106

Ornstein PH, Ornstein A [1993] (1997) Selbstbehauptung, Ärger, Wut und zerstörerische Aggression: Perspektiven des Behandlungsprozesses. Psyche 51(4): 289–310

Erwin Bartosch

Tonusregulation, aktive (Leidener Tonusübungen). → Aktive Tonusregulation.

Top(ograf)isches Modell (→ Psychoanalyse). Das „topische Modell“ stellt nach dem neurobiologisch orientierten Versuch des „Entwurfs einer Psychologie“ (1895) Freuds ersten konsequent ausgeführten psychologischen Ansatz zur Beschreibung des „psychischen Apparates“ dar. Es sollte die Mechanismen verständlich machen, die nach Freuds Ansicht den Manifestationen psychischer Aktivität zugrundeliegen. Zentrales Kriterium in dieser Organisationsform ist der Bewußtseinsstand: Freud unterscheidet ein System Ubw („das → Unbewußte“) von einem System Vbw („das Vorbewußte“) und einem System Bw („das Bewußte“). Diese „Lokalitäten“ – Freud wählt in seinen „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ (Freud, 1916/17) zur Veranschaulichung den Vergleich mit den Räumen einer Wohnung – stellen eine Verbindung zwischen Wahrnehmung und Motorik her. Im primärprozeßhaft funktionierenden → Unbewußten (→ Primärprozeß) sind die nicht bewußtseinsfähigen Triebrepräsentanzen (→ psychische Repräsentanz) und das Verdrängte lokalisiert, im vom → Sekundärprozeß regulierten Vorbewußten finden sich prinzipiell bewußtseinsfähige Inhalte, das Bewußte besorgt einerseits die Wahrnehmung innerer und äußerer Reize / Signale, andererseits die Steuerung willkürlicher Bewegungsabläufe (ausführliche Darstellung bei Schuster & Springer-Kremser, 1991). Schwierigkeiten bei der Bewußtmachung abwehrender moralischer Haltungen und die Erklärung der Neigung zur Selbstbestrafung führten Freud zu weitergehenden Überlegungen, die schließlich zum Entwurf des → Strukturmodells führten. Neuere Strömungen der Psychoanalyse (z. B. die Theorie der → Intersubjektivität) konzipieren den psychoanalytischen Prozeß als ein Geschehen, das sich in einem durch die Überschneidung der Subjektivitäten von Analysand und Analytiker entstehenden „intersubjektiven Feld“ abspielt (Stolorow et al., 1987). Dies bringt eine Kritik an bestimmten Aspekten des Freudschen topischen Modells mit sich, so etwa am Konzept der Verdrängungsschranke als einer fixierten Grenze, die bestimmte bewußte und unbewußte Inhalte grundsätzlich voneinander

trennt. In der Intersubjektivität wird diese statische Auffassung durch eine dynamische Sichtweise ersetzt: welche Inhalte bewußt werden können, hängt vom jeweiligen Kontext ab, der durch die „unbewußten organisierenden Prinzipien“ (→ Organizing principles) von Analysand und Analytiker bestimmt wird. Die strukturell starre Verdrängungsschranke ist durch die Vorstellung einer beweglichen Grenze ersetzt (Stolorow & Atwood, 1992: 32; → Selbstpsychologie).

Freud S [1916/17] (1982) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud Studienausgabe, Bd. I: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Frankfurt/M., Fischer, S 33–445

Schuster P, Springer-Kremser M [1991] (1994) Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie. 3. Aufl. Wien, WUV

Stolorow RD, Atwood GE (1992) Contexts of being. The intersubjective foundations of psychological life. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer

Herwig Hinterhofer

Topologie (Synonyme: topologische Psychologie, Vektorpsychologie). Eine von Kurt Lewin, ausgehend von der → Gestaltpsychologie, entwickelte Theorie zur Erklärung individuellen Verhaltens. Der → Lebensraum des Individuums wird als ein unauflösbarer Systemzusammenhang von personeigenen und umweltbedingten Feldkräften aufgefaßt und als ein in Feldern gegliedertes Konstrukt dargestellt (→ Feldtheorie des Handelns). In der 1932 verfaßten Arbeit „Grundlagen der topologischen Psychologie“, die im nationalsozialistischen Deutschland nicht mehr veröffentlicht werden konnte (1936 in amerikanischer und erst 1969 als Rückübersetzung in deutscher Fassung), geht es Lewin um eine einheitliche wissenschaftliche Darstellung, die den Aufbau der Person und die Struktur der psychologischen Umwelt erfaßt, mittels ganzheitlich gerichteter Psychologie und moderner Mathematik in Form der

Topologie und Vektormathematik. Lewin strebt darin eine stärkere Formalisierung und Mathematisierung seiner Psychologie an, um einen größeren Grad an Genauigkeit in seiner Theorie und in der Psychologie überhaupt erreichen zu können. Abbildungen sind für Lewin „nicht bloß Veranschaulichungen, sondern können Darstellungen von realen Begriffen sein“ (Lewin, 1969). Da die Psychologie es bei der Vielzahl gleichzeitig vorliegender Kräfte und Faktoren nicht nur mit dem Zeitbegriff, sondern auch mit dem Raumbegriff zu tun hat, ist es für Lewin naheliegend, die allgemeine Mengenlehre und die Geometrie der Topologie zur Entwicklung seiner Psychologie zu verwenden, um die strukturellen und positionellen Probleme im Lebensraum oder in der Person behandeln zu können. Die topologische Darstellung mittels → Jordankurve und der Veränderungen des individuellen Verhaltens als Ergebnis von Feldkräften (Vektoren) sowie der Regionen mit positivem und negativem Aufforderungscharakter ist Ergebnis dieser Bemühungen. Die späteren Arbeiten Lewins sind voll topologischer Repräsentanzen psychologischer Situationen. Die Topologie wird zum unverwechselbaren Kennzeichen seines Denkens. Sie ist ihm nicht nur eine Theorie, sondern eine Art Sprache und Begriffssystem, dabei hilfreich, psychologische Sachverhalte und Realität zu repräsentieren.

Lewin K (1969) Grundlagen der topologischen Psychologie. Bern, Hans Huber

Lück HE (1996) Die Feldtheorie und Kurt Lewin. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Marrow AJ (1977) Kurt Lewin – Leben und Werk. Stuttgart, Klett-Cotta

Hans-Rainer Teutsch

Topologische Psychologie. → Topologie; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Tragische Trias. → Sinn; → Existenzanalyse.

Training, Autogenes. → Autogenes Training; → Autogene Psychotherapie.

Training, mentales. → Mentales Training; → Sexualtherapie.

Trance. Trance ist ein gegenüber dem Wachzustand und dem Schlafzustand physiologisch abgrenzbarer Bewußtseinszustand, der durch eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die innere Erlebniswelt und eine herabgesetzte Außen- und Realitätsorientierung gekennzeichnet ist. Die damit einhergehenden Veränderungen der zerebralen Aktivierung, sensorischen Wahrnehmung, kognitiven Informationsverarbeitung, des emotionalen Erlebens und der Willkürmotorik kommen in Form von → Trancephänomenen zum Ausdruck. Anthropologisch interessant sind die lebenswichtigen adaptiven, bio- und psychoregulativen Funktionen, die Trancen seit prähistorischer Zeit transkulturell in vergleichbarer Weise erfüllen: Trancen werden eingesetzt zur Angst- und Spannungsreduktion; sie dienen der Bewahrung der Identität des Einzelnen oder einer Gemeinschaft in bedrohlichen Lebenssituationen; und sie dienen der gesellschaftlich sanktionierten Abfuhr von ansonsten tabuisierten Gefühlen und Affekten wie Haß oder Wut (Bongartz, 1992; Gilligan, 1995). Trancen können durch eine länger dauernde Reduktion von Außenreizen, Körperbewegungen oder mentalen Aktivitäten erreicht werden – aber auch durch eine mit Monotonie verbundene Steigerung derselben (Ludwig, 1966). Therapeutisch bedeutsam sind vor allem hypnotische Trancen, die dann als solche bezeichnet werden, wenn hypnotische Verfahren zur → Tranceinduktion eingesetzt wurden, sowie → Konversations-trancen, die aus der normalen Unterhaltung heraus induziert werden. Mit der Einführung des Begriffes „Alltagstrance“ für natürlich auftretende Momente des „Absorbiertseins“ (z. B. Autofahren, Lesen) entmystifizierten und entpathogenisierten Erickson & Rossi (1979) den Trancebegriff für den westlichen Kulturkreis. In der →

klinischen Hypnose werden Trancezustände mit unterschiedlicher → Trancetiefe einzeln oder in der Gruppe (→ Gruppentrance) für alle Zielbereiche des therapeutischen Handelns nutzbar gemacht: Im physiologischen Bereich werden die regenerativen Effekte der trophotropen Umschaltung des Organismus genutzt; im kognitiven Bereich ermöglicht die Trance die Unterbrechung gewohnter Muster (→ Musterunterbrechung) und öffnet den Zugang zu latenten → Ressourcen durch die Vorherrschaft des primärprozeßhaften Erlebens (→ Trance-logik); im emotionalen Bereich besteht die Möglichkeit zur therapeutischen Nutzung der → Dissoziation, → Assoziation, → Regression, → Progression sowie der → Übertragung; im sensorisch-motorischen Bereich steht die therapeutische Nutzung von → Automatismen und unwillkürlichem Verhalten im Vordergrund. Im → Neurolinguistischen Programmieren (NLP) wird Trance zur Utilisation unbewußter Ressourcen sowie bei Suchprozessen eingesetzt und gilt als natürliches, phasenweise auch während intensiver Alltagskommunikation („informelle Trance“) auftretendes Phänomen.

Bongartz W (1992) Die prähistorischen Wurzeln der Trance. In: Peter B, Schmidt G (Hg), Erickson in Europa. Heidelberg, Carl Auer, S 328–339

Erickson MH, Rossi EL [1979] (1981) Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen. München, Pfeiffer

Gilligan SG [1987] (1995) Therapeutische Trance: das Prinzip der Kooperation in der Ericksonschen Hypnotherapie. 2. Aufl. Heidelberg, Carl Auer

Grinder J, Bandler R (1987) Therapie in Trance. Hypnose: Kommunikation mit dem Unbewußten. 2. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta

Ludwig D (1966) Altered states of consciousness. Archives of General Psychiatry 15: 225–234

Matthias Mende

Trance, fraktionierte. → Fraktionierte Trance; → Hypnose.

Tranceinduktion. Die Arbeit mit und in → Trance ist ein zentrales Wirkprinzip in → Hypnose und → Hypnotherapie. Trance-

induktion bezeichnet den Vorgang, mit dem eine Person durch eine andere in eine hypnotische Trance geführt wird. Im Laufe der letzten Jahrhunderte wurden verschiedene Formen der Tranceinduktion entwickelt, die auch heute noch Verwendung finden, z. B. die → Fixationsmethode. Heute erachtet man nicht mehr eine Technik, sondern das optimale Zustandekommen des → Rapports als die wesentliche Bedingung für das Gelingen von Tranceinduktion und hypnotherapeutischer → Beziehung. Schon im therapeutischen Gespräch kann durch → Bahnung die unbewusste Bereitschaft des Klienten, in Trance zu gehen, erhöht werden. Im Gespräch können bereits → Konversationstrancen induziert werden. Durch → Pacing und Leading wird Rapport aufgebaut. Dabei werden individuelle Reaktionsmuster und Fähigkeiten der Klienten utlisiert (→ Utilisation), z. B. optische oder akustische Imaginationen (→ Repräsentationssysteme). Kinästhetisch-motorische Reaktionsbereitschaft wird häufig durch das Hervorrufen von → Trancephänomenen wie → Levitation oder Ideomotorik (→ Ideodynamik) genutzt. Der Therapeut bedient sich zur Tranceinduktion spezieller → hypnotischer Sprachmuster, direkter und indirekter → Suggestionen und verwendet → Symbole und → Metaphern. Eine weitere gebräuchliche Methode zur Lockerung der bewußten Kontrolle ist die → Konfusionsstechnik. Nach Revenstorf (1993) verläuft eine Tranceinduktion gemäß den Schritten: 1. Herstellung des Rapports, 2. Orientierung auf Trance, 3. Fokussierung der Aufmerksamkeit, 4. Intensivierung der Vorstellung, 5. Vertiefung, 6. Ratifizierung. Nach der Tranceinduktion folgt die Nutzung der Trance und die Reorientierung. Treten Störreize auf, können sie umgedeutet (→ Umdeutung) und inkorporiert werden (→ Inkorporation), sodaß sie den Prozeß unter Umständen sogar fördern. Bei Personen, die wenig Vorerfahrung mit tranceähnlichen Zuständen haben, ängstlich sind und/oder ein erhöhtes Kontrollbedürfnis haben, hat sich eine abgestufte Methode der Tranceinduktion, die sogenannte → fraktionierte Trance bewährt. Tranceinduktion kann durch wiederholte Erfahrungen ritualisiert

und auch verkürzt werden. Schließlich kann der Klient lernen, Trancezustände durch Selbstinduktion autonom herzustellen und zu nutzen (→ Selbsthypnose).

- Erickson MH, Rossi EL, Rossi S (1986) Hypnose. München, Pfeiffer
 Kossak HC (1993) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union
 Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. 2., korrr. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–168

Hans Kanitschar

Trancelogik (→ Hypnose). Unter Trancelogik werden psychische Verarbeitungsformen subsumiert, in denen die Regeln der Logik und die Naturgesetze gelockert oder weitgehend aufgelöst sind. In hypnotischer → Trance kann es z. B. für einen Erwachsenen selbstverständlich sein, wie ein Vierjähriger zu sprechen, den Duft einer Rose wahrzunehmen, die nur in der Fantasie existiert, oder sich gleichzeitig an zwei Orten oder in zwei auseinanderliegenden Zeiten zu erleben. Nach Trancelogik ist es möglich, gleichzeitig zu sehen und nicht zu sehen, zu tun und nicht zu tun etc. Der Satz vom Widerspruch scheint aufgehoben in einer weitgehend primärprozeßhaft determinierten Erlebnisform.

- Bongartz W, Bongartz B (1998) Hypnosetherapie. Göttingen, Hogrefe [bes. S 14–19]
 Kossak HC (1993) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union

Hans Kanitschar

Trancephänomene (→ Hypnose). Unwillkürliche Reaktionen eines Menschen in → Trance, die teils von außen, teils nur vom Hypnotisierten selbst beobachtet werden können. Trancephänomene treten auf 1. im Bereich der Körpermotorik (Ideomotorik); Beispiele: 1.1 unwillkürliches Schließen der Augen; 1.2 Reduktion des Muskeltonus mit der gelegentlichen Folge unwillkürlicher Muskelzuckungen (meist einzelner Finger oder eines Fußes) durch nichtsynchrone Relaxation antagonistischer Muskelgruppen; 1.3 → Katalepsie antagonistischer

Muskelgruppen, aus der sich z. B. Hand- oder Armlevitationen entwickeln können (→ Levitation); 2. im Bereich der Wahrnehmung (Ideosensorik); Beispiele: 2.1 Gefühllosigkeit (→ Anästhesie; → Analgesie) oder 2.2 Überempfindlichkeit für spezifische Reize (Hyperästhesie), 2.3 Veränderungen der Gewichtswahrnehmung, der Temperaturwahrnehmung, 2.4 Fokussierung auf einen spezifischen Wahrnehmungsbereich bei gleichzeitiger Ausblendung anderer; 3. im Bereich des Zeiterebens (→ Zeitverzerrung); Beispiele: 3.1 die in Trance verstrichene Zeit wird meist unter- oder überschätzt; 3.2 während der hypnotischen Trance kann der Hypnotisierte früher tatsächlich erlebte und/oder (re)konstruierte Situationen so (wieder) erleben „als ob“ sie in der Gegenwart erlebt würden (→ Altersregression). Der Realitätsgehalt derartiger Erlebnisse ist meistens nicht zu verifizieren; 3.3 ebenso kann der Hypnotisierte zukünftige Erfahrungen als gegenwärtig antizipieren (Zeitprogression); Zeitprogression wird in der → Hypnotherapie intensiv genutzt, um Angst vor zukünftigen Situationen (z. B. Prüfungen) abzubauen; 3.4 im Zusammenhang damit können → Pseudoerinnerungen induziert werden: Der Hypnotisierte „erinnert“ sich dann an Situationen, die real (noch) nicht stattgefunden haben; 4. im Bereich des Denkens und des Gedächtnisses (→ Amnesie; → Hypermnésie). Die einzelnen Trancephänomene treten unterschiedlich häufig auf. So kommt der Lidschluß in ca. 95% aller hypnotischen Trancen vor, eine spontane Amnesie dagegen eher selten. Während einer Hypnose können bestimmte Trancephänomene durch entsprechende → Suggestionen induziert, verstärkt und therapeutisch genutzt werden (→ Utilisation). Manche der Trancephänomene treten jedoch auch ohne spezifische Suggestionen spontan auf (z. B. Lidschluß, unwillkürliche Muskelzuckungen, Schwere- und Wärmegefühl). Trancephänomene treten gelegentlich auch als spontane Phänomene im Alltag auf (Alltagstrance).

Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union

Peter B (1993) Hypnotische Phänomene. In: Revenstorff D (Hg), Klinische Hypnose. Berlin, Springer, S 25–67

Rossi EL (1995) Gesammelte Schriften von Milton Erickson, Bd. 1–6. Heidelberg, Carl Auer Riebensahm H (1985) Anwendung Erickson-scher Sprachmuster als rhetorische Strategien in Lerngruppen. Hypnose und Kognition 2(2): 44–55

Hans Riebensahm

Trancetiefe (→ Hypnose). Die Trance- bzw. Hypnosetiefe ist ein Konstrukt, welches historisch gesehen aus Auffassungen, wie sie Charcot vertrat, kommt. Die dem zugrundeliegende Idee ist, daß die Wirksamkeit mit der Trancetiefe korreliert. Für den Trancezustand werden im wesentlichen zwei Faktoren verantwortlich gemacht: 1. Trance als soziales Phänomen (Motivation, Absorption des Hypnotisanden, Interaktion mit dem Hypnotiseur) und 2. Trance als eigenständige Bewußtseinslage. Beide Phänomene sind schwer objektivierbar. Es gibt – außer einer Theta-Wellen Zunahme im EEG – keine verlässlichen physiologischen Anzeichen für die angenommenen Trancetiefestufen.

Bongartz W, Bongartz B (1998) Hypnosetherapie. Göttingen, Hogrefe [bes. S 14–26]

Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union

Henriette Walter

Tranquilizer. Von lat. *tranquilitas* = Windstille. Durch diese → Psychopharmaka können stürmische seelische Zustände wie innere Unruhe und Angst zum Abklingen gebracht werden. Das erste Präparat auf dem Markt war Meprobamat. Es wurde 1951 als Muskelrelaxans entwickelt. Es war Viktor E. Frankl, der bereits 1952 in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ einen Artikel mit dem Titel „Zur Behandlung der Angst“ publizierte und darin die angstlösende Wirkung eines muskelrelaxierenden Glycerinesters beschrieb. Ihm kommt der Verdienst zu, das erste Anxiolytikum beschrieben zu haben, obwohl diese Bezeichnung erst verwendet wurde, nachdem P.M. Berger 1954 die psycho-

pharmakologischen Wirkungen des Meprobamats beschrieben hatte. Er bezeichnete Meprobamat als Anxiolytikum, aber auch als → Sedativum und → Hypnotikum. Zwischen 1955 und 1960 wurden dann die → Benzodiazepine entwickelt. Chlordiazepoxyd war das erste, ihm folgte Diazepam. Die verschiedenen Benzodiazepine wirken anxiolytisch, muskelrelaxierend, schlafanstößend und antiepileptisch. Diese verschiedenen Wirkungen sind bei den einzelnen Präparaten unterschiedlich stark ausgeprägt, und dementsprechend wurden einzelne Benzodiazepin-Derivate als Anxiolytika, Schlafmittel oder Antiepileptika in den Handel gebracht. Alle Benzodiazepine sind sehr gut verträglich und zeigen kaum unerwünschte Wirkungen. Leider führen sie bei längerem Gebrauch zur Gewöhnung und Abhängigkeit und gelegentlich auch zur → Sucht. Benzodiazepine sollten daher nie länger als wenige Wochen ununterbrochen eingenommen werden. Gerade dieses Risikos wegen wurden in neuerer Zeit Moleküle entwickelt, die ähnlich wirken, aber nicht zur Abhängigkeit führen. Es sind dies das Anxiolytikum Buspiron und das Schlafmittel Zolpidem.

Frankl VE (1952) Zur Behandlung der Angst. Münchner Medizinische Wochenschrift 14(46): 2350

Riederer P, Laux G, Pöldinger W (Hg) (1995) Neuro-Psychopharmaka, Bd. 2: Tranquilizer und Hypnotika. Wien, Springer

Sternbach LH (1980) The benzodiazepine story. Basel, Editiones Roche

Walter Pöldinger

Transaktion (→ Transaktionsanalyse). In den frühen Schriften hat Berne (1953) auf die Kommunikation als energetischen Austausch zwischen Menschen hingewiesen und zwischen latenten und manifesten Anteilen der Kommunikation unterschieden. Später definiert Berne (1961) die Transaktion als Stimulus und Response zwischen → Ich-Zuständen und verwendet sie zur Analyse der zwischenmenschlichen Kommunikation. In der verhaltensorientierten Transaktionsanalyse besteht eine Transaktion grundsätzlich nur aus Botchaften auf der sozialen Ebene (manifesten

Anteil). Latente Aspekte der Kommunikation werden durch die „verdeckte Transaktion“ erfasst, bei der die soziale Ebene durch eine psychologische Ebene ergänzt wird, die die verdeckten Hintergedanken des transaktionsellen Austausches enthält. Im Zuge der Rückbesinnung auf Bernes frühe Schriften wird in der tiefenpsychologischen → Transaktionsanalyse der Begriff der Transaktion als biologisch grundlegender Austausch zwischen realen Menschen und nicht zwischen Ich-Zuständen neu gefasst: „Eine Transaktion ist ein energetischer und/oder materieller Austausch zwischen zwei Personen oder einer Person und der Umwelt. Bei einer Transaktion befindet sich eine Person in Beziehung zu einer anderen und/oder zur Umwelt“ (Rath, 1992: 112). Der transaktionsell Austausch ist zirkulär; es besteht im Erleben keine lineare Kausalität; Ursache und Wirkung sind nicht voneinander zu trennen. Wohl aber kann zum Zwecke der Analyse der Kommunikation bei einer Transaktion zwischen Stimulus und Response im Sinne der Prozesse der Externalisierung und Internalisierung unterschieden werden. Wenn zwei Personen in Beziehung treten, verbinden sich ihre „Psychen“ und bilden sozusagen ein gemeinsames → Unbewußtes. Der phänomenologisch wahrnehmbare (manifeste) transaktionsell Austausch ist bereits eine Reaktion auf einen vorangegangenen „unbewußten“ (latenten) Austausch. Grundsätzlich ist jede Transaktion eine Mischung aus latenten und manifesten Anteilen, eben eine Mischung von Ereignissen im Hier-und-Jetzt, von früheren Beziehungserfahrungen und von Fantasien zu diesem Thema. Der latente Anteil wird aus dem Unbewußten gespeist (→ marsisches Denken) und entfaltet sich in der → Übertragung und → Gegenübertragung. In der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse steht die Analyse der Transaktionen immer in Verbindung mit einer Analyse der Übertragung und Gegenübertragung.

Berne E [1953] (1991) Über das Wesen der Kommunikation. In: Berne E, Transaktionsanalyse der Intuition. Paderborn, Junfermann, S 81–97

Berne E [1961] (1981) Transactional analysis in psychotherapy. New York, Grove Press

Berne E [1972] (1983) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt/M., Fischer

Rath I (1992) Ansätze zur Entwicklung einer stimmigen Theorienlandkarte der Transaktionsanalyse – wissenschaftliche Überlegungen zu den Grundlagen der Transaktionsanalyse. Zeitschrift für Transaktionsanalyse in Theorie und Praxis 9(2/3): 90–120

Rath I (1996) Transaktionaler Austausch und Lernen. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 2(1/2): 3–30

Ingo Rath

Transaktionsanalyse, tiefenpsychologische.

Stellt eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen, psychoanalytischen Wurzeln Bernes dar, zu seiner Nähe zur → Ich-Psychologie und zu den → Selbsttheorien und → Objektbeziehungstheorien (Berne, 1961, 1991). Ausgehend von der Psyche als einem sich selbstorganisierenden System, „das sich entfaltet, wenn eine Person durch eine mehr oder weniger intensive energetische oder materielle Transaktion mit der Umwelt in Beziehung steht“ (Rath, 1992: 98) wird das → Ich-System mit seinen Subsystemen Archeopsychie, Exteropsychie und Neopsychie als latenter, unbewußter Hintergrund der aktuellen Ich-Zustandsentfaltungen (→ Ich-Zustände) angesehen. In der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse wird die Vielzahl der zum Teil inkonsistenten Ich-Zustands-Modelle auf das Ursprungsmodell (Konzeptmodell) und das Rollenmodell des Ich (Funktionsmodell) beschränkt. Intrapsychische Vorgänge sind im Ich-System angesiedelt, die Entfaltungen des Ich-Systems im → Hier-und-Jetzt in den Ich-Zuständen beobachtbar. Die drei Haupttheorien sind: 1. Theorie zur Struktur und Dynamik der Persönlichkeit: Ich-Zustände, → Ich-Rollen; 2. Theorien der Beziehungsgestaltung: → Transaktionen, → Spiele, → Ausbeutungstransaktionen, → Übertragung und → Gegenübertragung; 3. Theorie zur Lebensgestaltung – Skripttheorie: → Skript, → phasenspezifische Skripttheorie (Springer, 1997). Die tiefenpsychologische Transaktionsanalyse ermöglicht strukturverändernde Psychotherapie und ist mit psychoanalytischen Konzepten

der Ich-Psychologie (G. Blanck & R. Blanck, P. Federn), Objektbeziehungstheorien (M. Mahler, O. Kernberg etc.), Theorien über das Selbst (H. Kohut etc.) sowie → Bindungstheorien durch definierte Übergänge verbunden und abgegrenzt (Rath, 1992). Techniken der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse sind: die Analyse des Beziehungsgeschehens als Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse, → Basistechniken, → Enttrübung (→ Trübung), Spielanalyse (Spiele), Skriptarbeit (phasenspezifische). Therapeutische Interventionen zielen ab auf: 1. Enttrübung als Trennung der realitätsangemessenen Erwachsenen-Ich-Zustände von den pathologischen, der Abwehr dienenden Eltern- und Kind-Ich-Zuständen; 2. Wieder-Eingangsetzen des blockierten transaktionalen Austauschgeschehens durch Analyse der Transaktionen und anderer Formen der Beziehungsgestaltung; 3. Modifizierung einschränkender Anteile des Skripts (Skriptglaubenssätze, → Introjektionen, → Fixierungen, Schlußfolgerungen). Spezielle Anwendungsbereiche sind neben Neurosen vor allem → Frühstörungen, → Borderline-Persönlichkeitsstörungen, → narzißtische Störungen, Schizophrenien (→ schizophrener Formenkreis). Setting: Kurzfristiges, fokaltherapeutisches Setting bei begrenzten, relativ klar definierten Problemstellungen, mittelfristiges Setting manchmal in Kombination mit → Gruppentherapie, langfristiges hochfrequentes Setting als Einzeltherapie schwerer Störungen.

Berne E (1961) Transactional analysis in psychotherapy. New York, Grove Press

Berne E (1991) Transaktionsanalyse der Intuition. Ein Beitrag zur Ich-Psychologie. Paderborn, Junfermann

Rath I (1992) Ansätze zur Entwicklung einer stimmigen Theorienlandkarte der Transaktionsanalyse – wissenschaftliche Überlegungen zu den Grundlagen der Transaktionsanalyse. Zeitschrift für Transaktionsanalyse in Theorie und Praxis 9(2/3): 90–120

Rath I, Springer G (1998) Transaktionsanalytische Psychotherapie als wissenschaftliche Psychotherapie – die theoretischen Grundlagen für das Anerkennungsverfahren 1993. Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 4(1): 3–56

Springer G (1997) Grundlagen einer phasen-spezifischen Skripttheorie. *Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse* 3(1-2): 3-33

Gerhard Springer

Transaktionsanalyse, verhaltens-orientierte. Die Grundkonzepte der Transaktionsanalyse wie → Transaktion, → Skript, → Ich-Zustände, die psychischen Organe (→ Ich-System) u. a. wurden ursprünglich von Eric Berne (1947, 1966) auf psychoanalytischem Hintergrund entwickelt (→ Transaktionsanalyse, tiefenpsychologische). In den Jahren nach der Ablehnung seines Aufnahmeansuchens in die psychoanalytische Gesellschaft wandte sich Berne der in Amerika aufkommenden Verhaltenstherapie in Verbindung mit kognitiven und → rational-emotiven Therapien zu. Ganz im Sinne des in diesen Jahren herrschenden therapeutischen Optimismus, eine möglichst kurze Therapiedauer anzustreben, legte Berne den Fokus seiner theoretischen und therapiepraktischen Überlegungen auf die Symptomkontrolle und die Veränderung destruktiven Verhaltens und entwickelte die Transaktionsanalyse auf einem verhaltensorientierten Hintergrund weiter. Die verhaltensorientierte Transaktionsanalyse ist gekennzeichnet durch die deskriptive Beschreibung des Erlebens und Verhaltens des Menschen und durch den Versuch, das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen zu operationalisieren und der externen Beobachtung zugänglich zu machen. Dazu entwickelte Berne eine Reihe direkter und direkter Interventionsformen als Basis einer Kurz- und Fokaltherapie, die im Einzelsetting, vor allem aber in der Gruppentherapie, Anwendung findet. Die Neuentcheidungsschule der Gouldings und die Cathexis-Schule (→ Cathexis-Konzepte) sind modifizierte Ausprägungen der „verhaltensorientierten Transaktionsanalyse“ mit spezifischen Schwerpunkten. Theoretisch basiert die verhaltensorientierte Transaktionsanalyse auf Bernes veränderter Verwendung des Ich-Zustandes im Sinne von deskriptiven Rollen (→ Ich-Rollen), mit dem Ziel, die Persönlichkeit

des Menschen phänomenologisch auf der Erlebens- und Verhaltensebene zu beobachten, zu beschreiben und das soziale Verhalten in Gruppen zu verändern, sodaß sich heute die Inhalte und Zielsetzungen der verhaltensorientierten von der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse zum Teil beträchtlich unterscheiden. Die Ich-Zustände werden primär nach ihrer Herkunft klassifiziert und in Verbindung mit Rollen phänomenologisch beschrieben. Alle von externen Quellen übernommenen Ich-Zustände sind im Eltern-Ich, alle aus der Kindheit stammenden Erfahrungen im Kind-Ich und alle direkten auf das Hier-und-Jetzt entstandenen Reaktionen im Erwachsenen-Ich angesiedelt. Zahlreiche Autoren wie Schlegel (1993) beschreiben diese Ich-Zustände im Sinne von sozialen Rollen als Elternhaftigkeit, Kindlichkeit und Erwachsenenheit. Diese Klassifikation wird in der Literatur als Strukturmodell bezeichnet.

Berne E [1947] (1957) *A layman's guide to psychiatry and psychoanalysis*. New York, Simon and Schuster

Berne E (1966) *Principles of group treatment*. New York, Grove Press

Rath I, Springer G (1995) Zur Entwicklung der Tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse. *Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse* 1(1-2): 5-12

Rath I, Springer G (1998) *Transaktionsanalytische Psychotherapie als wissenschaftliche Psychotherapie – die theoretischen Grundlagen zum Anerkennungsverfahren 1993*. *Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse* 4(1): [Themenheft]

Schlegel L (1993) *Handwörterbuch der Transaktionsanalyse*. Freiburg, Herder

Ingo Rath

Transaktionsanalytische Basistechniken. → Basistechniken, transaktionsanalytische.

Transaktionsanalytische Psychotherapie. → Transaktionsanalyse, tiefenpsychologische. → Transaktionsanalyse, verhaltensorientierte.

Transfer, intermediärer. → Intermediärer Transfer; → Kunsttherapie.

Transferforschung (→ Psychotherapieforschung). Zweig der Psychotherapieforschung, der sich mit Aspekten des Transfers von Forschungsergebnissen in die psychotherapeutische Praxis und deren dortiger Anwendung (research knowledge utilization) befaßt (vgl. Reiter & Steiner, 1996). Während bereits 1949 (in den USA) der Begriff des → Scientist-Practitioner-Modells geprägt und eingefordert wurde, wird die Relation von Forschung und Praxis in der Psychotherapie bis heute meist mit pessimistischen Metaphern wie „Kluft“, „Brückenbau“, „zwei Welten“ etc. dargestellt (in deutlicher Abhebung zur Situation in anderen Professionen, z. B. in der Medizin). Die wenigen bisher unternommenen empirischen Studien zu diesem Phänomen zeigen übereinstimmend, daß einerseits Psychotherapieforschung bisher zu wenig praktisch anwendbares Wissen produziert (Orlinsky, 1998), andererseits die ausbildungsvermittelten Rezeptionsmöglichkeiten der Praktiker gleichfalls verbesserungswürdig sind (Grawe, 1992).

Grawe K (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau 43: 132–162

Orlinsky D (1998) Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung. Psychotherapie Forum 6(2): 69–79

Petzold HG, Märtens M (Hg) (1999) Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Opladen, Leske + Budrich

Reiter L, Steiner E (1996) Psychotherapie und Wissenschaft. Beobachtungen einer Profession. In: Pritz A (Hg), Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien, Springer, S 159–203

Martin Voracek

Transkulturelle Psychiatrie / Psychotherapie. Zweig der Sozialpsychiatrie, der sich mit Entstehung, Häufigkeit, Form und Therapie psychischer Störungen in unterschiedlichen Kulturen und Lebensbedingungen befaßt. Verwandte Begriffe: Ethnopsychiatrie (psychische Abweichungen in umschriebenen Ethnien) und Vergleichende Psychiatrie (Vergleich psychopathologischer Erscheinungen in unterschiedlichen Populationen). Den Anstoß

zu einer wachsenden Zahl epidemiologischer und vergleichender psychiatrischer Untersuchungen gab Kraepelin (1908). Weltweiten Überblick schufen die internationalen Erhebungen der WHO sowie die durch E. Wittkower 1956 begründete Zeitschrift „Transcultural Psychiatric Research Review“ (vgl. Murphy, 1982). Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, daß psychische Erkrankungen in allen Kulturen und sozialen Schichten vorkommen und dies zu allen Zeiten der Fall war. Auch besteht hinsichtlich der „Achsensynndrome“ der Psychosen (Berner, 1983) weitgehende Übereinstimmung (überraschende Ähnlichkeit psychiatrischer Krankheitsbilder wie z. B. Schizophrenie über die Kulturen hinweg; → schizophrener Formenkreis). Andererseits zeigen Verlaufstendenz (Chronifizierung, Rezidivneigung) und damit auch → Prävalenz psychischer Erkrankungen weitgehende Abhängigkeit von soziokulturellen Faktoren. Dies gilt erst recht für die soziale Einfügung und inhaltliche Ausgestaltung (z. B. → Wahn, → Halluzinationen). Weit stärker als Psychosen sind psychoreaktive bzw. neurotische Störungen durch die jeweilige Kultur bestimmt: Aggression wie auch Selbstaggression/Suizid sind hinsichtlich Planung, Entschlossenheit und Methode in hohem Maße kulturabhängig. Zahlreiche Störungen werden als „kulturgebundene Psychosynndrome“ zusammengefaßt: reaktive Veränderungen der Bewußtseinslage wie Amok, Latah und Besessenheitszustände; Psychosynndrome, die mit religiösen Praktiken in Beziehung stehen, wie Reinigungs- und Wiederholungszwang in Zusammenhang mit dem muslimischen Gebetsritual oder das „Skrupulalentum“ bei der katholischen Beichtpraxis. In Westeuropa erlangte die Nahrungsverweigerung bei jungen Frauen (→ Anorexia) pathologische Bedeutung. Die somatische Basis zahlreicher psychischer Erkrankungen legt eine kulturübergreifende Anwendung körperlicher Therapien, z. B. → Psychopharmaka, nahe. Lebensgeschichtliche und gesellschaftliche Faktoren verlangen zugleich aber eine sozio- und psychotherapeutische Behandlung. Aufgrund der ausgeprägten Kulturgebundenheit solcher Interventionen bedarf es der „personenzentrierten“ An-

passung an das Erleben und an die kulturelle Situation des jeweiligen Klienten: Dies gilt für die Form der therapeutischen Beziehung (Psychotherapeut als Partner vs. lenkende Autorität) und für die Form der Interventionen (Eigenbestimmung und Spontaneität der Klienten vs. Suggestion). Auf Wunsch ist eine Zusammenarbeit mit Heilkundigen aus dem jeweiligen Kulturkreis ins Auge zu fassen (Jilek, 1981). Das Eingehen auf die kulturelle Besonderheit des Klienten bedeutet auch für den Psychotherapeuten eine Erweiterung des Horizontes, vgl. z. B. die Bereicherung, die sich für die Psychotherapie des Westens aus der Beschäftigung mit asiatischen Meditationsmethoden ergibt.

- Berner P (1983) Psychiatrische Systematik. 3. Aufl. Bern, Hans Huber
 Jilek WG (1981) Indian healing. Shamanic ceremonialism in the Pacific Northwest today. Surrey (B.C.), Hancock
 Kraepelin E (1908) Psychiatrie. Bd. I. 8. Aufl. Leipzig, Barth
 Murphy HBM (1982) Comparative psychiatry. Berlin, Springer
 Pfeiffer WM (1994) Transkulturelle Psychiatrie. 2. Aufl. Stuttgart, Thieme

Wolfgang M. Pfeiffer

Transparenz. Verweist auf die Außenseite, auf den kommunikativen Aspekt der → Kongruenz (Echtheit), im breiten Sinn auf eine Form von „Arbeitsvertrag“, nach welchem der Therapeut in einer Face-to-face-Aufstellung seine persönliche Anteilnahme auf eine offene und direkte Weise zeigt, seine wirklichen Gefühle nicht hinter einer professionellen Fassade versteckt, sondern versucht, ganz er selbst zu sein. Hiermit betont Rogers (→ Klientenzentrierte Psychotherapie) die heilende Kraft der Beziehung zwischen Klient und Therapeut und distanziert sich von der Freudschen Sicht des Therapeuten als „leerer Leinwand“ (→ Abstinenz). Im engeren und mehr „technischen“ Sinn verweist Transparenz auf persönlich gefärbte Interventionen des Therapeuten, die seinem eigenen Bezugsrahmen entspringen: z. B. → Feedback, Konfrontation, → Selbsteinbringung. Diese mehr steuernden Interventionen des Therapeuten

bekamen eine größere Daseinsberechtigung in dem Maße, wie die klientenzentrierte Psychotherapie sich von einer → non-direktiven zu einer experientiellen Therapie (→ Experiencing; → Experiential Therapy) entwickelte, in welcher der Therapeut nicht mehr ausschließlich als „Alter Ego“ gesehen wird, sondern auch als separater Pol in einer dialogischen Ich-Du-Beziehung (→ Grundhaltungen, therapeutische).

- Van Balen R (1992) Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? In: Behr M, Esser U, Petermann F, Pfeiffer W, Tausch R (Hg), Personzentrierte Psychologie & Psychotherapie. Jahrbuch 1992. Bd. III. Köln, GwG, S 162–183
 Lietaer G (1992) Die Authentizität des Therapeuten. In: Stipsits R, Hutterer R (Hg), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S 92–116 [bes. S 105–116]
 Yalom ID [1980] (1989) Existentielle Isolation und Psychotherapie. In: Yalom ID, Existentielle Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S 465–491

Germain Lietaer

Transpersonale Psychologie. Der Begriff wurde in den USA in den 60er Jahren von den humanistischen Psychologen Maslow und Sutich (→ Humanistische Psychologie) und dem Psychiater und Psychoanalytiker Grof geprägt. Davor wurde er schon gelegentlich bei den Jungianern (→ Analytische Psychologie) und von Assagioli (→ Psychosynthese) benutzt. Die Transpersonale Psychologie bezieht die spirituelle Dimension (→ Spiritualität) der menschlichen Psyche wieder ein, ohne sich auf eine bestimmte Religionsform festzulegen (Grof, 1985). Es geht dabei nicht um Dogmen, sondern um persönliche spirituelle Erfahrung. Theoretisch schlägt die Transpersonale Psychologie eine Brücke zwischen dem Welt- und Menschenbild der Aufklärung, dem die moderne Wissenschaft – und damit auch die Psychologie – verpflichtet ist, und der → „philosophia perennis“, der „ewigen“ Philosophie, dem in allen Hochreligionen der Welt überraschend ähnlichen Welt- und Menschenbild der Mystiker, das sich aus deren religiösen Erfahrungen ergeben hat. Praktisch verbindet sie das

Bemühen der modernen Psychotherapie um die „Heilung der Seele“ mit dem Bemühen der jahrtausendalten spirituellen Wege (→ Meditation, Yoga, Kontemplation etc.) um ihr „Heil“ (Dürckheim). Das Ziel der Transpersonalen Psychologie ist, wie das der herkömmlichen, die autonome, vernünftige Person, die „lieben und arbeiten“ kann (Freud). Darüber hinaus strebt sie, soweit die Bedürfnisse und Erlebnisse des Klienten und der persönliche Erfahrungs- und Erkenntnisstand des Therapeuten es zulassen, das Ziel der ewigen Philosophie an: das Bewußtsein der All-Einheit, die Erfahrung und Erkenntnis, daß das eigene innerste Wesen, der „Funken Gottes in uns“ (Eckart) eins ist mit dem Göttlichen im Kosmos. Diese Einheit als Grund, Ursprung und Ziel menschlicher Existenz erfahren und erkennen zu können, hebt ihre Isolierung und Entfremdung auf und gibt Sinn. Ständig in diesem Bewußtseinszustand zu leben, gelingt allerdings in jeder Generation nur sehr wenigen Menschen. Die amerikanische Transpersonale Psychologie ist in Theorie, empirischer Forschung und therapeutischer Praxis weitgehend Bewußtseinspsychologie. Es geht um die Entwicklung dieses Bewußtseins in der Individual- und Menschheitsgeschichte (Wilber), um → veränderte Bewußtseinszustände und deren Evokation und (Heil-)Wirkung (Grof) und um Meditations- und Bewußtseinsforschung generell. Neben den bereits genannten sind Autoren wie Charles Tart, Ram Dass, Metzner, Walsh/Vaughan, Mindell und andere maßgeblich an der Entwicklung der Transpersonalen Psychologie in den USA beteiligt. In Europa entwickelte der Schweizer C.G. Jung schon Anfang des Jh. seine Analytische Psychologie – er gilt allgemein als Pionier und Klassiker der Transpersonalen Psychologie und Psychotherapie – wenig später der Italiener Assagioli die → Psychosynthese, die Deutschen Graf Dürckheim und Maria Hippus Gräfin Dürckheim die → Initiatische Therapie, um nur die wichtigsten zu nennen. Der Kontakt zwischen diesen älteren europäischen und den in den 60er Jahren zur Zeit der Studenten- und New-Age-Bewegung entstandenen amerikanischen Ansätzen ist nicht immer problemlos. Es gibt jedoch

einen Dialog zwischen beiden, und der Begriff Transpersonale Psychologie ist dabei, zum Oberbegriff für alle Psychologie und Psychotherapieansätze zu werden, deren letztes Ziel es ist, das Geistige im Menschen mit dem Geistigen im Kosmos wieder zu verbinden (→ Transpersonale Psychotherapie).

- Boorstein S (Hg) (1988) Transpersonale Psychotherapie. München, Scherz/Barth
Grof S (1985) Geburt, Tod und Transzendenz. Neue Dimensionen in der Psychologie. München, Kösel
Tart CT (1978) Transpersonale Psychologie. Olten, Walter
Walsh RN, Vaughan F (Hg) (1985) Psychologie in der Wende. München, Scherz
Zundel E, Loomans P (Hg) (1994) Psychologie und religiöse Erfahrung. Freiburg, Herder

Edith Zundel

Transpersonale Psychotherapie. Entwickelte sich allmählich in den 80er und 90er Jahren und bedeutet die Umsetzung der Erkenntnisse der → Transpersonalen Psychologie auf die Psychotherapie. Während die herkömmlichen psychotherapeutischen Schulen bis auf wenige Ausnahmen die Entwicklung einer reifen Persönlichkeit und die Ausbildung von genügend Ich-Stärke zur Bewältigung der Anforderungen des Lebens als oberstes Ziel sehen, bezieht die Transpersonale Psychotherapie die religiöse bzw. spirituelle Dimension der Psyche mit ein, ohne sich jedoch auf eine bestimmte Religionsform festzulegen. Ken Wilber spricht vom „Atman Projekt“ (Wilber, 1990), dem potentiellen Entwicklungszyklus des menschlichen Bewußtseins hin zum höchsten Bewußtsein (Atman): Es entwickelt sich vom → Unbewußten („präpersonal“, Kindheitsentwicklung) hin zum Selbstbewußtsein („personal“, Entwicklung eines reifen Ich) und weiter zum Überbewußten („transpersonal“). Unter transpersonal versteht Wilber in diesem Zusammenhang den „Weg des Mystikers“, also das Aufgehen in einem größeren Lebensplan und die Entwicklung des Gewahrseins der Einheit allen Seins. Das Ich verliert dadurch nicht seine Bedeutung, aber an Wichtigkeit. Es ordnet sich einer größeren Einheit, dem

→ Selbst unter und stellt sich in seinen Dienst. Die Transpersonale Psychotherapie bemüht sich um einen Brückenschlag zwischen Psychotherapie und → Spiritualität und versucht, eine einheitliche Sichtweise zu entwickeln, in der das Personale und das Transpersonale als zwei verschiedene Manifestationen ein und derselben Wirklichkeit gesehen werden. Wichtig ist dabei eine fundierte Ausbildung in einer „personalen“ und einer „transpersonalen“ Therapiemethode, um die Phänomene, die auf diesem Weg auftreten, richtig einordnen und begleiten zu können. Zu den Transpersonalen Therapiemethoden (Zundel & Loomans, 1994) zählt man heute: die → Analytische Psychologie C.G. Jungs (zum Teil), die → Psychosynthese nach Roberto Assagioli, die → Initiatische Therapie nach Karlfried Graf Dürckheim, das → Holotrope Atmen nach Grof und die → Prozeßarbeit nach Arnold Mindell.

- Walsh RN, Vaughan F (Hg) (1980) Psychologie in der Wende, München, Scherz
 Wilber K (1990) Das Atman Projekt. Paderborn, Junfermann
 Zundel E, Fittkau B (Hg) (1989) Spirituelle Wege und Transpersonale Psychotherapie. Paderborn, Junfermann
 Zundel E, Loomans P (Hg) (1994) Psychotherapie und religiöse Erfahrung. Freiburg, Herder

Hans Peter Weidinger

Transsexualität. Westphal hat 1870 erstmals Transvestitismus unter dem Begriff „konträre Sexualempfindung“ beschrieben. 1910 verfaßte Hirschfeld die erste Monografie zu diesem Thema und führte die Bezeichnung → „Transvestitismus“ ein und spricht bereits 1918 vom „seelischen Transsexualismus“. Die phänomenologische Abtrennung der Transsexualität erfolgte erst 1953 durch Benjamin. Die erste weltweit beachtete genitaltransformierende Operation fand im gleichen Jahr in Dänemark statt. Seitdem sind vor allem in den USA spezielle Therapiezentren, sogenannte „Gender Identity Clinics“ entstanden. Definition – Erscheinungsbild – Leitsymptomatik: Transsexuelle leben in dem Bewußtsein, dem anderen Geschlecht anzugehören,

obwohl ihr somatisches Erscheinungsbild dazu keinen Anlaß bietet. Die Gewißheit, im „falschen Körper“ gefangen zu sein, führt meist zu dem mit großer Beharrlichkeit verfolgten Wunsch nach einer geschlechtstransformierenden Operation. Das Tragen der Kleidung des Gegengeschlechts (cross-dressing) beginnt in den meisten Fällen in der Kindheit. Es ist die logische Konsequenz und das äußere Zeichen ihrer inneren Einstellung. Die Ablehnung der typischen Geschlechtsmerkmale führt bei einigen Transsexuellen zu Mutilationen und Suizidalität. Die Inkongruenz zwischen dem tatsächlichen Geschlecht (körperlich-biologisches) und der Geschlechtsidentität (Bewußtsein, männlich oder weiblich zu sein) verursacht massives Unbehagen und Ablehnung des eigenen (somatischen) Körperbildes. Auf Englisch wird die Symptomatik treffend als „gender dysphoria“ bezeichnet, also auf die Unstimmigkeit zwischen Anatomie und geschlechtlicher Selbstidentifikation abgezielt. Nach dem DSM-III müssen für die Diagnose Transsexualität folgende Kriterien erfüllt sein: 1. Gefühl des Unbehagens und der Unangemessenheit hinsichtlich des eigenen anatomischen Geschlechts; 2. Wunsch, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden und als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben; 3. die Störung hat mindestens 2 Jahre lang bestanden; 4. Fehlen von körperlichem Intersexualismus oder genetischer Anomalie; 5. nicht durch eine andere psychische Störung wie Psychose bedingt; 6. die Person hat die Pubertät erreicht. Ätiologie des Transsexualismus: Die Ätiologie der Transsexualität ist nach wie vor umstritten. Diskutiert werden unterschiedliche (genetische, endokrinologische, pränatale, psychogene etc.) Konzepte, die bestenfalls partielle Erklärungen liefern. Transsexuelle entsprechen chromosomal, anatomisch und endokrinologisch ihren phänotypischen Geschlechtsmerkmalen. Psychogenese: der Kernpunkt der Transsexualität ist die transponierte Geschlechtsidentität. Die postnatale Differenzierung der Geschlechtsidentität erfolgt nach zwei Prinzipien: 1. Identifikation mit der Person desselben Geschlechts; 2. Komplementierung mit der Person des anderen Geschlechts. Gera-

ten diese Schemata in ein Ungleichgewicht, kann die Identitätsstörung aufgelöst werden.

Hirschauer S (1993) Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Frankfurt/M., Suhrkamp
Kockott G (1988) Sexuelle Variationen. Stuttgart, Hippokrates
Sigusch V (1992) Geschlechtswechsel. Hamburg, Klein

Christina Raviola

Transvestitismus. Wurde erstmals 1870 (Westphal) unter dem Begriff „konträre Sexualempfindung“ beschrieben. 1. Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen: Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung, um zeitweilig die Erfahrung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu erleben. Der Wunsch nach langfristiger Geschlechtsumwandlung bzw. chirurgischer Operation besteht nicht (→ Transsexualität). 2. Fetischistischer Transvestitismus: Störung der Sexualpräferenz; zählt nicht zu den Störungen der Geschlechtsidentität. Die Kleidung wird hauptsächlich zur Erreichung sexueller Stimulation getragen (→ sexuelle Devianz).

Bräutigam W (1989) Sexualmedizin im Grundriß. Stuttgart, Thieme
World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber

Christina Raviola

Transzendente Funktion (→ Analytische Psychologie). Dieser von C.G. Jung geprägte Begriff bezeichnet den Übergang von einer Einstellung des → Bewußtseins in eine andere – unter Berücksichtigung des → Unbewußten nach dem Muster Thesis – Antithesis – Synthesis. Die gerichtete Bewußtseinstätigkeit (Thesis) wird in ihrer notwendigen Einseitigkeit kompensiert durch eine Gegenteiligkeit des Unbewußten (Antithesis; Kompensation: → Gegensatzthematik). Durch das Auseinanderdriften dieser gegensätzlichen psychischen Tätigkeiten kann eine gefährliche → Dissoziati-

on entstehen. Durch das mutige Zulassen und Gestalten von unbewußtem Fantasie-material, etwa durch Aktive → Imagination oder gestalterische Auseinandersetzungen mit dem Material aus dem Unbewußten im Sinne eines „Hin und Her der Argumente und Affekte“ entsteht die transzendente Funktion als neue Qualität angenäherter Gegensätze. Die Folge und Bedeutung dieser Tätigkeit ist eine Bewußtseinserweiterung, ein durch vermittelnde lebendige → Symbole gewonnener umfassenderer Standpunkt (Synthesis).

Jung CG [1916] (1976) Die transzendente Funktion. In: GW, Bd. 8, §§ 131–193. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Mattoon MA (Ed) (1993) The transcendent function: individual and collective aspects. Proceedings of the twelfth international congress for analytical psychology, Chicago 1992. Einsiedeln, Daimon

Martin Kunz

Transzendenz (von lat. *transcendentia* = das Überschreiten). Das Jenseitige, Übersinnliche, auch die Jenseitigkeit Gottes. In der Philosophie Platons: „die ewigen Ideen“. Jene „transzendenten Urbilder“ haben die Archetypenlehre (→ Archetypische Psychologie) in der → Analytischen Psychologie von C.G. Jung maßgeblich geprägt. Der Begriff Transzendenz steht in gewissem Gegensatz zum Begriff Immanenz, der aristotelischen Auffassung, daß das „ewige Sein“ jedem Geschöpf innewohnt. Auch der Immanenzgedanke hat einen Widerhall in der → Transpersonalen Psychologie gefunden: im Konzept des → Selbst (C.G. Jung), des transpersonalen Selbst (R. Assagioli) und des Wesenskerns (K. Dürckheim / M. Hippius Dürckheim). In der → Mystik sind beide spirituellen Strömungen (Transzendenz und Immanenz; → Spiritualität) ebenfalls vertreten, z. B. in der christlichen mittelalterlichen Braut- und Wesensmystik. Den scheinbaren Widerspruch der beiden Begriffe versucht Dürckheim mit dem Konstrukt der „immanenten Transzendenz“ zu überbrücken. Die Erfahrung der Transzendenz wird außer in der Mystik auch in der → Transpersonalen Psychotherapie angestrebt, und zwar im Bemühen, die rationale, mentale Betrach-

tungsweise zu überschreiten, zugunsten einer transpersonalen (K. Wilber), integralen (J.P. Gebser) Bewußtseinsstruktur.

Dürckheim Graf K (1984) Von der Erfahrung der Transzendenz. Freiburg, Herder
Gebser JP (1978) Ursprung und Gegenwart II. Schaffhausen, Novalis
Wilber K (1984) Halbzeit der Evolution. München, Scherz

Pieter Loomans

Trauer, Trauerarbeit (aus Sicht der → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Von Freud beschriebener psychischer Vorgang, der die Verarbeitung des Verlustes des → Objektes (meist der geliebten Person) zum Inhalt hat (Freud, 1917). In der Melancholie erfolgt die Identifizierung mit dem verlorenen Objekt. Trauerarbeit ist heute allerdings umfassender als psychische Aktivität zu verstehen, mit deren Hilfe ausständige Entwicklung vollzogen wird. Im Prozeß des Trauerns wird Bedeutung (→ Besetzung) verschoben: Aufgrund einer nicht veränderbaren Realität werden die eigenen Selbstobjektbedürfnisse (→ Selbstobjekt; → Selbstobjektübertragung), die bis dahin mit einer Person oder auch einer Sache verbunden waren, durch erinnernde Wiederholung und unterstützt von aggressiven Gefühlen langsam von dieser Person oder Sache getrennt. Das Akzeptieren einer Realität, die den eigenen Wünschen nicht entspricht (ein Verlust etwa oder die Differenz zur Subjektivität des Anderen), zieht Bedeutung auf die eigene Person und die eigenen Erwartungen zurück. Dabei muß die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte, der diese Erwartungen entstammen, erfolgen. Trauern ist grundsätzlich ein einsamer Prozeß, wenn auch die verstehende Hilfe eines anderen (z. B. des Analytikers) wesentlich zu seinem Gelingen beitragen kann. Für die Analyse ist es unerlässlich, jene Bereiche zu erkennen, in denen Trauerarbeit ausständig ist. Es gibt keine psychische Störung, in der die Notwendigkeit, in einem bestimmten Bereich seelischen Erlebens zu trauern, bisher nicht erkannt, nicht akzeptiert oder nicht zu Ende gebracht wurde. Trauern ist ein lebenslanger Pro-

zeß. In jeder Lebensphase stellt sich die Aufgabe in neuer Form. Die Trauer angesichts des Todes baut auf den im Leben erworbenen Weisen zu trauern auf. Der Depression in ihren verschiedensten Ausformungen (Hyperaktivität, Sucht, somatische Erkrankungen etc.) liegt nicht-vollgezogene Trauer zugrunde.

Freud S [1917] (1982) Trauer und Melancholie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 193–212
Langenmayr A (1999) Trauerbegleitung. Beratung, Therapie, Fortbildung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Erwin Bartosch

Trauer, Trauerarbeit (aus integrativer Sicht). Prozesse der Trauer und Trauerarbeit werden bei Verlusten erforderlich bei endgültigem Abschied-Nehmen – und dies ist ein „Nehmen“, ein Hineinnehmen des Verlorenen in das Gedächtnis, ohne zu verdrängen oder zu dissoziieren, damit es zum Erfahrungsschatz des Lebens gehören kann. Trauer ist 1. eine komplexe Emotion bei „stressfull life events“ (z. B. Trennungen) mit unterschiedlichen Intensitäten, Begleitgefühlen (Schmerz, Zorn, Verzweiflung, Angst, Ohnmacht, Niedergeschlagenheit etc.). Trauer ist 2. ein psychischer und sozialer Prozeß der Verarbeitung von Verlusten und Beschädigungen persönlicher (zuweilen kollektiver) Integrität. Gelingt er, führt er zu Integration, Neuorientierung, vielleicht Kreativität (salutogene Trauerarbeit). Er kann auch zu pathologischer Trauer mit psychosomatischen Erkrankungen, Depressionen, Ängsten, sozialem Rückzug entgleisen (Osterweis et al., 1984). Trauer ist aus humanethnologischer Sicht ein Verhaltensmuster nach gewaltsamen Unterbrechungen von Bindungen (→ Bindungstheorie), mit transkulturell stabilen nonverbalen Merkmalen, Trauermimik und Trauergestik (Scheidt, 1991) und mit akuten und prolongierten psychophysiologischen Reaktionen, die variable individu-

elle Ausprägungen zulassen (abhängig von Ereignis, Art des Verlustes, → protektiven Faktoren, Grad der → Traumatisierung, gelungenen / mißlungenen Trauerprozessen). Die sozialen Formen von Trauerprozessen (Stubbe, 1985) sind sehr variabel. Trauerarbeit ist 1. die Arbeit, die das „Ich“ leistet, 2. die Bewältigungsarbeit eines sozialen Gefüges (Netzwerk, Convoy), 3. die Arbeit von Helfern mit von Verlust bedrohten Menschen (antizipatorische Trauer), mit Akuttrauer und retrograder Trauer. Feste, sequentielle Phasenmodelle (von Kübler-Ross, Kast u. a.) werden durch die Forschung nicht gestützt. Prozeßmodelle haben nur eine heuristische Bedeutung, denn „Phasen“ der Trauerarbeit können variieren, fehlen, mehrfach auftauchen. Eine „integrative“ Prozeßheuristik als Beispiel: Verlust – 1. Schock, 1.1 Verleugnung, 1.2 Dissoziation, 2. Kontrolle, 3. Turbulenz, 3.1 Ausdruck des Leids, 3.2 Ausdruck in Vorwurf, 3.3 Ausdruck in Verzweiflung, 3.4 Schmerz, Beginn des Abschiedes, 4. Restitution, 4.1 Annahme der Faktizität des Verlustes, Vollzug des Abschiedes, 4.2 Bewußtwerden der Konsequenzen, 4.3 Übersicht über Möglichkeiten und Alternativen, 4.4 Neuorientierung (vgl. Petzold, 1985: 510). Eine solche Heuristik kann Phänomenbeobachtungen unterstützen, auf deren Grundlage supportive, entlastende, integrierende und aktivierende Interventionen in Trauerarbeit, Trauerbegleitung und der Therapie pathologischer Trauerprozesse zum Tragen kommen sollten. Dabei ist abzuklären, ob nicht aufgrund traumatisierender Verluste eine → Posttraumatische Streßstörung vorliegt, die spezifische Formen der → Traumatherapie erfordert. Trauerarbeit muß in fast jedem psychotherapeutischen Prozeß geleistet werden.

Osterweis M, Solomon F, Green M (Eds) (1984) Bereavement. Reactions, consequences and care. Washington, National Academy Press

Petzold HG (1985) Gestaltdrama, Tötenklage und Trauerarbeit. In: Petzold HG, Mit alten Menschen arbeiten. München, Pfeiffer, S 500–537

Scheidt M (1991) Humanethologische Aspekte der Trauer. In: Ochsmann R, Howe J (Hg), Trauer – ontologische Konfrontation. Stuttgart, Enke, S 10–18

Stubbe H (1985) Formen der Trauer. Eine kultur-anthropologische Untersuchung. Berlin, Reimer

Hilarion G. Petzold

Trauer, Trauerarbeit und Krebs (→ Psychoonkologie). Zu unterscheiden ist zwischen Trauer einerseits und Depression, Melancholie etc. andererseits. Trauer ist eine natürliche angeborene Fähigkeit, ein komplexes Phänomen, eine natürliche Reaktion der ganzen Persönlichkeit, wenn es um Loslassen, Abschied und Trennung von Personen, Dingen und Abstraktem geht. Man spricht deshalb von einer reifen Reaktion, die zwar erworben, aber wie die Muttersprache durch Modellverhalten von den nahen Angehörigen gelernt werden muß. Trauer kann oft schmerzhaft und langwierig sein, ist aber durchwegs gesund. Sie ist kulturabhängig und braucht sowohl geeignete Rahmenbedingungen wie Solidargemeinschaft, symbolische Ausdrucksformen, strukturierte Abläufe bzw. Rituale und Gestaltungsmaterialien, als auch all das, was Bräuche der jeweiligen Tradition an vorgegebenen Möglichkeiten für eine kreative Gestaltung der jeweils notwendigen Trauer bieten. Trauerfähigkeit ist gleichzusetzen mit der Fähigkeit, Abschied zu nehmen. Das Trauerumwandlungsmodell Myroagogik und Myropädie (griech. myromai = weinen, trauern, klagen) bezeichnet die „Anleitung und Begleitung zum Trauern“, jeweils für Erwachsene und/oder Kinder. Es entstand aus einer mehrjährigen Feldforschung und entwickelte sich aus der Praxis im europäischen Bereich. Ziele sind: Umwandlung von lebenshindernder in lebensfördernde Trauer, lebendige, lustvolle und kreative Lebensgestaltung und Erkundung von dem eigenen Sein entsprechenden, sinnvollen Lebensperspektiven. Der Myroagogik-Ansatz basiert auf einer differenzierten, entwicklungs-zentrierten Emotionstheorie, die der Trauer eine besondere Bedeutung zuweist. In Anlehnung an den griechischen Begriff Thymos wird sie als „Urgefühlsquell“ angenommen. Darin wurzelt Trauer als Vorläufer-Emotion, die sich durch Entwicklungs-, Erstarrungs- und Umwandlungsprozesse

zu einer Grundemotion entwickelt. So können viele der sogenannten „Bewertungsemotionen“, wie z. B. Wut, Ärger, Haß, Groll, Verzweiflung etc. als ihre echten Ableger bewertet werden. Forschungsergebnisse der letzten Jahre bestätigen die grundlegende Beteiligung des Trauerphänomens im Prozeßgeschehen der Krebskrankheit. Damit gewinnen u. a. die seit langem erkannten, aber vernachlässigten Zusammenhänge von Trauer und Krebs besondere Bedeutung im heilsamen Umgang mit dieser Krankheit. Ausgehend davon, daß Trauer alle Dimensionen menschlichen Seins beeinflusst und die Krebskrankheit uns auf ähnliche Zusammenhänge aufmerksam macht, ist ein erlebniszentrierter und kreativ-expressiver Trauerumwandlungsprozeß heilsam und lebenswichtig, muß aber unter besonderen Begleit-Bedingungen und speziellem Setting stattfinden.

Canacakis J (1987) Ich sehe deine Tränen. Trauern, Klagen, Leben können. Stuttgart, Kreuz

Canacakis J, Schneider K (1989) Neue Wege zum heilsamen Umgang mit Krebs. Stuttgart, Kreuz

Goldbrunner H (1996) Trauer und Beziehung. Mainz, Grünewald

Jorgos Canacakis

Traum, Traumdeutung (aus Sicht der → Psychoanalyse). Träumen ist eine mentale Aktivität, die während des Schlafes stattfindet und meist in visuellen Bildern erfolgt. Freud (1900) nahm an, daß Träume eine psychologische Bedeutung haben, die durch Interpretation gefunden werden kann, und sah in ihnen den „Königsweg zum Unbewußten“. Die primäre Funktion des Traumes sah er in der Sicherung des Schlafes. Während der Traumbildung, in der libidinöse und aggressive Impulse verarbeitet werden, die normalerweise die Motorik in Gang setzen und den Träumer wecken würden, regrediert er auf einen archaischen Modus des psychischen Funktionierens, den man → Primärprozeß nennt und halluziniert die → Wunscherfüllung. Der latente Inhalt könnte den Träumer wecken und wird deshalb dem Prozeß der Traumarbeit unterzogen, der

den latenten Inhalt in verschlüsselter Form darstellt mit Hilfe von → Verschiebung, Verdichtung und Symbolisierung. Angstträume zeigen das Versagen der Traumarbeit an; traumatische Träume, in denen der Traum das traumatische Erlebnis wiederholt, sind Ausnahmen von der Theorie. Die Interpretation hat die Aufgabe, die zur → Abwehr erfolgte Verschlüsselung aufzulösen, um so vom manifesten zum latenten Trauminhalt zu gelangen. In der Folge gab es eine Reihe psychoanalytischer Modelle zur Traumbildung und zur Trauminterpretation außerhalb der klassischen Theorie. Beginnend mit den Arbeiten von Jung (1916) und Fromm (1951) wurde immer mehr Gewicht auf den progressiven und problemlösenden, zuletzt auf den informationsverarbeitenden Aspekt des Traumes gelegt. REM-Träume (rapid eye movement) sind mehr bildhaft, Non-REM-Träume verwenden mehr den → Sekundärprozeß und das verbale Denken. Untersuchungen über REM und Trauminhalt ergeben, daß REM-Schlaf und Träumen eine wesentliche Rolle in der Affektregulierung (→ Affekt), der Konsolidierung von Erinnerung, der Informations- und Streßverarbeitung spielen (Levin, 1990). Die Forschung unterstützt die Sicht, daß Träumen ein komplexer psychischer Vorgang ist, der vorwiegend adaptive Funktion hat. Ein neues Modell der organisierenden Funktion („organization model“) sieht die übergeordnete Funktion des Traumes in der Entwicklung, Erhaltung (Regulierung) und Wiederherstellung der psychischen Organisation (Fosshage, 1983; → Selbstpsychologie).

Fosshage JLL (1983) The psychological function of dreams: a revised psychoanalytic perspective. *Psychoanalysis and Contemporary Thought* 6: 641–669

Freud S [1900] (1982) Die Traumdeutung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer

Fromm E (1951) The forgotten language. New York, Grove Press

Jung CG [1916] (1960) General aspects of dream psychology. In: Jung CG, The structure and dynamics of the psyche: collected works, vol. 8. New York, Pantheon Books, pp 237–280

Levin R (1990) Psychoanalytic theories on the function of dreaming. A review of the empirical dream research. In: Masling J (Ed), *Empirical studies of psychoanalytic theories*, vol. 3. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

James L. Fossbagg [Übers.: Erwin Bartosch]

Traum, Traumdeutung (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). C.G. Jung nennt den Traum ein „psychisches Gebilde“, genauer „ein Stück unwillkürlicher psychischer Tätigkeit“ (Jung, GW, Bd. 8, § 532). Der Traum gibt Auskunft über die seelische Verfaßtheit, in welcher der Träumende steht. Träume, → Mythen und → Märchen zeigen auf, wie sich die → Seele im einzelnen, in einer geschichtlichen Epoche, in einer Kultur verfaßt. Diese Sichtweise geht von jenen Aussagen Jungs aus, in denen er die Seele als „eine Welt von sozusagen kosmischen Ausmaßen“ (GW, Bd. 10, § 366), und nicht einfach als Innerseelisches oder als Epiphänomen des Körpers begreift. Die Sprache des Traums ist bildhaft-symbolisch bzw. metaphorisch (→ Symbol). In den Traumbildern als Momentaufnahmen der seelischen Verfaßtheit des Träumenden manifestieren sich archetypische Grundgegebenheiten (→ Archetypus) in individueller und zeitgebundener Gestalt. Jung geht davon aus, daß das Traumbild alles in sich enthält, was es zu seiner Deutung bedarf (GW, Bd. 16, §§ 319f.). Die Deutung soll nah beim Traumbild bleiben und nichts hinzufügen, was nicht im Bild enthalten ist. Auch die in der Analytischen Psychologie wichtigen → Amplifikationen sollen sich nicht vom Traumbild entfernen (→ Methode, synthetische). Die Traumdeutung wird von Jung beschrieben als Äquivalent der alchemistischen Operation (GW, Bd. 14/II, § 404; → Alchemie). Neben der bildhaften Traumdeutung schlägt Jung vor, je nach Bewußtseinsstand des Analysanden auch die sogenannte objektstufige (kausal-reduktive) Deutung anzuwenden, d. h. den Traum zu äußeren Begebenheiten in eine Kausalbeziehung zu bringen (→ Methode, reduktive). In der entwicklungspsychologischen Richtung der Analytischen Psychologie werden beide Deutungsmöglichkeiten nebeneinander angewen-

det. Die → Archetypische Psychologie lehnt die kausal-reduktive und damit positiverende Deutung ab und besteht auf der Sinndeutung (→ Sinn). Diese muß auf die Grundmetapher der Psychologie, die Seele, zielen, auf die Frage, wie der im Traumbild aufscheinende Seelenhintergrund das Leben eines Einzelnen bestimmt. In der Weiterführung der Archetypischen Psychologie bei Giegerich wird die logische Form des Seelischen, d. h. auch die der Träume, in den Mittelpunkt gesetzt und die Traum-Bilder als Narrative (Erzählweisen) der dialektischen Bewegung der Seele verstanden.

Dieckmann H (1990) Träume als Sprache der Seele. Einführung in die Traumdeutung der analytischen Psychologie C.G. Jungs, 5. Aufl. Fellbach, Bonz

Jung CG (versch. J.) GW, Bd. 7, §§ 121–140; Allgemeine Gesichtspunkte zur Psychologie des Traumes, Bd. 8, §§ 443–529; Vom Wesen der Träume, Bd. 8, §§ 530–569; Bd. 14/II, §§ 404 ff. Olten, Walter

Jung CG (1991) Seminare Traumanalyse. Nach Aufzeichnungen des Seminars 1928–1930. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Hillman J (1983) Am Anfang war das Bild. Unsere Träume – Brücke der Seele zu den Mythen. München, Kösel

Uslar D v (1990) Der Traum als Welt. Sein und Deutung des Traums, 3. Aufl. Stuttgart, Hirzel

Doris Lier

Traum, Traumdeutung (in der → Daseinsanalyse). Die Interpretation von Träumen ist ein zentrales Element der daseinsanalytischen Therapie. Erste Ansätze zu einer daseinsanalytischen Traumtheorie finden sich bereits in einem Aufsatz von Ludwig Binswanger aus dem Jahr 1930. Eine ausgearbeitete → Phänomenologie des Träumens, sowie eine Methodik ihres therapeutischen Einsatzes entwickelte dann Medard Boss, dessen einschlägige Arbeiten bis heute grundlegend sind. Die Daseinsanalyse versteht das Träumen als eine Weise des In-der-Welt-seins, die sich gegenüber dem Wachleben dadurch auszeichnet, daß in der geträumten Welt (→ Welt, Weltbezug) nur das erscheint, was der stimmungsmäßigen Befindlichkeit des Träumers in hohem Maße entspricht. Aufgrund

dieser Verdichtung des Weltbezuges geben Träume wertvolle Aufschlüsse über die jeweilige Verfassung des Träumenden, seine Offenheit und Verslossenheit gegenüber den eigenen Seinsmöglichkeiten. Die daseinsanalytische Auslegung konstruiert keinen Sinn jenseits des manifesten Trauminhaltes, sondern fragt nach den Bedeutungsgehalten, die die Traumwelt von ihr selbst her erkennen läßt. Dabei ist der Weltbereich, den der Träumer im Traum offenhält, zu beachten, die Gestimmtheit, die darin vorherrscht, sowie das Wesen dessen, was sich im Traum zeigt, die Art, wie es dem Träumer begegnet und wie er sich zu ihm verhält. Die therapeutische Anwendung der Trauminterpretation besteht darin, im Gespräch mit dem Analysanden Analogien zwischen dem Traumgeschehen und Verhaltensweisen, Emotionen und Konflikten, die der Träumer aus seiner wachen → Ek-sistenz kennt, ausfindig zu machen. Durch die Erkenntnis, daß dieselben Themen, sowohl im Wachen, wie auch im Traum erscheinen, aber auf jeweils andere Weise, kommt ein hermeneutischer Zirkel in Gang (→ daseinsanalytische Hermeneutik), in dem sich Wachleben und Traum gegenseitig erhellen und einen vertieften Einblick in die existentielle Situation des Analysanden gewähren (Jaenike, 1992: 192). Die Rolle des Therapeuten besteht in diesem Prozeß weniger darin, den Analysanden mit der eigenen Interpretation zu konfrontieren, als durch gezielte Fragen dem Träumer beim Finden seines Traumsinnes behilflich zu sein.

- Binswanger L (1994) Traum und Existenz. In: Binswanger L, Ausgewählte Werke, Bd. 3: Vorträge und Aufsätze. Heidelberg, Asanger, S 95–121
- Boss M (1953) Der Traum und seine Auslegung. Bern, Hans Huber
- Boss M (1975) „Es träumte mir vergangene Nacht...“ Schüben im Bereich des Träumens und Beispiele für die praktische Anwendung eines neuen Traumverständnisses. Bern, Hans Huber
- Craig PE, Walsh SJ (1993) Phenomenological challenges for the clinical use of dreams. In: Delancy G (Ed), New directions in dream interpretation. Albany, State University of New York Press, pp 103–155

Jaenike U (1992) Die Bedeutung der Traumauslegung in der Psychotherapie. Daseinsanalyse 9: 189–195

Karl Baier

Traum, Traumdeutung (aus Sicht der → Klientenzentrierten Psychotherapie). In der Arbeit mit Träumen wird die Möglichkeit einer besonderen Erlebnisaktivierung und der Vertiefung der → Selbstexploration auf einer sehr bildhaft-emotionalen Ebene gesehen (Pfeiffer, 1989). Charakteristisch für den phänomenologisch orientierten Umgang mit Träumen in der Klientenzentrierten Psychotherapie ist die Orientierung an der manifesten Traumgeschichte und am Traumerleben des Patienten (Graessner, 1989). Der Therapeut versucht, den Patienten anzuregen, die Traumstimmungen, Traumwahrnehmungen und Traumhandlungen zu vergegenwärtigen und sodann die Traumgeschichte als Ausdruck der → Selbstaktualisierung zu verstehen. Gegenüber einem intellektualisierenden Interpretieren der Traumsymbolik betont die Klientenzentrierte Psychotherapie die ständige Bezugnahme des Verstehens auf ein imaginierendes Wiedererleben des Traumes in der therapeutischen Situation.

- Graessner D (1989) Traumbearbeitung und Focusing. GwG-Zeitschrift 74: 43–48
- Pfeiffer WM (1989) Arbeit mit Träumen – ein zentrales Thema des Kongresses in Leuven 1988. GwG-Zeitschrift 74: 68–70

Jobst Finke

Traum, Traumdeutung (in der → Focusing-Therapie). Träume eröffnen nach E.T. Gendlin Zugänge zu bewußtseinsferneren Persönlichkeitsanteilen. Die Bilder, in die der Traum Lebensthemen des Träumers übersetzt, sind, sofern erinnert, explizite Erlebensaspekte, deren implizite Bedeutungsgehalte mittels → Focusing erlebbar werden können. In der Focusing-Traumarbeit werden Traumbilder daher nicht „von außen“ gedeutet, sondern durch das → Verweilen mit der impliziten körperlichen Resonanz (→ Felt Sense), die sie hervorrufen, „von innen“ bedeutsam. So

wird der → Körper zum eigentlichen „Traumdeuter“. Voraussetzung für diesen Prozeß der Bedeutungsfindung ist, daß der Träumer eine gute Beziehung (→ Freiraum) zum Traum herstellt. Gendlin hat unter Einbeziehung verschiedener Traumtheorien (u. a. Freud, Jung, Perls) eine Reihe von Fragen entwickelt (z. B. nach dem Ort, in dem sich der Traum abspielt, nach einzelnen Traumdetails, nach den auftretenden Personen, den Handlungsabläufen etc.), die der Träumer an den Felt Sense stellen kann (→ Guiding), wodurch neue Bedeutungsaspekte aus dem impliziten Erleben „hervorgehoben“ werden können. Ferner hat Gendlin verschiedene Methoden in der Traumarbeit beschrieben, z. B. die Rollenübernahme von feindlichen oder bedrohlichen Traumpersonen, in deren Felt Sense dann eine verlorengegangene bzw. abgespaltene, aber nun vorwärtsgerichtete („gute“) Kraft gespürt wird, die sich explizieren und zu neuen Handlungsschritten führen kann. So können z. B. Verfolger im Traum als Persönlichkeitsanteile erlebt werden, die den Träumer suchen gehen, um ihm eine wichtige Energie, z. B. Aggression, zur Verfügung zu stellen. Da der Träumer dazu neigt, die Traumbotschaften in → strukturgebundener, d. h. meist negativer Weise, selbst zu interpretieren, hat Gendlin die Methode der Voreingenommenheitskontrolle (bias control) eingeführt. Dabei wird der Träumer eingeladen, zum Traum bzw. zu Traumteilen oder -aspekten eine Haltung einzunehmen, die seiner gewohnten Haltung entgegengesetzt – und daher in der Regel positiver und akzeptierender – ist. So kann er sich auch den aversiven oder bedrohlichen Traumaspekten in einer wohlwollenden Haltung nähern und sich bewußt für Neues und Lebensförderndes öffnen, das aus dem Gegenteil der gewohnten Sichtweise entsteht.

Gendlin ET [1986] (1987) *Dein Körper – dein Traumdeuter*. Salzburg, Otto Müller

Gendlin ET (1992) Three learnings since the dreambook. *The Focusing Folio* 11(1): 25–30

Gendlin ET (1993) *Focusing ist eine kleine Tür. Gespräche über Focusing, Träume und Psychotherapie*. Würzburg, DAF

Gendlin ET [1996] (1998) *Focusing-Orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. München, Pfeiffer

Sybillie Ebert-Wittich

Traum, Traumdeutung (in der → Gestalttherapie). In der Gestalttherapie werden Träume als existentielle Botschaften eines Menschen und als spontaner Ausdruck seines Daseins in seinem Umweltfeld behandelt. Traumdeutung wird mit der aktiven Erforschung von Träumen anhand von szenischen Darstellungen oder Dialogen des Träumers mit dem → leeren Stuhl ersetzt, denn aktive Entdeckung befähigt dazu, eigenen Erfahrungen selber Bedeutung zu verleihen. Perls nannte den Traum den „Königsweg zur → Integration“ und förderte in dessen Bearbeitung die Reidentifikation mit projizierten Persönlichkeitsanteilen. In phänomenologischer Vorgangsweise wird der Traum beispielsweise als gegenwärtige Geschichte erzählt, und der Träumer kann vorkommende Personen oder Gegenstände als enteignete Teile von sich und seiner Umwelt erforschen, erkennen und integrieren. Zinker entwickelte Traumarbeit als Theater wie auch als Ort für archetypische Themen (→ Archetypus) weiter. Nach Isadore From sind Träume der Ausdruck von Retrofektion, und das Erinnern und Erzählen des Traumes sind Indikatoren für die Bereitschaft des Patienten, diese Retrofektion in der psychotherapeutischen Begegnung wieder aufzulösen. Im Rahmen einer kontinuierlichen Psychotherapie sind, nach From, insbesondere Träume unmittelbar vor oder nach einer Sitzung von Interesse, denn hier bringt die träumende Person etwas zum Ausdruck, was in der psychotherapeutischen Interaktion noch nicht möglich war. So wird der Fokus auf die Therapeuten-Patienten-Beziehung im Hier-und-Jetzt gelenkt, und die gegenwärtige Erlebnisstruktur des Patienten kann erforscht werden.

Clarkson P, Mackewn J (1993) *ES. Perls und die Gestalttherapie*. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Müller B (1993) Isadore Froms Beitrag zur Theorie und Praxis der Gestalttherapie. *Gestalttherapie* 7(2): 30–42

Zinker J (1977) Gestalttherapie als kreativer Prozeß. Paderborn, Junfermann

Nancy Amendt-Lyon

Trauma. Aus der Perspektive der klassischen → Psychoanalyse bezeichnet das Trauma einen Zusammenbruch: der psychische Apparat wird von inneren oder äußeren Reizen überschwemmt, die bereits vorhandene Triebkonflikte hervorrufen und verstärken. Konstitutionelle Faktoren und äußere Bedingungen erhöhen die Anfälligkeit für ein Trauma. In der → Selbstpsychologie bezieht sich „Trauma“ auf das Erleben der → Fragmentierung des → Selbst, verbunden mit der Angst vor dem Zerfall (Desintegrationsangst), die einen (pathogenen) Mangel oder die Unterbrechung einer benötigten, das Selbst organisierenden und affektregulierenden → Selbstobjektbeziehung zur Ursache hat. Stolorow & Atwood (1992) definieren das Trauma als die Unmöglichkeit der Verarbeitung eines schmerzlichen, angstbesetzten Affektes innerhalb eines Beziehungssystems, das durch eine (chronische) Fehlablehnung der Bezugsperson (malattunement) mit dem affektiven Erleben des Kindes charakterisiert ist.

Arlow JA (1991) Conflict, trauma, and deficit. In: Dowling S (Ed), Conflict and compromise: therapeutic implications. Madison (CT), International Universities Press, pp 3–14

Freud S [1916/17] (1982) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. I: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Frankfurt/M., Fischer, S 33–445

Stolorow RD, Atwood GE (1992) Contents of being: the intersubjective foundations of psychological life. Hillsdale (NJ), The Analytic Press, pp 51–59

Ruth Gruenthal [Übers.: Erwin Bartosch]

Trauma (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Die Analytische Psychologie hat die große Bedeutung traumatischer Erlebnisse für die Entstehung von → Neurosen und Entwicklungsstörungen immer betont (C.G. Jung, GW, Bd. 4, §§ 399–403).

„Das psychische Trauma [...] setzt sich in der kindlichen Seele [...] als ein äußerst gefühlstarker [→] Komplex fest, der auf lange Jahre hinaus das Denken und Handeln konstellieren muß“ (GW, Bd. 2, § 718; → Konstellation / konstellieren). In diesem Fall sind Trauma und Komplex identisch. Traumatische Ereignisse (Schockerlebnisse, schwere psychophysische Beeinträchtigungen) reichen mit ihren Erschütterungen tief in die physische und vegetative Natur und können deswegen nur schwer assimiliert werden; psychisch kann nur das integriert werden, was auch psychifiziert werden kann. Traumata äußern sich oft in Form von „Reaktionsträumen“, die das Trauma einfach reproduzieren. Nicht jedes Trauma führt allerdings zu einer psychischen Krankheit, sondern es muß, um wirksam zu werden, auf eine besondere psychische Disposition treffen. Was für den einen Menschen ein Trauma ist, bedeutet für den anderen einen Stimulus zur eigenen Entfaltung (GW, Bd. 4, § 400). Traumatische Komplexe können zu einer Dissoziation der Psyche führen (→ Dissoziation; → dissoziative Störungen), was bedeutet, daß ein Teil der psychischen Traumata durch alleiniges Abreagieren nicht geheilt werden kann. Dazu ist die therapeutische Beziehung notwendig, welche die bewußte Persönlichkeit des Patienten soweit stärkt, daß der traumatische Komplex der Kontrolle des → Bewußtseins angegliedert werden kann (GW, Bd. 16, §§ 261, 290).

Jung CG [1913] (1971) Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie. In: GW, Bd. 4, S 107–111 u. §§ 203–522. Olten, Walter

Jung CG [1928] (1971) Der therapeutische Wert des Abreagierens. In: GW, Bd. 16, §§ 255–293. Olten, Walter

Jung CG [1905] (1979) Psychoanalyse und Assoziationsexperiment. In: GW, Bd. 2, §§ 660–727. Olten, Walter (siehe auch Fn S 27).

Barnim Nitsch

Traumatherapie. Traumatherapie mit Menschen, die überwältigenden, traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt waren, hat das Ziel, in Akutsituationen Bewältigungshilfen zu geben, Nach- und Folge-

schäden zu verhindern oder zu beseitigen, Integration von entsetzlichen Erfahrungen in das Selbstkonzept und eine Neuorientierung im Leben. Akutbehandlungen: → Krisenintervention war ein wichtiger, auf der Krisentheorie basierender Behandlungsansatz. In der Militärpsychologie wurde das Modell des „psychological debriefing“ entwickelt. → Katharsis (aussprechen, besprechen, entlasten) soll Heilungsprozesse fördern. Empirische Outcome-Studien sind indes widersprüchlich: einerseits wird subjektiv Entlastung durch debriefing berichtet, andererseits fand man bei behandelten gegenüber unbehandelten Patienten einen schlechteren Immunstatus. Behandlungsmöglichkeiten von → posttraumatischer Stressstörung (PTSD): 1. Die kognitiv-behavioralen Ansätze (Rothbaum & Foa, 1996) zeigen zwei Ausrichtungen: (a) Expositionstherapie zur Aktivierung traumatischer Erinnerungen, um pathologische Begleiterscheinungen zu verändern und durch nicht-pathologische Reaktionen zu ersetzen. Ein desensibilisierendes Moment ist damit verbunden. Ob allerdings Aktivierungen, Evokationen mit Hyperarousal-Effekt nicht Retraumatisierungen bewirken, Desensibilisierung nicht zu „subtilem numbing“ (verdeckte Abstumpfung) mit immunsuppressiven Wirkungen führt, bedarf noch der Untersuchung. Bis dahin ist für alle Ansätze, die auf „Durchleben und Aussprechen“ zentrieren, Vorsicht angesagt. (b) Anxiety-Management-Training vermittelt Techniken zum Handhabbar machen intrusiver Gedanken, Ängste, überflutender Erinnerungen. Es wird auf keine Aktivierung abgestellt, sondern auf kognitive Strategien der Kontrolle. 2. Der psychoanalytische Behandlungsansatz (Lindy, 1996) fokussiert auf durcharbeitendes Besprechen im Behandlungssetting, d. h. der Übertragungs- / Gegenübertragungskonfiguration, in der traumatische Wiederholungen bearbeitet werden sollen. Gefahren liegen in der Möglichkeit „toxischer“ Bindungen aufgrund der dyadischen Behandlungsstruktur. 3. Gruppentherapie wird oft als Methode der Wahl für akut und chronisch traumatisierte Menschen angesehen. Das Teilen gemeinsamen Schicksals, wechselseitige Lebenshilfe, soziale Aktivierung,

die Rückzugseffekten entgegenwirkt, soll Opfern helfen, Gefühle der Sicherheit, Kontrolle, Selbstwirksamkeit wiederzugewinnen. 4. Eklektische Ansätze: Populär ist das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), eine kurzzeittherapeutische, desensibilisierende Expositionsbehandlung mit deutlich kognitiven Komponenten (auf Veränderung der mit dem Trauma verbundenen Information abzielend) und entspannungstherapeutischen / hypnotischen Elementen (Shapiro, 1998). Der Klient imaginiert eine traumatische Szene, fokussiert auf die sie begleitenden Gedanken und physiologischen Erregungszustände, wobei er dem schnell bewegten Finger des Therapeuten mit den Blicken folgt (auch andere sakkadische Bewegungen sind möglich). Ein überzeugender empirischer Wirkungsnachweis steht noch aus. 5. Integrative Ansätze sind systematische, theoriegeleitete Integrationsmodelle. Integrative Traumatherapie (Petzold, 1998) ist z. B. ein solcher komplexer Ansatz, in dem ein spezialisiertes isotonisches Entspannungs-/Spannungstraining (muskulär, respiratorisch, mental) gegen Hyperarousal und seinen Symptomen als Beruhigungsstrategie und Stressmanagement verbunden wird mit Aktivierungen gegen Abstumpfungsreaktionen (numbing). Es wird weiterhin vernetzt mit soziotherapeutischen Aktivitätsprogrammen, Lerngruppen, Gruppentherapie, Arbeit mit → kreativen Medien gegen soziale Rückzugstendenzen. Diese differentiellen, in ein übergreifendes Interventionsmodell integrierten Maßnahmen machen ein allmähliches Bearbeiten traumatischer Erlebnisse möglich, mit dem Ziel des Aufbaus neuer Sinnstrukturen, sozialer Bezüge und Handlungsfelder, d. h. einer Neuorientierung des Lebens. 6. Psychopharmakologische Behandlung gründet auf biologischen und neurowissenschaftlichen Modellen und setzt Medikation theoriegeleitet oder alleinig symptomgerichtet ein (Davidson & van der Kolk, 1996; → Psychopharmaka). Umfassende, integrative Ansätze sind in der Traumatherapie unverzichtbar, weil nicht nur eine Einzelperson, sondern auch das jeweilige soziale Netzwerk mitbetroffen ist und sehr oft die gesamten Lebensstruk-

turen beschädigt oder zerschlagen sind. Sie müssen deshalb biologische, psychologische, soziale und ökologische Dimensionen umfassen. Die Behandlung muß somatosensorische, emotionale, kognitive und soziale Erfahrungsdimensionen ansprechen. Bislang liegen für keine der Behandlungsformen der Traumatherapie gesicherte empirische Ergebnisse vor.

- Davidson JRT, van der Kolk B (1996) The psychopharmacological treatment of posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk B, McFarlane AC, Weiseth L (Eds), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, Guilford Press, pp 510–524
- Eschenröder CT (Hg) (1998) EMDR – eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Tübingen, DGVT
- Lindy JD (1996) Psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder: the nature of the therapeutic relationship. In: van der Kolk B, McFarlane AC, Weiseth L (Eds), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, Guilford Press, pp 525–536
- Petzold HG (1999) Body Narratives: Traumatischer und Posttraumatischer Stress – Die Sicht der integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 24
- Rothbaum BO, Foa EB (1996) Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk B, McFarlane AC, Weiseth L (Eds), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, Guilford Press, pp 491–509
- Shapiro F (1997) EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn, Junfermann
- van der Kolk B, McFarlane AC, Weiseth L (Hg) [1996] (1998) *Traumatischer Stress. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn, Junfermann

Zorica Jošić, Hilarion G. Petzold

Traumatische Krise. → Krisenverlauf; → Krisenintervention.

Traumatischer Stress. Traumatischer Stress entsteht durch überwältigende persönliche Katastrophen, wie z. B. Gewalttätigkeiten, Naturkatastrophen, Kampf, Menschenrechtsverletzungen und dem

plötzlichen Tod geliebter Personen. Eine traumatische Situation ist psychologisch definiert (Kleber & Brom, 1992) durch Machtlosigkeit (das Überwältigtsein durch ein unkontrollierbares Ereignis) und eine Unterbrechung (eine drastische Zerstörung grundlegender Annahmen und Erwartungen). Dabei wird eine Unterscheidung zwischen Typ I-Traumata (plötzlich und akut) und Typ II-Traumata (wiederholt und verzögert) gemacht (Terr, 1991). Traumatische Erlebnisse können ernste und anhaltende Konsequenzen haben: Wiedererinnerungen an das Ereignis, Furcht vor erneutem Auftreten, Gefühle der Schuld über die eigene Unverantwortlichkeit, Traurigkeit über Verlust, Ausbrüche von Wut und einen generellen Interessenverlust. Nicht alle Menschen entwickeln ernsthafte psychische Störungen nach extremen Erlebnissen. Die Lifetime-Prävalenzen (kumuliertes Risiko, auf die Lebensspanne bezogen) variieren zwischen 10 und 40%. Häufige Störungen sind die → Posttraumatische Streßstörung, → Depression, dissoziative Störungen und Substanzmißbrauch. Zwei Richtungen sind typisch für den Prozeß des Durcharbeitens von traumatischen Ereignissen: Leugnung impliziert, daß Erinnerungen an das Ereignis vermieden werden, um intensive Emotionen zu umgehen. Beispiel hierfür sind z. B. die Vermeidung des Ortes des Ereignisses, der Wunsch, nicht über das Ereignis zu reden, Gefühle der Entfremdung und emotionale Abstumpfung (numbness). Intrusionen hingegen verweisen auf das Wiedererleben von Gefühlen und Gedanken, die mit dem Ereignis verbunden sind: Alpträume, Schreckreaktionen, Sorgen, „flash-backs“ sowie Gefühlsausbrüche. Diese Tendenzen zur Leugnung und Intrusionen können alternieren. Posttraumatische Prozesse werden in einem neueren kognitiven Modell (Creamer, 1995) wie folgt erklärt: Dem Individuum ist es nicht sofort möglich, die überwältigenden Ereignisse zu handhaben. Es kann sie aber auch nicht ignorieren, genauso wenig, wie es ihr Auftreten verhindern kann. Der Glaube an die eigene Unverletzlichkeit und das Vertrauen in andere Menschen sowie in die Welt sind erschüttert (Janoff-Bulman, 1992). Neue Bedeutungshorizonte müssen konstruiert

werden. Die Versuche, die angstausslösenden Informationen zu integrieren, resultieren in erheblichem Unbehagen und im Wunsch, den Gedanken und Erinnerungen an das Trauma zu entfliehen. Der Vorgang der Traumatabewältigung wird als ein psychologischer Mechanismus angesehen, die traumatischen Erfahrungen und ihre Bedeutungen auf der einen Seite mit gleichzeitig vorhandenen Vorstellungen, Erwartungen und Lebensauffassungen auf der anderen Seite, zu versöhnen. In der Gesundheitsversorgung sind viele Formen der Behandlung von Traumata entwickelt worden. Nicht-klinische Formen der sekundären Prävention für Opfer sind Selbsthilfegruppen, psychoedukative Ansätze, kritische Streßereignisbewältigung (debriefing) sowie Traumataberatung. Die psychotherapeutischen Behandlungstechniken der mit Traumata verbundenen Störungen haben ihre Wurzeln in der kognitiven Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und der auf Dissoziationen zentrierten Therapie (Janet). Es finden sich auch neuere Ansätze wie Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) – eine Kombination von Hypnorelaxation und Restrukturierung emotionaler und kognitiver Information (Shapiro, 1997) – und integrative Modelle (van der Kolk et al., 1999).

- Creamer M (1995) A cognitive processing formulation of posttrauma reactions. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR (Eds), *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York, Plenum Press, pp 55–74
- Eschenröder CT (Hg) (1998) EMDR – eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Tübingen, DGVT
- Janoff-Bulman R (1992) *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York, Free Press
- Kleber RJ, Brom D (1992) *Coping with trauma: theory, prevention and treatment*. Amsterdam, Swets & Zeitlinger International
- Kolk van der B, McFarlane A, Weisaeth [1996] (1999) *Traumatischer und posttraumatischer Streß*. Paderborn, Junfermann
- Shapiro F (1997) EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn, Junfermann
- Terr LC (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148: 10–20

Triade. → Triangulation; → Familientherapie.

Triade, kognitive. → Kognitive Triade; → Verhaltenstherapie.

Triangulation, Triangulierung. Das Konzept stammt aus den Anfängen der → Familientherapie, wurde von S. Minuchin beschrieben und bezeichnet einen Transaktionsmodus zwischen zwei Personen, die miteinander einen offenen oder verdeckten Konflikt haben und zur Spannungsreduktion eine dritte Person miteinbeziehen. Die dritte Person wird einmal mit dem einen, dann mit dem anderen eine Koalition gegen den jeweils anderen eingehen. Dies kann zu großen Loyalitätskonflikten führen. „Starre Triaden“ sind hingegen gleichbleibende Koalitionen, wobei sich zwei gegen den dritten verbünden. In der Situation der sogenannten Konfliktumleitung beschäftigen sich zwei Familienmitglieder (z. B. das Elternpaar) intensiv mit einem Dritten (z. B. dem Kind als Symptomträger) und vermeiden so die direkte Auseinandersetzung. „Das eigentliche Fundament jedes emotionalen Systems ist das Dreieck. Übersteigt in einem Zwei-Personensystem die emotionale Spannung eine gewisse Schwelle, so dehnt sie sich auf eine dritte Person aus und ermöglicht eine Verlagerung innerhalb des Dreiecks“ (Bowen, 1978). Zuk (1971) beschreibt „Go-Between“-Prozesse als die Fähigkeit von Familientherapeuten, sich im therapeutischen Prozeß bewußt einmal mit dem einen, einmal mit dem anderen zu verbünden, um zu einer Veränderung der Struktur beizutragen. Triangulation ist auch zwischen verschiedenen Institutionen möglich.

- Bowen M (1978) *Family therapy in clinic and practice*. New York, Jason Aronson
- Minuchin S, Rosman B, Baker L (1983) *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Zuk G (1971) *Familientherapie*. Freiburg, Lambertus

Rolf J. Kleber [Übers.: Michael Märtens]

Hildegard Katschnig

Trias, tragische. → Sinn; → Existenzanalyse; → Logotherapie.

Trickster (→ Analytische Psychologie). Archetypische Personifikation (→ Archetypus). Kosmisches, göttlich-tierisches Urwesen mit übermenschlichen Eigenschaften, dennoch Menschen und Tieren aufgrund seiner Unvernunft, Unbewußtheit, Instinktilosigkeit und Ungeschicklichkeit unterlegen. Bsp.: Mythische Ur-Schamanen, Koyote, Rabe, Hermes, Loki, Mercurius (→ Alchemie), Dummling im Märchen. In Europa bis ins 16. Jh. öffentlich ausgelebt (Hexensabbat, Eselsprozessionen); abgeschwächt der Hofnarr, Figuren in Karneval, Theater (Pulcinello), Comics (Tom & Jerry, Rosaroter Panther etc.), Filmen. Mit C.G. Jung wird der Trickster als Widerspiegelung eines nur langsam schwindenden, primitiven Bewußtseinszustandes der Menschheit gesehen, als kollektive Schattenfigur (→ Schatten), von der man sich mit Spott abstößt. Der Trickster findet aber in Geschichten oft zu mehr Bewußtheit und Ethos, weshalb er insofern gleichzeitig ein noch rohes Entwicklungspotential symbolisiert (→ Geist). Der heute kaum bekannte Trickster-Archetypus kann im Alltag → konstelliert sein („Kobold“, Fehlleistungen, Therapiesituationen) sowie in → Träumen wirken (→ Unbewußtes, kollektives; → Mythen; → Inflation).

Jung CG [1954] (1989) Zur Psychologie der Tricksterfigur. In: GW, Bd. 9/1, §§ 456–488. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Sherman J, Boston D [Illustrator] (1996) Trickster tales: forty folk stories from around the world. Little Rock (AK), August House Pub.

Stein W (1993) Der Kulturheros-Trickster der Winnebago und seine Stellung zu vergleichbaren Gestalten in den oralen Traditionen nordamerikanischer Indianer. Eine Kritik an der Kulturheros-Trickster-Konzeption Paul Radins. Bonn, Holos

Andreas von Heydwoloff

Trieb. Freud hat den Begriff „Trieb“ 1905 in die → Psychoanalyse eingeführt und ihn im Unterschied zum Instinkt (ererbte psychi-

sche Bildungen) als Begriff der Abgrenzung des Seelischen vom Körperlichen bezeichnet, insofern diese Körperbedürfnisse (Triebe) Anreize für die seelische Tätigkeit darstellen. Triebe sind also am Übergang von Soma und Psyche lokalisiert und finden ihren psychischen Ausdruck in Form von Triebrepräsentanzen, d. h. mit Triebenergie besetzten Vorstellungen (im weitesten Sinne sind alle assoziierten und durch die Triebchicksale gewandelten Vorstellungen Triebabkömmlinge). Neben einer (a) biologischen Quelle, die den Trieb mit (b) Energie versorgt, hat er (c) ein Ziel, nämlich die Triebbefriedigung und Aufhebung des körperlichen Erregungszustandes mit Hilfe eines (d) → Objekts, durch welches dieses Ziel erreicht werden kann (Freud, 1933). Die Sexualentwicklung verläuft im Kindesalter über Partialtriebe im Gefolge der Triebbesetzung erogener Zonen (oral, anal, phallisch) hin zur genitalen Sexualorganisation des Erwachsenen. Die Freudsche Triebkonzeption ist von Anfang an in eine dualistische → Triebtheorie eingebettet (→ Sexualtrieb und Ich- oder Selbsterhaltungstribe, später Sexualtrieb und Todestrieb) und führt notwendigerweise zum Konflikt mit den Erwartungen der Umgebung (Eltern, Kultur). Dieser Konflikt ist von grundlegender Bedeutung für die Entstehung der → Neurose. Nach Freud (1915) haben die Triebe vier Schicksale: Verkehrung ins Gegenteil, Wendung gegen die eigene Person, → Verdrängung und → Sublimierung (→ Abwehrmechanismen). Gegen das Triebabfuhr-Modell von Freud sind in neuerer Zeit viele Einwendungen vorgebracht worden, die die gesamte → Metapsychologie der Triblehre in Frage stellen. Vor allem auf den Energiebegriff sollte unter Berücksichtigung informationstheoretisch-kybernetischer Forschungen verzichtet werden. Objektbeziehungstheoretische Sichtweisen (→ Objektbeziehungstheorie) berücksichtigen darüber hinaus die affektregulativen Auswirkungen von Interaktionen. Kernberg (1991) geht von den Primäraffekten und daraus abgeleiteten → Affekten als Motivatoren aus. Diese gruppieren sich im Laufe der Entwicklung um einen negativen (aversiven) und positiven (angenehmen) Pol und werden dann als sexueller und

aggressiver Trieb bezeichnet. Triebe sind für ihn Folgeerscheinungen von Affekten. Lichtenberg (1989) versucht, unter Bezug auf die Ergebnisse der Emotionsforschung und Entwicklungspsychologie, eine Theorie motivational-funktionaler Systeme zu entwickeln, die von fünf grundlegenden → Motivationssystemen ausgeht (physiologische Grundregulation, Bindung, Exploration/Assertion, Aversion, Sensualität/Sexualität) und an die Stelle der Triebtheorie tritt (→ Selbstpsychologie).

Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145

Freud S [1915] (1982) Triebe und Tribschicksale. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 75–102

Freud S [1933] (1982) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. I: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Frankfurt/M., Fischer, S 447–608

Kernberg OF (1991) The psychopathology of hatred. Journal of the American Psychoanalytical Association 39(Suppl.): 209–238

Lichtenberg JD (1989) Psychoanalysis and motivation. Hillsdale (NJ)-London, The Analytic Press

Hans-Peter Hartmann, Wolfgang Milch

Triebtheorie (→ Psychoanalyse). Wurde von Freud in mehreren Schritten entwickelt (vgl. Nagera, 1974) Von Anfang an ging er implizit von zwei miteinander konkurrierenden Trieben (→ Trieb), den Selbsterhaltungs- und → Sexualtrieben aus. Als Konfliktursache (→ Konflikt) galten ihm jedoch nicht deren Konkurrenz, sondern äußere Traumata (→ Trauma) und physische Ereignisse (→ Verführungstheorie) und damit zusammenhängende unerträgliche Vorstellungen. Die Bedeutung der → Fantasie im Zusammenhang mit der Entdeckung des → Ödipuskomplexes führten ihn zu der Annahme, daß sich Konflikte als Folge widerstreitender Triebwünsche darstellen. Freud (1910) sprach nun von

Ichtrieben (auf die Selbsterhaltung des → Ich gerichtet, z. B. Nahrungsaufnahme bei Hunger) und Sexualtrieben (gerichtet auf Sexualverkehr, Fortpflanzung und Brutpflege mit Drang nach Befriedigung), deren Konflikte als Folge bewußt-verdrängender (Ichtriebe) und unbewußt-verdrängter (Sexualtriebe) Wünsche zu verstehen sind. Über die Konzeptualisierung des → Narzißmus (als libidinöse Besetzung des Ich) und der Benennung der → Aggression als eigenständiger Triebkraft anstelle eines Elements der Sexualtriebe entstand schließlich die endgültige Fassung der Freudschen Trieblehre in Form der Dichotomie eines Lebens- und → Todestribs (Freud, 1920). In dieser Dichotomie des Lebendigen sah Freud die Entsprechung der in der Anorganik wirksamen Gegensätze von Anziehung und Abstoßung. Mit der Triebtheorie sehr eng verbunden ist das Konzept der Triebmischung, demgemäß die Grundtriebe miteinander und gegeneinander in wechselnden Proportionen wirksam werden. Triebmischung entsteht dabei aufgrund eines Überwiegens der Bindungskräfte (→ Libido), Triebentmischung aufgrund von Abstoßung (z. B. auch Abwehr von Reizen im Dienste der Selbsterhaltung des Ich) und Zerstörung (Destrudo) mit der Folge der → Ambivalenz. Auch die → Regression steht in einem engen Zusammenhang mit der Triebentmischung. Weiterhin wesentlich für das Verständnis der Triebwirkungen sind der → Wiederholungszwang und das Lust-Unlust-Prinzip (→ Lustprinzip). Die Vielfalt der Lebenserscheinungen wird durch die Konflikte zwischen den Grundtrieben untereinander und der Umwelt (Kultur) erklärt. Einwände gegen die Triebtheorie führten zu ihrer Relativierung in den → Objektbeziehungstheorien. In ihnen wurde zunehmend die (interpersonale) regulative Bedeutung der → Objekte (primäre Bezugspersonen) für die Entwicklung psychischer Strukturen betont, in Ergänzung zur rein intrapsychischen Triebdynamik. Die psychoanalytische → Selbstpsychologie gibt das motivationale Primat der Triebe zugunsten des → Selbst auf und macht die Bedeutung sexueller und aggressiver Triebäußerungen abhängig vom Selbstzustand. Bei normaler

Entwicklung und intakter Selbstkohärenz ermöglichen Triebabüßerungen Erweiterungen der Selbsterfahrung. Ist das Selbst jedoch fragmentiert, werden sie als → Abwehr (Zerfallsprodukte eines Selbstobjektversagens) verstanden, mit dem Ziel, die Selbstkohärenz zu verbessern (Kohut, 1977, 1984).

Freud S [1910] (1982) Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M., Fischer, S 205–213

Freud S [1920] (1982) Jenseits des Lustprinzips. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 213–272

Kohut H [1977] (1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Nagera H (1974) Psychoanalytische Grundbegriffe. Frankfurt/M., Fischer

Hans-Peter Hartmann, Wolfgang Milch

Trophotropes Reaktionsmuster. Im autonomen (vegetativen) Nervensystem wirkt der parasympathische Anteil trophotrop, der sympathische Anteil ergotrop. Man vergleicht dies gerne mit folgenden Bildern: trophotrop: „Ein Hase sitzt im Klee und frißt“ (alle Körperreaktionen sind auf Nahrung, Ruhe, Entspannung, Verdauung ausgerichtet); ergotrop: „Hase hört den Schuß eines Jägers und flieht“ (alle Körperreaktionen sind auf rasche Energiebereitstellung und Fluchtfähigkeit ausgerichtet). Das trophotrope Reaktionsmuster ist gekennzeichnet durch eine Erweiterung der Blutgefäße, Abnahme der Herzfrequenz, leichte Blutdrucksenkung, Nahakkommodation im Auge (Pupillenverengung), Zunahme der Speichelsekretion und Darmmotilität, ruhige Atmung. In der → Hypnose und im → Autogenen Training sowie anderen Entspannungsverfahren wird dieses Reaktionsmuster therapeutisch genutzt (→ Physiologie der Hypnose).

Bongartz B, Bongartz W (1988) Hypnose. Wie sie wirkt und wem sie hilft. Zürich, Kreuz

Kossak HC (1989) Hypnose, ein Lehrbuch. München, Psychologie Verlags Union

Henriette Walter

Trübung (Kontamination). In der → Transaktionsanalyse beschreibt das Konzept der Trübung, wie neopsychische Funktionen (→ Ich-System) durch Skriptprozesse (→ Skript) beeinträchtigt werden (Clarkson, 1996). Eine Trübung des Erwachsenen-Ich-Zustandes liegt bei einem Menschen dann vor, wenn Inhalte seines Eltern-Ich-Zustandes („Trübung aus dem Eltern-Ich-Zustand“, z.B. Vorurteil) oder Kind-Ich-Zustandes („Trübung aus dem Kind-Ich-Zustand“, z.B. magisches Denken) Teile seines Erwachsenen-Ich-Zustandes überlagern, wobei sich der Betreffende dessen nicht bewußt ist (→ Ich-Zustand). Intrapsychisch werden im Hier-und-Jetzt unangemessene Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen, die aus → Introjektionen und → Fixierungen stammen, fälschlicherweise als der Realität angemessen erlebt. Berne (1961) spricht vom „Eindringen“ des Eltern- bzw. des Kind-Ich-Zustandes in den Erwachsenen-Ich-Zustand. Die Befreiung von pathologischen exteropsychischen und archeopsychischen Einflüssen in den Ich-Zuständen bezeichnet Berne als Enttrübung (Dekontamination). Er vergleicht dabei den Prozeß der Enttrübung mit dem „Abschaben von Verkrustungen von einem Schiff, sodaß danach das Segel wieder geschickter möglich ist“ (Berne, 1961: 33; übers. R.S.). Enttrübung erfolgt durch schrittweise Identifizierung, Isolierung und Entmischung der intrapsychischen Konflikte, mit dem Ziel der Modifizierung der exteropsychischen und archeopsychischen Erfahrungen im Ich-System, sodaß sie sich als angemessene Zustände des Ichs im Hier-und-Jetzt entfalten können.

Berne E (1961) Transactional analysis in psychotherapy. New York, Ballantine Books

Clarkson P (1996) Transaktionsanalytische Psychotherapie. Freiburg, Herder

Rath I, Springer G (1998) Transaktionsanalytische Psychotherapie als wissenschaftliche Psychotherapie. Die theoretischen Grundlagen für das Anerkennungsverfahren 1993.

Journal für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse 4(1): 36–44

Renate Stöger

Typologie (→ Analytische Psychologie). C.G. Jung definierte den Typus als habituelles, „charakteristisches Musterbild“, das „dem Charakter eines Individuums ein bestimmtes Gepräge verleiht“ (GW, Bd. 6, § 835), und unterschied → Extraversion und Introversion als Einstellungstypen des → Bewußtseins von den vier Funktionstypen Denken und Fühlen (beurteilend, daher rationale Funktionen genannt) sowie Empfindung und Intuition (irrationale Funktionen, nicht, weil widervernünftig, sondern da einfach gegeben). Reflektieren des Denken hebt die vier Grundfunktionen in sich auf. Die differenzierteste Funktion eines Menschen bestimmt die Orientierung des Bewußtseins. Diese Hauptfunktion wird von einer weniger differenzierten sekundären Funktion, der Hilfsfunktion, unterstützt (irrationale Hilfsfunktion bei rationaler Hauptfunktion und umgekehrt). Haupt- und Hilfsfunktion hemmen die Entwicklung der zwei anderen Funktionen. Die am wenigsten differenzierte, inferiore oder minderwertige vierte Funktion arbeitet archaisch, unzuverlässig, ist am wenigsten bewußt, nur begrenzt entwicklungsfähig und deshalb eine lebenslange Aufgabe. In der → Neurose wird sie unbewußt, günstigenfalls trägt jedoch die durch sie vermittelte Konfrontation mit Unbewußtem (→ Schatten) zur → Individuation bei. Die Funktionen sind von der jeweils bei ihnen vorherrschenden Richtung der Libidobewegung abhängig (→ Energie, psychische), weshalb sie beim einzelnen Menschen immer als extravertiert oder introvertiert zu kennzeichnen sind (z.B. „extravertierter Empfindungstyp mit Hilfsfunktion introvertiertes Denken“). Nach Beebe hat jede Grundfunktion außerdem ein bewußtseinsfernes Pendant mit entgegengesetzter Einstellung (Beebe & Sandner, 1995). Es kann länger dauern, durch Beobachtungen im Kontakt, sorgfältige Traumarbeit, evtl. Tests (Bayne, 1995), Aufschluß über jemandes wahre Typologie zu erhalten, denn oft

haben Umweltanforderungen eine → Anpassung entgegen den typologischen Präferenzen erzwungen. Das typologische Profil kann sich in → Analysen, aber auch spontan im Laufe des Lebens differenzieren und verändern, wenn unterdrückte oder vernachlässigte Funktionen gefördert bzw. vor allem in der Lebensmitte von selbst aktiver werden. Die Typologie ist ein heuristisch wertvoller „kritischer Apparat“ zum Ordnen von Erfahrungsmassen, zum Verständnis individueller Variationen (Partnerschaft, Berufswahl, Erziehung, Lernen, Arbeitsplatz, Therapien) und dem Analytiker, der seine typologischen Stärken und Schwächen kennt, eine Hilfe gegen Irrtümer in der Einschätzung von Patienten (GW, Bd. 6, § 986).

Bayne R (1995) The Myers-Briggs Type Indicator. A critical review and practical guide. London, Chapman & Hall

Beebe J, Sandner DF (1995) Psychopathology in analysis. In: Stein M (Ed), Jungian analysis, Second edition. Chicago, Open Court, pp 297–348

Hillman J (1977) Egalitarian typologies versus the perception of the unique. Eranos Jahrbuch 45 [1976]: 221–279 [Separatum (1980) Dallas Spring Publications]

Jung CG [1921] (1994) Psychologische Typen. Gesammelte Werke, Bd. 6. Olten, Walter

Jung CG [1961] (1981) Das Typenproblem in der Traumdeutung [§§ 495–520]. In: Jung CG, Symbole und Traumdeutung. GW, Bd. 18/1, §§ 416–607 (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydwohlf

TZI. → Themenzentrierte Interaktion.

- U -

Übergangskörper (→ Analytische Körperpsychotherapie). Konzept zur Differenzierung unterschiedlicher „Körper“, die im Rahmen des psychotherapeutischen Prozesses mobilisiert werden können: 1. der reale, biologische Körper; 2. der symbolische Körper, fähig zum Gebrauch von Worten, als Ausdruck überwiegend unbewusster Selbst- und Objektrepräsentanzen; 3. der fantasmatistische Körper im Sinne des unbewussten Körperbildes als einer lebendigen Synthese unserer emotionalen Erfahrungen; psychotherapeutisch bewirkte Veränderungen finden hauptsächlich in diesem Körper statt; 4. der Übergangskörper (Berliner, 1994) – auf symbolischer Ebene nicht kommunikationsfähige Patienten (Psychotiker, Borderline-Patienten, alexithyme Psychosomatiker und schwere Zwangsneurotiker) können unter Anwendung körperbezogener Interventionen im Sinne eines Übergangsraumes (Winnicott, 1971) verbal kommunikationsfähig werden. Zunächst sind Worte bei ihnen nicht in der Lage, eine Übertragungsregression zu stimulieren. Die Nutzung des Körpers als Übergangskörper, durch Berührung, Herstellung muskulärer Spannung, Stimulierung von stimmlichen Äußerungen und Augenkontakt, von expressiven Bewegungen und Atemvertiefung kann bei ihnen vor allem am Therapiebeginn 1. emotionale, zum Teil sehr regressive Erfahrungen aktivieren, 2. ihre innere Objektwelt (Fantasien, Erinnerungen, Träume), von der sie durch Spaltung getrennt sind, öffnen (wobei Körperkontakt hilft, die abgespaltenen Objekte zu „reintrojizieren“), 3. Übertragung oder aber den Widerstand gegen Übertragung zu stimulieren und zu verdeutlichen, wodurch das Zustandekommen eines Arbeitsbündnisses erleichtert wird.

Berliner J (1994) Zur Theorie des Übergangsobjektes und Übergangsraumes in der analy-

tischen körpervermittelten Psychotherapie. In: Geißler P (Hg), Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Frankfurt/M., Peter Lang, S 31–40
Winnicott DW [1971] (1979) Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta

Jacques Berliner

Übergangsobjekt. Der Begriff „Übergangsphänomen“ in der → Psychoanalyse stammt von D.W. Winnicott. Es ist ein neutraler Zwischenbereich der Erfahrung, der dem Individuum die Möglichkeit gibt, sich vom Druck zu befreien, ständig die innere und äußere Realität miteinander in Beziehung bringen zu müssen. Für Winnicott sind das Spiel, die Kreativität, die Philosophie und die Religion Phänomene dieses „intermediären“ Erfahrungsbereiches. Für das Kind sind sie ein Teil der normalen Entwicklung und treten das erste Mal zwischen dem 4. und 12. Lebensmonat auf. Zu den Übergangsphänomenen gehört das Lallen des Säuglings wie das Sich-in-den-Schlaf-Singen. Übergangsobjekte können der eigene Daumen, der Zipfel einer Decke, ein Kissen, ein Stofftier etc. sein. Sie stellen einen ersten Besitz des Kindes dar und sind mit besonderen Merkmalen ausgestattet: Das Kind beansprucht das Übergangsobjekt als etwas, das nur ihm gehört (es muß darüber verfügen können); es wird leidenschaftlich geliebt und mißhandelt, darf nicht verändert werden, muß das Gefühl von Wärme vermitteln und durch Bewegung, Oberflächenbeschaffenheit (sinnlich-taktile Erfahrbarkeit) und scheinbare Aktion den Eindruck erwecken, lebendig zu sein und eine eigene Realität zu besitzen. Es wird bevorzugt zur Zeit des Schlafengehens verwendet und später, wenn das Kind sich vom Verlust eines

Liebesobjekts bedroht fühlt. Das Problem der Trennung wird mit ihm geübt und vollzogen. Zwischen dem Übergangsobjekt und dem → Selbstobjekt (Kohut) gibt es Überschneidungen, aber doch eine klare begriffliche Unterscheidung: Während das Übergangsobjekt ein Objekt der Außenwelt beschreibt, bezeichnet „Selbstobjekt“ die Funktion, die eine Person oder eine Sache für den Aufbau und den Erhalt des Selbsterlebens hat (→ Selbstpsychologie). Das Übergangsobjekt Winnicotts können wir als eine Realisierung des lebenslangen Bedürfnisses nach (archaischer und reiferer) Selbstobjekterfahrung sehen, wie sie sich in einer bestimmten Entwicklungsphase etabliert.

Kohut H [1984] (1987) *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt/M., Suhrkamp, S 81–101

Winnicott DW [1951, 1958] (1969) *Übergangsobjekte und Übergangsphänomene.* *Psyche* 23(9): 667–679

Winnicott DW [1971] (1979) *Vom Spiel zur Kreativität.* Stuttgart, Klett-Cotta

Andrea Harms

Übergangssubjekt. In der individuellen → Psychosenpsychotherapie ein fantasomatisches „Drittes Subjekt“, das von den gegenseitigen Projektionen und Introjektionen des Patienten und des Therapeuten stammt, dann aber dem Patienten in abgespaltener Form als autonome Instanz (halluzinatorisch, traumhaft oder in bildlicher Darstellung) erscheint und durch positivierende Wirkung (→ Positivierung) zu einem Verbündeten der Therapie wird. Der Begriff lehnt sich sprachlich an das „Übergangsobjekt“ von Winnicott (1953) an. Es unterscheidet sich von ihm grundsätzlich: Das Übergangsobjekt von Winnicott entsteht in der normalen Entwicklung des Kindes, das Übergangssubjekt hat eine spezifische psychotische Entstehung und eine therapeutische Funktion; ersteres ist ein „Objekt“, d. h. es setzt das gesunde kindliche Ich voraus, das zweite stellt eine erste Ich-Stufe bei Patienten dar, die an einer Ich-Vollzugsstörung leiden; ersteres entsteht in der Beziehung zur Objektwelt, das zweite nur in der menschlichen Relation; ersteres dient der Auflösung einer Symbiose,

nämlich zwischen Mutter und Kind, das zweite wird aber im Vollzug einer vorübergehenden Symbiose zwischen Patienten und Therapeuten gestaltet. Es besteht aus Teilen des Patienten und aus Teilen des Therapeuten (etwa als eine halluzinierte Stimme, die therapeutische Deutungen gibt). Es hat eine wesentliche unbewusste Dimension, in dem es nicht selten therapeutische Einsichten ausdrückt, die dem Therapeuten noch nicht bewußt sind. Da das Übergangssubjekt sowohl eine erste Stufe zur Differenzierung des psychotischen Ichs, wie auch ein psychopathologischer Ausdruck der Fusion ist, gehört es zu den Phänomenen der → Progressiven Psychopathologie.

Benedetti G (1992) *Psychotherapie als existentielle Herausforderung.* Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht [bes. S 39–44]

Winnicott DW (1953) *Transitional objects and transitional phenomena. A study of the first not-me possession.* *International Journal of Psycho-Analysis* 34: 89–97

Gaetano Benedetti

Überich (→ Psychoanalyse). Der – inzwischen in die Umgangssprache eingegangene – Begriff stammt aus dem zweiten topischen oder Strukturmodell Freuds (→ Top[ograf]isches Modell) und bezeichnet den Bereich der internalisierten Regeln, Gebote und Verbote (→ Internalisierung). Er wird zumeist als Gegenüber und Kontrollinstanz des → Es, des Sitzes der Triebregungen, gesehen. Dieses Modell erlaubte, im Rahmen der → Triebtheorie neurotische Probleme als psychischen → Konflikt zwischen den Instanzen (Es-Überich-Konflikt, Ich-Überich-Konflikt etc.) darzustellen. In den Kontext des ersten topischen Modells gestellt, umfaßt das Überich bewußte und unbewußte Elemente; im Unterschied dazu wird das Gewissen meist als bewußter Teil des Überich verstanden. Im Rahmen der → Selbstpsychologie verliert der Begriff an Bedeutung; die Auseinandersetzung mit bzw. die Integration der Regeln der Umwelt ist der Entstehung der → Organizing principles zuzuordnen.

Freud S [1923] (1982) *Das Ich und das Es.* In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg),

Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 273–330

Gerhard Pawlowsky

Überkompensation. → Kompensation;
→ Individualpsychologie.

Überlegenheitsstreben (→ Individualpsychologie). Ist nach Adler als Teil des → Sicherheitsstrebens und der Selbstwertregulation die psychodynamische Kraft des Seelenlebens schlechthin. In der Theorie der Individualpsychologie ersetzte es von 1912 an den → männlichen Protest. Ende der 20er Jahre benutzte Adler dann häufiger abstraktere Begriffe wie „von unten nach oben streben“ oder „aus einer Minus-situation in eine Plus-situation kommen zu wollen“. Für den Menschen dient das Überlegenheitsstreben der → Kompensation von → Minderwertigkeitsgefühlen, die beim Neurotiker durch den sichernden Rückzug vor narzißtischen Kränkungen, der Ichhaftigkeit und dem Mangel an → Gemeinschaftsgefühl gesteigert sind. Minderwertigkeitsgefühle und Überlegenheitsgefühle sind miteinander dialektisch verbunden. Dies gilt auch für die jeweiligen Komplexe, wobei „der Begriff Komplex, wie wir ihn hier mit Minderwertigkeit und Überlegenheit koppeln, nichts weiter als einen übermäßigen Grad von Minderwertigkeitsgefühl und Überlegenheitsstreben bezeichnet“ (Adler, 1929: 41). „Das Ziel der Überlegenheit ist ein geheimes Ziel. Infolge der Einwirkung des Gemeinschaftsgefühls kann es sich nur im Geheimen entfalten und verbirgt sich immer hinter einer freundlichen Maske“ (Adler, 1927: 149). Das Überlegenheitsstreben äußert sich intrapsychisch als Streben nach dem Erreichen eines erhöhten Persönlichkeitsideals bis hin zur Gottähnlichkeit und interpsychisch bzw. psychosozial als Macht- und Geltungsgebaren. Dabei ging Adler davon aus, daß das Ziel der Erhöhung durch aktive (Aggression, Abwertung etc.) und passive (Macht durch Krankheit, Selbstanklage etc.) Varianten erreicht werden kann.

Adler A [1912, 1919] (1997) Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Kommentierte, textkritische Ausgabe, hg. von Witte KH, Bruder-Bezzel A, Kühn R. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Adler A [1927] (1966) Menschenkenntnis. Frankfurt/M., Fischer

Adler A [1929] (1978) Lebenskenntnis. Frankfurt/M., Fischer

Ansbacher H, Ansbacher R (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München, Reinhardt

Hellgardt H (1995) Überlegenheitskomplex / Überlegenheitsstreben. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 517–519

Bernd Wengler

Übertragung (aus Sicht der → Psychoanalyse). Freuds klassisches Modell der Übertragung bezieht sich auf die → Verschiebung von Gefühlen, Eigenschaften, → Fantasien und Imagines, die im Zusammenhang mit bedeutsamen Personen der Kindheit entstanden sind, auf den Analytiker. Diese Verschiebungen und → Projektionen (von Melanie Klein hinzugefügt) führen zu einer Verzerrung der Realität, insbesondere einer realistischen Sicht des Analytikers. Die Kraft der Übertragung entstammt den libidinösen und aggressiven → Trieben – genauer: den Triebabkömmlingen, die mit infantilen Wünschen, Ängsten (→ Angst) und den zugehörigen Konflikten verbunden sind. Indem der Analytiker eine „weiße Wand“ anbietet (d. h. anonym und neutral bleibt) spiegelt er den verzerrenden Einfluß der Verschiebungen und Projektionen des Patienten wider und interpretiert sie. Wenn die Verschiebungen und Projektionen zurückgenommen und die kindlichen Wünsche aufgegeben sind, kann der Analytiker realistischer gesehen werden. Freuds „unanstößige Komponente der positiven Übertragung“ (Freud, 1912: 165), die auf positiven Erfahrungen der Vergangenheit aufbaut, ermöglicht dem Patienten, Hilfe in realistischer Weise vom Analytiker zu erwarten. Das Organisationsmodell (Stolorow & Lachmann, 1984/85; Fosshage, 1994) sowie das sozial-konstruktivistische Modell (Hoffman, 1983) der

Übertragung basiert auf der Annahme einer fortdauernden perzeptiv-kognitiv-affektiven Organisation unseres Lebens. Der Wechsel des Paradigmas von einer positivistischen zu einer relativistischen Wissenschaft inkludiert, daß „Realität“ vom Beobachter abhängt und immer teilweise durch ihn determiniert ist. Der Analytiker ist deshalb nie „objektiver“ Beobachter. Organisierende Muster oder Schemata (Piaget) entwickeln sich, üblicherweise unbewußt, auf der Basis von Themen, die aus der gelebten Erfahrung stammen. Übertragung bezieht sich auf die primären organisierenden Muster, mit denen der Patient sein Erleben der analytischen Beziehung gestaltet und in sich aufnimmt. Organisierende Muster können selbststärkend oder selbstschwächend sein und treten in Erwartungen, selektiver Aufmerksamkeit, in der Zuteilung von Bedeutung und in der Gestaltung von Interaktionen zutage. Beide, Patient und Analytiker, tragen in verschiedener Weise gemeinsam zur Übertragungserfahrung des Patienten bei (→ Inter-subjektivität). Der Analytiker kann nicht neutral oder anonym sein, und jeder derartige Versuch verändert die Übertragungserfahrung des Patienten. Durch seine → Deutungen hilft der Analytiker dem Patienten, sich der wiederkehrenden Muster, sein Erleben der Analyse zu organisieren, bewußt zu werden. So verlieren problematische Schemata schrittweise an Bedeutung und ermöglichen neuen organisierenden Mustern, sich zu etablieren (→ organizing principles; → Selbstpsychologie).

Fosshage JL (1994) Toward reconceptualizing transference: theoretical and clinical considerations. *International Journal of Psychoanalysis* 75: 265–280

Freud S [1912] (1982) Zur Dynamik der Übertragung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 157–168

Gill MM (1996) Die Übertragungsanalyse. Frankfurt/M., Fischer

Greenson RR [1967] (1975) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta

Hoffman I (1983) The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemporary Psychoanalysis* 19: 389–422

König K (1998) Übertragungsanalyse. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Peters UH (1977) Übertragung – Gegenübertragung. München, Kindler

Racker H (1978) Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. Basel, Reinhardt

Stolorow RD, Lachmann FM (1984/85) Transference: the future of an illusion. *The Annual of Psychoanalysis* 12/13: 19–37

James L. Fosshage [Übers.: Erwin Bartosch]

Übertragung (aus der Sicht der → Individualpsychologie). Adler (1913: 59) betont, daß er „von dem Patienten die gleiche Haltung [...] erwartet, die er, seinem Lebensplan gemäß, zu den Personen seiner frühen Umgebung, noch früher seiner Familie gegenüber, eingenommen hat“. Damit lenkt Adler die Aufmerksamkeit auf die Neigung, Gefühle und Einstellungen, die (zum Teil vor langer Zeit) in der Begegnung mit anderen Menschen ausgebildet wurden, auf neue Beziehungen zu übertragen. In seinem Verlangen, sich von Freud zu distanzieren, vermied er später allerdings die explizite Verwendung des Begriffs der Übertragung (Bruder-Bezzel, 1995: 268ff.). Dessenungeachtet hat Adler bereits früh darauf aufmerksam gemacht, daß Patienten von Beginn der therapeutischen Beziehungsaufnahme an Übertragungsneigungen folgen und daß es angezeigt ist, diese so früh wie möglich zu erkennen und zu verstehen. Dabei hat Adler „tendenziell mehr die aggressive und Freud mehr die libidinöse Übertragung wahrgenommen“ (Titscher, 1989: 104; → Entwertungstendenz). Adler hat damit in ersten Ansätzen Problemzusammenhänge beschrieben, die später in jenen psychoanalytischen Ansätzen differenzierter ausgeführt wurden, welche aus der Beschäftigung mit Borderline-Patienten bzw. mit sogenannten „frühgestörten“ Patienten heraus entstanden sind (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 1987; Titscher, 1989). Hochfrequente → individualpsychologische Psychotherapien zielen in besonderer Weise auf die Entfaltung einer therapeutischen Beziehung ab, die dem Verstehen von Übertragungsneigungen dienlich ist. Zu bedenken ist freilich, daß die Entfaltung von Übertragungsneigungen immer auch davon mitbestimmt wird, wie der Analyti-

ker in Erscheinung tritt (und folglich auch erlebt wird) und daß die Analyse der Übertragung untrennbar verbunden ist mit der Analyse der → Gegenübertragung sowie des therapeutischen Beziehungsgeschehens (Antoch, 1995; → Beziehungsanalyse).

Adler A [1913] (1974) Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In: Adler A, Theorie und Praxis der Individualpsychologie: Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer. Frankfurt/M., Fischer, S 48–66

Antoch RF (1995) Übertragung. In: Brunner R, Titz M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 519–521

Bruder-Bezzel A (1995) Gibt es *eine* individualpsychologische Technik? Zur Theorie in der Frühzeit der Individualpsychologie. Zeitschrift für Individualpsychologie 20: 259–272

Lehmkuhl U, Lehmkuhl G (1987) Der Beitrag der Individualpsychologie Alfred Adlers zum Verständnis der frühen Störungen. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 32: 119–127

Titscher E (1989) Übertragung – ein altes neues Thema. Zeitschrift für Individualpsychologie 14: 103–109

Wilfried Datler

Übertragung (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Die Übertragungsauffassung C.G. Jungs unterscheidet sich wesentlich von der psychoanalytischen. Übertragung kann im Therapieprozeß eine zentrale Rolle einnehmen, muß es aber nicht, da jeder Fall individuell ist – auch bezüglich der Übertragung (Jung, GW, Bd. 16, § 538). „Eine Übertragung ist immer hinderlich; sie ist nie ein Vorteil. Man heilt trotz der Übertragung, nicht wegen ihr. Je weniger Übertragung, desto besser“ (GW, Bd. 18/I, §§ 349, 351). Da Übertragung → Projektion unbewußter Inhalte ist, kann man sie nicht fordern oder machen (GW, Bd. 15, § 359). „Die Übertragung [...] bedeutet in einem Fall die Wendung zum Guten, im anderen Verhinderung und Beschwernis und [...] im dritten [...] ist sie relativ unwesentlich“ (GW, Bd. 16: 174f.). Jung betonte, daß „man mit der Übertragung viel weniger Mühe“ hat, wenn sich Therapeut und Patient gegenüber sitzen, der Therapeut sich vollständig „exponiert“ und dem Patienten gegenüber „ohne Zurückhaltung“ reagiert.

Dann erlebt der Patient ständig ein menschliches Gegenüber und kann dessen Reaktionen in seinem Gesicht ablesen (GW, Bd. 18/I, §§ 319, 321, 337). Nicht die Überwindung oder Auflösung der Übertragungsbeziehung ist das wichtigste Anliegen, sondern das Wachsenlassen der in dieser Beziehung verborgenen Tendenzen. Mit dieser Einstellung können sich im Kranken diejenigen Werte konstellieren, deren er ermangelt. Wichtiger als das Übertragen von infantil-erotischen → Fantasien ist die in der Übertragung erfolgende Begegnung mit der Psyche des Analytikers und die Einfühlung in seine Art der Lebensbewältigung (GW, Bd. 4, § 662; Bedeutung der → Lehranalyse; → Analyse). Mit Hilfe des psychologischen Rapportes können sich die Patienten „in ihrem dissoziierten Zustande an die Psyche des Arztes anpassen“ (GW, Bd. 16, §§ 276, 279). „Der Prüfstein jeder Analyse ist immer diese Mensch-zu-Mensch-Beziehung“ (GW, Bd. 16, §§ 287, 290). Bedeutsam und für den Therapeuten besonders schwierig sind archetypische Übertragungen, Manifestationen aus dem kollektiven → Unbewußten (GW, Bd. 18/I, § 353; Bd. 7, § 102; → Archetypus). Jung beschrieb den archetypischen Übertragungsprozeß anhand einer alchemistischen Bilderserie (→ Alchemie) und konnte zeigen, daß der Kern des Übertragungsphänomens darin besteht, Beziehung zum → Selbst zu finden (GW, Bd. 16, § 445).

Jung CG [1914] (1971) Psychotherapeutische Zeitfragen. Ein Briefwechsel zwischen C.G. Jung und R. Loÿ. In: GW, Bd. 4, S 287–290 u. §§ 576–669. Olten, Walter

Jung CG [1935] (1981) Über Grundlagen der Analytischen Psychologie. Tavistock Lectures. In: GW, Bd. 18/I, §§ 1–415, hier bes. §§ 308–389. Olten, Walter

Jung CG [1943] (1971) Über die Psychologie des Unbewußten. In: GW, Bd. 7, §§ 1–201, hier bes. §§ 94, 96, 102, 149, 150. Olten, Walter

Jung CG [1946] (1991) Die Psychologie der Übertragung. In: GW, Bd. 16, S 167–177 u. §§ 353–539. Olten, Walter

Jung CG [1957] (1981) Vorwort zu Michael Fordham ‚New developments in analytical psychology‘. In: GW, Bd. 18/II, §§ 1168–1173. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Barnim Nitsch

Übertragung (aus Sicht der → Hypno[se]therapie). Operational faßbar sind hypnosespezifische Übertragungen als biografisch überformte Wahrnehmungen, Erwartungen, Affekte und Verhaltensweisen, die beim Patienten bei der Konfrontation mit → Hypnose als Verfahren und hinsichtlich der archetypischen Rolle des Hypnosetherapeuten wachgerufen werden. Die Hypnotherapie macht sich die Erfahrung zunutze, daß sich in der hypnotischen → Trance Übertragungen rascher, deutlicher und intensiver zeigen als etwa in einem psychoanalytischen Setting (Watkins, 1963). In der Hypnose steht neben der Person des Therapeuten in seiner Rolle als „Hypnotiseur“ auch die Methode selbst als Projektionsfläche für Übertragungen zur Verfügung (Mende, 1998). Im lösungsorientierten hypnotherapeutischen Ansatz führt die Betonung von Veränderungspotentialen zu spezifischen Übertragungen, bei denen frühere Erfahrungen mit selbst- und fremdinitiierten Veränderungsversuchen wiederbelebt werden (Mende, 1998). Je nach struktureller Reife des Patienten bzw. Merkmalen der therapeutischen Situation lassen sich verschiedene Übertragungsformen unterscheiden (Brown & Fromm, 1986, Peter, 1992): Infantile Abhängigkeitsübertragungen, ödipale Übertragungen und Geschwisterübertragungen auf dem neurotischen Niveau, Selbstobjekt-Übertragungen auf dem narzißtischen Niveau sowie Borderline- und psychotische Übertragungen. In der Hypnosetherapie gilt die Übertragung als wichtige, Ressourcen enthaltende Dimension der hypnotherapeutischen Beziehung. Der Hypnosetherapeut ist nicht bestrebt, Übertragungen einsichtsfördernd zu analysieren, sondern zielt darauf ab, Übertragungen zu identifizieren sowie zur Stärkung des → Rappports und im Sinne des therapeutischen Ziels zu utilisieren (→ Utilisation).

Brown DP, Fromm E (1986) Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum

Mende M (1998) Hypnotherapeutic responses to transference in the face of therapeutic change. *Hypnos – Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine* 25(3): 134–145

Peter B (1992) Hypnoanalyse: der Beitrag von Erika Fromm. *Hypnose und Kognition* 9: 58–84

Watkins JG (1963) Transference of the hypnotic relationship. In: Kline MV (Ed), *Clinical correlations of experimental hypnosis*. Springfield (Ill.), Charles C. Thomas, pp 5–24

Matthias Mende

Übertragung (in der → Katathym-Imaginativen Psychotherapie). Die → Psychoanalyse versteht Übertragung als die in der Vergangenheit auf wichtige Bezugspersonen gerichteten Gefühle, Triebimpulse, Wünsche, Einstellungen und Abwehrhaltungen, die nun in der Gegenwart dem Therapeuten gegenüber erlebt werden. In der Katathym-Imaginativen Psychotherapie entwickeln sich Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene analog zur tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Durch den Bericht des Patienten über das symbolhaft innere Geschehen während der Phase des Tagtraums ist der Therapeut in ganz besonderer Weise am inneren Prozeß beteiligt. Übertragung und → Gegenübertragung können sich sowohl innerhalb der symbolischen Abläufe mit abbilden als auch außerhalb des eigentlichen Imaginationsprozesses manifestieren. Die Analyse dieser Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen spielt in der Katathym-Imaginativen Psychotherapie keine so zentrale Rolle wie im analytischen Setting. Der Therapeut muß die Übertragungssituation zwar wahrnehmen und für sich verstehen, sie ist aber nicht ständiger Gegenstand der Bearbeitung und der Deutung. Das innere Drama des Patienten bildet sich überwiegend auf dem Projektionsschirm seiner → Imaginationen ab, der ihm selbst und – über die Erzählung – auch dem Therapeuten sichtbar wird. Durch das Setting wird primär eine stabilisierende, befriedigende Übertragungsbeziehung induziert – Leuner spricht von einer anaklitischen Übertragung. Sie ergibt sich aus dem hypnoiden Zustand (→ Hypnoid), der Ich-Regression und der vertrauensvollen Hingabe zum Therapeuten. Es überwiegen projektive Übertragungsverhältnisse: Die Dynamik wird in der Szene der Tagtraumimagi-

nationen manifest, stellt sich auf der Bildebene in Symbolgestalten, Landschaftsbildern und → Wandlungsphänomenen dar. Als Übertragungsgefühl dem Therapeuten gegenüber drückt sich eine geringere Projektion aus. Die imaginierten Szenen frühkindlicher Objektbeziehungen haben viel Realitätsnähe, besonders in der → Altersregression. Die Übertragung kann am „Bildschirm“ der Katathym-Imaginativen Psychotherapie wie in einer Originalszene oder in Verdichtung, affektiv höchst verbindlich, wiedererlebt werden. Der Begriff Übertragungsneurose wurde von Leuner durch den der Projektionsneurose ersetzt.

Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Heide Dellisch

Übertragung (in der → Gestalttherapie). Unter „Übertragung“ wird die Verzerrung von gegenwärtigen Beziehungen durch Erfahrungen aus früheren Beziehungen verstanden. Die Wiederholung von wichtigen frühen Beziehungsmustern von Patienten in aktuellen Situationen offenbart eine dysfunktionale Wahrnehmung, die als neurotische → Selbstregulierung verstanden wird. Perls' Ansatz (Perls et al., 1951) strebte die Förderung vom realen, gegenwärtigen → Kontakt in der existentiellen therapeutischen → Begegnung wie die Klärung von verzerrter Wahrnehmung an. Analog dazu ist die → Gegenübertragung des Therapeuten zu verstehen. Die unmittelbaren gefühlsmäßigen Reaktionen des Therapeuten auf seinen Patienten erfassen nicht nur die aktuelle therapeutische → Beziehung, sondern auch seine eigenen Blockierungen und unbewußten Beziehungsmuster. Wie andere Begriffe wurde auch der psychoanalytische Begriff „Übertragung“ ursprünglich von der → Gestalttherapie übernommen und als Störung an der Kontaktgrenze neu definiert, später von Polster & Polster (1975) als Verzerrung bezeichnet. Frews (1990) Neuformulierung von Übertragung als bestimmten Varianten von Kontaktstörungen (Projektion, Introjektion, Konfluenz) im aktuellen → Organismus-Um-

welt-Feld betont das therapeutische Potential und die Ressourcen in der Hier-und-Jetzt-Begegnung von Therapeut und Patient. Frew (1990) verzeichnet einen Trend in der Psychoanalyse von der genetischen Deutung weg zur Analyse der Bedeutung der Übertragung im → Hier-und-Jetzt.

Frew JE (1990) Analysis of transference in Gestalt group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 40(2): 189–202

Perls F, Hefferline R, Goodman P [1951] (1991) *Gestalttherapie. Grundlagen*. München, dtv

Polster E, Polster M [1973] (1975) *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*. München, Kindler

Nancy Amendt-Lyon

Übertragung, idealisierende. → Selbstobjektübertragung; → Selbstpsychologie.

Übertragungsneurose (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Mit diesem Begriff kennzeichnete Freud 1. im Gegensatz zu den seiner Ansicht nach nicht analysierbaren „narzißtischen Neurosen“ eine analysierbare Untergruppe der „Psychoneurosen“ (z. B. Freud, 1916/17) und 2. eine künstliche Bildung im Rahmen des analytischen Prozesses, in der die Symptome des Analysanden in der Beziehung zum Analytiker Übertragungsbedeutung erhalten: „Der neue Zustand hat alle Charaktere der Krankheit übernommen, aber er stellt eine artifizielle Krankheit dar, die überall unseren Eingriffen zugänglich ist“ (Freud, 1914). Die Übertragungsneurose entfaltet sich in der Beziehung zum Analytiker „in Reinkultur“, da dieser Neutralität und → Abstinenz wahrt und gemäß der naturwissenschaftlichen Orientierung des zugrundeliegenden Menschenbildes zur unverzerrten Wahrnehmung der Welt und der Verzerrungen des Analysanden in der Lage ist, ohne die → Übertragung des Analysanden mit seinem eigenen neurotischen Geschehen zu „kontaminieren“. Der Begriff basiert somit auf der Vorstellung vorwiegend intrapsychischer, also umfassend im Seelenleben des Analysanden angesiedelter und von außen objektivierbarer Mechanismen. Er ist in sei-

ner Bedeutung aufs engste mit der zugrundeliegenden Auffassung von Übertragung und → Gegenübertragung verknüpft (ausführliche Darstellung bei Sandler et al., 1973). Die Entwicklung der Psychoanalyse von einer Ein-Personen-Psychologie zu einer Zwei-Personen-Psychologie, wie sie sich in den Überlegungen britischer Objektbeziehungstheoretiker (→ Objektbeziehungstheorie) und in Heinz Kohuts Selbstpsychologie (z. B. Kohut, 1984) vollzog, ließ das Konzept der Übertragungsneurose zunehmend in den Hintergrund treten – in dem Maße, in dem die Involviertheit des Analytikers in das Geschehen als Subjekt mit eigener Prägung und Erfahrung verdeutlicht wurde. Seine bislang konsequenteste Ausformung findet dieser Ansatz in der sogenannten → „Intersubjektivität“, wie sie von Stolorow et al. (1987) vertreten wird. Nach Ansicht dieser Autoren bilden Analysand und Analytiker ein „intersubjektives Feld“, an dem beide Teilnehmer in gleichberechtigter Weise teilhaben und ihre „unbewußte organisierende Aktivität“ entfalten: „Übertragung und Gegenübertragung bilden gemeinsam ein intersubjektives System reziproker, gegenseitiger Einflußnahme“ (Stolorow et al., 1987: 65). Ein durch die Ein-Personen-Psychologie motivierter Mechanismus vom Zuschnitt der Übertragungsneurose wird in diesem Kontext nicht mehr definiert.

Freud S [1914] (1982) *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 205–215

Freud S [1916/17] (1982) *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. I: *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge*. Frankfurt/M., Fischer, S 33–445

Kohut H [1984] (1987) *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt/M., Suhrkamp

Sandler J, Dare C, Holder A [1973] (1988) *Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie*. 4. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) *Psychoanalytische Behandlung*. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer

Herwig Hinterbofer

Umdeutung. → Reframing.

Umschaltung. Konzentratives („echt suggestives“) Umschaltungs Erlebnis des → Autogenen Trainings (Shift); ein mehrdimensionales psychophysiologisches Geschehen zur Erreichung eines Hypnoids („altered state of consciousness“, unexakt: „Alpha-phase“). Nach Barolin (1988) ein „dritter menschlicher Grundzustand“ neben Schlafen und Wachen. Es überwiegt, je nach Tiefe, mehr oder weniger die trophotrope Phase (→ trophotropes Reaktionsmuster). Das Erlernen ist nur partiell willentlich möglich. In ähnliche (neurophysiologische) Zustände gerät der aktiv und/oder passiv Meditierende, der Betende etc. Der Übende macht bei vollständigem Ablauf zwölf Stadien durch: 1. die passivierende Einwilligung des Übenden als Grundvoraussetzung; 2. fixierende Sammlung, Ablenkung von der Außenwelt; 3. optische Subtraktion* und Introversion; 4. Somatisierung („Arm ist schwer“); 5. „Ruhe“; 6. Entspannung; 7. Entwachung: Sinnesreizschwellen erhöht, Kritik und Spontaneität gesenkt; 8. Distanz zum Ich, „Ent-Ichung“: Empfänglichkeit und Bestimmbarkeit erhöht; 9. Formen und Bedeutungen wandeln sich und „zerfallen“, „Ichgrenzenverschiebung“; 10. → Resonanzdämpfung der Affekte, autochthone Entspannungseuphorie (Endorphine); 11. organismische (physiologische und psychologische) Umschaltung; 12. therapeutisch zu nutzende Erlebnis-evidenz mit „Erlösungscharakter“, Erreichen der „Bilderwelt“.

Barolin GS (1988) *Autogenes Training (AT), Respiratorisches Feedback (RFB)*. Neue Gesichtspunkte zu alten Erfahrungen. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie* 10(3): 23–29

Kraft H (1996) *Autogenes Training*. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. Stuttgart, Hippokrates

Krampen G (1992) *Einführungskurse zum Autogenen Training*. Göttingen, Verlag für Angewandte Psychologie

Heinrich Wallnöfer

Umstrukturierung, kognitive. → Kognitive Umstrukturierung; → Verhaltenstherapie.

Umwandelnde Verinnerlichung. → Internalisierung; → Selbstpsychologie.

Unbedingte Wertschätzung. → Wertschätzung, unbedingte; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Unbewußt / Bewußt / Vorbewußt. Eine psychische Aktivität, die der normalen Bewußtheit nicht zugänglich ist, wird in der → Psychoanalyse „unbewußt“ genannt. Freud untersuchte die indirekte Auswirkung solcher Aktivitäten in den Träumen (→ Traum), den Symptomen und den → Fehlleistungen. Er entwickelte eine topografische Theorie des psychischen Apparates (→ Top(ograf)isches Modell), in der das oberste und kleinere System, das Bewußtsein, durch die Arbeit der → Zensur in der mittleren Ebene, dem Vorbewußten, systematisch gegen das Eindringen unbewußter Triebstreben (→ Trieb) geschützt wird. Die Zensur entstellt die unannehmbaren, unbewußten Wünsche, die kontinuierlich an die Oberfläche drängen, sodaß sie im Symptom, in Traumbildern u. ä. ihren Ausdruck finden, das Subjekt ihnen aber weiterhin die Anerkennung verweigern kann. Triebwünsche unterliegen einer zweifachen → Verdrängung: Einer ursprünglichen (Urverdrängung) und der späteren, wenn die Gefahr besteht, daß sie ins Bewußtsein vordringen. In der Gegenwart wird von den Autoren der → Intersubjektivität (Stolorow & Atwood, 1992; Orange et al., 1997) vorgeschlagen, Unbewußtheit in dreifacher Weise zu konzipieren. 1. Ein „präreflexives Unbewußtes“ („prereflective unconscious“), den Bereich der → „organizing principles“ (organisierende Prinzipien des Erlebens) oder der emotionalen Überzeugungen, die automatisch und außerhalb des Bewußtseins wirksam sind. Sie ergeben sich aus den emotionalen Schlußfolgerungen, die ein Kind aus den intersubjektiven Erfahrungen seiner Ursprungsfamilie zieht. 2. Das „dynamische Unbewußte“ („dynamic unconscious“), das etwa Freuds Unbewußtem entspricht und aus emotionaler Information besteht, die –

einst bewußt – beiseite gestellt oder vergessen werden mußte, weil sie einen → Konflikt für das Subjekt erzeugte. 3. Das „nicht validierte Unbewußte“ („unvalidated unconscious“), das jene Möglichkeiten subjektiven Lebens beschreibt, die niemals wirklich zum Erleben gekommen sind, weil ihnen gegenüber nie eine validierende (bestätigende) Antwort aus der emotionalen Umgebung erfolgte.

Freud S [1900] (1982) Die Traumdeutung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer

Freud S [1915] (1982) Das Unbewußte. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 119–173

Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (1997) Working intersubjectively: contextualism in psychoanalytic practice. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Stolorow RD, Atwood GE (1992) Contexts of being: the intersubjective foundations of psychological life. Hillsdale (NJ), The Analytic Press

Donna M. Orange [Übers.: Erwin Bartosch]

Unbewußtes (→ Hypnose). 1. Im tiefenpsychologischen Sinn (→ Tiefenpsychologie) die Summe aller gespeicherten Erfahrungen und Strukturen, von vitalen, verdrängten, konflikthaften Anteilen und auch von Fähigkeiten und → Ressourcen, die dem Bewußtsein gewöhnlich nicht zugänglich sind. Unbewußte Inhalte können u. a. als wiedergekehrte Erinnerungen (→ Hypermnesie) oder als → Symbole in der hypnotischen → Trance auftauchen. Unbewußte Motivationsstrukturen, Tendenzen und Muster wirken sich in Zuständen und Verhaltensweisen der Person aus und sind an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Symptomen und Leidenszuständen, aber auch an Prozessen der (therapeutischen) Veränderung und Lösungsfindung, beteiligt. 2. In der Tradition nach Milton H. Erickson therapeutische → Metapher für kreative, weise und fähige Persönlichkeitsanteile, vor allem im lösungsorientierten Modus. Die → Dissoziation bewußt-unbewußt sowie die vielfältigen

Möglichkeiten indirekter → Suggestionen, die sich damit verknüpfen lassen, können in reflektierter Weise therapeutisch angewandt werden. Ein Beispiel dafür ist das Anregen bewußter und unbewußter → Suchprozesse zur Lösungsfindung. Im → Neurolinguistischen Programmieren wird das Unbewußte auch als Summe aller nicht mehr bewußten Lernerfahrungen angesehen und ist daher auch eine Quelle von Ressourcen. Durch bestimmte Sprachmuster (→ Milton-Modell) kann mit der unbewußten parallel zur bewußten Ebene kommuniziert werden.

Grinder J, Bandler R (1987) Therapie in Trance.

Hypnose: Kommunikation mit dem Unbewußten. 2. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta

Revenstorf D (1994) Conceptions of the unconscious from Freud to Erickson. In: Hypnos 21(2): 91–107

Hans Kanitschar

Unbewußtes, kollektives. Ein Traum brachte C.G. Jung 1909 „die erste Ahnung eines kollektiven a priori der persönlichen Psyche“ und auf den Begriff (Jaffé, 1971: 162–165), der im Archetypenkonzept weiter differenziert wurde. 1955 nannte Jung das kollektive Unbewußte einfach „die Gesamtheit der [→] Archetypen“ (GW, Bd. 18/II, § 1536). Es ist die psychische, nicht dingliche Matrix (→ psychologische Differenz), die unser persönliches psychisches Funktionieren unhintergebar trägt und durchformt. Weitere typische Definitionen verstehen darunter „die ganze vererbte Lebens- und Funktionsform der Ahnenreihe“, „strukturelle Funktionsspuren“ oder eine „vererbte Disposition, wieder so zu reagieren, wie immer reagiert wurde“. → Mythen, → Märchen, religiöse Bilder und Ideen (→ Religion; → Bewußtsein) sind der reinste Ausdruck von derartigen „transpersonalen“, zumindest potentiell alle Menschen betreffenden psychischen Situationen und typischen Funktionsformen (GW, Bd. 8, § 132, 228, 281, 673; Bd. 11, § 899). Der eminent historische Charakter des Seelischen erweist sich durch ihr Aufscheinen in psychischen Gestaltungen heutiger Menschen (→ Imagination; Kunst; → Traum; Symptome; → Psychose). Jungs Konzept vom kollekti-

ven Unbewußten, mit dem die westliche Psychologie aus der personalistischen Enge heraustritt (→ Transpersonale Psychologie) und Anschluß an die Menschheit gewinnt, war nur bei uns neu. Hinduismus und Buddhismus kennen schon lange das buddhitattva (Sanskrit), das ohne Form (arupaloka) die kreative Quelle aller Formen ist (Coward, 1985: 37–44). Widerstand gegen das Konzept dürfte besonders aus der instinktiven Furcht herrühren, die Freiheit des Bewußtseins zu verlieren und dem Automatismus der unbewußten Psyche zu verfallen. Ohne das Konzept sähen wir uns aber als tabula rasa, die einzig durch das Lernen und den → Willen beschrieben wird. In der → Archetypischen Psychologie tritt der Begriff zugunsten der Imagination, die im Mittelalter noch memoria hieß, zurück: „Die imaginale memoria war uns so lange nicht bewußt, daß sie mit dem Unbewußten verwechselt und das Unbewußte genannt wurde“ (Hillman, 1992: 175, 211; → Personifizieren). Vom kollektiven Unbewußten mit seinen grundsätzlich bewußtseinsfähigen archetypischen Bildern – das auch als persönliches Unbewußtes einer abgesunkenen kollektiven Verfaßtheit der → Seele gesehen werden kann – unterschied Jung im Spätwerk noch den Bereich der „Archetypen an sich“ (GW, Bd. 8, § 417), das nicht bewußtseinsfähige psychoide Unbewußte (→ Unbewußtes, psychoides).

Coward HC (1985) Jung and eastern thought. Albany (NY), State University of New York Press

Hillman J [1972] (1992) The myth of analysis. Three essays in archetypal psychology. New York, HarperPerennial

Jaffé A (Hg) [1971] (1990) Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung. Olten, Walter

Jung CG (1976a) Die Archetypen und das kollektive Unbewußte. GW, Bd. 9/I. Olten, Walter

Jung CG (1976b) Die Dynamik des Unbewußten. GW, Bd. 8. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydwofff

Unbewußtes, persönliches. In der → Analytischen Psychologie ist „der Begriff des Unbewußten tatsächlich eine bloße Annahme zum Zwecke der Bequemlichkeit“, ein Konzept für „das unbestimmbar

große Hinterland unbewußter Psyche“ (C.G. Jung, GW, Bd. 11, §§ 64ff.; → Seele). Der Begriff „persönliches Unbewußtes“ entspricht dem Freudschen Begriff des Unbewußten und meint die Erwerbungen der persönlichen Existenz, nämlich Vergessenes, Verdrängtes (→ Verdrängung), unterschwellig Wahrgenommenes, Gedachtes, Gefühltes, also auch das infantile Material (GW, Bd. 6, § 842). Inhalte der persönlichen Sphäre des Unbewußten sind relativ unbewußt, d. h. unter gewissen Aspekten bewußt und prinzipiell bewußtseinsfähig (GW, Bd. 18, § 113). Die Vorgänge im Unbewußten stehen zum → Bewußtsein in einem mehr oder weniger kompensatorischen Verhältnis. Dieses tritt in → Träumen und → Symptomen umso deutlicher zutage, je einseitiger bzw. unangepaßter die bewußte Einstellung ist (→ Anpassung). Kompensation bedeutet dabei Ausgleichung oder Ergänzung der bewußten Einstellung durch die unbewußte Psyche und nicht unbedingt einen Gegensatz (GW, Bd. 6, § 764; → Gegensatzthematik; für Kritik am Kompensationskonzept s. Hillman, 1983: 74–78). Die Ausdrücke „persönliches“ und „kollektives“ Unbewußtes (oder besser: „persönliche“ und „kollektive Schicht“ des Unbewußten, das Jung auch als „multiples Bewußtsein“ sah) dürfen keinesfalls buchstäblich-dinghaft verstanden werden. Die Unterscheidung führt letztlich zur Frage, wie weitgehend psychische Strukturen, die uns Menschen als Möglichkeiten gemeinsam sind (→ Unbewußtes, kollektives/psychoides), den psychischen Prozeß und die Bewußtseinsstile des Einzelnen formen. (Die → Archetypische Psychologie ist stärker mit dieser Frage befaßt als die entwicklungspsychologische Richtung der Analytischen Psychologie.) Im Umgang mit Hervorbringungen des Unbewußten sind „intellektualistische, sogenannte wissenschaftliche Theorien der Natur des Unbewußten nicht adäquat, da sie sich einer Begriffssprache bedienen, die mit der prägnanten Symbolik des Unbewußten nicht das geringste zu tun hat“ (GW, Bd. 16, § 478). Die bildhafte Arbeit mit dem psychischen Material (→ Symbol; → Traum; → Amplifikation) erfährt neuerdings durch die → immanente Reflexion der in diesem

zum Ausdruck kommenden logischen Bewegungen eine wesentliche Erweiterung (→ psychologische Differenz).

Hillman J [1979] (1983) Am Anfang war das Bild. Unsere Träume – Brücke der Seele zu den Mythen. München, Kösel

Jung CG (1976) Die Dynamik des Unbewußten. GW, Bd. 8. Olten, Walter

Jung CG (1989) Zwei Schriften über Analytische Psychologie. GW, Bd. 7. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydowolff

Unbewußtes, psychoides (→ Analytische Psychologie). Der → Archetyp ist dem späten C.G. Jung zufolge „psychoid“ (seelenähnlich), da er weder Merkmale des Physiologischen aufweist, aber „in letzter Linie auch nicht mehr als psychisch angesprochen“ werden kann, „obschon er sich psychisch manifestiert“. Psychoide Vorgänge gehören zur Sphäre des Unbewußten im Sinne bewußtseinsunfähiger Vorgänge. Sie sind dabei „nicht das Unbewußte schlechthin, denn letzteres dürfte eine bedeutend größere Ausdehnung haben. Im Unbewußten gibt es außer den psychoiden Vorgängen Vorstellungen und Willkürakte, also etwas wie Bewußtseinsvorgänge (Jung, GW, Bd. 8, §§ 368, 380; s. „Das Unbewußte als multiples [→] Bewußtsein“, ebd., §§ 388–396). Der psychoide Faktor ist eine Arbeitshypothese zur Vermeidung von metaphysischen Spekulationen (GW, Bd. 14/II; § 443), die es ermöglicht, einen a priori Sinn in die Beschreibung und Erkenntnis der Natur einzubeziehen (GW, Bd. 8, § 952; → Sinn; → Synchronizität).

Jung CG [1946, 1954] (1976) Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen. In: GW, Bd. 8, §§ 343–442. Olten, Walter

Jung CG [1958] (1974) Das Gewissen in psychologischer Sicht. In: GW, Bd. 10, §§ 825–857, hier §§ 849, 851f., 854. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydowolff

Unerledigte Situation. Zentraler Begriff in der → Gestalttheoretischen Psychotherapie und der → Gestalttherapie. Perls sieht im Verhalten des „sogenannten Neuroti-

kers“ den chronisch untauglichen Versuch, eine biografisch zurückliegende „unerledigte Situation“ zu bewältigen. Dabei beruft er sich auf die unter Leitung von Kurt Lewin in den 20er Jahren entstandenen Dissertationen von Bluma Zeigarnik (1927) und Maria [Rickers-]Ovsiankina (1928). Wesentliches Ergebnis dieser Arbeiten (und einer wichtigen Nachuntersuchung; Junker, 1960) ist: Als „unerledigt“ Wahrgenommenes wirkt weiter im Sinne einer „Tendenz zur Erledigung“. Die durch einen Vornahmeakt gesetzten Spannungen im psychischen Feld wirken nach einem erzwungenen Verzicht auf die Ausführung der Vornahme oder deren Abbruch umso nachhaltiger weiter, je stärker das Selbstwertbewußtsein oder übergeordnete persönliche Ziele einer Versuchsperson tangiert sind (Furcht vor Minderwertigkeit). In der Gestalttherapie geht es darum, daß der Klient aktiv solche „unerledigte Situationen“ im gegenwärtigen Verhalten und in seiner gegenwärtigen Vergangenheitsperspektive (→ Zeitperspektive) aufspürt (→ heißer Stuhl; → leerer Stuhl), als gegenwärtige Probleme akzeptiert, die dahinterliegenden Bedürfnisse identifiziert und situationsgerecht darüber entscheidet, ob und wie er sie befriedigt (→ Hier-und-Jetzt-Prinzip; → Verantwortlichkeit; → Bewußtheit).

Junker E (1960) Über unterschiedliches Behalten eigener Leistungen. Diss. Univ. Frankfurt/M.

[Rickers-]Ovsiankina MA (1928) Die Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen. Psychologische Forschung 11: 302–379

Zeigarnik B (1927) Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen. Psychologische Forschung 9: 1–85

Hans-Jürgen Walter

Unified Field Theory. Versuch von Dilts und Epstein, die verschiedenen Teilkonzepte, Methoden und Modelle des → Neurolinguistischen Programmierens (NLP) in einen umfassenderen (Arbeits-)Zusammenhang zu stellen und Interdependenzen zwischen den einzelnen Teilen aufzuzeigen. Bezugnehmend auf die Feldtheorie von Lewin, die „logischen Typen“ von Bateson oder den Phasenraum der Selbstorga-

nisationstheorie soll ein konzeptioneller Bezugsrahmen für die Beziehung zwischen Kommunikation, Denk- und Handlungsstilen, Lernprozessen und der Dynamik von Gruppen bereitgestellt werden, der gesicherte Anhaltspunkte für den Einsatz von NLP-Veränderungstechniken (→ NLP-Techniken) gibt. Die bekannteste Konzeption des NLP-Arbeitsraumes ist das sogenannte SOAR-Problemlösemodell (state, operator, and result; Begriff aus der Artificial Intelligence). Es umfaßt folgende Analyseparameter: 1. sechs logische Ebenen: Umwelt, Verhalten, Fähigkeiten, Werte/Glauben, Identität und Spiritualität; 2. drei → Wahrnehmungspositionen: 1. Position (Ich-Position [Betroffener]), 2. Position (Du-Position [Interaktionspartner]) und 3. Position (Beobachter-Position [außerhalb des primären Systems]); 3. drei Zeitrahmen (→ Zeitlinien): Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Der sogenannte SOAR-Würfel umfaßt 54 mögliche Positionen. In der Phase der Problemanalyse kann das SOAR Aufschluß darüber geben, wann z. B. ein Konflikt entstanden ist, in der Lösungsphase, wo mögliche Interventionen anzusetzen haben. Eine Situation kann von den Beteiligten als von anderen, also auf der Umweltebene verursacht wahrgenommen werden: Die Konkurrenzfirma hat am Markt durch „aggressive“ Preispolitik Anteile erlangt. In Wirklichkeit hat die Firmenphilosophie (Glaubens-/Wert-Ebene) – „Wir bauen Qualitätsprodukte, und Qualität hat eben ihren Preis“ dazu beigetragen, daß eine Problemsituation entstand. Auf der Umwelt- und Verhaltensebene allein ist dieser Konflikt nicht zu lösen. Man muß die Identitäts- und Glaubens-/Wert-Ebene, die 1. Wahrnehmungsposition (Eigenperspektive) und die 3. Wahrnehmungsposition (den Markt) einbeziehen. Als Regel gilt, daß der Lösungsraum größer als der Problemraum sein soll. Die Veränderungsoperatoren sind die sinnesspezifischen und sprachlichen Repräsentationen, in denen das Problem ausgedrückt wird und die konkreten Handlungen, die zur Lösung führen sollen. Der SOAR-Handlungsraum wirkt strukturell (organisiert Information) und dynamisch (orientiert Veränderungs-handeln) zugleich. Er erlaubt es, alle NLP-

Veränderungstechniken sinnvoll aufeinander zu beziehen.

Dilts R, Epstein T (1991) Systemic NLP – a unified field theory. Ben Lomond (CA), Dynamic Learning Publications

Dilts R, Epstein T (1992) Overview of advanced NLP skills and tools. Ben Lomond (CA), Dynamic Learning Publications

Wolfgang Eberling

Unlust, sexuelle. → Sexuelle Unlust; → Sexualaversion.

Unspezifische Wirkfaktoren. → Wirkfaktoren, unspezifische; → Psychotherapieforschung.

Unstrukturiertheit, relative. → Relative Unstrukturiertheit; → Rahmenbedingungen; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozeß (→ Selbstpsychologie). Im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung gibt es oft Unterbrechungen, die eine relativ harmonische Arbeitsbeziehung zwischen Analytiker und Analysand in ein feindliches Klima verwandeln. In einer gut geführten Analyse folgt auf die Unterbrechung die Wiederherstellung eines Klimas der Zusammenarbeit zwischen Analysand und Analytiker. Die Unterbrechung wird eingeleitet, wenn der Analysand das Gefühl hat, der Analytiker wäre nicht entsprechend auf ihn eingestimmt oder wenn der Patient sich mißverstanden fühlt – ein Erleben von Ineffektivität. Der Analytiker muß die Unterbrechung wahrnehmen (→ Empathie) und zur Sprache bringen (→ Responsivität). Indem er das tut, verschafft er dem Patienten 1. das Gefühl, in wirksamer Weise mit ihm kommuniziert zu haben, was eine selbststärkende Erfahrung ist, und er stellt so 2. die Erfahrung des Patienten wieder her, daß eine Selbstobjektbindung (→ Selbstobjekt) zum Analytiker

besteht. Die Anerkennung des Erlebens des Patienten durch den Analytiker ist kein Eingeständnis einer Schuld und verlangt auch keine Entschuldigung. Sie führt üblicherweise zu einer gemeinsamen Untersuchung der dynamischen und genetischen Ursachen der Unterbrechung. Was die Komponenten des → Selbst bis dahin zusammengehalten hatte, war in der Unterbrechung und der darauf folgenden → Fragmentierung verlorengegangen. In Verbindung mit der wiederhergestellten Beziehung zum Analytiker werden nun die Teile des Selbst in einer Weise geordnet, sodaß mehr Kohäsion besteht als zuvor. Das Ergebnis ist eine Stärkung des Selbst des Patienten.

Kohut H [1984] (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp

Wolf ES [1987] (1989) Anmerkungen zum therapeutischen Prozeß in der Psychoanalyse. In: Wolf ES, Ornstein A, Ornstein PH, Lichtenberg JD, Kutter P (Hg), Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. München, Verlag Internationale Psychoanalyse, S 107–124

Wolf ES (1993) Disruptions of the therapeutic relationship in psychoanalysis: a view from self psychology. International Journal of Psycho-Analysis 74: 675–687

Ernest S. Wolf [Übers.: Erwin Bartosch]

Unterschwellige Wahrnehmung (Subzeption). → Wahrnehmungsverzerrung, -verleugnung; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Unterstufe des Autogenen Trainings. → Grundstufe des Autogenen Trainings.

Urschreithherapie. → Primärtherapie.

Urszene. „Urszene“ nennt Freud in der → Psychoanalyse die meist unbewußte → Fantasie des Patienten über den sexuellen Verkehr der Eltern. Ihre Aufdeckung ist in der klassischen Analyse unverzichtbare Aufgabe der Therapie, weil darin einerseits die spe-

zifische Ausprägung des → Ödipuskomplexes, andererseits die Akzeptanz der intimen Beziehung der Eltern zueinander, die dem Patienten nur die Rolle des Zusehers überläßt, eingeschlossen ist. Die → Selbstpsychologie beschreibt den Weg anders: im intersubjektiven Feld zwischen Analytiker und Analysand ereignet sich schrittweise die Wiederholung der Beziehung des Analysanden zu seinen Eltern, wird dabei durchlebt und kann zu Bewußtsein kommen. So werden über die Beziehung zum Analytiker die geschädigten Bereiche des Selbsterlebens neu organisiert. Über die Trauerarbeit (→ Trauer) kann letzten Endes die spezifische Beziehung der Eltern zueinander und die Konsequenzen, die sie für das Kind hatte, akzeptiert werden. Die Fantasie von der Urszene mag in diesem Geschehen auftauchen, als bildhafte Darstellung eigener, oft schmerzlich erlebter Geschichte.

Freud S [1918] (1982) Aus der Geschichte einer infantilen Neurose [„Der Wolfsmann“]. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VIII: Zwei Kinderneurosen. Frankfurt/M., Fischer, S 125–232

Kohut H [1979] (1991) The two analyses of Mr. Z. In: Ornstein PH (Ed), The search for the self, vol. IV. New York, International Universities Press, pp 401–404, 427–428

Erwin Bartosch

Urverdrängung. → Verdrängung; → Psychoanalyse; → Unbewußt / Bewußt / Vorbewußt.

Urvertrauen. Nach Erik H. Erikson der zum Urmißtrauen gehörige polare Begriff der ersten Phase seines Wachstumsmodells des Ich (Erikson, 1968). Es beschreibt in acht Phasen das Wachstum des Ich. Jede spätere Phase hängt von der allerersten in ihrer Gestaltung ab. Deshalb ist Urvertrauen ein grundlegender Begriff, unter dessen Perspektive Erikson Einsichten in Krisen und Lösungen aller späteren Phasen entwickelt: Erikson betont entgegen mancher eingeschränkter Rezeption dieses Begriffes seine Bezogenheit zum Mißtrauen, ohne

das niemand lebensfähig wäre. Urvertrauen bezeichnet das Überwiegen des Vertrauens in der Balance zum Mißtrauen. „Wenn das Gleichgewicht mehr auf der positiven Seite liegt“, wird es dem Kinde helfen, „spätere Krisen mit einer Hinneigung zu den Quellen der Vitalität zu begegnen“ (Erikson, 1970: 108). Urvertrauen beschreibt demnach keine dauerhaft erworbene Errungenschaft oder einen intrapsychischen Besitz, sondern den Zugang zu einer lebenswichtigen Übereinstimmung zwischen Entwicklungsstufen des Organismus und der Identität. Urvertrauen entfaltet sich auch in Institutionen und Religionen (Riten).

Erikson E [1950] (1971) Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart, Klett

Erikson E [1968] (1970) Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel. Stuttgart, Klett

Richard Picker

Utilisation. Prinzip der → Hypnotherapie, wonach individuelle Gegebenheiten des Klienten, aber auch Kontextvariablen für die → Tranceinduktion und den therapeutischen Prozeß genutzt werden. Daraus folgt, daß nicht eine Standardtechnik zur Tranceinduktion verwendet wird, sondern die Tranceinduktion auf die besten vorhandenen Möglichkeiten, die im Klienten und in der Situation liegen, aufbaut. Utilisiert werden können Einstellungen, Haltungen, Vorlieben, Fähigkeiten, Sprache u. v. a. m. Beispielsweise kann ein Klient mit musikalischer Begabung leichter in eine Trance geführt werden, wenn man ihn bittet, sich ein Lieblingsmusikstück akustisch zu vergegenwärtigen. Auch kann auf bereits bestehende Erfahrungen mit Entspannung, Meditation o. ä. aufgebaut werden. Im therapeutischen Prozeß können unbewußte Motivationsfaktoren und bereits gelernte Muster genutzt werden, um neue Lösungswege zu erschließen. Milton H. Erickson zufolge bedeutet Utilisation „des Patienten eigene mentale Prozesse in einer Art zu nutzen, die außerhalb des üblichen Bereiches seiner Absichten und seiner willkürlichen Kontrolle liegt“. Augenfällige Anwendungen des Utilisationsprinzips stellen die

→ Umdeutung und die → Inkorporation
dar.

Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie.
Aufbau – Beispiele – Forschungen. München,
Pfeiffer [bes. S 13–30]

Revenstorf D (1993) Technik der Hypnose. In:
Revenstorf D (Hg), Klinische Hypnose. 2.,
korr. u. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 137–
168

Hans Kanitschar

- V -

Vaginismus (Scheidenkrampf). Unwillkürliche und reflexartige Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur und des äußeren Drittels der Vagina. Die Einführung des Penis ist dadurch vollkommen unmöglich. Stimulierungen der Klitoris werden fast ausschließlich oral und manuell akzeptiert. In ausgeprägten Fällen ist nicht einmal das Einführen des Fingers oder Tampons möglich. Marion Sims hat 1862 als erste das Syndrom beschrieben und schlug eine operative Behandlung vor. Walther erkannte 1909 die psychogene Ätiologie, wie Konzeptionsfurcht, Koitushobien, Verletzungsfantasien, zwanghafte Selbstbeobachtung, Lerndefizite, Selbstverstärkungsmechanismen, Partnerdynamik (vgl. Eicher, 1980). Masters & Johnson (1970) stellten u. a. als Ursache des Vaginismus die sexuelle Unfähigkeit des Mannes fest (oft neigen die Partner zur Impotenz). Verhaltenstherapeutische Behandlung: Auflösung des sexuellen Paniksyndroms (Kaplan, 1988) und der Beziehungsängste, → Plissit-Modell, Anwendung von Hegar-Stäben (dienen der Desensibilisierung der Verkrampfung und der unbewußten Ängste vor dem verletzenden Penis), Mentales Training, Entspannungsübungen.

Bräutigam W (1989) Sexualmedizin im Grundriß. Stuttgart, Thieme
 Eicher W (Hg) (1980) Sexualmedizin in der Praxis. Stuttgart, Gustav Fischer
 Kaplan HS (1988) Sexualaversion, sexuelle Phobien und Paniksyndrome. Stuttgart, Enke
 Masters WH, Johnson VE [1970] (1973) Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen. Frankfurt/M., Goverts/Krüger/Stahlberg

Christina Raviola

Valenz. → Feldtheorie; → Grundannahmen-Gruppe; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Vaterkomplex (→ Analytische Psychologie). Dieser → Komplex entsteht durch die Verdichtung der emotional betonten Beziehungserfahrungen mit dem Vater und den Vätern, die sich durch eine vergleichbare Emotion und Information auszeichnen. Da es sich – wie auch beim → Mutterkomplex – um eine generalisierte Erfahrung handelt, kann hier der Vater nicht mit dem konkreten Vater gleichgesetzt werden. „Vaterkomplex“ als Sammelbegriff sagt diagnostisch etwas über die Atmosphäre um einen Menschen und um die damit verbundenen Entwicklungs- und Hemmungsthemen aus. Bei einem betonten „positiven“ Vaterkomplex ist der Mutterkomplex im Hintergrund. Bei einem Mann bewirkt ein „ursprünglich positiver“ Vaterkomplex eine Haltung nach dem Motto: „man kann, was man will“. Dies führt zu einer Ideologie der Kontrolle. Zu lernen ist das Umgehen mit Situationen, die nicht zu kontrollieren sind: mit Schicksalseinbrüchen, mit Problemen in Beziehungen etc. Männer mit dieser vorherrschenden Komplexkonstellation wirken angepaßt an unsere Gesellschaft. Frauen mit einem ursprünglich positiven Vaterkomplex definieren ihre Identität über den Vater, den Mann oder die Väter (also über Männer, die eine väterliche Position einnehmen oder eine väterliche Definitionsmacht haben). Sie sind entweder gelehrige Schülerinnen auf der intellektuellen Ebene, oder erotisch-verführerische Töchter – oder beides miteinander. Männer mit einem ursprünglich negativen Vaterkomplex müßten dem Gesetz, das die Väter formulieren, gerecht werden – und können

Vakuum, existentielles. → Sinn; → Existenzanalyse.

und dürfen das nicht. Sie haben kein Anrecht auf den eigenen Weg, müßten diesen aber gehen. So werden sie hart und fordernd, sich und anderen gegenüber. Auch die Frau mit einem ursprünglich negativen Vaterkomplex hat den Auftrag, dem Vater ebenbürtig zu sein und darf nicht ihren eigenen Weg gehen. Sie kann aber dem Vater gegenüber gar nicht ebenbürtig sein, weil sie eine Frau ist. So kämpft sie einen unergiebigen Kampf um Anerkennung, bringt oft große Leistungen, ohne den Lohn der Teilhabe zu bekommen, den sie sich ersehnt (→ Ödipuskomplex, aus Sicht der Analytischen Psychologie).

Jung CG (1976) Die Archetypen und das Kollektive Unbewußte. GW, Bd. 9/I, hier § 396f. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Kast V (1994) Vater-Töchter, Mutter-Söhne: Wege zur eigenen Identität aus Vater- und Mutterkomplexen. Stuttgart, Kreuz

Verena Kast

Vegetative Identifikation (→ Ladung). Bezeichnet nach Reich die menschliche Fähigkeit, den emotionalen Zustand anderer im eigenen Organsystem zu spüren. In diesem Sinne gibt es eine enge Verwandtschaft zum Konzept der Einstimmung, wie es von Daniel Stern entwickelt wurde, als einer Beschreibung der Qualität in der → Eltern-Kind-Beziehung. Gleichermaßen kann der Psychotherapeut den emotionalen Zustand des Menschen, z. B. die Ängstlichkeit im eigenen Solarplexus, fühlen bzw. Ärger als Erhöhung der eigenen Muskelspannung. Vegetative Identifikation ist die Fähigkeit zu energetischer Kommunikation (→ Energie), es kann als organische Basis der → Empathie und des Mitgefühls gesehen werden. In der psychodynamischen Literatur ist das Konzept der → projektiven Identifikation das psychologische Äquivalent, während die vegetative Identifikation das somatische Substrat ist. In der → Körperpsychotherapie ist das Freisein von → Panzerung die Voraussetzung für die Fähigkeit zu vegetativer Identifikation. Neben der Fähigkeit der vegetativen Einfühlung muß der Körperpsychotherapeut auch über die Fähigkeit verfügen, die Identifikation

wieder aufzuheben, sonst trägt er die somatischen Zustände des Klienten auch über die Sitzung hinaus mit sich. Vegetative Identifikation wird von Reich als das Instrument der → Vegetotherapie gesehen. Sie ist ein äußerst nützliches Werkzeug, da sie wichtige Kenntnisse über den Gefühlszustand des Klienten vermittelt, die er möglicherweise nicht leicht aussprechen kann.

Alberse M (1994) Projective identification and organic transference I. Energy and character 25(1): 59–76

Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Stattman J (1989) Organic transference. In: Marlock G (Ed), Unitive psychology. Collected papers, vol. I. Frankfurt/M., Afro, pp 82–99

David Boadella

Vegetative Lebendigkeit (→ Körperpsychotherapie). Dieser Ausdruck wurde erstmalig durch Reich herangezogen, um das ungestörte Funktionieren natürlicher Prozesse zu bezeichnen, wie es durch das Freisein von chronischer → Panzerung möglich ist. Vegetative Lebendigkeit zeigt sich auf körperlicher Ebene u. a. als „Lebendigkeit und Beweglichkeit von Gesichtszügen, in vollständiger und tiefer Atmung, in einem ruhigen, regelmäßigen Puls und normalem Blutdruck“ (Raknes, 1983: 116), im psychischen Bereich als Fähigkeit, Eindrücke auf sich wirken zu lassen, im freien Zugang zu adäquaten (rationalen) Gefühlen ohne Unterdrückung, Verschiebung, Affektblockade oder Hysterisierung, Fähigkeit zu Selbstkontakt und ungestörter Wahrnehmung anderer. Das Konzept der vegetativen Lebendigkeit enthält nicht nur die primären Emotionen, sondern auch die vitalen Affekte, wie sie von Daniel Stern beschrieben werden. Vegetative Lebendigkeit ist abhängig von der Bestätigung von libidinösen Prozessen in der Kindheitsentwicklung und von der Fähigkeit zu befriedigender Sexualität (→ orgasmische Potenz) in Pubertät und Erwachsenenalter. Zur Wiedererlangung vegetativer Lebendigkeit mit allen oben genannten Zeichen wie ungestörtem Zugang zu Emotionen, bewußter Wahrnehmung der Innen- und

Umwelt und effektivem motorischem Ausdruck wird daran gearbeitet, die charakterliche und körperliche Starrheit (→ Entpanzerung) zu lösen sowie auch den natürlichen Atemrhythmus (→ Zwerchfellblock) wiederherzustellen.

Boadella D [1987] (1991) Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese. München, Kösel

Raknes O [1970] (1983) Wilhelm Reich und die Orgonomie: eine Einführung in die Wissenschaft von der Lebensenergie. Frankfurt/M., Nexus [bes. S 116]

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

David Boadella

Vegetotherapie, charakteranalytische.

Auch Orgontherapie genannt, von Wilhelm Reich begündetes körpertherapeutisches Verfahren. Wilhelm Reich entwickelte den Ansatz in der Fortführung der → Libidotheorie Freuds. Im Mittelpunkt steht die somatische, energetische Quelle von Neurosen und nicht ihr psychologischer Inhalt. Therapeutischer Ansatzpunkt ist daher nicht wie in der → Psychoanalyse die Deutung des Sinnes von Symptomen, sondern dem Symptom die energetische „Nahrung“ zu entziehen, was durch die Abfuhr von Sexualenergie möglich ist. Die genitale Störung und damit die Unfähigkeit zu vollständiger Entladung der sexuellen Energie stellt das zentralste Symptom der Neurose dar. Ziel ist damit die Wiederherstellung des sexualökonomischen Gleichgewichts, wie es in der → orgasmischen Potenz ihren Ausdruck findet. Die von Reich begründete Charakteranalyse stellt das 2. Fundament des Ansatzes dar. Reich fand heraus, daß der → Widerstand sich von Patient zu Patient in charakteristischer Weise (→ Charakterwiderstand) unterscheidet. Aufbauend darauf beschreibt Reich eine Reihe von Charaktertypen (→ Charakter), wobei Reich in der Annahme eines gesunden Kerns jedes Menschen einem humanistischen Menschenbild folgt (→ Humanistische Psychologie). Die vegetotherapeutische Praxis geht von der funk-

tionellen Identität von Körper und Seele aus (→ energetischer Funktionalismus) und setzt bei der Lösung körperlicher und charakterlicher Blockierung (→ Panzerung) an. Methodisch kommt der Anregung zu vertiefter Atmung große Bedeutung zu. Bei der → Entpanzerung berücksichtigt der Vegetotherapeut die segmentale Ordnung der Panzerung (→ Segmente), beginnt also mit der Lösung jener Blockade, welche dem Genital am weitesten entfernt ist. Der Vegetotherapeut folgt dabei dem Muster von → Ladung und Entladung. Leitender Gesichtspunkt ist stets die emotionale Funktion der Muskelpanzerung. Es kommt zum Ausdruck von Emotionen und unwillkürlichen Körperbewegungen. Bisweilen ist dies vom Auftauchen von Erinnerungen begleitet. Der Vegetotherapeut bedient sich seiner Fähigkeit der → vegetativen Identifikation. Ziel der Therapie ist die Wiederherstellung der vegetativen Lebendigkeit, wie sie im → Orgasmusreflex ihren Ausdruck findet und sich in körperlichen Veränderungen ebenso zeigt wie in Veränderungen charakterlicher Art.

Reich W [1932] (1995) Der Einbruch der sexuellen Zwangsmoral. Köln, Kiepenheuer und Witsch

Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Reich W [1942] (1987) Die Funktion des Orgasmus – Die Entdeckung des Orgons. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Reich W [1948] (1994) Die Entdeckung des Orgons: Der Krebs. Köln, Kiepenheuer & Witsch

Reich W (1983) Frühe Schriften aus den Jahren 1920–1925. Frankfurt/M., Fischer

Reich W (1985) Frühe Schriften. Genitalität in der Theorie und Therapie der Neurose. Frankfurt/M., Fischer

Reich W (1987) Äther, Gott und Teufel. Frankfurt/M., Nexus

Beatrix Teichmann-Wirth

Vektor/Vektorpsychologie. → Topologie; → Dynamische Gruppenpsychotherapie.

Veränderte Bewußtseinszustände. → Bewußtseinszustände, veränderte; → Transpersonale Psychologie; → Transpersonale Psychotherapie.

Verantwortlichkeit. Übungen und Techniken in der → Gestalttherapie und der → Gestalttheoretischen Psychotherapie lassen sich in zwei Kategorien unterteilen: in solche, die hauptsächlich → Bewußtheit fördern, und solche, die hauptsächlich Verantwortlichkeit fördern. Klassisches Beispiel ist der mittels → leerem Stuhl inszenierte Dialog zwischen „Topdog“ und „Underdog“, d. h. dem „Du sollst, Du mußt...“ und dem „Ich kann nicht; ich tu ja mein Bestes, aber...“ (vgl. Perls, 1974: 27; „Der Mensch fällt in den Kontrollierten und den Kontrollierer auseinander“). Verantwortlichkeit beginnt für Perls in der konsequenten Weiterführung dieses elementaren Streits, sobald jemand „seine eigene Mitte“ dazwischen entdeckt, die Fähigkeit, für sich, das eigene Wollen und Tun einzustehen. Gestalttherapie ist häufig mißverstanden worden als hedonistische Lehre (→ Hedonismus). Es geht jedoch gerade darum, zwischen Wünschen und ihrer Befriedigung unterscheiden zu lernen, sich zwar als jemanden, mit welchen Wünschen auch immer, so abwegig sie anderen (Mutter, Vater etc.) auch erschienen sein mögen, ohne „schlechtes Gewissen“ zu akzeptieren, jedoch die volle Verantwortung sich selbst und anderen gegenüber für die Konsequenzen dessen zu übernehmen, was man tut oder getan hat. Wer sich, wie der sogenannte Neurotiker häufig schon seiner Wünsche wegen als minderwertig empfindet, hat vor der Verantwortung für sein tatsächliches Handeln eine Scheinverantwortlichkeit aufgerichtet, die Erfolgserlebnisse und die Entwicklung von Selbstbewußtsein verhindert.

Perls F (1974) Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart, Klett-Cotta

Walter H-J (1996) Was haben Gestalt-Therapie und Gestalttheorie miteinander zu tun? In: Walter H-J (Hg), Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, S 51–63

Hans-Jürgen Walter

Verantwortung. Ist ein ursprünglich in der Rechtssprechung verwendeter Terminus, der eine Antwort auf eine Anklage darstellt; dabei geht es um das Rechenschaftgeben für ein bestimmtes Handeln oder für dessen Folgen. Verantwortung bezeichnet eine dreistellige Beziehung: 1. die Zuständigkeit von Personen, 2. für übernommene Aufgaben bzw. für das eigene Tun und Lassen 3. vor einer Instanz, die Rechenschaft fordert (z. B. Mitmenschen, Gericht, Gewissen, Gott). Als soziale Beziehungsstruktur beinhaltet Verantwortung daher einen Träger, einen Bezugspunkt (Verantwortung für Personen oder Sachen) und eine Legitimationsinstanz (Verantwortung vor Personen, Institutionen, Gott). Verantwortung setzt Mündigkeit voraus, d. h. die Fähigkeit, das eigene Handeln frei zu bestimmen und dessen Folgen abzusehen. In der praktischen Philosophie wird Verantwortung als vom Handelnden zu übernehmende Verpflichtung differenziert, 1. die Folgen des eigenen Handelns einer moralischen Beurteilung zu unterwerfen, 2. diese Beurteilung zur Beurteilung seines Handelns zu machen und 3. sich den mit der Beurteilung des Handelns und seinen Folgen verbundenen Sanktionen zu unterwerfen. Man kann von der Verantwortung ganz oder teilweise entlastet werden durch Gründe, die die Zurechnungsfähigkeit, die die rechtliche Voraussetzung verantwortlichen Handelns beeinträchtigt ist, wie z. B. Geisteskrankheit, Medikamenteneinfluß, Nötigung oder Zwang.

Hutterer-Krisch R (1996) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer

Reiter-Theil S (1988) Autonomie und Gerechtigkeit. Berlin, Springer

Strotzka H (1983) Fairness, Verantwortung, Fantasie. Eine psychoanalytische Alltagsethik. Wien, Deuticke

Thomä H (1974) Konflikt, Entscheidung, Verantwortung. Stuttgart, Kohlhammer

Renate Hutterer-Krisch

Verantwortung. → Existenzanalyse; → Gewissen; → Existentielle Wende; → Wille.

Verbalisation, Autogene. → Autogene Verbalisation; → Autogenes Training.

Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte. Der Begriff Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE) ist eine zentrale Interventionsform der → Gesprächspsychotherapie. Dieser Begriff geht auf Tausch zurück, der damit die bei C. Rogers gebräuchlichen Termini „reflecting of feeling“ oder „accurate empathic understanding“ durch eine eindeutige Beschreibung therapeutischen Handelns ersetzen wollte (Tausch, 1970: 79). Er führt dazu aus, „daß der Psychotherapeut die vom Klienten in seiner jeweiligen Äußerung enthaltenen persönlich-emotionalen Erlebnisinhalte, z. B. Gefühle, gefühlsmäßige Meinungen etc. akkurat vom inneren Bezugspunkt des Klienten [...] wahrzunehmen bzw. sich vorzustellen bemüht und dem Klienten in einfach verstehbaren Äußerungen das derartig Verstandene kommuniziert“ (ebd.). Wurde von Rogers (1957) → Empathie eher als ein Einstellungsmerkmal beschrieben, so sollte mit der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte ein Verhaltensmerkmal erfaßt werden. Die Intention, das angemessene Therapeutenverhalten möglichst präzise zu beschreiben, geht allerdings schon zurück auf die Psychotherapieprozeßforschungen (→ Psychotherapieforschung, Geschichte der/Methoden der) der Rogers-Gruppe, deren Bestreben, das Therapieergebnis mit dem Therapeutenverhalten in Beziehung zu setzen, eine möglichst exakte Erfassung des letzteren nötig machte (vgl. die Truax-Skala). Gerade weil ein solcher, die Behandlungspraxis präzise beschreibender Ansatz für Forschung und Lehre wichtig ist, ist darauf hinzuweisen, daß die in dem Begriff Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte enthaltene Beschreibung zu global ist, d. h. dem therapeutischen Vorgehen in seiner Komplexität nicht gerecht wird. Bei den emotionalen Erlebnisinhalten, die zu verbalisieren sind, sind sehr unterschiedliche „Erlebnisebenen“ zu unterscheiden. Um das Therapeutenverhalten ebenso präzise wie detailliert abzubilden,

sollte in der Beschreibung der Interventionsformen zum Ausdruck kommen, ob der Therapeut die Patientenäußerung lediglich mit eigenen Worten wiederholt (also nur auf ihren logischen Aussagesinn Bezug nimmt), ob er die aktuelle und dem Patienten weitgehend bewußte Stimmung aufgreift, ob er ein selbstreflexives Gefühl wie Scham- und Schuld erleben anspricht oder ob er auf das Gewahrwerden gefühlbestimmter Einstellungen und chronifizierter Erlebnismuster wie Neid, resignatives Ohnmachtserleben oder verbitterte Vorwurfshandlung hinarbeitet. In dem Versuch, das Therapeutenverhalten (soweit es aus der empathischen Grundhaltung abzuleiten ist) als eine Bezugnahme auf diese unterschiedlichen Ebenen zu konzeptualisieren, hat Finke (1994: 42ff.) ein mehrstufiges Vorgehen beschrieben. Ein ebenfalls mehrstufiges Interventionsmodell stellten Sachse & Maus (1991: 53) mit ihren → „Bearbeitungsangeboten“ dar. Sie richten ihre Beschreibungen aber weniger an den Inhalten als an formalen Aspekten des Interventions aus, wie „Intellectualisierung anregen“, „persönliche Bewertung anregen“, „Integration anregen“. Diese Beschreibungsversuche sollten sowohl hinsichtlich ihrer Forschungs- wie ihrer didaktischen Pragmatik noch weiter systematisiert werden. Dabei ist aber zu beachten, daß diese Ausdifferenzierungen des Begriffs Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte nicht die einzigen Merkmale gesprächspsychotherapeutischen Interventions sind (→ Grundhaltungen; → Selbsteinbringung; → Beziehungsklären).

- Finke J (1994) Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme
Rogers CR [1957] (1991) Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers C, Schmid PF, Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S 165–184
Sachse R, Maus C (1991) Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Kohlhammer
Tausch R (1970) Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Jobst Finke

Verdrängung (→ Psychoanalyse). Der Begriff taucht im Werk Freuds bereits im „Entwurf einer Psychologie“ (1895) auf und wurde anfänglich synonym mit dem Begriff der → „Abwehr“ verwendet, um im weiteren Verlauf als spezielle Form des allgemeineren Abwehrbegriffs charakterisiert zu werden (z. B. Freud, 1926). Das Wesen der Verdrängung besteht nach Freud „in der Abweisung und Fernhaltung vom Bewußten“ (Freud, 1915: 250) – was ferngehalten wird, sind unbewußt bleibende Repräsentanzen von Triebabkömmlingen, an die der → Trieb fixiert bleibt. Freud spricht in diesem Zusammenhang von der „Urverdrängung“ als erster Phase eines allgemeinen dreiphasigen Konzepts, die einen Ausgangspunkt für die Bildung unbewußter Vorstellungen und Anknüpfungspunkt für zu verdrängendes Material darstellt. Den eigentlichen Verdrängungsprozeß beschreibt Freud als Anziehungs-/ Abstoßungsprozeß: der in der Urverdrängung gebildete unbewußte Kern zieht zu verdrängendes Material an, gleichzeitig wird das Verdrängte von der → Zensur zurückgestoßen. In der dritten Phase dieses Modells kommt es zur Wiederkehr des Verdrängten, was in Form von Symptomen und Träumen (→ Traum) geschieht. Die Verdrängung als dynamischer Prozeß stellt sich auf der Basis der dualistischen (antagonistischen) → Triebtheorie dar – Freud hat am Dualismus als „Aktivität des jeweils antagonistischen Triebes“ (Schmidt-Hellerau, 1995: 154) durch alle Phasen seiner Theoriebildung festgehalten.

Freud S [1915] (1982) Die Verdrängung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 103–118

Freud S [1926] (1982) Hemmung, Symptom und Angst. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M., Fischer, S 227–308

Schmidt-Hellerau C (1995) Lebenstrieb und Todestrieb. Libido und Lethe. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse

Herwig Hinterbofer

Verführungstheorie (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). In dieser Theorie, die Freud in seiner Arbeit „Zur Ätiologie der Hysterie“ (1896) ausführte, werden die Symptome der → Hysterie als komplexes Ergebnis traumatischer Erlebnisse verstanden, die mit unbewußten Erinnerungen an sexuelle Erfahrungen der frühesten Kindheit zusammenwirken. Ein hysterisches Symptom taucht, so Freud, während oder nach der Pubertät als Folge eines traumatischen Ereignisses auf. Das Symptom erscheint anstelle der bewußten Erinnerung an das → Trauma und an all die schmerzlichen Gefühle, mit denen es verbunden ist. Damit das Trauma einen pathogenen Effekt haben kann, muß es assoziativ mit einer unbewußten Erinnerung an eine sexuelle Episode verbunden werden (die sogenannte Verführung, die im allgemeinen eine oder mehrere sexuelle Interaktionen zwischen dem Kind und einer Person innerhalb oder außerhalb der Familie zum Inhalt hat), die viel früher im Leben stattgefunden hat. Diese Theorie, die das Konzept eines verspäteten pathogenen Einflusses früher Kindheitserfahrungen enthält, wurde von Freud bald nach ihrer Publikation zurückgezogen. Er war nun davon überzeugt, daß ein großer Teil der frühen sexuellen Szenen, die seine Patienten ihm berichtet hatten, → Fantasien waren, die letztendlich zum Ziel hatten, die autoerotischen Aktivitäten (→ Autoerotismus) der frühen Kindheit zu verdecken. Diese neue Perspektive, wie Freud in „Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung“ (1914) darstellt, brachte wohl die ganze Vielfalt der kindlichen Sexualität zutage und trug wesentlich zur Theorie der infantilen Sexualität bei (Freud, 1905). Andererseits wurde damit die „Schuld“ der Eltern dem Kind aufgebürdet. Das war die eigentliche Geburtsstunde der → Metapsychologie, in der Erleben primär als Ergebnis innerpsychischer Vorgänge und Anlagen (→ Trieb) gesehen wurde und der Einfluß der „Umgebung“, d. h. der frühen Bezugspersonen, gering geachtet wurde. Erst Heinz Hartmann (1939) gelang es, in mühsamer Arbeit, diese Sackgasse wieder zu öffnen. Der Grundgedanke der Verführungstheorie, daß nämlich die real erlebte Kommunikation (Kommunikationsmu-

ster) positive oder negative (d. h. die Persönlichkeit stärkende oder schwächende) Auswirkungen hat, ist heute in der Selbstpsychologie und der → Säuglingsforschung allgemein anerkannt. Das gegenwärtige Denken über die Verführungstheorie und Freuds Rückzug von ihr verdankt vieles den gründlichen Überlegungen von Ferenczi über die traumatischen Ursachen vieler Psychopathologien.

- Ferenczi S [1933] (1972) Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind: In: Ferenczi S, Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 2. Frankfurt/M., Fischer, S 303–316
- Freud S [1896] (1982) Zur Ätiologie der Hysterie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M., Fischer, S 51–81
- Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. V: Sexualleben. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145
- Freud S [1914] (1946) Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. In: Freud S, Gesammelte Werke, hg. von Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Bd. 10. Frankfurt/M., Fischer, S 43–114
- Hartmann H [1939] (1960) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Psyche* 14(2): 83–163

George E. Atwood, Donna M. Orange
[Übers.: Erwin Bartosch]

Verhalten (→ Verhaltenstherapie). Wird als Begriff entsprechend dem neueren Verständnis der Verhaltenstherapie recht weit gefasst und bezieht sich nicht mehr nur auf äußerlich beobachtbares Verhalten, sondern schließt verbale, kognitive, emotionale, motivationale, affektive und physiologische Manifestationen mit ein (DGVT, 1986). Es können grundsätzlich drei Beschreibungsebenen unterschieden werden (Kanfer et al., 1996): 1. die subjektiv-kognitive Ebene, die über den verbalen Selbstbericht des Klienten sowohl seine Gedanken als auch sein emotionales Erleben und die damit korrespondierenden Motivationsstrukturen erschließt; 2. die Verhaltens Ebene, auf der mittels direkter Beobachtung motorische Äußerungen erfaßt werden (Mimik, Gestik, Handlungen); 3.

die physiologische Ebene, auf der biologisch-körperliche Parameter gemessen werden (Herzfrequenz, Muskelspannung, Adrenalinausschüttung).

- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg) (1986) Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2. überarb. Aufl. Berlin, Springer, S 22–33

Erwin Parfj

Verhalten. Aus der Sicht der → Feldtheorie von Kurt Lewin, die für die → Gruppendynamik und die → Dynamische Gruppenpsychotherapie gleichermaßen die theoretische Basis abgibt, läßt sich das Verhalten einer Person aus der „Gesamtheit der zugleich gegebenen Tatsachen ableiten“ (Lewin, 1982: 165), die ein dynamisches Feld konstituieren. In diesem Feld befinden sich alle Faktoren in → Interdependenz (wechselseitiger Abhängigkeit). Nach Lewin stellt also Verhalten eine Funktion der Person (P) und ihrer Umwelt (U) dar, wobei Person und Umwelt wechselseitig abhängige oder interdependente Variablen sind: $P = f\{U\}$ und $U = f\{P\}$. Lewin, der gern in mathematischen Begriffen und Vorstellungen (→ Topologie) dachte, drückt dies in der „universellen Verhaltensgleichung“ (Lück, 1996: 53) so aus: $V = f\{P, U\}$. Da Person und Umwelt den → Lebensraum konstituieren, ist Verhalten auch eine Funktion des Lebensraumes. Nach der Feldtheorie hängt Verhalten vom gegenwärtigen Feld im → Hier-und-Jetzt (psychologische Gegenwart) mit einer gewissen zeitlichen Tiefe ab. Letztere ist auf realer und irrealer Ebene in Form der Erinnerungen durch die psychologische Vergangenheit und durch Erwartungen, Wünsche und → Träume, die sich mittels Hoffnungen auf die psychologische Zukunft richten, gegeben. Für Lewin sind frühere Erlebnisse nur insofern wichtig, als sie die gegenwärtige psychische Verfassung und das Verhalten mitbestimmen. „Fragen der Entwicklung und historische Probleme sind auch für die Feldtheorie von höchstem Belang“ (Lewin 1982: 135); frühere oder zukünftige Felder sind für das Handeln im Hier-und-Jetzt unmaßgeblich. So-

wohl in der Gruppendynamik als auch in der Dynamischen Gruppenpsychotherapie wird versucht, entsprechend der Lewin'schen Grundformel, das Erleben und Verhalten einer Person im Hier-und-Jetzt der Gruppensituation wahrzunehmen und zu verstehen. Im Feld der → Gruppe entstehen unterschiedliche Verhaltensweisen der teilnehmenden Personen und verhaltenswirksame Kräfte und Spannungen (Feldkräfte) in Form eines Wirkgefüges, welches selbsterfahrungsfördernde und therapeutische Wirkung hat.

Lewin K (1982) Feldtheorie. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 4. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta
Lück HE (1996) Die Feldtheorie und Kurt Lewin. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Hans-Rainer Teutsch

Verhaltensanalyse (→ Verhaltenstherapie). Interaktion mit dem Klienten, die im diagnostisch-therapeutischen Prozeß darauf abzielt, gemeinsam das komplexe Netz von Variablen zu erarbeiten, welches mit einem thematisierten Verhalten in Zusammenhang stehen könnte. Dabei interessieren vor allem die funktionalen Abhängigkeiten zwischen dem Verhalten und jenen Bedingungen, die das Verhalten mitbestimmen und aufrechterhalten (Kanfer et al., 1996). Für den Begriff der Verhaltensanalyse werden synonym die Begriffe der Bedingungsanalyse und – problemzentriert – der Problemanalyse verwendet (vgl. Schulte, 1986: 19–33). Um den kausal-analytischen Charakter zu betonen, wird diesen Bezeichnungen manchmal das Adjektiv „funktional“ vorangestellt. Ursprünglich konzentrierte sich die Suche nach Zusammenhängen auf die unmittelbare Abfolge von situativen Reizen, Verhaltensreaktionen und daran anschließenden Konsequenzen. Das als horizontale oder situative Verhaltensanalyse (→ Verhaltensanalyse, horizontale) bekannt gewordene Beobachtungsschema stützt sich auf die im Rahmen der → Lerntheorien getroffenen Aussagen über den Aufbau von Verhaltensmustern. Dem angestrebten Differenzierungsgrad entsprechend reiht man diese

Analyseform auf der „Mikro-Ebene“ ein. In jüngerer Zeit wurde dieser Zugang erweitert durch die sogenannte vertikale Verhaltensanalyse (→ Verhaltensanalyse, vertikale), welche jene übergeordneten Pläne und Regeln berücksichtigt, die das Verhalten des Individuums motivational leiten. Zusätzlich werden neuerdings systemtheoretische Überlegungen verstärkt berücksichtigt, da auch die in den beteiligten sozialen Systemen herrschenden Regeln zu dem fokussierten Verhalten in Bezug gesetzt werden (Bartling et al., 1992: 56). Beide Erweiterungen werden unter dem Begriff der kontextuellen Verhaltensanalyse zusammengefaßt und auf der „Makro-Ebene“ angesiedelt. Die verhaltensanalytische Arbeit setzt eine stabile und kooperative therapeutische Beziehung voraus, da nur wenige Informationen durch direkte Verhaltensbeobachtung gewonnen werden können. Vielmehr bedarf es der Unterstützung durch den Klienten, der durch → Selbstbeobachtung ermöglicht, die für sein Verhalten relevanten Variablen zu erschließen. Die Vorgangsweise wird daher notwendigerweise auf die Gegebenheiten und Bedürfnisse des Einzelfalls zugeschnitten. In der diagnostischen Anfangsphase dient die Verhaltensanalyse als Orientierungs- und Strukturierungshilfe, welche therapeutische Ansatzpunkte ermittelt und eine erste → Zielorientierung erlaubt. Im weiteren Therapieverlauf verdichten sich die Zusammenhänge zu einem auch grafisch darstellbaren → Bedingungsmodell.

Bartling G, Echelmeyer I, Engberding M, Krause G (1992) Problemanalyse im therapeutischen Prozeß: Leitfaden für die Praxis. Stuttgart, Kohlhammer

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer

Schulte D (1986) Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 16–42

Erwin Parfzy

Verhaltensanalyse, horizontale (→ Verhaltenstherapie). Nachgenauer Beschrei-

bung des problemspezifischen → Verhaltens werden gemeinsam mit dem Klienten die einer Verhaltenssequenz unmittelbar vorausgehenden und nachfolgenden situativen Merkmale erarbeitet, um bestehende funktionale Abhängigkeiten transparent machen zu können. Den ursprünglichen Entstehungsbedingungen von problematisierten Verhaltensmustern kommt besondere Bedeutsamkeit zu, weshalb auch die Rekonstruktion der diesbezüglichen → Lerngeschichte angestrebt wird. Die horizontale Verhaltensanalyse steht in der Tradition der → Lerntheorien. Entsprechend rasch einsetzender Weiterentwicklungen wurden zusätzlich zu den ursprünglich betrachteten Reiz-Reaktions-Verbindungen („S-R“) auch die nachfolgenden, in einem bestimmten Kontingenzverhältnis (→ Kontingenz) stehenden Konsequenzen („C-K“) einbezogen. Schließlich erhielt dieses Beobachtungsschema mit der Berücksichtigung überdauernder Organismusvariablen („O“) durch Kanfer & Saslow (1965) seine im wesentlichen bis heute gebräuchliche Form („S-O-R-C-K“). Allerdings wurden die einzelnen Variablen zunehmend differenzierter betrachtet – so unterscheiden Bartling et al. (1992) zwischen internen und externen situativen Bedingungen und Konsequenzen. Die Organismusvariable umfaßt nun Faktoren der individuellen Wahrnehmung und inneren Verarbeitung von Reizen, und dem Verhalten werden alle Modalitäten des Handelns und Erlebens zugerechnet, also auch die bislang vernachlässigte emotionale Erfahrung. Neuere systemtheoretische Überlegungen lenken die Aufmerksamkeit zunehmend auf Phänomene der Rückkoppelung und komplexen Vernetzung von Variablen, sei es nur, daß beobachtete Konsequenzen ihrerseits wieder als situative Stimuli neue Verhaltens-episoden einleiten oder aber, daß innerhalb der Organismusvariable rekursive Prozesse stattfinden, welche bei gleichbleibenden Situationsmerkmalen unterschiedliches Verhalten hervorbringen können (vgl. Kanfer et al., 1996). Diese rekursiven Prozesse werden als korrektive und antizipatorische Zyklen beschrieben und ermöglichen dem Individuum Selbstreflexion und aktives Handeln – ein Umstand,

der in den Modellen der → Selbstregulation und der → Selbstmanagementtherapie zur zentralen Behandlungsvorstellung erhoben wurde.

- Bartling G, Echelmeyer L, Engberding M, Krause G (1992) Problemanalyse im therapeutischen Prozeß: Leitfaden für die Praxis. Stuttgart, Kohlhammer
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer
- Kanfer F, Saslow G (1965) Behavioral analysis: an alternative to diagnostic classification. Archives of General Psychiatry 12: 529–538

Erwin Parfy

Verhaltensanalyse, vertikale (→ Verhaltenstherapie). Konzentriert sich auf jene übergeordneten Pläne, welche das Handeln des Klienten motivational leiten und im konkreten → Verhalten zum Ausdruck kommen. Durch diesen Beobachtungsansatz wurde in Anschluß an die Publikation von Miller et al. (1960) auch das Menschenbild der Verhaltenstherapie erstmals entscheidend erweitert (→ Verhaltenstherapie und Menschenbild): In der Tradition des → Behaviorismus galt menschliches Verhalten als determiniert durch Reizkonstellationen, die der Umwelt zuzurechnen sind und gemäß den Prinzipien der → Lerntheorien verhaltensausformend wirken. Nun aber wurde eingeräumt, daß das Individuum als reflexions- und handlungsfähiges Subjekt aktiv mit seiner Umwelt interagieren, Informationen verarbeiten, eigene Handlungen reflektieren und erklären kann – somit auch grundsätzlich in der Lage ist, das Verhalten selbst zu steuern (vgl. Bartling et al., 1992). Als Bestandteil der → Verhaltensanalyse etablierte sich dieser Zugang in Form der sogenannten Plananalyse (Caspar, 1996). Dabei wird gemeinsam mit dem Klienten die Funktion einzelner Verhaltensweisen als Mittel zur Erreichung bestimmter Ziele erforscht. Der „Plan“ wird als Einheit von Handlungsstrategie und angestrebtem Ziel definiert, wobei mehrere Pläne auf hierarchisch angeordneten Abstraktionsebenen ineinandergreifen können. Unter einer „Regel“ versteht man die situationsspezifische Handlungsanweisung,

die sich aus dem jeweiligen Plan ergibt (vgl. Kanfer et al., 1996). Die Analyse kann sowohl vom konkreten situativen Verhalten („bottom up“) als auch von den übergeordneten Zielen und Bedürfnissen des Klienten („top down“) ausgehen. Einmal erarbeitete Pläne beanspruchen aber nie, ein Abbild von realen kognitiven Entitäten zu sein, sondern stellen nur den Versuch dar, Motivationsstrukturen hypothetisch auszuformulieren, um einen Überblick über die Problemlage des Klienten gewinnen zu können. Diesbezüglich wird neben der Frage nach etwaigen Verhaltensdefiziten, die eine Zielerreichung erschweren, auch bestehenden → Konflikten zwischen verschiedenen Plänen nachgegangen (vgl. Bartling et al., 1992). Symptome können aus mißlungenen Integrationsversuchen zwischen widersprüchlichen Plänen resultieren, welche oft hochautomatisiert das Verhalten bestimmen – die Analyse erschließt sie erst dem Bewußtsein und ermöglicht dadurch Reflexion und Verhaltensänderung. Zur Erfassung interaktioneller Pläne kann die therapeutische Beziehung als diagnostisches Instrument herangezogen werden, zumal die Thematisierung des dort sich manifestierenden Verhaltens implizite Zielsetzungen zugänglich macht.

Bartling G, Echelmeyer L, Engberding M, Krause G (1992) Problemanalyse im therapeutischen Prozeß: Leitfaden für die Praxis. Stuttgart, Kohlhammer

Caspar F (Hg) (1996) Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen, DGVT

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer

Miller GA, Galanter E, Pribram K [1960] (1973) Strategien des Handelns – Pläne und Strukturen des Verhaltens. Stuttgart, Klett-Cotta

Erwin Parfzy

Verhaltensmedizin (→ Verhaltenstherapie). Die erste publizierte Verwendung des Begriffs Behavioral Medicine findet sich als Untertitel von Birks Biofeedback-Buch aus dem Jahre 1973. Es existiert keine einheitliche Definition des Begriffs Verhaltensmedizin. Exemplarisch kann die Definition nach Schwartz & Weiss (1978: 7) genannt werden: „Verhaltensmedizin ist

das interdisziplinäre Feld, welches sich mit der Entwicklung und Integration von verhaltens- und biomedizinischen Techniken beschäftigt, welche für Krankheit und Gesundheit wichtig sind, sowie mit der Anwendung dieses Wissens und dieser Techniken auf Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation.“ Die Verhaltensmedizin vertritt ein biopsychosoziales Krankheitsmodell (holistische = ganzheitliche Betrachtungsweise). Ausgehend von der Erkenntnis der multifaktoriellen Bedingtheit vieler organischer Krankheiten und der Notwendigkeit des Einsatzes psychologischer Interventionsverfahren in der präventiven Medizin wurde mit der Verhaltensmedizin ein Gebiet definiert, in dem sich praktisch alle bekannten Verfahren der Verhaltenstherapie und der Psychophysiologie einordnen lassen. Ein wesentliches Merkmal des verhaltensmedizinischen Ansatzes ist das Plädoyer für eine interdisziplinäre Vorgehensweise von allen in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufsgruppen. Nach diesem Konzept erklärt sich Krankheit bzw. Gesundheit in der Regel aus der Interdependenz von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren, die gleichberechtigt Berücksichtigung finden. Man könnte die Verhaltensmedizin als verhaltenstherapeutisches Pendant zur psychoanalytischen Psychosomatik bezeichnen. Das biopsychosoziale Krankheitsverständnis geht jedoch über das der traditionellen → Psychosomatik hinaus. Im Rahmen biopsychosozialer Modelle ist die Dichotomie von körperlich begründbaren und sogenannten → psychosomatischen Erkrankungen nicht mehr haltbar. Die klassische Psychogenie-Hypothese der Psychosomatik die traditionell Störungen im Bereich des Seelischen mit Folgen im Körperlichen untersucht, wird überwunden. Als Paradigma verhaltensmedizinischen Vorgehens kann die Behandlung chronischer Schmerzzustände oder tonischen Bluthochdrucks angesehen werden. Weitere Arbeitsgebiete, die der Verhaltensmedizin zugerechnet werden, betreffen praktisch alle organischen Erkrankungen des Menschen. Dabei ist noch weitgehend ungewiß, inwiefern sich die verhaltensmedizinische Vorgehensweise in ihren therapeutischen

Effekten deutlich von rein organmedizinischen bzw. psychologisch begründeten Behandlungsverfahren unterscheidet und ob sich die Kombination mehrerer Interventionsstrategien aus den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen nur im Sinne einer Steigerung des Therapieerfolgs auswirkt.

- Fiedler P (1993) Indikation und Behandlungsetting. In: Linden M, Hautzinger M (Hg), Verhaltenstherapie. Berlin, Springer, S 45–51
- Sorgatz H (1986) Psychophysiologie und Verhaltensmedizin. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg), Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT, S 207–231
- Petermann F (1995) Einführung in die Themenbereiche. In: Petermann F (Hg), Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Göttingen, Hogrefe, S 17–24
- Schwartz LH, Weiss SM (1978) Yale conference on behavioral medicine: a proposed definition and statement of goals. Journal of Behavioral Medicine 1: 3–12

Martina de Zwaan

Verhaltensmodifikation (→ Verhaltenstherapie). Der Begriff „Verhaltensmodifikation“ (behavior modification) wird in der Literatur unterschiedlich verwendet: als Oberbegriff für alle Formen der Anwendung psychologisch fundierter Interventionen, als synonyme Bezeichnung für den Begriff „Verhaltenstherapie“; manche Autoren beschränken ihn auf Interventionstechniken im außerklinischen Bereich, wie z. B. im pädagogischen (vgl. Krumm, 1981), während „Verhaltenstherapie“ der Psychotherapie klinischer Störungsbilder vorbehalten bleibt. Im Zuge der Entwicklung der Verhaltenstherapie sprechen die Gruppe um Skinner sowie Skinner selbst ausschließlich von Verhaltensmodifikation und lehnen die Bezeichnung „Verhaltenstherapie“ ab. Dadurch wird die enge Beziehung von „Verhaltensmodifikation“ zu operanten Verfahren (→ Lerntheorien) und deren Einsatzgebieten aufgezeigt. Zu letzteren zählen vor allem institutionelle Bereiche, wie z. B. die Schule; bekannte Strategien sind die verschiedenen Münzverstärkungssysteme zum Verhaltensaufbau (→ Verstärkung).

- Krumm V (1981) Verhaltensmodifikation. In: Schiefele H, Krapp A (Hg), Handlexikon zur Pädagogischen Psychologie. München, Ehrenwirth, S 401–404
- Wipplinger R, Reinecker H (1994) Zur Normenproblematik in der Verhaltenstherapie. Bergheim, Mackinger

Bibiana Schuch

Verhaltensorientierte Transaktionsanalyse. → Transaktionsanalyse, verhaltensorientierte.

Verhaltensstörungen. → Narzißtische Störungen.

Verhaltenstherapeutische Gesprächsführung (→ Verhaltenstherapie). Bündel verhaltenstherapeutischer Gesprächstechniken, die einerseits die Beziehung modellieren, andererseits Veränderungen gezielt stimulieren. Auf der Grundlage einer systemimmanenten Haltung, dem Denken und Fühlen des Patienten entsprechend, erfolgt ein hypothesengeleitetes und änderungsorientiertes Vorgehen, das dem Patienten „entdeckendes Lernen“ ermöglicht. Dafür steht eine Reihe von Strategien zur Verfügung, wie z. B. sokratisches, provokatives, lineales, zirkuläres, reflexives, strategisches → Fragen; Metaphern; die Gesprächstechnik der unvollendeten Sätze; Fantasiereisen; Rollenspiele. Ihre Auswahl und Anwendung erfolgt in Anpassung an den Kommunikationsstil des Patienten und den unmittelbaren Therapiezielen (z. B. Einsicht in das → Bedingungsmodell, kognitiv-emotionale Neubewertungen, Arbeit mit Widerstand).

- Hoffmann N (1996) Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In: Margraf J (Hg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen. Berlin, Springer, S 251–260
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer

Bibiana Schuch

Verhaltenstherapeutische Störungsmodelle. → Störungsmodelle, verhaltenstherapeutische; → Verhaltenstherapie.

Verhaltenstherapie. Eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfaßt störungsspezifische und unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problemänderungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern (Margraf, 1996). Die Konzeptualisierung von Verhaltenstherapie als psychotherapeutische Grundorientierung geht auch auf die große Zahl an therapeutischen Methoden zurück, die sie auszeichnen. Dabei können drei Gruppen von Verfahren unterschieden werden: 1. Basisfertigkeiten wie Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung und Motivationsarbeit; 2. störungsübergreifende verhaltenstherapeutische Techniken wie → Konfrontationsverfahren (z. B. Reizüberflutung, Habituationstraining, → systematische Desensibilisierung), → Entspannungsmethoden (z. B. → progressive Muskelentspannung), operante Methoden, kognitive Methoden (z. B. → Selbstinstruktionstraining), → Problemlösetraining, Veränderung dysfunktionaler Kognitionen), Kommunikationstraining, Training sozialer Kompetenz und Selbstkontrollverfahren; 3. störungsspezifische Therapieprogramme, die möglichst genau auf die speziellen Gegebenheiten der verschiedenen Störungsbilder zugeschnitten sind (z. B. für → Angststörungen, → Depression, Schizophrenie (→ schizophrener Formenkreis), → Essstörungen, sexuelle → Funktionsstörungen, Partnerschaftsprobleme, Enuresis

etc.). Für die Entwicklung bzw. Entstehung der Verhaltenstherapie als psychologischer Ansatz läßt sich kein genauer Zeitpunkt angeben, es gibt auch keine eindeutige Gründerfigur. Die Wurzeln der Verhaltenstherapie sind in den 50er Jahren dieses Jh. in England (Eysenck, Shapiro, H.G. Jones), in Südafrika (Wolpe, A. Lazarus) sowie in den USA (Lindsley, Skinner, Mowrer, Dollard, Miller) zu finden. Die früher vertretene rein lerntheoretische Fundierung der Verhaltenstherapie (Eysenck, Rachman) muß heute eindeutig als zu eng angesehen werden. Es finden heute neben den → Lerntheorien eine Reihe anderer Ansätze aus den Bereichen der Motivations- und Kognitions-, Sozial-, Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie Berücksichtigung. Darüber hinaus sind Beiträge der Biologie, Biochemie, Medizin und der Sozialwissenschaften von großer Bedeutung. Die Veränderungen der Verhaltenstherapie in den letzten 30–40 Jahren betreffen einen Wechsel von einem linearen Modell zu einem umfassenderen Systemansatz, vom einfachen Modell des → Lernens zu umfassenderen psychologischen Konzepten, die → „kognitive Wende“ und die „affektive Wende“ sowie den Wechsel von unikausalen Theorien zu multifaktoriellen Theorien. Praktische Konsequenzen aus diesen Veränderungen sind eine aktive Teilnahme des Patienten, die Integration von Gedanken-, Gefühls-, Verhaltens- und körperlicher Ebene, veränderte Konzepte über Behandlungsbeginn und Behandlungsende, kognitiv geprägte Therapiemethoden und Strategien, die Betonung der Therapiemotivation und der Beziehung zum Therapeuten, ein Problemlöse- und Entscheidungsfindungsansatz bei der Diagnose und in der Therapie, eine verhaltensmedizinische Perspektive (→ Verhaltensmedizin) sowie fachübergreifende Forschung und Behandlungsansätze (Kanfer, 1989).

Hautzinger M (1996) Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hg), Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin, Springer, S 192–272

Kanfer FH (1989) Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Veränderungen während der letzten 30 Jahre. In: Hand I, Wittchen H-U

- (Hg), Verhaltenstherapie in der Medizin. Berlin, Springer, S 1–13
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer
- Linden M, Hautzinger M (Hg) (1993) Verhaltenstherapie. Berlin, Springer
- Margraf J (Hg) (1996) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2 Bde. Berlin, Springer
- Schorr A (1984) Die Verhaltenstherapie. Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart. Weinheim, Beltz

Gerhard Lenz

Verhaltenstherapie, kognitive. → Kognitive Verhaltenstherapie.

Verhaltenstherapie und Menschen-

bild. Aufgrund der Vielfältigkeit verhaltenstheoretischer Ansätze sowie der schnellen Weiterentwicklungen im Verlauf ihrer Geschichte lassen sich dementsprechend auch unterschiedliche Menschenbilder innerhalb der Verhaltenstherapie feststellen. So sehen Bandura (1974) und Mischel (1977) in Abgrenzung vom → Behaviorismus den Menschen im Sinne des reziproken Determinismus als ein Individuum, das die Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zu einer weitreichenden Selbstbestimmung besitzt, Umweltereignisse wahrnimmt, bewertet, beeinflusst und sich reziprok von der Umgebung beeinflussen läßt. Kanfer geht in seinem → Selbstmanagement-Ansatz ebenfalls vom reziproken Determinismus aus, vertritt aber insgesamt eine systemische Sichtweise, nach der intrapsychische, biologische und physiologische sowie Variablen der Umwelt miteinander interagieren (Kanfer et al., 1996). Die Ziele des Menschen liegen im Streben nach Autonomie und Selbstbestimmung; er besitzt somit die Fähigkeit zur eigenen Zielsetzung, verfügt über Planungskompetenz und Strategien der Selbstkontrolle. Ähnliches findet sich bei Mahoney (1995). Er sieht den Menschen als „Wissenschaftler für die eigene Person“, d. h. fähig, sein Verhalten zu analysieren, zu verstehen und zu verändern. In der → Constructive Psychotherapy charakterisiert er ihn als ein eigen-

ständiges und soziales Wesen, fähig zur Selbstorganisation, mit dem Wunsch nach Weiterentwicklung. Vertreter der → kognitiven Therapien bringen im Rahmen des Schema-Ansatzes zu den genannten Merkmalen den Beziehungsaspekt als Grundbedürfnis mit ein.

- Bandura A (1974) Behavior therapy and the models of man. *American Psychologist* 29: 859–869
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer [bes. S 15]
- Mahoney MJ (1995) Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research and practice. New York, Springer
- Mischel W (1977) Self control and the self. In: Mischel W, The self: psychological and philosophical issues. Totowa (NY), Rowman and Littlefield, pp 31–64

Bibiana Schuch

Verhaltenstherapie und Selbsterfah-

rung. Element der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten, seit der Einfluß von Therapeuten-Variablen auf den verhaltenstherapeutischen Prozeß in die Forschung miteinbezogen wurde. Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung verfolgt folgende Ziele: 1. Optimierung psychotherapeutischer Basisfertigkeiten, d. s. die Fähigkeit zu einem differenzierten Beziehungsangebot (empathisches Vorgehen, Sensibilität für das Nähe-Distanz-Bedürfnis des Klienten und Flexibilität im eigenen Kontaktverhalten), Stabilisierung der Rolle als Therapeut (Trennung persönlicher Schemata und Erfahrungswerte von jenen des Klienten, Ausschaltung persönlicher Motive, Festigung eines adäquaten Kommunikationsverhaltens); 2. Erleben der Therapiemethode an sich selbst zur Verbesserung der Einfühlung in die Rolle des Klienten im Rahmen verschiedener Methoden sowie zur Veränderung eigener dysfunktionaler Verhaltensweisen; 3. Stabilisierung der therapeutischen Kompetenz (Optimierung der Selbstwahrnehmung, Selbstkritik, persönliche Planungskompetenz). Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung wird üblicherweise im Einzel- und Gruppensetting angeboten.

Verkörperung

Bruch M, Hoffmann N (Hg) (1996) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie? Berlin, Springer

Laireiter A-R, Elke G (Hg) (1994) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. Konzepte und praktische Erfahrungen. Tübingen, DGVt

Bibiana Schuch

Verinnerlichung. → Internalisierung; → Psychoanalyse.

Verkehrung ins Gegenteil. → Abwehrmechanismen; → Trieb.

Verkörperung. Ein zentrales körperpsychotherapeutisches Konzept der → Biosynthese, das sich mit der Art, wie der Mensch verschiedene Dimensionen des Lebens verwirklicht, beschäftigt. Es geht von miteinander verbundenen Lebensfeldern (physische, vitale, emotionale, mentale und spirituelle Ebene) aus und berücksichtigt in diesen die unterschiedliche Entwicklung in der Verarbeitung von Eindrücken und im Ausdruck des Menschen. Diese Lebensfelder erscheinen innerhalb der Person in Form von offenen oder geschlossenen Systemen. Ein geschlossenes System repräsentiert charakterliche Probleme, körperliche Blockierungen und spirituelle Verengungen. Das offene System spiegelt psychischen Kontakt, energetische Lebendigkeit und den Kontakt zu den Gefühlsqualitäten des Herzens wider. Die Lebensfelder erschließen sieben therapeutische Zugänge: motorische Arbeit am Muskeltonus und an der Ausdrucksbewegung; energetische Arbeit an den vitalen und feinstrukturell geformten Rhythmen der Atmung; psychodynamische Arbeit an den Resonanzen und Wechselwirkungen im Beziehungsfeld, das durch zwei Menschen gebildet wird; Arbeit mit emotionalem Ausdruck im gesamten Spektrum von Halten (Containment) bis Freisetzen; Transformationsarbeit mit der inneren Bilderwelt und Hilfestellung bei der Verankerung von Imaginationen im Körper; reinigende und klärende Arbeit an den Verzerrungen in

der Sprache und Förderung von Einklang zwischen verbaler und non-verbaler Kommunikation; und schließlich Arbeit mittels Körper-Meditationen, um den Kontakt zu essentiellen Qualitäten und Quellen im Körper zu erschließen.

Boadella D [1987] (1991) Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese. München, Kösel

Boadella D (1994) Inspiration und Verkörperung. Energie und Charakter 25(10): 13–27

Boadella D (1997) Verkörperung in der therapeutischen Beziehung. Energie und Charakter 28(15): 20–37

David Boadella, Gerhard Lang

Verleugnung. Verleugnung ist in der Freudschen → Psychoanalyse ein primitiver → Abwehrmechanismus: Eine Person leugnet einfach die Existenz oder Nicht-Existenz bestimmter Dinge oder die Bedeutung traumatischer → Angst und → Konflikt erzeugender Ereignisse. Kinder nehmen oft nicht zur Kenntnis, daß jemand gestorben ist, oder, daß ihnen etwas wichtig ist oder – wie Freud beschreibt – leugnen, daß Mädchen keinen Penis haben. Verleugnung reicht vom relativ Harmlosen – z. B. der Weigerung, an die Gefahren des täglichen Straßenverkehrs zu denken – bis zum Psychotischen, in dem die Verleugnung von der Konstruktion einer alternativen Realität begleitet ist (einer Einkapselung des subjektiven Erlebens, die das Psychotische ausmacht), oder bis zur unbewußten Abspaltung eines Teils der Realität, in der Freud (1940) einen wesentlichen Mechanismus bei der Entstehung des Fetischismus (→ Perversion) sah. Die psychoanalytische → Selbstpsychologie lenkte die Aufmerksamkeit auf die Brüchigkeit des Selbsterlebens, das mit Abwehrformen wie etwa der Verleugnung verbunden ist. Zuletzt hat die Theorie der → Intersubjektivität beschrieben, wie bedeutsam die Verleugnung in Fällen von extremem Selbstverlust ist.

Freud S [1925] (1982) Die Verneinung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 371–377

Freud S [1940] (1982) Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 389–394

Kohut H [1971] (1973) Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M., Suhrkamp

Donna M. Orange [Übers.: Andrea Harms]

Vermeidungsverhalten (→ Verhaltens-therapie). Vermeidungsstrategien sind die gemeinsame Komponente aller Ängste. Die gefürchtete Situation wird nicht aufgesucht, weil aversive Konsequenzen antizipiert werden. Die Vermeidung wird zusätzlich negativ verstärkt. Unterscheidung zwischen aktiver Vermeidung (z. B. Flucht, Abbrechen unangenehmer sozialer Kontakte) und passiver (z. B. gedankliche Abwesenheit, Schweigen). Die „Angst vor der Angst“ ist relevanter Bestandteil des verhängnisvollen Kreislaufes, der die Symptomatik aufrecht erhält oder verschlimmert. Die Vermeidung verhindert die angstmindernde Erfahrung, daß die befürchtete Konsequenz nicht eintritt, und damit ein Umlernen. Verhaltenstherapeutische Strategien zielen auf den schrittweisen Abbau der Vermeidung und den Aufbau aktiven Bewältigungsverhaltens. Das Expositionstraining (Konfrontationsbehandlung, → Reizkonfrontation; → Exposition) ist relevanter Bestandteil des Therapie-Repertoires.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hg) (1986) Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden. Tübingen, DGVT [bes. S 121]
Margraf J, Schneider S (1989) Panik. Angstfälle und ihre Behandlung. Berlin, Springer

Kurt Meszaros

Verneinung. → Primärprozeß; → Psychoanalyse.

Verschiebung. Meint die für den → Primärprozeß in der → Psychoanalyse charakteristische, aber auch im → Sekundärprozeß auftretende Diffusion libidinöser

Energie von einem unbewußten Wunsch längs der Assoziationsbahnen der Erinnerungssysteme des „psychischen Apparates“ zu einer anderen Vorstellung. Dabei ist es im Hinblick auf die Funktion der Verschiebung wesentlich, in welcher Richtung die Erinnerungssysteme durchlaufen werden, d. h. ob progredient oder regredient, da die Arbeitsweise des psychischen Apparates in diesen beiden Fällen unterschiedlich ist. Ein Beispiel für die Verschiebung im Rahmen regredienter Abläufe stellt die von Freud ausführlich beschriebene Traumarbeit (→ Traum) dar. Im Falle eines progredienten Prozesses fördert die Verschiebung das Entstehen „logischer“ Verknüpfungen, sie steht dann im Dienste sekundärprozeßhaften Geschehens.

Freud S [1900] (1982) Die Traumdeutung. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Herwig Hinterbofer

Verschwiegenheitspflicht. Berufspflicht für Psychotherapeuten zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse. Damit soll ein umfassender Schutz vor mißbräuchlicher Verwendung von aus der Patientensphäre stammenden Daten gewährleistet werden. Schutzobjekt ist das Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeuten und Patienten. Insbesondere wird eine Offenbarung eines Geheimnisses nicht durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt (absolute Verschwiegenheitspflicht). Ebenso ist davon auszugehen, daß auch im Rahmen einer Supervisionstätigkeit von Psychotherapeuten diesen bekannt gewordene Geheimnisse absolut geschützt und damit vertraulich zu behandeln sind. Die Verschwiegenheit erstreckt sich auf alle Geheimnisse, die Psychotherapeuten zur Kenntnis kommen und deren Bekanntwerden für Patienten selbst, Angehörige oder auch Dritte einen Nachteil in gesund-

heitlicher, wirtschaftlicher oder gesellschaftlicher Sicht bedeuten könnte. Geheimnis ist eine Tatsache, die nur dem Träger dieses Geheimnisses und allenfalls noch seinem vertrauten Kreis bekannt ist, und bei der ein natürliches Interesse besteht, diese Tatsache Außenstehenden nicht bekannt zu machen. Es ist davon auszugehen, daß die Verschwiegenheitspflicht unabhängig davon, ob Erwachsene oder Minderjährige in Behandlung stehen, eine der wesentlichsten psychotherapeutischen Berufspflichten darstellt, und daß die Privatsphäre Minderjähriger im Rahmen der Psychotherapie auch den Eltern gegenüber gesetzlich geschützt ist. Die Verschwiegenheitspflicht gilt gegenüber allen Dritten einschließlich Ehegatten, Lebensgefährten, aber auch privaten und öffentlichen Einrichtungen wie etwa den Trägern der Sozialversicherung, Kammern, Behörden und anderen Institutionen. Ein Eingriff in diesen geschützten Bereich kann nur ausnahmsweise bei Vorliegen schwerwiegender Gründe, etwa im Falle der Gefährdung oder Beeinträchtigung höherwertiger Rechtsgüter (Bedrohung von Leib und Leben), nach umfassender und verantwortungsbewußter Interessenabwägung eine Rechtfertigung finden.

Homm M, Kierein M, Wimmer A (1996) Rechtliche Rahmenbedingungen für die selbständige Ausübung der Psychotherapie. In: Homm M, Kierein M, Popp R, Wimmer A (Hg), Rahmenbedingungen der Psychotherapie. Bibliothek Psychotherapie, hg. von Sonneck G, Bd. 6. Wien, Facultas, S 21–228

Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz – Kommentar. Wien, Orac

Michael Kierein

Versorgungsbedarf (→ Epidemiologie; → Psychotherapieforschung). Dieser ist im Bereich → psychogener Erkrankungen trotz sorgfältiger Untersuchungen nur schwer einschätzbar (→ Versorgungsforschung). Epidemiologische Feldstudien über einen Zeitraum von 10–15 Jahren haben zu der Einschätzung geführt, daß etwa 8% aller 25– bis 45jährigen Menschen einer Großstadtbevölkerung trotz psychogener Er-

krankung nicht mehr therapierbar sind (Gründe: somatische und/ oder soziale Folgeschäden der ursprünglich psychogenen Störung). Etwa 4% innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe bedürfen während ihres Lebens einer stationären psychotherapeutischen Behandlung. Meist ist die ambulante Fortsetzung der stationär eingeleiteten Therapie notwendig. Weitere ca. 15% brauchen intensive ambulante Psychotherapie mit tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Verfahren und sind damit voraussichtlich auch erreichbar bzw. ansprechbar und können davon profitieren. Eine weniger schwer gestörte Gruppe, geschätzt auf 10%, benötigt eine wenigstens kurzzeitige Psychotherapie oder weitmaschige dynamische Psychotherapie. Schließlich kann mit einer Gruppe von ca. 25% gerechnet werden, die mit Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung durch entsprechend qualifizierte Allgemeinärzte hinreichend stabilisierbar wäre.

Schepank H (1990) Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Berlin, Springer

Schepank H (1994) Die Versorgung psychogener Kranker aus epidemiologischer Sicht. Psychotherapeut 39: 220–229

Klaus Lieberz

Versorgungsforschung (→ Psychotherapieforschung). Befaßt sich im Bereich → psychogener Erkrankungen mit der Häufigkeit der Störungsbilder, dem Zugang zum psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgungssystem, dem Organisationsgrad dieses Versorgungssystems, den Patientenflüssen zwischen den einzelnen Gliedern der Versorgungskette, der Art und dem Umfang der Leistungen auf den einzelnen Versorgungsebenen und dem resultierenden Ausmaß an seelischer Gesundheit in der Bevölkerung. Trotz zwischenzeitlich vorliegender fundierter Daten zur Häufigkeit und Verteilung psychogener Erkrankungen in der Bevölkerung (→ Epidemiologie), ist es nicht leicht, daraus den → Versorgungsbedarf zu bestimmen, da 1. psychogene Krankheits Symptome sich auf ei-

nem Kontinuum von ubiquitär bis lebensbedrohlich bewegen, 2. der Beginn der Symptomatik häufiger schleichend als akut dramatisch ist, 3. Monosymptomatik selten, Polysymptomatik dagegen die Regel ist, 4. der Langzeitverlauf eher wechselhaft und wellenförmig oder schubhaft episodisch imponiert. Auch ist ein beachtlicher Prozentsatz von schwerer gestörten psychogen erkrankten Menschen nicht mehr wirkungsvoll mit Psychotherapie behandelbar. Hinzu kommt, daß die Inanspruchnahme und Motivierbarkeit psychogen Kranker stark von allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflußt werden (Bildungssystem, Finanzierung, Einstellung des gesamten Medizinbetriebs zur Psychotherapie und veröffentlichter Meinung).

Lieberz K (Hg) (1996) Hausarzt und Psychotherapeut. Wege der Zusammenarbeit. Stuttgart, Gustav Fischer

Schepank H (Hg) (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin, Springer

Schepank H (Hg) (1990) Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Berlin, Springer

Klaus Lieberz

Verstärkung (→ Verhaltenstherapie). Grundbegriff des operanten → Lernens (→ Lerntheorien). Unter Verstärkung versteht man die Erhöhung der Auftrittswahrscheinlichkeit eines Verhaltens aufgrund positiver Konsequenzen (positive Verstärkung) oder den Wegfall/die Entfernung negativer (negative Verstärkung), in Abhängigkeit von bestehenden → Kontingenzen. Dabei spielen kognitive Antizipationsprozesse eine wichtige Rolle. Als positiv verstärkende Konsequenzen gelten vorrangig soziale Verstärker sowie bevorzugte Aktivitäten des Individuums. Der gezielte Einsatz von Verstärkung als Behandlungsstrategie findet sich vorwiegend in der → Verhaltensmodifikation. In der Verhaltenstherapie erfolgt im Rahmen der → Verhaltensanalyse eine Identifizierung wirksamer Selbst- und Fremdverstärker, der Bestimmung ihrer Relation zueinander

sowie der Feststellung fehlender Verstärker bei bestimmten psychischen Störungen. Selbstverstärkung ist relevanter Bestandteil der → Selbstregulation und notwendig zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Selbstkontrolle.

Skinner BF (1953) Science and human behavior. London, Macmillan

Timberlake W (1995) Reconceptualizing reinforcement: a causal-system approach to reinforcement and behavior change. In: O'Donohue W, Krasner L (Eds), Theories of behavior therapy: exploring behavior change. Washington, American Psychological Association, pp 59–96

Kurt Meszaros

Verstärkung, intermediale. → Intermediale Verstärkung; → Kunsttherapie.

Verstehen, szenisches. → Szenisches Verstehen; → Psychodrama.

Verstrickung. Ein Konzept aus der strukturellen → Familientherapie (Minuchin et al., 1967; Minuchin, 1977). Es beschreibt eine Form der Familienstruktur, bei der die Grenzen zwischen einzelnen bzw. zwischen Subsystemen diffus, unklar und zu durchlässig sind (wobei Grenzen die Regeln sind, die bestimmen, wer welche Funktionen übernimmt). In Familiensystemen, in denen dieser Transaktionsmodus vorherrscht (verstrickte Systeme), gibt es wenig Differenzierungsmöglichkeit für den einzelnen. Die Autonomieentwicklung ist behindert und es werden hohe Loyalitätsanforderungen an den einzelnen gestellt. Parameter, an denen „Verstrickung“ erkennbar wird: kein eigener Raum (physisch und psychisch) für die einzelnen Familienmitglieder, viele Räume gemeinsam, wenig bis keine Zeit allein, viel Zeit gemeinsam, wenig bis keine eigenen Entscheidungen (jede Entscheidung wird in Absprache mit anderen Familienmitgliedern getroffen), eingeschränkter Freundeskreis; eigene Gefühle, Gedanken, Wertvorstellungen sind kaum erlaubt, selbst diese müssen mit der

Familie geteilt werden. In solchen Systemen ist die Abgrenzung und Ablösung Heranwachsender sehr schwierig.

Minuchin S (1977) Familie und Familientherapie. Freiburg, Lambertus

Minuchin S (1981) Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg, Lambertus

Minuchin S, Montalvo B, Guernon B, Rosman B, Schumer F (1967) Families of the slums. An exploration of their structure and treatment. New York, Basic Books

Hildegard Katschnig

Vertikale Verhaltensanalyse. → Verhaltensanalyse, vertikale; → Verhaltenstherapie.

Verträge. In der → Transaktionsanalyse sind Verträge Vereinbarungen auf Gegenseitigkeit unter gleichberechtigten und verhandlungsfähigen Partnern. Berne (1966) betonte die Fähigkeit des Patienten, Verantwortung für sein Wünschen, Denken, Handeln und Fühlen zu übernehmen. Vertragsvoraussetzungen sind: Gegenseitiges Einverständnis, Ausgewogenheit von Leistung und Gegenleistung, Vertragsfähigkeit des Patienten und Kompetenz des Therapeuten. Der Vertragsinhalt muß moralisch und gesetzlich zulässig sein (Steiner, 1974). Berne unterscheidet den Geschäftsvertrag (Ort, Frequenz, Finanzielles, Rahmen etc.) vom Behandlungsvertrag als Übereinkunft über die Ziele einer Behandlung, wobei die Ziele gemeinsam erarbeitet werden: Was der Patient inhaltlich und auf der Beziehungsebene anstrebt, eventuell verändern möchte, was jeweils wessen Aufgabe in diesem Prozeß ist, was sich der Patient von einer Änderung verspricht, wie er sich eine gelungene Veränderung vorstellt etc. Themen können konkrete Lebensprobleme sein, aber auch unklare, scheinbar nicht faßbare Gefühls- und Beziehungsprobleme. Dreiecksverträge (English, 1981) berücksichtigen den Einfluß von Institutionen, Erziehungsberechtigten etc. auf das Vertragsgeschehen mit abhängigen Personen. Verträge im kurztherapeutischen Setting sind mehr inhalts- und verhaltensorien-

tiert (→ Transaktionsanalyse, verhaltensorientierte). In der tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse werden Verträge weniger inhaltsorientiert, sondern als fortlaufender Beziehungsprozeß entlang der jeweiligen Bewußtseinsfähigkeit verstanden (→ Transaktionsanalyse, tiefenpsychologische).

Berne E (1966) Principles of group treatment. New York, Grove Press

English F (1981) Der Dreiecksvertrag. In: English F (Hg), Transaktionsanalyse. Gefühle und Ersatzgefühle in Beziehungen, Hamburg, Isko-Press, S 208–209

Steiner C (1974) Scripts people live. New York, Bantam Books

Gerhard Springer

Vertrauen. → Grundvertrauen; → Existenzanalyse.

Verweilen. Bedeutet im → Focusing, mit dem noch → impliziten, also noch vagen, körperlich gespürten Anteil augenblicklichen Erlebens (→ Felt Sense) zu sein, im Sinne von absichtslosem und achtsamem Wahrnehmen. Verweilen ist meist kein langdauernder und kontinuierlicher Zustand, sondern ein wiederholtes Zurückkommen der Aufmerksamkeit zum Felt Sense. Verweilen ermöglicht das Sichöffnen und Explizieren des Felt Sense und damit das Kommen von Veränderungsschritten (carrying forward; → Experiencing). Die Bedeutung von Verweilen ist verwandt mit Heideggers Begriff „wohnen“ (dwelling).

Gendlin ET (1988) Dwelling. In: Silverman H-J, Mickunas A, Kiesel T, Lingis A (Eds), The horizons of continental philosophy. Essays on Husserl, Heidegger, and Merleau-Ponty. Dordrecht, Kluwer, pp 133–152

Johannes Wiltshcko

Vier Stufen, Autogene Psychotherapie in. → Autogene Psychotherapie in vier Stufen.

Vier Wege der Heilung und Förderung. Grundkonzept der → Integrativen

Therapie (Petzold, 1988: 173–285). Mit einem breiten Heilungsbegriff wird eine indikations-, d. h. krankheitsspezifische Differenzierung für den Therapieprozeß vorgelegt und „Förderung“ als Ausbildung und Stärkung spezifischer Bewältigungskompetenzen hervorgehoben (Ressourcenorientierung; Petzold, 1997). Bei diesen „Vier Wegen“ geht es um: 1. Bewußtseinsarbeit und Einsicht – durch „intersubjektive → Ko-respondenz“ soll Arbeit an unbewußten Störungen / Konflikten, Klärung und mehrperspektivische Einsicht vermitteln (Verflüssigung narrativer Fixierungen, Veränderung kognitiver Strukturen / Schemata), zur (Wieder-)Herstellung von Sinn / Sinnhaftigkeit (Petzold, 1988: 218); 2. Nachsozialisation und emotionale Differenzierungsarbeit – Vermittlung „substitutiver, korrekativer und alternativer emotionaler / kognitiver Erfahrungen“ (ebd.: 236) soll Defizite im innerseelischen Strukturaufbau beheben, ihre persönlichkeits- und entwicklungsbeeinträchtigende Wirkungen abmildern; diese an → Säuglings-/ Longitudinalforschung orientierten Behandlungsstrategien verändern bei frühen und schweren Persönlichkeitsschädigungen dysfunktionale emotionale und volitive Strukturen (Schemata, Narrative, Skripts; Petzold et al., 1998); 3. Erlebnisaktivierung und alternative Handlungsmöglichkeiten – Entwicklung und Förderung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und Potentiale (Kreativität, Sensibilität, Flexibilität; ebd.: 250) soll vermittle „multipler Stimulierung“ in der erlebnis- und übungszentrierten Modalität, durch → kreative Medien, Kulturarbeit, gezieltes Einbeziehen des Alltagslebens als Experimentier- und Übungsfeld Aufbau und Stärkung von Ressourcen und „persönlicher Souveränität“ fördern (Petzold & Orth, 1998); 4. Solidaritätserfahrung und praktische Lebenshilfe – durch „soziales Sinnverstehen“ werden „Ursachen hinter den Ursachen“ und „Folgen nach den Folgen“ erkennbar: „komplexes Bewußtsein für Phänomene multipler Entfremdung“ (ebd.: 260), Bezug zur Gesellschaftlichkeit, Erfahrung von Solidarität, sozialer Zugehörigkeit, Eingebundenheit. Das führt zu pragmatischen Hilfen der Lebensbewältigung, u.

a. mit behavioralen, supportiven, netzwerktherapeutischen Methoden (→ Netzwerktherapie). Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ bieten ein weitreichendes Spektrum psychotherapeutischer und präventiver Behandlung und Förderung, → Mehrperspektivität bei der Betrachtung menschlicher Entwicklung und klinischer Einschätzung von Störungen, psychischer Erkrankungen und eine differentielle Handhabung unterschiedlicher Modalitäten und Behandlungsstrategien. In der Praxis ergänzen/überschneiden sich diese Schwerpunktsetzungen. Nach Indikation und Prozeßverlauf verlangen sie großes störungsbildbezogenes Wissen, methodisch-flexible „elastische“ (Ferenczi) Behandlungsführung und Zielrealisierung (Petzold et al., 1998).

Petzold HG [1988] (1996) Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. 2 Bde. 3., erw. Aufl. Paderborn, Junfermann

Petzold HG (1991–93) Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bde. Paderborn, Junfermann

Petzold HG (1997) Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. Integrative Therapie 23(4): 435–471

Petzold HG, Leuenberger R, Steffan A (1998) Ziele in der Integrativen Therapie. In: Petzold HG (Hg), Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Düsseldorf, FPI-Publikationen, S 142–188

Petzold HG, Orth I (1998) Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. In: Slembek E, Geissner B (Hg), Feedback. St. Ingbert, Röhrig Universitätsverlag, S 107–126

Bruno Metzmacher

Visualisierung. → Imagination; → Kathym-Imaginative Psychotherapie; → Hypnotherapie.

Vivation. Weiterentwicklung der → Rebirthing-Atemtechnik durch Jim Leonard und Phil Laut. Leonard & Laut (1988) versuchten eine Systematisierung der Atemtechnik durch die Betonung von fünf Elementen: kreisförmiges Atmen (keine

Unterbrechung zwischen Ein- und Ausatmung), vollkommene Entspannung, bewußte Wahrnehmung aller Einzelheiten, Integration in Ekstase (Hochschätzung von allem, was erlebt wird) und Bewußtheit im Moment („tu, was du tust, weil alles wirkt“). Der typische Verlauf einer Vivation-Sitzung besteht darin, daß der Klient beginnt, ausgehend von der Normalatmung, seicht und langsam zu atmen, daß er dann ange-regt wird, die Atmung zu vertiefen und zu beschleunigen, wodurch stärkere Gefühle spürbar werden können, die als innere Empfindungen gespürt und nicht ausagiert werden sollen. Die Sitzung sollte schließlich in einer entspannten tiefen Atmung enden. Der Therapeut versucht, die Atmung des Klienten mittels spezieller Instruktionen durch diesen Prozeß zu lenken. Schwerpunkt von Vivation ist die Betonung eines bewertungsfreien und akzeptierenden Zuges zu allen Körperempfindungen und Gefühlen sowie das beständige Zurück-lenken der Aufmerksamkeit von Gedanken auf das unmittelbare Erleben im Moment. Zur Unterstützung und Integration der Wirkungen des Atemprozesses wird das Erarbeiten von positiven mentalen Programmen vor allem mit Hilfe von Affirmationen empfohlen. Vivation versteht sich als Selbsthilfeverfahren und legt Wert auf die Autonomie des Klienten, der die Technik für sich selbst erlernen kann.

Leonard J, Laut P (1988) Neu geboren werden. Rebirthing: Der Weg zu Selbstentfaltung und Lebensfreude. München, Kösel
zur Strassen D (1997) Vivation – Der Weg zur Lebensfreude. Airtrang, Windpferd Verlag

Wlfrid Ebrmann

Vorstellungen, bildhafte. → Bildhafte Vorstellungen; → Funktionelle Entspannung.

Voyeurismus. → Perversion.

Vulnerabilität. → Life Event; → Streßtheorien; → Posttraumatische Streßstörung; → Organminderwertigkeit; → schizo-phrener Formenkreis.

Vorbewußt. → Unbewußt, bewußt, vorbewußt.

Vorsatzbildung, formelhafte. → Formelhafte Vorsatzbildung; → Autogenes Training.

- W -

Wachstum. Gilt in der → Gestalttherapie als mögliche Zielformulierung, welche gegenüber dem als normativ mißzuverstehenden Gesundheitsbegriff ein Korrektiv sein kann. Man geht von zwei gegenläufigen Tendenzen jedes → Organismus aus: einem konservativen Verharren im status quo, das Sicherheit verheißt, und einer Tendenz zur Ausweitung, zum Risiko, zu neuen Erfahrungen. Eine Fixierung im konservativen Pol (→ Polaritäten) deutet auf zu wenig entwickelte Ressourcen hin. Die Fähigkeit zu Reife oder Wachstum wird durch die → Integration abgespaltener Persönlichkeitsanteile und die Entwicklung körperlicher, psychischer, geistiger und sozialer Potentiale zu einem individuell unverwechselbaren Stil gefördert. Jede gelungene Erfahrung bestärkt und entwickelt die Persönlichkeit (→ Humanistische Psychologie).

- Perls L (1989) Begriffe und Fehlbegriffe der Gestalttherapie. In: Sreckovic M (Hg), *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie*. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S 105–114
- Perls F, Hefferline R, Goodman P [1951] (1979) *Gestalttherapie. Wiederbelebung des Selbst*. Stuttgart, Klett-Cotta

Kathleen Höll

Wachsuggestion. → Suggestionen, die außerhalb der → Trance im Wachzustand gegeben werden und nicht auf eine → Tranceinduktion abzielen, sondern sich unmittelbar auf ein gewünschtes Ergebnis beziehen. Bernheim (1888) prägte den Begriff „Wachsuggestion“ aus der Erfahrung heraus, daß die Induzierung eines hypnotischen Schlafes zur Befolgung einer → Suggestion nicht erforderlich ist. Dies geschah im Rahmen der Suggestionstheorie der → Hypnose, wonach Hypnose als ein Zustand

gesteigerter → Suggestibilität definiert und eine Gleichsetzung von Hypnose und Suggestion erfolgt war. Wie jede andere Suggestion sind Wachsuggestionen Mitteilungen mit explizitem oder implizit unterschobenem Aufforderungscharakter, sich kognitiv, emotional, physiologisch oder im offenen Verhalten in eine bestimmte Richtung hin zu orientieren. Die Wirksamkeit von Wachsuggestionen basiert auf der Tatsache, daß Suggestibilität auch außerhalb des hypnotischen Kontextes existiert. In der → klinischen Hypnose eröffnen Wachsuggestionen die Möglichkeit, auch dann hypnotherapeutisch zu arbeiten, wenn Patienten einer formalen Hypnose gegenüber ablehnend eingestellt sind bzw. wenn aus therapeutischen Erwägungen heraus auf den Einsatz einer formalen, tiefen Trance zu verzichtet ist. Durch Verwendung von Wachsuggestionen lassen sich die suggestiven Möglichkeiten der Sprache auch außerhalb der formalen Trance therapeutisch nutzen.

- Bernheim H [1886, 1888] (1985) *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*. Autorisierte dt. Ausgabe von Sigmund Freud. Fotomech. Nachdr. d. Ausg. von 1888. Tübingen, edition diskord
- Peter B (1991) Was ist Hypnose? In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hg), *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern, Hans Huber, S 9–28

Matthias Mende

Wahlverhinderung, Mechanismen der. In der → Prozeßorientierten Gesprächspsychotherapie (Swildens, 1991), einer existenzphilosophisch geprägten Variante der → Klientenzentrierten Psychotherapie, sind damit die spezifischen Formen der Existenzverweigerung gemeint. Psychopathologisch betrachtet, sind das die neurotischen Grundmuster (→ Neurose), die als zwanghaft, phobisch, theatra-

lich, somatisierend etc. beschrieben werden. Diese Erlebens- und Verhaltensmuster zielen auf die Einschränkung der Risiken, die sich aus der Willensfreiheit ergeben, indem sie mittels Kontrolle, Vermeidung, Vortäuschen oder Verschieben ins Körperliche das Ausweichen vor der Selbstbestimmung ermöglichen.

Swildens H (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG

Hans Swildens

Wahn. Wahn ist gekennzeichnet durch eine gestörte Ideen- und Urteilsbildung, für die (nach Jaspers, 1973) drei Wahnkriterien gelten: 1. die subjektive Gewißheit, 2. die Unkorrigierbarkeit durch Erfahrungen oder zwingende logische Argumente und 3. die Umöglichkeit des Inhaltes. Das spezifische Element der subjektiven Gewißheit kann als Ausschluß des Zufalls bei fehlender Affekteinengung beschrieben werden: Etwas grundsätzlich nur Mögliches wird uneinfühlbar zur absoluten Bestimmtheit (Berner, 1977). Wahnhafte Inhalte kreisen um Verfolgung, Vergiftung, Verarmung, Vernichtung, Weltuntergang, Eifersucht, Versündigung, Beeinträchtigungen jeglicher Art, besondere Berufung, Fähigkeiten, Abstammung oder Bedeutung (Größenwahn) etc. Einige sind verstehbar als verzerrter („verrückter“) Ausdruck von tiefen Sehnsüchten und Ängsten. Ein Ansprechen der Gefühlstönung kann den Kontakt zum Wahnkranken verbessern (→ Psychosenpsychotherapie).

Berner P (1977) Psychiatrische Systematik. Ein Lehrbuch. Bern, Hans Huber

Jaspers K (1973) Allgemeine Psychopathologie. 9. Aufl. Berlin, Springer

Werner Brosch

Wahrnehmen, Bewegen, Rhythmus.

In der → Funktionellen Entspannung werden Wahrnehmen, Bewegen und Rhythmus in eine „Verlaufsgestalt“ integriert. Die Funktionseinheit von Wahrnehmen und Bewegen wird durch den Begriff der Sensomotorik sprachlich gefaßt. Weizsäcker hat sie „biologischen Akt“ genannt

(Weizsäcker, 1986: 8ff.). Der Patient zentriert sich auf die Selbstwahrnehmung kleiner und minimaler Bewegungsreize. Dabei geschehen feine Gelenkbewegungen auch intentionslos. Diese intentionslosen Bewegungen sind mit der Atmung verknüpft. Sie sind als rhythmische Bewegung wahrnehmbar. Dieser „Rhythmus zeichnet sich aus durch Wiederholung von nicht absolut Gleichem“ (Fuchs, 1997: 34). Die Zentrierung der Wahrnehmung auf die spürbare einwärts-abwärts loslassende Bewegung im Ausatmen verlockt zu einem tieferen Entspannen und Abgeben. Die Atmung wird vom Therapeuten nicht thematisiert, sondern indirekt über die Koordinierung von Bewegung, Wahrnehmen und Rhythmus beeinflußt. Die Koordination von Wahrnehmen, Bewegen und Rhythmus wird über die didaktische Umsetzung der Spielregeln erreicht. Intentionale Bewegungen werden synchron mit der Ausatembewegung durchgeführt. Sie erfolgen in dem Moment der muskulär entspannenden, loslassenden und bodenwärts orientierten (Ausatem-)Bewegung. Kleine intentionale Gelenkbewegungen während dieses zeitlich begrenzten (empfindbaren) loslassenden Moments besitzen eine andere Wahrnehmungsqualität, als wenn sie mit der Einatemphase erfolgen. Eine sich auf diesem Weg vertiefende Ausatembewegung ist wiederum Anreiz für eine vertiefte anspannende und vitalisierende Einatembewegung. Dadurch wird die unauflösbare Einheit der dem (Atem-)Rhythmus immanenten gegenläufigen Bewegungsrichtungen erfahrbar.

Fuchs M (1997) Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens. 6. Aufl. Stuttgart, Hippokrates

Weizsäcker V v [1940] (1986) Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Stuttgart, Thieme

Toni Reinelt

Wahrnehmung, sinnesspezifische. → Sinnesspezifische Wahrnehmung; → Neurolinguistisches Programmieren (NLP).

Wahrnehmung, unterschwellige (Subzeption). → Wahrnehmungsverzerrung, -verleugnung; → Klientenzentrierte Psychotherapie.

Wahrnehmungspositionen. Dieses Konzept verbindet das → Neurolinguistische Programmieren (NLP) mit Konzepten systemischen Denkens und Handelns (→ Systemische Therapie) und erweitert den ursprünglich eher individualzentrierten Bezugsrahmen. Es ermöglicht, Verständnis für den anderen und Verständnis für die Interaktion zwischen Personen und Gruppierungen zu gewinnen. 1. Wahrnehmungsposition: Wahrnehmung aus eigener Perspektive erfolgt „assoziiert“ (→ Assoziation), also in Kontakt mit allen Sinnen. Die Person empfindet hier ihre eigenen Werte und alle „Filter“, die sie die Welt in der für sie typischen Weise wahrnehmen läßt („Ich-Position“). 2. Wahrnehmungsposition: Hier tritt eine Person an die Stelle einer anderen und versetzt sich in sie hinein, um mit allen Sinnen „wie sie“ Dinge und Personen wahrzunehmen („Du-Position“). Sie ermöglicht → „Empathie“. 3. Wahrnehmungsposition: Position eines Beobachters, der die Interaktionen quasi „von außen“ wie mit einer Videokamera betrachtet. Als „neutraler Beobachter“ ist man von seinen eigenen Empfindungen so gut wie möglich „dissoziiert“ (→ Dissoziation). Die 3. Position ermöglicht es, die eigene Interaktion mit einer anderen Person gleichsam von außen so zu betrachten, daß die Spielregeln und Muster bewußt werden, welche „die beiden dort“ miteinander inszenieren. Die 3. Position ermöglicht auch, die Regeln eines Kontextes bewußter wahrzunehmen, so wie ein Supervisor, ein Coach oder Berater es tut. Im sogenannten Meta-Mirror (nach R. Dilts) wird systematisch der Wechsel der verschiedenen Wahrnehmungspositionen genutzt, um Verhaltensalternativen kreativ zu erarbeiten. In diesem Modell wird sogar eine 4. Wahrnehmungsposition eingenommen: In dieser Position beschäftigt man sich aus einer Außenposition mit jener Art der Wahrnehmungen, welche der Beobach-

ter in der 3. Position macht (Meta-Position). Wechsel der Wahrnehmungsposition lassen sich durch Nutzung verschiedener Bodenanker (→ Anker), durch zirkuläres → Fragen oder mit Hilfe der → Zeitlinie (z. B. beim Re-Imprinting) realisieren. Diese Positionswechsel sind unverzichtbar in Konfliktmanagement, Verkauf und Führungsverhalten, in der Therapie und in allen Lehr- und Lernsituationen (Training, Schule). Sie können auch mit Gruppen gewinnbringend eingesetzt werden.

Dilts R [1990] (1993) Die Veränderung von Glaubenssystemen. NLP und Glaubensarbeit. Paderborn, Junfermann

Dilts R, Epstein T (1992) Overview of basic NLP skills and tools. Ben Lomond (CA), Dynamic Learning Publications

O'Connor J, Seymour J [1990] (1996) Gelungene Kommunikation und Entfaltung. 6. Aufl. Freiburg, Verlag für Angewandte Kinesiologie

Wolfgang Eberling

Wahrnehmungsverzerrung, -verleugnung. In der Theorie der → Klientenzentrierten Psychotherapie haben diese Begriffe eine spezifische Bedeutung: Verzerrung bzw. Verhinderung der exakten → Symbolisierung von Erfahrungen, die der Organismus macht. Rogers erläutert mit diesen Prozessen das Entstehen von → Inkongruenz und die Mechanismen der → Abwehr. In beiden Fällen werden Erfahrungen, die den im → Selbst enthaltenen → Bewertungsbedingungen und dem Bedürfnis nach positiver → Selbstbeachtung widersprechen, selektiert, verzerrt oder vor dem Gewahrsein geleugnet. Dies ermöglicht es dem Selbst, in seiner gewohnten Gestalt zu verbleiben. Die Abwehr von etwas Bedrohlichem setzt dessen vorgängige Wahrnehmung voraus. Rogers löst dieses Problem mit Hilfe des Konstrukts von der unterschwelligen Wahrnehmung (Subzeption). Der → Organismus hat demnach die Fähigkeit, eine Erfahrung als bedrohlich zu diskriminieren, ohne daß diese Bedrohlichkeit bewußt symbolisiert wird. Unbeschadet von diesen Vorgängen postuliert Rogers jedoch auch eine generelle Tendenz des Individuums, Erfahrungen exakt im → Gewahrsein zu symbolisieren.

Diese kann verwirklicht werden, wenn die Person in ihren → Selbsterfahrungen von signifikanten Bezugspersonen mit bedingungsloser positiver Beachtung (→ Wertschätzung, unbedingte) verstanden wird und in der Folge sich mit bedingungsloser Selbstbeachtung selbst verstehen kann. Die daraus resultierende Durchlässigkeit und Offenheit für die eigenen Erfahrungen bezeichnet keinen Zustand, sondern einen Prozeß der fortwährenden → Selbstaktualisierung.

Brauns H-P (1979) Persönlichkeitstheorie von Rogers. In: Grunwald W (Hg), Kritische Stichwörter zur Gesprächspsychotherapie. München, Fink, S 197–213 [bes. S 200 ff.]

Panagiotopoulos P (1993) Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag Rogers zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hg), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1. Köln, GwG, S 43–55

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Wolfgang Keil

Wandlungsphänomen. Die → Kathym-Imaginative Psychotherapie versteht Wandlungsphänomene als Veränderungen in der → Imagination bei wiederholt vorgegebenen → Motiven. Inhalte bzw. Bilder können einige Zeit nach bestimmten Mustern ablaufen (→ Fixierte Bilder) und sich dann im Verlauf der Therapie ändern. Wandlungsphänomene können einerseits spezifisch beobachtet werden: Bei entsprechendem therapeutischem Vorgehen ändern sich die Inhalte des Imaginationsmotivs; andererseits gibt es unspezifische oder synchrone Wandlungen: Diese treten im therapeutischen Prozeß ohne gezieltes Vorgehen durch den Therapeuten auf. Wandlungsphänomene entwickeln sich in der Regel aus konflikthafter Szenen des Tagtraums. In ihnen symbolisieren sich häufig Lösungsversuche, gelegentlich auch Abwehrversuche.

Leuner HC [1970] (1989) Katathymes Bilderleben. Grundstufe. 4. Aufl. Stuttgart, Thieme

Leuner HC [1985] (1994) Lehrbuch der Kathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl. Bern, Hans Huber

Martina Hexel

Warming up. → Anwärmphase; → Psychodrama.

Weibliche Sexualität. Freud definierte die Frau (und damit auch die weibliche Sexualität) über das, was sie nicht ist und was sie nicht hat. Die eigentliche Ursache aller psychischen Probleme der Frau wäre der → Penisneid. In der normalen weiblichen Entwicklung (normal = passiv und heterosexuell) sollte dieser Neid, der das Gegenstück zur → Kastrationsangst des Mannes ist, in den Wunsch nach dem Kind umgewandelt werden, das psychische Äquivalent für den fehlenden Penis. Für Freud war die Anatomie Schicksal in einem grundlegenden Sinn: ohne Penis ist der Frau auch keine Subjektivität zuzusprechen und damit auch keine Fähigkeit, zu begehren (Orange, 1996). Ratlos fragte Freud: „Was will das Weib?“ Aufgrund seines biologischen Determinismus und seiner Vorannahmen über die grundlegende Rolle der Sexualität konnte er die Frau nicht als Begehrende, sondern nur als passiv gegenüber dem männlichen Begehren sehen. Sexualität konnte er in Wirklichkeit nur über den Vater, die Frau deshalb nur über den Mangel definieren. Die Bedeutung, die man heute dem präödpalen Leben gibt, teilt den Müttern eine viel größere Rolle in der psychischen Entwicklung der Kinder zu. Zusätzlich sehen die → Selbstpsychologie und die → Objektbeziehungstheorien im Selbsterleben und im Erleben von Bezogenheit eine viel gewichtigere Grundlage menschlicher Motivation als in sexuellen und aggressiven → Trieben. Kohut (1975) behauptete, daß Mädchen zwar zweifellos in ihrem Selbsterleben eine narzißtische Kränkung erfahren, wenn sie erkennen, daß sie des männlichen Organs der Grandiosität „beraubt“ sind, daß sie aber dadurch in der Entwicklung nicht geschädigt werden, sofern ihnen Selbstobjekterfahrungen (→ Selbstobjekt; → Selbstobjektübertragung) zur Verfügung stehen, die ihren Wert, ihre Strebungen und ihre Ideale bestätigen. Es mag eher stimmen, zu sagen, daß Mädchen oftmals vor der Wahrnehmung des anatomischen Unterschiedes die

Unterschiede im Status und in der Rolle der Geschlechter wahrnehmen, die sie in ihrer Familie und ihrer Kultur erleben. Daraufhin erst schließen sie, daß die relative Machtlosigkeit der Frauen und Mädchen in Verbindung mit dem dominanten Status der Männer und deren breiterem Spektrum an Möglichkeiten auf das Vorhandensein oder das Fehlen des Penis zurückzuführen sind. Wenn der psychische Vorgang so richtig dargestellt ist, dann bedeutet das, daß die in der Familie vorherrschenden Einstellungen über die Würde und die Möglichkeiten aller Menschen, die der Kinder eingeschlossen, entscheidende Auswirkungen auf die psychische Entwicklung des Mädchens haben. Ihre Sexualität muß dann nicht durch Neid, Passivität oder den Zwang zur Heterosexualität beschränkt sein. So kommt man zu Freud zurück, der jede Sexualität, männliche und weibliche, homosexuelle und heterosexuelle, aktive und passive, genitale und polymorph perverse als natürlich und über das ganze Leben bestehend annahm. Man könnte sogar sagen, daß er in seiner Sicht der weiblichen Sexualität seiner eigenen grundlegenden Position in bezug auf die Sexualität untreu geworden ist. Die gegenwärtige Psychoanalyse ist der Meinung, daß die Freudsche Theorie sowohl die männliche als auch die weibliche Sexualität zu eng sieht, indem sie die grundlegende Motivation für Sexualität in die Kastrationsangst und den Penisneid verlegt. Demgegenüber ist jegliche Sexualität in ihrer Entwicklung und ihrer Bedeutung in einem größeren entwicklungsmäßigen, beziehungsmaßi- gen und kulturellen Kontext zu sehen.

- Chodorow N (1989) *Feminism and psychoanalytic theory*. New Haven (CT), Yale University Press
- Freud S [1905] (1982) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. V: *Sexualleben*. Frankfurt/M., Fischer, S 37–145
- Kohut H [1975] (1978) A note on female sexuality. In: Ornstein P (Ed), *The search for the self*, vol. 2. Madison (CT), International Universities Press, pp 783–792
- Mitchell S (1988) *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge (MA), Harvard University Press

Orange DM (1996) A philosophical inquiry into the concept of desire in psychoanalysis. *Psychoanalysis and Psychotherapy* 13: 122–129

Donna M. Orange [Übers.: Erwin Bartosch]

Weiterbildung, psychotherapeutische. Erwerb einer besonderen Befähigung bzw. Spezialisierung auf Basis eines definierten Curriculums. Zu unterscheiden ist die Spezialisierung von bereits ausgebildeten Psychotherapeuten auf einen bestimmten Arbeitsschwerpunkt bzw. auf eine bestimmte Zielgruppe, wie z. B. → Kinderpsychotherapie, → Gerontopsychotherapie, → Sexualtherapie, → Suchttherapie, → Familientherapie, → Paartherapie, → Kunsttherapie oder auch → Krisenintervention und → Psychoonkologie von der Weiterbildung für bereits ausgebildete Psychotherapeuten im Sinne der Ausbildung in einer weiteren psychotherapeutischen Schule oder dem Erlernen einer weiteren Methode.

Kierein M (1992) Begriffsbestimmungen von Aus-, Weiter- und Fortbildung. *Psychotherapie Forum* 0: 42

Michael Kierein, Gerbard Stumm

Welt. → Existenz; → Existenzanalyse.

Welt(bezug). In der → Daseinsanalyse wird oft von Welt, Weltbezug, Weltverhältnis und vom Weltentwurf (Binswanger) sowie Weltvergessenheit gesprochen. Dabei ist zu beachten, daß das Wort „Welt“ vieldeutig ist. Gemäß Heidegger ist „Welt“ ontologisch ein „Charakter des Daseins selbst“. Vom Menschen sagt er, er sei „weltbildend“, vom tierischen und pflanzlichen Lebewesen, es sei „weltarm“ und von der anorganischen Materie, sie sei „weltlos“. Die „Weltlichkeit“ ist demnach ein → Existenzial. Welt wird aber auch als ontischer Begriff verwendet. Als solcher bedeutet er alles Seiende, das innerhalb der Welt vorhanden sein kann. Es zeigt dann eine „Region“, einen Bereich an, der eine Mannigfaltigkeit von Seiendem umspannt (z. B. die Welt der Mathematik). „Weltlich“

ist als Abwandlung von „Welt“ eine Seinsart des → Daseins und meint nicht etwas in der Welt Vorhandenes. Letzteres wird daher nicht als „weltlich“, sondern als „weltzugehörig“ bezeichnet. Die Welt des alltäglichen Daseins ist die „Umwelt“, weshalb auch von „Mitwelt“ bzw. „Mitweltlichkeit“ gesprochen wird. Dasein als → In-der-Welt-sein meint Offen-Sein im Sinne des besorgend-vertrauten Umgangs mit allem Seienden, das ihm innerweltlich begegnet. Jeder Mensch findet sich immer schon so in einer Welt, daß er sich stets in irgendeiner Beziehung zu diesem oder jenem aufhält, das sich ihm aus der Offenheit eines Weltbereichs her zeigt. Er geht darin auf. Er ist und existiert stets als ein solcher „Weltbezug“. Er hält sich immer schon bei den Dingen und Mitmenschen dieser Welt auf, läßt sich davon „ansprechen“ und antwortet mit einem bestimmten Verhalten darauf. Unter „Weltbezug“ versteht Boss jene Verweisungszusammenhänge, in denen sich das Verhalten zu den Dingen und Mitmenschen und das Vernehmen von den Dingen auszeugt. Die Art der Gestimmtheit ist verantwortlich für die Tönung und Auswahl der abgewehrten oder zugelassenen Weltbezüge.

Boss M [1971] (1975) Grundriß der Medizin und der Psychologie. 2. Aufl. Bern, Hans Huber

Boss M, Condrau G, Hicklin A (1977) Leiben und Leben. Bern, Benteli

Condrau G (1992) Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Bern/Freiburg, Hans Huber/Universitätsverlag

Heidegger M (1927) Sein und Zeit. Halle, Niemeyer

Heidegger M (1983) Die Grundbegriffe der Metaphysik. Gesamtausgabe, Bd. 29/30. Frankfurt/M., Klostermann

Valeria Gamper

Weltbild, holografisches. → Holografisches Weltbild.

Weltentwurf. → Welt; → Daseinsanalyse.

Wende, existentielle. → Existentielle Wende.

Wende, kognitive. → Kognitive Wende; → Verhaltenstherapie.

Wert. Als Wert kann man das betrachten, was als Norm für die Bevorzugung einer Handlung vor anderen Handlungen zugrundeliegt. Werte sind nach heutiger Auffassung weder Eigenschaften einer Sache oder einer Handlung, noch eigenständige abstrakte Wesenheiten. Werte existieren in Beziehung auf den Menschen dadurch, daß er Werte setzt, d. h. etwas anerkennt oder erstrebt. Menschenbild und Persönlichkeitstheorie, zu der Annahmen über die Grundausstattung des Menschen gehören, beeinflussen die Aussagen über die Art, Funktionsweise, Umfang und Ursachen von Störungen. Entscheidungen, die Äußerungen persönlichen Leidens als Krankheiten klassifizieren, sowie welche Form und welche Heilung bzw. welcher Grad von Heilung angestrebt und erreicht werden kann, ist von Normen und Werten der jeweiligen Zeit und Gesellschaft mitgeprägt. Mit all diesen Grundannahmen werden auch immer mögliche Zielvorstellungen psychotherapeutischer Prozesse vor-entschieden. Annahmen und Aussagen zur Behandlungsmethodik können sich auf die Gestaltung der Patienten-Psychotherapeuten-Beziehung, auf das psychotherapeutische Setting, auf Fragen der Indikation und Kontraindikation etc. beziehen. Sie haben die Aufgabe, „einen handlungsnahen Raster“ bereitzustellen, um die Arbeit des Psychotherapeuten durch möglichst konkrete Entscheidungshilfen zu erleichtern (Hutterer-Krisch, 1996). Wertorientierung des Psychotherapeuten: Mit der Frage, inwieweit es gerechtfertigt ist, von seiten des Psychotherapeuten Wertprobleme aktiv anzusprechen, beschäftigten sich z. B. Simkin (1975) und Bühler (1975). Eine aktive Funktion hinsichtlich der Wertorientierung des Patienten kann indiziert sein, z. B. wenn der Patient seine Probleme scheinbar erfolgreich durchgearbeitet hat,

jedoch Veränderungen auf der Verhaltens-ebene fehlen, wobei das „Wertpotential“ eines Patienten auch nicht überschätzt werden darf (vgl. Hutterer-Krisch, 1996: 43f.).

- Bühler C [1962] (1975) Die Rolle der Werte in der Entwicklung der Persönlichkeit und in der Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta
- Hutterer-Krisch R (1996) Werte in den Psychotherapiemethoden. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, Springer, S 74–108
- Simkin JS (1975) Diskussion von James S. Simkin. In: Bühler C (Hg), Die Rolle der Werte in der Entwicklung der Persönlichkeit und in der Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta, S 169–172

Renate Hutterer-Krisch

Werte. → Existenzanalyse; → Wertetheorie; → Sinn.

Wertetheorie, existenzanalytische.

Theorie über Entstehung, Arten, Erkenntniswert und Bedeutung der Werte für die → Existenz. In Anlehnung und Weiterführung der Wertephilosophie M. Schellers (→ Existenzanalyse) hat V. Frankl die existentiell bedeutsamen Werte formal in drei Kategorien eingeteilt: Erlebniswerte, schöpferische Werte, Einstellungswerte. Sie stellen in der → Logotherapie die „Wege zum → Sinn“ dar (→ Sinnerfassungsmethode). Erlebniswerte und schöpferische Werte haben Priorität für die Existenz, Einstellungswerte wegen ihrer lebensbejahenden Haltung trotz unausweichlichem Leid (→ Einstellung; → Lebensaffirmation) „Superiorität“ (Frankl, 1987: 82). Wert wird allgemein definiert als Grund, der zu einer Bevorzugung bzw. Zurückstellung in einer Wahl (→ Wille) führt. Existentiell gesehen ist Wert „das, was mich angeht“ (Allers), „das, woran mein Herz hängt“. Das Werterfassen erfolgt rational (empirisch, deduktiv oder induktiv) oder – psychotherapeutisch relevanter – emotional (Wertfühlen). Die existenzanalytische Wertetheorie wurde bezüglich der Entstehung der Werte von A. Längle (1993) erweitert. Demnach sind Werte weder dem Sein vorgängig noch Derivate von Sinn (Frankl), sondern entstehen durch

den Kontakt des (lebendigen) Menschen (→ Begegnung; → Beziehung) mit dem Objekt. Als Wert wird das empfunden, was dem (vitalen und/oder geistigen) Leben förderlich ist. Existenzanalytisch stammt das Wertempfinden aus dem Gefühl und der Haltung zum Leben, die deshalb als → „Grundwert“ bezeichnet wird. Wert kann damit existenzanalytisch definiert werden als jedes Erleben, dessen Inhalt mit der Haltung zum Leben konkordant ist und diese stärkt. Wertwahrnehmung geschieht über Beziehung (Nähe, Zuwendung) zum Objekt und der Wahrnehmung der dabei entstehenden Emotionen (→ Emotionstheorie).

- Frankl VE [1946] (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Aufl. Frankfurt/M., Fischer
- Längle A (1993) Wertberührung. In: Längle A (Hg), Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien, GLE-Verlag, S 22–59

Alfried Längle

Wertschätzung, unbedingte (nicht an Bedingungen gebundene bzw. auch bedingungslose positive Beachtung). In der → Klientenzentrierten Psychotherapie die vierte der sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den therapeutischen Prozeß: „That the therapist is experiencing unconditional positive regard toward the client“ (Rogers, 1959: 213). Sie wird ebenso wie das Einfühlende Verstehen (→ Empathie) erst im Zusammenspiel mit der sechsten Bedingung wirksam: „Daß der Klient wenigstens im Ansatz die Bedingungen vier und fünf, die unbedingte positive Beachtung durch den Therapeuten und sein empathisches Verstehen wahrnimmt“ (Rogers, 1959: 213; übers. v. E.-M. B.-R.). Rogers hat die unbedingte Wertschätzung wiederholt beschrieben: „Die Art von Wertschätzung (Anteilnahme, Sorgetragen), über die ich hier spreche, ist dann am hilfreichsten, wenn sie nicht besitzergreifend ist, keine bewertende Anteilnahme, wenn sie vielleicht sehr ähnlich der Sorge ist, die Eltern gegenüber ihrem Kind fühlen. Auch wenn sich das Kind in den Augen der Eltern schlecht benimmt, achten sie das

Kind, betrachten es als eine wertvolle Person, lieben es und sorgen sich um es ohne Rücksicht auf bestimmte Verhaltensweisen“ (Rogers, 1992: 25). In der deutschsprachigen Literatur gilt unbedingte Wertschätzung als eine der drei Basishaltungen des Therapeuten bzw. als Basisvariable oder personenzentrierte → Grundhaltung und heißt vor allem in der empirischen Forschung auch verkürzt und damit verfälscht Akzeptanz / Wertschätzung oder schlicht Akzeptieren. Im Rahmen entwicklungspsychologischer Überlegungen (Biermann-Ratjen, 1989) und solcher zur Krankheitslehre des klientenzentrierten Konzepts (Biermann-Ratjen & Swildens, 1993) wird ein Bedürfnis nach „unconditional positive regard“ (vgl. → Bedürfnis nach positiver Beachtung) als Erfahrung der → Selbstaktualisierungstendenz angenommen, dessen Befriedigung durch empathisches Verstandenwerden und unbedingte Wertschätzung im Selbsterleben durch kongruente „Wichtige Andere“ Selbstentwicklungsbedingung nicht nur im psychotherapeutischen Prozeß, sondern auch in der kindlichen Entwicklung ist (→ Kongruenz).

Biermann-Ratjen E-M (1989) Zur Notwendigkeit einer klientenzentrierten Entwicklungspsychologie für die Zukunft (Weiterentwicklung) der klientenzentrierten Psychotherapie. In: Sachse R, Howe J (Hg), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. Heidelberg, Asanger, S 102–125

Biermann-Ratjen E-M, Swildens H (1993) Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hg), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1. Köln, GwG, S 57–142

Rogers CR [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG

Rogers CR (1992) Die beste Therapieschule ist die selbst entwickelte. In: Frenzel P, Schmid PF, Winkler M (Hg), Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S 21–29

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Widerstand (aus Sicht der → Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Das Konzept des Widerstandes hat seinen Ursprung in der Frühzeit der Psychoanalyse. Freud beob-

achtete, wie das Assoziieren des Patienten (→ freie Assoziation) zu den Symptomen oder Träumen (→ Traum) oft langsamer wurde oder zum Stillstand kam, sodaß die Suche nach der dahinterliegenden Bedeutung verhindert war. Er machte für diese Störung den Widerstand des Patienten gegen das Bewußtwerden von unbewußten Vorstellungen verantwortlich, die mit einem peinlichen → Affekt verknüpft waren. Diese Vorstellungen fanden nur in vielfach entstellter, indirekter Weise im Symptom und im manifesten Traum ihren Ausdruck. Später erkannte man das Phänomen Widerstand in einer ganzen Reihe von Einstellungen und Reaktionen des Patienten, die in Frage zu stellen waren, andernfalls das Ausmaß und die Kraft der analytischen Einsicht verringert würde. Zu diesen Reaktionen gehörte auch die → Übertragung, die als → Wiederholung der Vergangenheit in bezug auf den Analytiker zum Zweck der → Abwehr des Erinnerns der Vergangenheit (Freud, 1914) verstanden wurde. In Freuds Vorstellung war der Widerstand durch die Übertragung determiniert und in ihr inkludiert. Neueres Denken über den Widerstand beschreibt das Phänomen allgemeiner und eingebettet in das Feld der Beziehung oder das intersubjektive Feld (→ Intersubjektivität), wie es sich zwischen Patient und Analytiker etabliert (Stolorow et al., 1987). Widerstand gegen die Entfaltung des → psychoanalytischen Prozesses tritt dann auf, wenn ein Ereignis im analytischen Dialog dem Patienten signalisiert, daß die Gefahr einer Wiederholung von schädlichen, pathogenen Reaktionen der frühen Bezugspersonen durch den Analytiker besteht. Diese Form des Widerstandes, die in der → Angst vor der Wiederholung der Vergangenheit gründet, kann von einer anderen Form begleitet sein, die in der Angst begründet ist, die Vergangenheit nicht zu wiederholen (Brandchaft, 1993). In diesem Fall vermeidet der Patient neue Erfahrungen, sofern sie archaische Bindungsmuster (→ Bindung, Bindungstheorie) in Frage stellen, weil diese für ihn der einzige Weg zu überleben waren. Solche grundlegende Formen der Organisation von Beziehungserfahrung (→ Organizing principles) auszulassen, bedeutet den Auf-

bruch aus einem lange vertrauten Gefühl von persönlicher → Identität, der oft panische Angst vor Selbstauflösung erzeugt.

- Brandchaft B (1993) To free the spirit from its cell. In: Stolorow RD, Atwood GE, Brandchaft B (Eds), The intersubjective perspective. Hillsdale (NJ), The Analytic Press, pp 57–76
- Freud S [1914] (1982) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt/M., Fischer, S 205–215
- Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE [1987] (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/M., Fischer

George E. Atwood [Übers.: Erwin Bartosch]

Widerstand (aus Sicht der → Individualpsychologie). In Anlehnung an Sandler et al. (1973) bezeichnet der Begriff des Widerstandes sämtliche bewußten, vor allem aber unbewußten Aktivitäten, die dem therapeutischen Prozeß entgegengerichtet sind. Widerstände stehen im Dienst der unbewußten → Abwehr oder → Sicherungstendenz und können die bewußte Wahrnehmung von Erlebnisinhalten ebenso behindern wie andere Veränderungen im Bereich des lebensstiltypischen Erlebens und Verhaltens von Menschen (Mertens, 1991: 69ff.; → Lebensstil). Adler hat wiederholt darauf aufmerksam gemacht, inwiefern Idealisierungs- und → Entwertungstendenzen von Patienten das Voranschreiten des therapeutischen Prozesses zu verhindern drohen; so etwa in seiner Schrift „Über den nervösen Charakter“, wo er die Analyse solcher Tendenzen als „Hauptfaktor der Heilung“ ausweist, da in ihnen die neurotischen Persönlichkeitsaspekte von Patienten besonders deutlich verstehbar werden (Adler, 1912: 212f.). In diesem Sinn ist im Anschluß an Mertens (1991: 69) und Antoch (1995: 555) festzuhalten, daß das Analysieren von Widerständen zum unverzichtbaren Kern eines jeden psychotherapeutischen Vorgehens zählt, das auf die Analyse der therapeutischen Beziehung abzielt (→ Beziehungsanalyse). Zu bedenken

ist freilich, daß das schnelle Orten von Widerständen auch im Dienst der → Abwehr und Sicherungstendenz von Therapeuten stehen kann, wenn dadurch unbewußt von der Frage abgelenkt werden soll, was Psychotherapeuten selbst zum Stagnieren bestimmter therapeutischer Prozesse beitragen (Heisterkamp, 1986: 34).

- Adler A [1912, 1919] (1997) Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Kommentierte, textkritische Ausgabe, hg. von Witte KH, Bruder-Bezzel A, Kühn R. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Antoch RF (1995) Widerstand. In: Brunner R, Titze M (Hg), Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl. München, Reinhardt, S 555
- Heisterkamp G (1986) Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand als Teilaspekte der Therapeut-Patient-Beziehung. In: Mohr F-J (Hg), Zur Patienten-Therapeuten-Beziehung. München, Reinhardt, S 33–43
- Mertens W (1991) Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd. 3. Stuttgart, Kohlhammer
- Sandler J, Dare C, Holder A [1973] (1988) Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie. 4. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta

Wilfried Datler

Widerstand (aus Sicht der → Analytischen Psychologie). Verunmöglicht Selbsterkenntnis, gehört zum hartnäckigen Festhalten an überlebten Illusionen oder infantilen Ansprüchen. Dahinter liegt eine Frage, ein → Konflikt. Fordham (1978) unterschied: Widerstände gegen die Bewußtwerdung eines Affektes (z. B. → Projektionen, Erzählen von Trivialitäten, vielen → Träumen), die Verleugnung der Bedeutung eines Affektes, die Wendung meist aggressiver Affekte zurück gegen den Patienten, massive Projektionen auf alle analytischen Interventionen (z. B. → Idealisierung, Ablehnung) sowie Mißverstehen, Verdrehen, Angreifen, → Verleugnen sämtlicher Äußerungen des Analytikers. Nach C.G. Jung kann Widerstand auch die Konstruktion einer → Fantasie verhindern wollen. Widerstand macht eine Libido-Stauung (→ Energie, psychische), erzeugt → Regression. Widerstand ist systematisch, geht vom → Komplex aus. Seine Entwicklungsgeschichte fällt mit der Komplexvorgeschichte zusam-

men. Die Schwäche des bewußten Standpunktes ist proportional der Stärke des Widerstandes, der daher ernstgenommen werden muß. Er bringt die überall (Normalität, → Neurose, → Psychose) latente → Ambivalenz zur Manifestation, indem er die Gegensatzpaare (→ Gegensatzthematik) voneinander löst und sie als getrennte Tendenzen zur Erscheinung bringt, die einander hindernd in den Weg treten. Auch Analytiker haben Widerstände, z. B. gegen Fantasien von Patienten. Manchmal wird Widerspruch gegen falsche → Deutungen oder ein Mangel an Nachdenklichkeit und Einbildungskraft als Widerstand fehlinterpretiert. Allgemeiner ist Widerstand gegen das → Unbewußte als historische und individuelle Entwicklungsnotwendigkeit untrennbar mit der Entstehung und Differenzierung des → Bewußtseins verbunden. Außerdem gehört Widerstand gegen das Unbewußte auch zur Furcht, die Freiheit des Bewußtseins zu verlieren und dem Automatismus der fremdartigen und unheimlichen unbewußten Psyche zu verfallen (→ Unbewußtes, kollektives; → Seele). Das kann sich auf alle möglichen Gebiete beziehen, wo eine Schwäche gefühlt wird und dem Unbewußten keine hohe Schwelle entgegengesetzt werden kann (so auch auf die Sexualität, einer ganz bestimmten Konkretisierung von Seelischem). Allerdings hat auch das Unbewußte eine Tendenz zur Bewußtwerdung. Widerstand kann mit Hillman (1992) schließlich auch verstanden werden als unsere Scham davor, die Fantasietätigkeit überhaupt offenzulegen. Diese Scham bezieht sich auf das Sakrileg, mit den Fantasien als unseren Wunden und unserer Pathologie „living bits of soul“, einen nicht kontrollierbaren Teil des Göttlichen der Seele, preiszugeben.

Fordham M [1978] (1986) Jungian psychotherapy. London, Karnac

Hillman J [1972] (1992) The myth of analysis. Three essays in archetypal psychology. New York, HarperPerennial

Jung CG (versch. J.) GW, Bd. 3, §§ 426f., 436; Bd. 4, §§ 392, 421; Bd. 5, §§ 1, 45, 253, 338, 456; Bd. 7, §§ 189, 509; Bd. 8, § 230; Bd. 9/1, § 124, 235, 543Fn.; Bd. 10, § 889; Bd. 12, § 60; Bd. 16, § 381; Bd. 17, § 16, 184. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).

Andreas von Heydwohlf

Widerstand (aus Sicht der → Hypno[se]therapie). Zeigt sich in der Hypnotherapie in zwei Formen: 1. als spezifischer Widerstand gegen den Eintritt in den hypnotischen Funktionsmodus (meist ein Übertragungswiderstand) und 2. als klassischer Widerstand gegen die therapeutische Veränderung. Er wird in seinen beiden Formen entweder (a) mit Hilfe von hypnoanalytischen Techniken (→ Hypnoanalyse) zunächst gefördert, dann bewußt gemacht und analytisch durchgearbeitet oder (b) im Erickson'schen Ansatz als → Ressource genutzt, d. h. aufgrund seiner schützenden Potenzen in kreativer Weise in die Induktion einbezogen und dabei umorganisiert (→ Utilisation). Dabei können → Metaphern, → Konfusion, → Doppelbindungen und dergleichen eingesetzt werden. Es gilt als obsolet, zu versuchen, den Widerstand mit Suggestivkraft zu brechen.

Kinzel C (1993) Psychoanalyse und Hypnose: auf dem Weg zu einer Integration. München, Quintessenz

Wolberg L (1964) Hypnoanalysis. New York, Grune & Stratton

J. Philip Zindel

Widerstand (in der → Gestalttherapie). Widerstand gehört zu den zentralen Konzepten von Psychotherapie überhaupt. Persönliche Veränderung wird, obwohl gewünscht, dennoch abgeblockt, z. B. durch Müdigkeit, Vergessen, Trotz, Ablenkungsmanöver. Aus der „Krafftfeldanalyse“ Lewins geht hervor, daß das Nichtbewegen auf ein erwünschtes Ziel hin vorhandene Gegenkräfte anzeigt. Polster & Polster (1975) sprechen von intrapersonellen Barrieren, Schneider (1981) von einer automatisierten Rettungsaktion. Dementsprechend versteht man Widerstand in der Gestalttherapie als ein oft schon in der frühen Kindheit eingeübtes Verteidigungsmanöver, das die Person gegen Zumutungen der Außenwelt und gegen eigene, als gefährlich eingeschätzte Impulse schützen soll. Er wird als Stoppsignal interpretiert, das der Integrität und Stabilität dient. Nicht nur Einzelpersonen, auch Organisationen und Institutionen, die sich einer Veränderung unterziehen

sollen, sind davon betroffen (Nevis, 1988). Bevor die Betroffenen sich den Umgang damit bewußt zugänglich machen – und das heißt, sich mit der ursprünglichen Sinnhaftigkeit der Maßnahme identifizieren können – vermögen sie sich nicht frei für etwas anderes zu entscheiden. Eben diese Möglichkeit bereitzustellen, läßt den Widerstand als Beistand anerkennen (Perls et al., 1951). Ein weiterer positiver Aspekt des Widerstandes ist, daß er biografisches Material enthält, und zwar Informationen über diejenigen Umstände, die ihn als Notlösung einmal erforderlich machten. Im therapeutischen Prozeß ist zu unterscheiden zwischen Widerstand im hier beschriebenen Sinne und dem aktuellen Protest des Klienten gegen Zumutungen durch den Therapeuten (Interpretationen, Überforderung, Nicht-Akzeptanz u. ä.; Schneider, 1981). Und es ist anzuerkennen, daß Widerstand letztlich auch beim Therapeuten auftreten kann, da jede dialogische Beziehung (→ dialogisches Prinzip) festgefahrene Persönlichkeitsstrukturen in Gefahr zu bringen vermag. Nevis (1988) weist darauf hin, daß Widerstand ursprünglich nur da entstehen kann, wo Machtunterschiede vorliegen, die es der einen Seite verunmöglichen, „Nein“ zu sagen. Zu einem direkten Nein zu finden, macht Widerstand schließlich überflüssig (Nevis, 1988: 173).

- Nevis EC (1988) Organisationsberatung. Ein gestalttherapeutischer Ansatz. Köln, Edition Humanistische Psychologie
 Perls FS, Hefferline RF, Goodman P [1951] (1979) Gestalttherapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart, Klett-Cotta
 Polster E, Polster M (1975) Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. München, Kindler
 Schneider K (1981) Widerstand in der Gestalttherapie. In: Petzold H (Hg), Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S 227–254
 Schneider K (1990) Grenzerlebnisse. Zur Praxis der Gestalttherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Kathleen Höll

Widerstand (aus Sicht der → Bioenergetischen Analyse). Im Gegensatz zu Methoden, die das Auftreten von Widerstand

als eine Art „Unfolgsamkeit“ gegenüber dem therapeutischen Prozeß bzw. dem Psychotherapeuten – mehr oder weniger strafend – aufzeigen, wird hier Widerstand verstanden als ein körperlicher Grundmechanismus organismischen Lebens (als Selbstbewegung gegen die Gravitation; mit ihrer Schutz schaffenden Kraft der → Abwehr), um mit seinem begrenzenden Umfeld – im Sinne des → Realitätsprinzips – optimal umzugehen (als Streben nach Resonanz; mit einer Kraft, die auf das Eingehen von Risiko und Wahrnehmen von Chancen drängt). Widerstand ist jede Verminderung des Energieflusses vom Zentrum zur Peripherie im Körper durch Zeitverzögerung bei der Abfuhr bzw. durch Ansammlung von Energie oder durch deren Kombination. Ansammlung von Energie geschieht in den großen Reservoirs des Menschen (Kopf, Brust, Becken). Zeitverzögerung z. B. tritt auf in den Gamma-Efferenzen der Muskulatur als „komplette Innervationsstille aller Einheiten“ und dauert ca. 0,06 Sekunden. Damit ist die Möglichkeit einer Steuerung im Regulationssystem der Muskulatur geschaffen (Struppel, 1972). Erst dieser Vorgang erlaubt volle Ausführung oder volle Unterdrückung einer Handlung oder deren situative Anpassung – und zugleich ihre Beobachtung. Diese Zeitverzögerung im Widerstand ist somit die Grundlage allen Bewußtwerdens und bewußten Handelns und führt den Menschen vom geregelten Sein zum gesteuerten Tun. Körperliche Erscheinungsweise und expressiver Inhalt des Widerstands repräsentieren Entwicklungsgeschichte(n) der Person, ihr Dasein (Vergangenheit bis Gegenwart), ihre Haltungen (Gegenwart) und ihre Bewegungen (Gegenwart bis Zukunft) und stellen ein wichtiges therapeutisches Medium dar. Widerstand ist wahrnehmbar (zentro-peripherer Energiefluß bzw. Oberflächenspannungsreduktion) als Gespür/Gefühl mit den Grundinhalten Scham/Wut, Furcht/Angst, Schuld/Trauer. Widerstand löst sich in Freude, Liebe und Anmut (Frank, 1981).

Frank R (1977) Zur Rolle des Körpers in der Bioenergetischen Analyse. In: Petzold H (Hg), Die neuen Körpertherapien. Paderborn, Junfermann, S 62–89

Frank R (1981) Über das Konzept des Widerstandes in der Bioenergetischen Analyse. In: Petzold H (Hg), Widerstand – ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S 301–323

Lowen A [1958] (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München, Kösel

Struppler A (1972) Zur Physiologie und Pathophysiologie des Skelettmuskeltonus. In: Brinkmayer N (Hg), Physiologie. Stuttgart, Thieme

Rainer Frank

Widerstandsphänomen. → Reaktanz; → Verhaltenstherapie.

Wiederherstellungsprozeß. → Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozeß; → Selbstpsychologie.

Wiederholung. Für Freud war der → Wiederholungszwang eine unbewußte, automatische Reaktion, die nicht auf einen analysierbaren → Konflikt reduziert werden konnte (→ Psychoanalyse; → Triebtheorie; → Todestrieb; → Lustprinzip). Demgegenüber kann Wiederholung im Dienst der Bewältigung eines emotionalen Problems gesehen werden. Die Modifikation des Konzeptes war nicht nur deshalb nötig, weil die → Selbstpsychologie die Triebtheorie aufgab, sondern auch deshalb, weil die theoretischen Konzepte in der Selbstpsychologie aus dem affektiven Erleben der Patienten abgeleitet werden: wenn Patienten sich mit der Möglichkeit, alte, schmerzliche Erlebnisse und Verhaltensmuster zu wiederholen, konfrontiert sahen, erlebten sie → Angst. Was in der Freudschen Theorie als „Wiederholungszwang“ beschrieben wurde, sieht die Selbstpsychologie als „Angst vor der Wiederholung“ (dread to repeat). Diese meint die Angst des Patienten, der Analytiker könnte in einer Weise reagieren, die er früher schon einmal als traumatisch erlebt hat, oder daß der Patient erleben müßte, seinerseits in alten, gewohnten Abwehrmustern (→ Ab-

wehr; → Abwehrmechanismen) dem Analytiker gegenüber zu reagieren. Da → Selbstobjektübertragungen nicht nur die traumatischen Anteile der Vergangenheit reaktivieren, sondern auch die Möglichkeit neuer Erfahrungen beinhalten, ist die Angst vor der Wiederholung direkt verbunden mit der Chance für einen neuen Anfang.

Freud S [1920] (1982) Jenseits des Lustprinzips. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 213–272

Ornstein A (1974) The dread to repeat and the new beginning. The Annual of Psychoanalysis 2: 231–248

Ornstein A (1991) The dread to repeat: comments on the working through process in psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association 39: 377–398

Anna Ornstein [Übers.: Erwin Bartosch]

Wiederholungszwang (→ Psychoanalyse; → Selbstpsychologie). Im engeren Sinn beschreibt der Begriff das Phänomen, daß eine Person eine Handlung desselben oder ähnlichen Charakters ausführt, sich dabei vielleicht der → Wiederholung der Handlung selbst (Zwangshandlung, → Zwang), nicht aber der Ursache der Wiederholung bewußt ist. Das Problem des Wiederholungszwanges wirft die Frage nach der Motivation menschlicher Verhaltens- und Erlebensweisen in grundsätzlicher Weise auf. Die Psychoanalyse war seit ihren Anfängen damit beschäftigt: Das Streben nach Lust (→ Lustprinzip) kann nicht als universales Motiv bestehen bleiben (Freud, 1920), wenn die Wiederholung offenkundig schmerzlichen Erlebens einen so bedeutsamen Platz im menschlichen Seelenleben einnimmt. Nur mit Hilfe der Theorie vom → Todestrieb gelang Freud eine Erklärung. Die „Wiederholung“, ein Phänomen des Lebens, sei vom Streben nach dem Tod verursacht. Dies blieb unbefriedigend, weil darin nur der repetitive Aspekt berücksichtigt und damit fixiert wird. Heute verstehen wir menschliche Motivation bestimmt durch vergangene, gegenwärtige und in der Zukunft erwartete Beziehungen, die Spuren – beginnend bei den → „RIGs“ (Daniel

Stern) – im Erleben hinterlassen und Erwartungen zur Folge haben. Die Erwartung, doch noch einmal die zur Entwicklung oder zur Lösung eines emotionalen Problems benötigte Antwort zu bekommen, bestimmt das Erleben auch dann, wenn sie über die Inszenierung der schädigenden Situation der Vergangenheit agiert wird. „Wiederholung“ ist ein Prinzip der Evolution (Kriegman & Slavin, 1989) oder ein „Prinzip der prähistorischen Kreativität“ (Bartosch, 1982: 14). Die Therapie des Wiederholungszwanges muß deshalb zuerst die progressive Strebung an der Wiederholung verstehen und dann die der Entwicklung entgegenstehenden Erwartungen an die neue Beziehung (z. B. zum Analytiker) erkennen. Dadurch kann die Falle des Mitagierens gemieden oder durch gemeinsames Verstehen („making sense together“; Orange, 1995) im Sinne einer Reparatur zur Sprache gebracht werden. Die „Angst vor der Wiederholung“ (Ornstein, 1974) der schädigenden Szene bedingt den „Wiederholungszwang“.

- Bartosch E (1982) Das narzißtische Negativ. Straßbedürfnis, Sadismus, Schuld- und Unwertgefühl als ich-psychologisches Problem. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie 8(1): 1–67
- Freud S [1920] (1982) Jenseits des Lustprinzips. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M., Fischer, S 213–272
- Kriegman D, Slavin MO (1989) The myth of the repetition compulsion and the negative therapeutic reaction: an evolutionary biological analysis. In: Goldberg A (Ed), Dimensions of self experience. Progress in self psychology, vol. 5. Hillsdale (NJ), The Analytic Press, pp 209–252
- Orange DM (1995) Emotional understanding. Studies in psychoanalytic epistemology. New York, Guilford Press
- Ornstein A (1974) The dread to repeat and the new beginning: a contribution to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. The Annual of Psychoanalysis 2: 231–248
- Reichard S (1997) Wiederholungszwang. Ein psychoanalytisches Konzept im Wandel. Stuttgart, Kohlhammer

Erwin Bartosch

Wille. Wird in der → Analytischen Psychologie als eine durch Überlegung gerichtete, erziehungsbedürftige Energieform gesehen. Erfordert disponible Libido, beeinflusst oder überwältigt andere Energieformen, kann unbewußten Tendenzen folgen (→ Unbewußtes; → Energie, psychische). Gilt in der Konzeption von der → Seele als → Syzygie als eine der Manifestationen des → Animus (→ Geist). Tabuüberschreitungen in Riten (→ Ritual) und → Märchen sind Selbstdarstellungen der Entstehung von Willen. Ihm zuwiderlaufende Kräfte können zu Symptomen (→ Abaissement; → Dissoziation; → Personifizieren) bis zur → Psychose, aber auch zu fruchtbaren Neuorientierungen führen (→ transzendente Funktion) sowie in → Träumen und Visionen sichtbar werden. Im Abendland als Bekundung autonomer Macht des Ichs über das Schicksal zum Ausschluß des Zufälligen und Irrationalen (→ Heldenarchetyp) oft gesteigert zu Willensakrobatik, Willenskult und Hybris im Bewußtseinskrampf.

- Jung CG (1976) GW, Bd. 8, §§ 371–380; Bd. 18/I, §§ 149–150. Olten, Walter (siehe auch Fußnote S 27).
- Jung CG (1988) Nietzsche's Zarathustra. Notes of the seminar given in 1934–1939 by C.G. Jung, Ed. by Jarrett JL. 2 vol. Princeton (NJ), Princeton University Press

Andreas von Heydowolff

Wille. Von der → Existenzanalyse und → Logotherapie als zentral angesehene, geistige Kraft des Menschen, durch die er sich als → Person durch das Ergreifen seiner Freiheit realisiert und zu einem „Akt“ entschließt. Wille entsteht aus dem Bezogen-sein des Subjekts als ganzem Menschen (mit allen Strebungen) auf das Ansprechende aus der Welt und besteht im Entschluß, sich auf einen gewählten Wert einzulassen. Anlaß zu einem Willensakt ist das Angesprochen-sein (Berührt-sein, Ergreifensein) von → Werten, die als primäre und/oder integrierte → Emotion der Person präsent sind. Der Willensakt selbst besteht aus der Entscheidung (Wahl) zwischen möglichen Werten sowie dem Entschluß, sich mit seinen Kräften auf den gewählten Wert in handelnder Absicht einzulassen: Im Willen

vollzieht der Mensch seine → Existenz. Er ist Ursprung seines Handelns (→ Authentizität) und trägt daher die Verantwortung. Der voll entwickelte, freie Wille nimmt Bezug auf das → Gewissen und die Grundbedingungen der Existenz (→ Grundmotivationen; → Emotionslehre). Durch den Willensakt unterscheidet sich Handeln vom (psychodynamischen oder psychophysischen) Reagieren. Die Handlungsbereitschaft setzt den Willen von der passiven Wunsch- und Erwartungshaltung ab, die neurotisches und Suchtverhalten kennzeichnet. Wille als Ausdruck der Freiheit des Menschen kann nicht erzwungen werden (→ Willensstärkungsmethode), ist aber seinerseits begrenzenden Bedingungen unterworfen (Widerstand durch Realität, Zwang zum Einsatz von Mitteln).

Frankl VE [1972] (1996) *Der Wille zum Sinn*. 5. Aufl. München, Piper

Frankl VE [1975] (1990) *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. Neuausgabe. München, Piper

Keller W (1954) *Psychologie und Philosophie des Wollens*. München, Reinhardt

Alfried Längle, Beda Wicki

Willensstärkungsmethode. Methode der → Existenzanalyse und → Logotherapie zur Entscheidungsfindung bzw. Stärkung der Entschiedenheit, der Durchhaltekraft und des Ausführungsverhaltens bei willentlich angestrebten Vorhaben. Theoretischer Ausgangspunkt ist das existenzanalytische Willenskonzept, dem zufolge eine „Willensschwäche“ primär ein Defizit in der Wertberührung (→ Emotionstheorie; → Wertetheorie) und/oder eine Unklarheit in der Entschiedenheit (→ Wille) darstellt. Die Willensstärkungsmethode ist klassischerweise indiziert bei Situationen, in denen etwas zwar gewollt, aber nicht getan wird (klinisch besonders bei Motivation zur Suchtentwöhnung). Die von A. Längle 1986 auf der Grundlage der Sinn- und Wertelehre der Existenzanalyse und sozialpsychologischer Forschungen entwickelte Methode besteht aus fünf Schritten: 1. Grundarbeit (Inhaltsebene): Konturierung der spontanen Beweggründe, z. B. zur Alkoholabstinenz; 2. Problembewußtsein

(Bearbeitung der Zielhemmung): Abwägen der Wertigkeit durch Sammeln der Gegengründe, Entscheidungen, Relativieren möglicher Ziele; kognitive Festigkeit der Einstellung durch Kenntnis der (zu bearbeitenden) Gegengründe; 3. Verinnerlichung (Beziehungsaufnahme): Wecken der Emotionalität durch Fühlbarmachen der implizierten Werte, die auf sinnlicher Ebene „schmackhaft“, „begreifbar“ werden sollen (kognitive Entlastung). Ziel: Wertgefühl, Beziehungsfestigung; 4. Sinnhorizont (Beziehungserweiterung und Selbstfindung): Reflexion des Lebenssinns, Zeitstruktur zur Verwirklichung mit Beginn im heute; Einbindung der Motivation ins Lebenskonzept; 5. Vorbauen und Üben (Realisierung): Erleichterung der Umsetzung durch Strategien, Methodik und Prophylaxe (z. B. Medikamente, Verhaltenstraining, sozialpädagogische Maßnahmen, systemische Veränderungen, Einstellungsarbeit, Traumarbeit etc.).

Längle A [1987] (1994) *Sinnvoll leben. Angewandte Existenzanalyse*. 4. Aufl. St. Pölten, NÖ Pressehaus

Längle A (1993) *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge*. Wien, GLE-Verlag

Alfried Längle

Wille zum Sinn. Von V. Frankl als zentrales Motivationskonzept der → Logotherapie beschrieben, das besagt, daß es dem Menschen letztlich darum geht, Sinn zu finden und zu erfüllen, d. h. durch Hingabe an → Werte Anteil an der Welt zu nehmen. Diese aus dem Wesen des Menschen erwachsende Motivation „läßt sich weder auf andere Bedürfnisse zurückführen noch von ihnen herleiten“ (Frankl, 1987: 17f.); andere Bedürfnisse wie Lust und Macht entstehen hingegen oft als Folge der Frustration des Willens zum Sinn. Der Wille zum Sinn entzieht sich der eigenen Intendierbarkeit. Zu seinem Zustandekommen bedarf es des Ansichtigwerdens von → Sinn und Werten (→ Wille). Dabei erfährt sich der Mensch als der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten und es zu verantworten hat (→ Existentielle Wende; → Selbsttranszendenz). Der Wille

zum Sinn ist nach Frankl eine transzendente Kategorie im Sinne Kants. Das bedeutet, daß der Mensch nicht anders kann als nach Sinn zu fragen und diesen zu verwirklichen zu suchen. Wird der Mensch in seinem Willen zum Sinn frustriert, macht sich in ihm ein existentielles Vakuum breit. Da es dem Menschen in seinem Willen zum Sinn nicht um ein inneres Gleichgewicht geht, sondern um Sinn und Werte an sich, entsteht eine ständige Spannung zwischen Sein und Sollen (→ Noodynamik). Der Wille zum Sinn ist somit kein homöostatisches Motivationsmodell. Ebenso wird der motivationstheoretische Determinismus der Bedürfnishierarchie von Maslow durchbrochen.

- Frankl VE [1972] (1991) Der Wille zum Sinn. 4. Aufl. München, Piper
Frankl VE [1977] (1987) Das Leiden am sinnlosen Leben. 11. Aufl. Freiburg, Herder
Frankl VE [1981] (1988) Die Sinnfrage in der Psychotherapie. 3. Aufl. München, Piper

Beda Wicki

Windhorse-Modell (→ Psychosenpsychotherapie). Dieses Modell einer therapeutischen Gemeinschaft ist eine Ausdehnung der psychotherapeutischen „Umgebung“ von der Zweierbeziehung auf ein Team oder Netzwerk, v. a. zur Therapie schwerer psychischer Störungen wie → Psychosen. Praktiziert wird dieser Ansatz, der von Edward Podvoll entwickelt wurde, seit 1983 in den USA und seit 1995 in Europa (Wien). Er beruht auf einer Sichtweise von psychotischem Geschehen und psychischer Gesundheit, die biologische, soziale, psychologische und spirituelle Aspekte integriert. „Windhorse“ ist ein aus dem zentralasiatischen Raum stammender Begriff, der auf die Selbstheilungskräfte des Menschen hinweist. Die Therapie beruht auf der Erfahrung von Podvoll (1994) und seinem Team, daß sich durch die Herstellung einer geschützten, kohärenten und förderlichen Umwelt ein Prozeß der Gesundung von Psychose entfalten kann, der durch bestimmte Stadien charakterisiert ist. Diesen Prozeß in seinen subtilen Details, den „Inseln der Klarheit“, wahrzunehmen

und zu fördern, verlangt eine besonders geschulte Wahrnehmungsfähigkeit, „Standhaftigkeit“ und eine hochentwickelte Kultur der Kooperation der an einer Behandlung beteiligten Helfer. Ein Teil eines Windhorse-Teams, vor allem der Teamleiter und der Einzeltherapeut, sind in der Regel neben einer westlichen Psychotherapieausbildung auch in der Methode der buddhistischen Achtsamkeits-Gewahrseinsmeditation geschult. Die auf diese Weise geschärfte Kapazität des „Meßinstruments Therapeut“ ermöglicht diesem, mehr der Intensität psychotischen Erlebens standzuhalten, sich auf die „Mikropsychologie“ mentaler Abläufe einzulassen und Muster der Gesundung zu erkennen.

- Kaufmann H (1996) Das Windhorse-Modell der Bewältigung psychischer Krisen: Gesundheitsorientierung und die Einbeziehung von Bürgerhelfern in das Projekt einer therapeutischen Gemeinschaft. In: Hutterer-Krisch R (Hg), Psychotherapie mit psychotischen Menschen. 2., erw. Aufl. Wien, Springer, S 833–843
Podvoll EM (1994) Verlockung des Wahnsinns. Therapeutische Wege aus entrückten Welten. München, Hugendubel

Hans Kaufmann

Wirkfaktoren, spezifische (→ Psychotherapieforschung). Von jeder Psychotherapieschule postulierte einzigartige und unverwechselbare Katalysatoren bzw. Träger des therapeutischen Veränderungsprozesses, die ihre jeweilige Theorie von jeder anderen unterscheidet (Karasu, 1986: 687). Im Unterschied zu den unspezifischen → Wirkfaktoren von Psychotherapien werden in den spezifischen Wirkfaktoren oder Wirkmechanismen auch spezifische therapeutische Techniken gesehen, die Operationalisierungen basaler theoretischer Grundannahmen der einzelnen Therapieschulen darstellen. Die durchschnittlichen → Effektstärken (ES) von Psychotherapie verweisen auf Therapieeffekte, die die unspezifischen Wirkfaktoren (induzierte Veränderung aufgrund einer günstigen therapeutischen Beziehung, auch Placeboeffekt genannt; → Placebo) durchschnittlich um mehr ca. 0.48 ES übersteigen (Lam-

bert & Bergin, 1994: 150). Damit ergibt sich ein gewisser Hinweis auf die Existenz von Wirkfaktoren, die über die unspezifischen Beziehungsfaktoren hinaus wirksam werden. Der Nachweis spezifischer Wirkfaktoren ist bislang in sehr wenigen Studien gelungen, und eher dann, wenn deren Therapiestrategien einen geringeren Komplexitätsgrad aufwiesen, da stets von einer grundsätzlichen Durchmischung spezifischer und unspezifischer Wirkkomponenten im komplexen Geschehen psychotherapeutischer Behandlungen auszugehen ist, bei der spezifische Faktoren nie isoliert, sondern in komplexen Wirkungsnetzungen und multifunktionalen Zusammenhängen auftreten (Czogalik, 1990: 20). Die eindeutige Identifizierung und Trennung der spezifischen Wirkfaktoren von unspezifischen mag womöglich eine unlösbare Aufgabe sein, da „gemeinsame“ bzw. unspezifische Wirkfaktoren die spezifischen aktivieren oder Mediatoren für diese sind (Lambert & Bergin, 1994). Die Kritik an der „Spezifitätshypothese“ in der Psychotherapieforschung (→ Äquivalenzparadoxon) geht im wesentlichen davon aus, daß die Annahme spezifischer Wirkfaktoren psychotherapeutischen Theorien der sogenannten „1. Generation“ zuzuschreiben sei, die ohne empirische Evidenz das Vorhandensein spezifischer Faktoren postuliere. Demgegenüber stehen die sogenannten Theorien der „2. Generation“, die post hoc bereits empirisch ermittelte und feststehende Fakten in ihrer Formulierung berücksichtigen und zur Ausformulierung einer → Allgemeinen Psychotherapie führen sollen (Grawe, 1995: 132).

Czogalik D (1990) Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hg), Psychotherapie – welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin, Springer, S 7–30

Grawe K (1995) Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 130–145

Karasu TB (1986) The specificity versus non-specificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. American Journal of Psychiatry 143: 687–695

Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), Handbook of psychotherapy and

behavior change. Fourth edition. New York, Wiley, pp 143–189

Volker Tschuschke

Wirkfaktoren, unspezifische (→ Psychotherapieforschung). Im Gegensatz zu den spezifischen Wirkfaktoren von Psychotherapien werden in den sogenannten unspezifischen Faktoren solche Wirkkomponenten gesehen, die allen Formen von Psychotherapie immanent sind. Synonyme für „unspezifisch“ sind die Begriffe „allgemeine“ oder „kommunale“ Wirkfaktoren. Als allen Therapieformen gemeinsame – und damit unspezifische – therapeutische Wirkfaktoren werden alle Aspekte zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung angesehen, die in jeder günstigen menschlichen Beziehung, mithin auch in einer gut verlaufenden psychotherapeutischen Beziehung, eine wesentliche Rolle spielen: u. a. → Resonanz, Wärme, → Empathie, Bestätigung, Zuhören etc. Der gegenwärtige Forschungsstand in der Psychotherapie unterstützt nicht die Annahme einer exklusiven Wirksamkeit einer einzelnen Therapieform (bzw. Therapieschule) für eine Unzahl psychischer Störungsformen (Karasu, 1986: 688). Im Gegenteil verweist die von den Psychotherapieforschern anerkannte Existenz des → Äquivalenzparadoxons (grob gesehen: vergleichbare → Effektstärken unterschiedlicher Psychotherapieformen) auf die Wirksamkeit ähnlicher bzw. allen Therapieformen gemeinsamer, eben unspezifischer Wirkfaktoren, welche gelegentlich auch als Placeboeffekt (→ Placebo) der Psychotherapie bezeichnet worden sind. Ihnen wird eine Effektstärke (ES) von mindestens 0.42 im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen eingeräumt (in verschiedenen Studien mit einem Range von 0.42 bis 0.58; Lambert & Bergin, 1994: 150). Damit reklamieren sie etwas mehr als die Hälfte der Effektstärke von Psychotherapie (durchschnittlich 0.85) für sich. Der wichtige Beziehungsaspekt in der Psychotherapie an sich – also die Wirksamkeit unspezifischer Wirkfaktoren – hat bereits therapeutische Potenz und macht einen großen Teil des Effekts von

Psychotherapie aus. Strupp (1995: 73) postuliert eine differenzierte Sichtweise der unspezifischen Wirkfaktoren, um zu einem besseren Verständnis zu gelangen, etwa indem die Wirkungsbedingungen dieses Anteils des therapeutischen Prozesses genauer bestimmt werden, was wiederum zu einer Spezifizierung führen werde. Es ist bislang ungeklärt, ob in der Psychotherapie Spezifität nicht eher über eine je spezifische Kombination mehr oder weniger ubiquitärer (technischer) Interventionen erreicht wird, denn über die Einzigartigkeit jeweils realisierter Interventionen (Tschuschke et al., 1994: 285), wie sie von den Therapie-schulen postuliert werden; → Wirkfaktoren, spezifische).

Karasu TB (1986) The specificity versus non-specificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry* 143: 687–695

Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York, Wiley, pp 143–189

Strupp HH (1995) The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology: Science & Practice* 2(1): 70–74

Tschuschke V, Kächele H, Hölzer M (1994) Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 39: 281–297

Volker Tschuschke

Wirkungen, pharmakologische. → Pharmakologische Wirkungen; → Psychopharmaka.

Wir-Tendenz. Vom Verständnis der → Gestalttheoretischen Psychotherapie her existiert im Menschen, Adlers → „Gemeinschaftsgefühl“ entsprechend, die Tendenz, Teil eines sozialen Ganzen zu werden. Das Individuum erlebt die Wir-Tendenz als Vektor im → Lebensraum, als → Gefordertheit, mit Menschen in Beziehung zu treten (→ Zug des Zieles). Wir-intendierende Situationen entstehen aus phänomenal objektiven Gefordertheiten: Der Handlungsanspruch entsteht nicht wegen subjektiver Interessen, sondern aus der Struk-

tur der Situation, eines Arbeitsteams etwa. Als phänomenal subjektive Gefordertheit gilt das Bedürfnis des Menschen nach Gemeinschaft: extrem vorhanden beim Säugling oder das Problem des alten Menschen, dessen psychologisches Feld durch den Tod bekannter Menschen leer wird. Das Erlebnis der Unfähigkeit, an Wir-Situationen teilzunehmen, kann zur psychischen Umstrukturierung und Ausbildung eines Wahnsystems führen (Ruh, 1995). Für Lewin ist die soziale Gruppe im Lebensraum haltgebend. Ein sich zugehörig fühlender Mensch ist bereit, Wertvorstellungen und Verhalten den Gruppenvorstellungen gemäß zu verändern. Hierin liegt die gesellschaftliche Relevanz psychotherapeutischer Arbeit in einer Gruppe als Ort → „Schöpferischer Freiheit“ (vgl. Walter, 1985: 141ff.). Dies bedeutet keinesfalls blinde Unterwerfung unter Gruppennormen anstatt angemessener Abgrenzung, Selbstbehauptung und Selbständigkeit. Das Charakteristikum des freigewordenen Menschen ist seine Fähigkeit, in der menschlichen Bindung frei zu bleiben und sich in souveräner Freiheit zu binden (Sperber, 1980: 27). Therapie des einzelnen ist gemäß der Wechselseitigkeit des Geschehens immer zugleich auch Therapie der anwesenden und nicht anwesenden Gruppe.

Ruh M (1995) Gestalttheoretische Psychotherapie in der Psychiatrie. ÖAGP-Informationen 2: I-VII

Sperber M (1980) *Der freie Mensch*. Zürich, Die Arche

Walter H-J (1994) *Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen*. 3., erw. Aufl. Op-laden, Westdeutscher Verlag

Brigitte Lustig

Wisconsin-Projekt. → Klientenzentrierte Psychotherapie; → Focusing; → Psychosynthespsychotherapie.

Wissenschaft, androzentrische. → Androzentrische Wissenschaft.

Wissenschaftsgeschichte. Versucht das Phänomen der Wissenschaft als Gesamtunternehmung bzw. die Entwicklung einzelner Disziplinen oder (z. B. psychotherapeutischer) Theorien durch die Untersuchung ihrer historischen Entwicklung zu verstehen; externe Wissenschaftsgeschichte führt beobachtete Veränderungen auf allgemeine historische (Ideengeschichte) oder soziale Bedingungen (Wissenssoziologie) zurück; interne Wissenschaftsgeschichte versteht sie als Wirkung innerwissenschaftlicher Faktoren. Neuere Konzeptionen gehen nicht mehr von einfachem, kontinuierlichem Fortschritt aus: Disziplinen entwickeln sich nicht durch bloßen Wissenszuwachs, sondern durch Überwindung („epistemologischer Bruch“, → Epistemologie) von „Erkenntnishindernissen“, vor allem des bisherigen Weltverständnisses (→ Paradigma). Für die Wissenschaftsgeschichte ist dabei der Bruch entscheidend, den die Neuzeit mit den vorhergehenden Wissensformen vollzieht: Moderne Wissenschaft entsteht im Rahmen eines allgemeinen Rationalisierungsprozesses (vgl. Weber, 1988), der sie gleichzeitig von normativen Interessen abkoppelt und in ihrer inneren Struktur rationalisiert (Entwicklung von Methoden und Organisationsformen); dadurch hat das Wissenschaftssystem eine relative Selbständigkeit gewonnen. Eine Einordnung der Wissenschaftsgeschichte in die allgemeine Geschichte darf daher keine Reduktion sein (wie etwa in der trivialisierten Fassung des Ideologiebegriffes; → Ideologie). Dieses Problem hat zum Verzicht auf eine universale „science of science“ geführt, andererseits zur Spezialisierung und Konkretisierung der Wissenschaftsgeschichte. Zunehmend steht dabei die quasi „ethnologische“ Betrachtung des alltäglichen Handelns der Wissenschaftler im Mittelpunkt – d. i. Wissenschaftsforschung (vgl. Felt et al., 1995), die Interaktionen von sozialen, kognitiven und politischen Faktoren in der Wissenschaft untersucht und nicht unbedingt historisch sein muß. Wissenschaftsgeschichte bedeutet für die Psychotherapie die Einsicht, daß sie den Beschränkungen der Moderne unterworfen ist (z. B. keinen Religionsersatz bilden kann; → Religion)

und deren Chancen (Institutionalisierung) und Gefahren (sinnlos-automatische Medizinalisierung) teilt. Eine kritische Erforschung der eigenen Schulen-, Professionalisierungs- und Sozialgeschichte kann das Problembewußtsein dafür schärfen.

- Canguilhem G (1979) Wissenschaftsgeschichte und Epistemologie. Frankfurt/M., Suhrkamp
Felt U, Nowotny H, Taschwer K (1995) Wissenschaftsforschung. Frankfurt/M., Campus
Kuhn T [1962] (1973) Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt/M., Suhrkamp
Weber M (1988) Wissenschaft als Beruf. In: Weber M, Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen, Mohr, S 582–613
Weingart P (1976) Wissensproduktion und soziale Struktur. Frankfurt/M., Suhrkamp

Thomas Slunecko

Workaholism. → Arbeitssucht.

Wunderfrage. → Fragen; → Systemische Therapie.

Wunscherfüllung (→ Psychoanalyse). Die Wunscherfüllung ist die Manifestation unbewußt als verwirklicht vorgestellter Wünsche in Form von Träumen, Symptomen und vor allem der Fantasietätigkeit. Dabei kann der zugrundeliegende Wunsch in mehr oder weniger symbolisch verschlüsselter Form ausgedrückt werden. In der „Traumdeutung“ (1900) erklärt Freud die Wunscherfüllung als „Wiedererscheinen der Wahrnehmung“, einer Wahrnehmung im Zusammenhang mit einer Bedürfnisbefriedigung. Das Erinnerungsbild dieser Wahrnehmung wird bei Neuauftreten des Bedürfnisses libidinös besetzt (→ Libido). Die volle → Besetzung der Wahrnehmung stellt den kürzesten Weg zur Wunscherfüllung (imaginäre Verwirklichung) dar, was dem halluzinativen Geschehen im → Primärprozeß entspricht. Hysterische Symptome (→ Hysterie) entstehen nach Freud durch das Zusammenreffen gegensätzlicher Wunscherfüllungen.

Freud S [1900] (1982) Die Traumdeutung. In:
Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg),
Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. II. Frank-
furt/M., Fischer

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) Das
Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M.,
Suhrkamp

Herwig Hinterhofer

Wut, narzißtische. → Narzißtische Wut;
→ Selbstpsychologie.

- X -

XTC. → Ecstasy; → Designer-Drogen.

- Y -

YAVIS-Klient. → Klientenforschung.

- Z -

Zärtlichkeitsbedürfnis (→ Individualpsychologie). Bereits 1908 hatte Adler dem → Aggressionstrieb das Zärtlichkeitsbedürfnis antithetisch gegenübergestellt, dessen Beachtung darauf abzielt, „eine befriedigende Stellungnahme des Kindes der Umwelt gegenüber zu erreichen“ (Adler, 1908: 63). Für Adler wird das Zärtlichkeitsbedürfnis zum „Hebel der Erziehung“, da es einen wesentlichen Bestandteil des sozialen Gefüges darstellt: „Die Stärke der Zärtlichkeitsregungen, der psychische Apparat, den das Kind in Szene setzen kann, um zur Befriedigung zu gelangen, und die Art, wie es die Unbefriedigung erträgt, machen einen wesentlichen Teil des kindlichen Charakters aus“ (Adler, 1908: 64). Der „richtigen Führung dieses Gefühlskomplexes“ kommt für die weitere Entwicklung eine große Bedeutung zu, wobei Adler fordert, daß dem Kind nicht die Zugänge zur Befriedigung seiner Zärtlichkeit versperrt bleiben sollten. Brunner (1982) merkt kritisch an, daß innerhalb der Literatur der Individualpsychologie das Zärtlichkeitsbedürfnis und seine Befriedigung ambivalent gesehen werden: „Auf Möglichkeiten eines zu großen Zärtlichkeitsbedürfnisses und einer bedingungslosen Befriedigung wird deutlich hingewiesen. Ohne Einschränkung positiv erscheint seine Befriedigung, wenn es im Dienste des Gemeinschaftsgefühls und der kulturellen Entwicklung steht“ (Brunner, 1982: 156). Entscheidend bleibt, daß die Befriedigung des Zärtlichkeitsbedürfnisses von anderen Menschen abhängt. Und im Gegensatz zu Freud geht Adler davon aus, „daß ein Kind nur, nachdem sein Suchen nach Zärtlichkeit außerhalb unbefriedigt geblieben ist, sich selbst in Eigenliebe zuwendet“ (Ansbacher & Ansbacher, 1982: 60). Ergebnisse der → Säuglingsforschung zum Bindungsverhalten sowie zum primären autonomen Mo-

tivationssystem weisen auf die Entsprechung des Zärtlichkeitsbedürfnisses mit dem Verlangen nach der Entwicklung von Gefühlen wie Sicherheit und Kontakt hin (Dornes, 1993; Lehmkuhl & Lehmkuhl, 1994).

- Adler A [1908] (1973) Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In: Adler A, Furtmüller C (Hg) (1914), Heilen und Bilden. Frankfurt/M., Fischer, S 63–66
- Ansbacher H, Ansbacher R (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München, Reinhardt
- Brunner R (1982) Anmerkungen zum Zärtlichkeitsbedürfnis und seiner Befriedigung. Zeitschrift für Individualpsychologie 7: 154–164
- Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt/M., Fischer
- Lehmkuhl G, Lehmkuhl U (1994) Aggressionstrieb und Zärtlichkeitsbedürfnis. Zur Dialektik früher individualpsychologischer Konstrukte. In: Wiese J (Hg), Aggression am Ende des Jahrhunderts. Psychoanalytische Blätter [Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht] 1: 43–61

Gerd Lehmkuhl

Zeichnen, geführtes. → Initiatische Therapie.

Zeitgestaltung. In der → Transaktionsanalyse gehört zu den → Grundbedürfnissen des Menschen der Wunsch nach Ordnung und Strukturierung seiner innerpsychischen und äußeren Welt. Berne nannte dieses Grundbedürfnis Strukturhunger. Die Gestaltung der Zeit gehört zur Strukturierung der äußeren Welt. Wenn der Mensch alleine ist, hat er, nach der Ansicht von Berne, nur die Möglichkeit, seine Zeit mit Hilfe einer Tätigkeit oder mit Hilfe

seiner Fantasie zu strukturieren. English fügt den kreativen Selbstaussdruck (z. B. künstlerisches Arbeiten) und veränderte Bewußtseinszustände (z. B. Schlaf oder tranceartige Zustände) als weitere Möglichkeiten hinzu. Für zwei oder mehr Menschen gibt es, nach Berne (1982), sechs Möglichkeiten der Zeitgestaltung: 1. Rückzug: ein Sich-Zurückziehen in die eigene innere Welt bis hin zum Sich-Abkapseln; 2. gesellschaftliche Rituale: stark stilisierte Interaktionen mit geringem Informationswert (sie dienen gegenseitiger gesellschaftlicher Anerkennung); 3. gemeinsame Aktivität: meist von Arbeit (die Transaktionen sind auf die äußere Realität gerichtet und material- und themenbezogen); 4. Zeitvertreib: sozial programmierte Interaktionen, aber nicht so stilisiert wie Rituale. (z. B. Smalltalk); 5. psychologische Spiele (→ Spiele); 6. Intimität: direkter wechselseitiger transaktionaler Austausch von Bedürfnissen und Gefühlen.

Berne E [1967] (1982) Spiele der Erwachsenen. Reinbeck, Rowohlt

Berne E [1972] (1983) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt/M., Fischer

English F (1980) Was werde ich morgen tun? Eine neue Begriffsbestimmung der Transaktionsanalyse. In: Barnes G (Hg), Transaktionsanalyse seit Eric Berne. Berlin, Institut für Kommunikationstherapie, S 170–257

Angelika Rath

Zeitigen. Das Zeitlichsein oder Zeitigen ist ein Grundphänomen menschlichen Daseins und ist insofern für die → Daseinsanalyse und Psychoanalyse von besonderer Bedeutung. Wir leben nicht nur „in der Zeit“, sondern wir sind zeitliche Wesen. Mit Zeitlich-sein ist jedoch nicht die meßbare Uhrzeit gemeint, vielmehr die Tatsache, daß das gesunde wie das kranke Dasein ontologisch als „Anwesen“ zu verstehen sind. Zeitigen als Anwesen meint zunächst die drei Ekstasen der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Das Wesenhafte der Gegenwart, des „Jetzt“, wird von Heidegger als das „Sich-Aufhalten-bei“, das „Sein bei“, bezeichnet, das Wesenhafte der Vergangenheit, der „Gewesenheit“, als „Zurück-zu“

und das Wesenhafte der Zukunft als „Aufsich-Zukommen“. Die Einheit von Gewesenheit, Gegenwart und Zukunft ist der ek-statische Charakter der Zeit und des Zeitigen. Die Zeit steht also nicht gleichsam im luftleeren Raum, sie ist immer auch eingebunden in die individuelle, ontische Entwicklung des Individuums. Diese Feststellung läßt sich besonders leicht in analytisch orientierten Psychotherapien nachweisen, bei denen diese Dreifaltigkeit offenkundig wird, indem die drei Ekstasen scheinbar aufgelöst sind und ineinander übergreifen. Neben den Ekstasen der Zeit gilt es noch, die vier Qualitäten des Zeitgeschehens einzubeziehen: Die Datierbarkeit als „Zeit-haben-für-etwas“, die sich nicht lediglich auf das Kalenderdatum bezieht, sondern immer als Bezug auf etwas gemeint ist. Schließlich ist die Zeit von einer gewissen Spannweite, sie ist von Dauer, worin das „Währen“ enthalten ist, und sie ist öffentlich. Die Frage nach dem Zeitlichsein hat bei verschiedenen Erkrankungen verschiedene Stellenwerte. Sie beantwortet sich bei Depressiven, Angstneurotikern, Psychotikern, bei alten oder jungen Menschen verschieden, je nach Schwere und Dauer der Krankheit. Der gesunde, freie Mensch erfährt das Zeitigen und Zeitlichsein in anderer Weise als der unfreie.

Condrau G (1992) Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Bern/Freiburg, Hans Huber/Universitätsverlag

Condrau G (1997) Die Bedeutung der Räumlichkeit und der Zeitlichkeit für die psychotherapeutische Praxis. Daseinsanalyse 14: 41–49

Heidegger M [1927] (1957) Sein und Zeit. 8. Aufl. Heidelberg, Niemeyer

Heidegger M (1987) Zollikoner Seminare. Hg. von Boss M. Frankfurt/M., Klostermann

Wucherer-Huldenfeld AK (1995) Zum Verständnis der Zeitlichkeit in Psychoanalyse und Daseinsanalytik. Daseinsanalyse 12: 63–85

Gion Condrau

Zeitlinien (→ Neurolinguistisches Programmieren / NLP). Zur Erforschung, wie Menschen Zeit innerlich erleben und repräsentieren, wurde das Konzept der Zeitlinie entwickelt, welches in zweifacher Weise ver-

wendet wird. 1. Die innere Zeitlinie zeigt an, wie Menschen Zeit – Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft – innerlich kodieren. Diese Zeitlinie ist kontextabhängig und meist unbewußt, kann jedoch durch gezieltes Befragen bewußt gemacht werden. Sie wird fast immer als visuelle Linie, ergänzt durch auditive und kinästhetische Qualitäten sowie → Submodalitäten wahrgenommen. Ereignisse werden nach diesem Modell deshalb als vergangen, gegenwärtig oder zukünftig interpretiert, weil sie innerlich auf einem bestimmten Platz auf der Zeitlinie repräsentiert sind. Im NLP unterscheidet man 3 Formen von inneren Zeitlinien: „In-Zeit-Linien“, „Durch-Zeit-Linien“, „Zwischen-Zeit-Linien“. Sie unterscheiden sich in der Richtung und unterschiedlichen Anordnung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft im Raum. Bei der therapeutischen Arbeit mit der inneren Zeitlinie stellt sich die Person vor, daß sie ihre imaginierte Zeitlinie entlangschwebt (in die eigene Zukunft und Vergangenheit oder in die Zeitlinie früherer Generationen). Diese Technik und die damit verbundenen Interventionsformen wurden von James & Woodsmall (1991) entwickelt. 2. Bei der äußeren Zeitlinie wird entweder die innere Zeitlinie oder eine imaginierte Zeitlinie (oft als gerade Linie vorgestellt) in den Raum projiziert (meist auf den Boden = Bodenzeitlinie). Die Person kann auf dieser Linie auf- und abgehen (assoziiert) oder sie von außen betrachten (dissoziiert). Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft mit den in der jeweiligen Zeit erlebten Ereignissen sind dabei auf den einzelnen Abschnitten der Zeitlinie lokalisiert. Diese Technik wurde von R. Dilts in das NLP eingeführt und in verschiedene Interventionen integriert. Die therapeutische Arbeit mit Zeitlinien wird z. B. angewendet: um → Ressourcen zu aktivieren, Ziele zu erreichen, die Zukunft zu planen, die positiven Intentionen (→ Gute Absicht) eines Symptoms herauszufinden, unbewußte, auch über Generationen wirkende Glaubenssysteme, Regeln, Werte, Familienmuster, Beziehungsprobleme oder psychosomatische Symptome zu identifizieren und zu ändern.

Andreas S, Andreas C [1987] (1988) Gewußt wie. Arbeit mit Submodalitäten und weitere

NLP-Interventionen nach Maß. Paderborn, Junfermann
James T, Woodsmall W [1988] (1991) Time line. NLP-Konzepte zur Grundstruktur der Persönlichkeit. Paderborn, Junfermann
James T [1989] (1992) Time coaching. Paderborn, Junfermann

Siegrid Schneider-Sommer

Zeitperspektive. Der von L.K. Frank vorgeschlagene Begriff gewann zentrale Bedeutung im Rahmen von Lewins Feldtheorie der Persönlichkeit. „Die Gesamtheit der Ansichten eines Individuums über seine psychologische Zukunft und seine psychologische Vergangenheit, die zu einer gegebenen Zeit existieren, kann ‚Zeitperspektive‘ genannt werden“ (Lewin, 1963: 96, 116f.). Die Formulierung „zu einer gegebenen Zeit“ verweist darauf, daß es niemals die Vergangenheit oder die Zukunft als solche sein können, die gegenwärtiges Verhalten beeinflussen, sondern immer nur in der Gegenwart existierende Teile des psychischen Feldes (→ Kraftfeldanalyse; → Hier-und-Jetzt-Prinzip), d. h. Vergangenheit und Zukunft, wie sie im gegenwärtigen Erleben der Person repräsentiert sind (→ Verantwortlichkeit). In diesem Sinne verstanden ist die Beachtung der Zeitperspektive eines Menschen in der Gruppendynamik und in der Psychotherapie von großer Bedeutung für die Veränderung von Denk-, Fühl- und Verhaltensprozessen (→ Gestalttheoretische Psychotherapie).

Lewin K (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Hans Huber

Hans-Jürgen Walter

Zeitverzerrung (→ Hypnose; → Trancephänomene). Die Dauer einer → Trance wird spontan – relativ zur gemessenen Zeit – vom Hypnotisierten meistens als kürzer, seltener länger eingeschätzt. Zeitverzerrung kann darüber hinaus suggestiv verstärkt werden. Unter experimentellen Bedingungen – suggerierte Zeitdehnung – fanden Cooper & Erickson (1948) Relationen von geschätzter zu gemessener Zeit bis zu 500 : 1. Zeitdehnung und -schrump-

fung können → posthypnotisch therapeutisch genutzt werden, z. B.: 1. um Schmerzperioden während einer Entbindung kürzer, schmerzfreie Intervalle länger erscheinen zu lassen; 2. zur Beeinflussung von vorzeitiger bzw. verzögerter Ejakulation; 3. zur Verkürzung von Heißhungerperioden bei Bulimie und/oder Übergewicht; 4. zur Verkürzung von Versuchungssituationen bei Alkoholismus.

Cooper LE, Erickson M [1948, 1950] (1997) Zeitverzerrung in der Hypnose I u. II. In: Rossi EL (Hg), *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson*, Bd. 3. Heidelberg, Carl Auer, S 304–364

Jovanovic U (1988) *Methodik und Theorie der Hypnose*. Stuttgart, Gustav Fischer

Hans Riebensahn

Zensur (→ Psychoanalyse). Nach Freud ist die Zensur der Begriff, der im top(ograf)-ischen Modell der Psyche die Schranke zwischen dem Unbewußten und dem Vorbewußten/Bewußten (→ Unbewußt, Vorbewußt, Bewußt) bezeichnet. Die Verwendung des Begriffes ist unmittelbar aus der zeitbezogenen Alltagssprache genommen: „Hast Du einmal eine ausländische Zeitung gesehen, welche die russische Zensur an der Grenze passiert hat? Worte, ganze Satzstücke und Sätze schwarz überstrichen, so daß der Rest unverständlich wird“, schreibt Freud in einem Brief an Wilhelm Fließ vom 21.12.1897 (zit. nach Laplanche & Pontalis, 1972: 640). Vor allem in der „Traumdeutung“ (1900) entwickelt, sieht Freud die Zensur – später manchmal auch personalisiert: den Zensor – verantwortlich für die Veränderungen, die das primärprozeßhafte Denken (→ Primärprozeß) im Unbewußten im Übergang zu einer dem → Sekundärprozeß angepaßten Vorstellung im Bewußten durchmacht. Die Grundidee ist dabei, daß die Psyche Mechanismen (→ Abwehrmechanismen), d. h. Muster entwickelt, sich soweit wie möglich unbehindert von je nicht gesellschaftsfähigen, also verdrängten, Gedanken und Wünschen zu entfalten.

Freud S [1900] (1982) *Die Traumdeutung*. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hg), *Sigmund Freud-Studienausgabe*, Bd. II. Frankfurt/M., Fischer

Laplanche J, Pontalis J-B [1967] (1972) *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt/M., Suhrkamp

Gerhard Pawlowsky

Ziel. → Zug des Ziels; → Gestalttheoretische Psychotherapie.

Zielklärung. Im Rahmen der → Systemischen Therapie wird die konsequente Auseinandersetzung mit Zielen und Lösungen besonders von den Vertretern der Kurztherapie (→ lösungsorientierte Kurztherapie) forciert. Es ist für Klienten selten einfach, innerhalb eines komplexen Problemsystems konkrete und realistische Ziele zu definieren. Durch Fragetechniken werden die relevanten Bedeutungszusammenhänge erforscht. Hinter den formulierten Anliegen werden eine Vielzahl von unterschiedlichen Bedeutungen, Erwartungen, Befürchtungen und konkreten Handlungsmustern deutlich. Aufträge der Klienten und der Überweiser (→ Kontext) werden abgeklärt. Hypothetische → Fragen wie z. B. die „Wunderfrage“ (de Shazer, Berg), die sich auf die Vorstellung bezieht, das Problem/Symptom sei plötzlich verschwunden, lassen eine Vision davon entstehen, wie das Leben ohne Problem aussehen könnte. Berg (1992) stellt folgende Leitlinien zur Zielformulierung auf: Ziele sollen einfach und realistisch formuliert sein, eine positive Alternative anbieten, für die Klienten wichtig sein, als Beginn neuer und nicht als Ende alter Muster definiert sein sowie in der Veränderungskompetenz des therapeutischen Systems liegen. Die Ziele von Klient und Therapeut sollen übereinstimmen und hypothetisch in ihren Auswirkungen überprüft werden. Die Ziel- und Auftragsklärung stellt einen ersten Konsens her, bildet die Grundlage für den Therapievertrag und ermöglicht eine kontinuierliche Evaluierung des Therapieprozesses.

Berg K (1992) *Familien – Zusammenhalt(en)*. Dortmund, Verlag Modernes Lernen
Roschger-Stadlmayr B, Kleibel-Arbeithuber J (1997) Auftrag und Kontrakt. In: Brandl-Nebehay A, Rauscher B, Kleibel-Arbeithuber J

(Hg), Systemische Familientherapie. Wien, Facultas, S 179–183
Schlippe A v., Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

*Brigitte Roschger-Stadlmayr,
Juliane Kleibel-Arbeitsbuber*

Zielmodell / Zielarbeit. Die Grundlage fast jeder psychotherapeutischen Intervention in der → Neurolinguistischen Psychotherapie (NLPt) ist das Zielmodell. Die spezifische Arbeit auf analoger und digitaler Ebene mit den Fragen bzw. Hebelfragen des Zielmodells wird auch als Zielarbeit bezeichnet. Einzelne → NLP-Techniken ergänzen insbesondere jenen Bereich, in dem der Klient aufgrund unbewußter Fixierungen/Erlebnisse keinen adäquaten Einfluß auf sein inneres Handeln hat. Als Ziel wird in der NLPt sowohl ein in der Zukunft in einem konkreten Kontext angestrebter Zustand als auch (oder) die damit zusammenhängende (innere oder äußere) Handlung definiert. Ebenso ist es möglich, Prozeßziele z. B. im Rahmen von → Introspektion zu bearbeiten. Das genaue Herausarbeiten der Ziele sowie Meta- und Subziele (→ Chunking) ist wesentliches Element der NLPt. Sowohl inhaltliche Orientierungen als auch (parallel dazu) die Dimension des therapeutischen Auftrages, die Motivation und die Inhalts-/Beziehungskongruenz sind bei der Zielarbeit zu berücksichtigen. Ursachen und Hintergründe von Problem- und Leidenszuständen werden als → Gute Absicht, Preise, Hindernisse, innere und äußere → Ökologie etc. kontextualisiert. Im Verständnis der NLPt müssen wohlgeformte Ziele zumindest folgenden „Wohlgeformtheitskriterien“ genügen: Das Ziel ist positiv, sinnesspezifisch konkret und im Kontext genau formuliert. Durch Konkretisierung und Kontextualisierung ist es möglich, Generalisierungs-, Verzerrungs- und Lösungsprozesse weitgehend aufzuheben (→ Sprachmodelle). Das Ziel ist primär als Handlung im eigenen Einflußbereich des Klienten zu definieren. Zudem ist auch auf den inneren Gedankenprozeß abzustellen, der angestrebte Gefühle begünstigt bzw. auslöst. Die mit der

Zielhandlung (dem Zielzustand) im Widerspruch stehende Jetzthandlung (Jetztzustand) wird relevant beschrieben, die Gute Absicht derselben herausgearbeitet, ebenso, was davon aufgegeben oder in das Zielverhalten transformiert werden kann. Weitere Fragen bzw. Hebelfragen der Zielarbeit beziehen sich auf zu zahlende „Preise“, d. h. Hindernisse der Veränderung, sowie die innere z. B. identitätsrelevante und äußere z. B. systemische Ökologie. Wenn diese ausreichend überprüft sind, wird an konkreten Veränderungsmaßnahmen bzw. der Aktivierung von Ressourcen gearbeitet.

Bandler R, Grinder J (1994) Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme. 11. Aufl. Paderborn, Junfermann
Miller GA, Galanter E, Pribram KH [1960] (1973) Strategien des Handelns: Pläne und Strukturen des Verhaltens. Stuttgart, Klett-Cotta

Peter Schütz

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (ZGT). Entwickelt die von Rogers begründete Therapieform (→ Klientenzentrierte Psychotherapie) in Richtung auf einen stark aktiv-handelnden und prozeßdirektiven Ansatz weiter (Greenberg et al., 1994), der die Expertise von Psychotherapeuten besonders betont und davon ausgeht, daß diese relevante Klientenprozesse sehr gezielt fördern sollten. Aus einer allgemeinspsychologisch definierten Störungs- und Therapietheorie werden spezifische therapeutische Vorgehensweisen abgeleitet, wie die gezielte Förderung der Bearbeitungsweise der Klienten durch → Bearbeitungsangebote der Psychotherapeuten, eine Bearbeitung habitueller Probleme der → Selbstaufmerksamkeit (Sachse, 1995) sowie eine Bearbeitung dysfunktionaler Interaktionsmuster von Klienten (Sachse, 1997). Zentral in der ZGT ist der Aspekt der Aktualisierung, Klärung und Repräsentation problemrelevanter eigener Motive, Ziele und Schemata. Eine solche „Explizierung internaler Problem determinanten“ führt zu einer tiefgreifenden Umstrukturierung relevanter Schemata und damit zu weitreichenden und stabilen Veränderungen des Erlebens und Verhaltens

von Klienten. In der ZGT sind spezifische Strategien der Informationsverarbeitung entwickelt worden, mit deren Hilfe Therapeuten spezifische Strategien zur Förderung des Explizierungsprozesses realisieren können, wie vertiefende Fragen, Bedeutungsexplikation, Bearbeitungskonfrontation u. ä. Das Konzept der ZGT bietet störungsspezifische Vorgehensweisen, sowohl in der Art der Beziehungsgestaltung, als auch in der Art des therapeutischen Vorgehens. Besonders ausgearbeitete Konzepte liegen vor für Klienten mit psychosomatischen Störungen und Klienten mit → Persönlichkeitsstörungen, die als Interaktionsstörungen aufgefaßt werden.

Greenberg LS, Elliott R, Lietaer G (1994) Research on experiential psychotherapies. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York, Wiley, pp 509–539

Sachse R (1995) *Der psychosomatische Patient in der Praxis. Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart, Kohlhammer

Sachse R (1997) *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen, Hogrefe

Rainer Sachse

Zielorientierung (→ Verhaltenstherapie). Die wichtigsten Elemente verhaltenstherapeutischen Vorgehens sind → Verhaltensanalyse, Zielbestimmung und Therapieplanung. Der therapeutische Prozeß zeichnet sich durch eine explizite Zielbestimmung aus. Therapie wird als Mittel zur (vorher nicht möglichen) Zielerreichung verstanden. Problem- und zielorientiertes Vorgehen ist durch Hypothesenleitung und eine kontinuierliche Steuerung weiterer Schritte in Abhängigkeit von den eintretenden Ergebnissen gekennzeichnet. Zielorientierung ist auf jeder Ebene, in jeder Phase der Therapie und für alle an der Therapie beteiligten Personen zu berücksichtigen. Im zeitlichen Ablauf werden vage Ziele zunehmend konkretisiert. Als ein übergeordnetes Globalziel läßt sich das → „Selbstmanagement“ des Patienten formulieren. Der Therapieprozeß ist auf maximale Selbstverantwortung und Eigenaktivität hin ausgerichtet („Prinzip der minimalen

Intervention“). Die Aufgabe des Therapeuten besteht in erster Linie darin, die Person zum Aufbau zielführender Selbstregulationsstrategien anzuleiten. Auch die Beziehungsgestaltung ist zielorientiert. Eine explizite Zielorientierung bietet im therapeutischen Kontext folgende Möglichkeiten: 1. Planung konkreter, handlungsrelevanter Schritte zur Zielerreichung; 2. Zerlegung komplexer Ziele in Teilziele; 3. Aufteilung langfristiger Ziele in Zwischenziele; 4. Aufstellen konkreter Kriterien zur Beurteilung (Evaluation) der Zielerreichung; 5. maßgeschneiderte Interventionen in Abhängigkeit von den jeweiligen Zielen bzw. vom jeweiligen Patienten; 6. zielgeleitetes, zweckgerichtetes Einbeziehen von Therapietechniken, die „eigentlich“ anderen Schulen entstammen; 7. Positivmotivation durch Arbeit an Zielerreichung statt ausschließlich Negativmotivation (z. B. durch Minderung des Leidensdrucks; → Änderungsmotivation).

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) *Selbstmanagement-Therapie*. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer

Margraf J, Lieb R (1995) Was ist Verhaltenstherapie? Versuch einer zukunfts offenen Neucharakterisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 24(1): 1–7

Wipplinger R, Reinecker H (1994) Zur Normenproblematik in der Verhaltenstherapie. *Bergheim, Mackinger*

Martina de Zwaan

Zirkuläre Fragen. → Fragen; → Systemische Therapie.

Zirkularität. Im Gegensatz zu linearen Vorstellungen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ist zirkuläres Denken der Versuch, das Verhalten der Elemente eines Systems als Regelkreis zu beschreiben. Dadurch wird die Eingebundenheit dieses Verhaltens in einen Kreisprozeß von Interaktionen sichtbar. Durch den Ansatz des → Mailänder Modells (M. Selvini-Palazzoli et al., 1981) gewann in der → Systemischen Therapie die Informationserzeugung während der Sitzung gegenüber der früher sehr

betonten → Schlußintervention (→ Familientherapie, strategische; → Familientherapie, strukturelle) an Bedeutung. „Information gewinnen“ heißt für das Mailänder Team v. a. „einen Unterschied feststellen“. Informationen und Unterschiede werden durch eine speziell dafür entwickelte Frage-technik gewonnen, nämlich die zirkuläre Befragung: Es handelt sich dabei um eine Interviewmethode, die es erlaubt, gleichzeitig Informationen zu gewinnen (Exploration) und beim Gesprächspartner zu erzeugen (Intervention). Der Grundsatz besteht darin, → Fragen zu stellen, die einen Unterschied ansprechen oder eine Beziehung definieren (Beispiel: „Was denken Sie [Mutter], worüber sich Ihr Mann am meisten Sorgen macht, wenn Ihre Tochter Petra abends um 10 Uhr noch nicht zu Hause ist?“). Dem Aspekt der Zirkularität liegt die Annahme zugrunde, daß lebende Systeme durch kreisförmige Anordnungen gekennzeichnet sind und nicht durch lineare Folgen und Ursachen. Psychotherapie wird als rekursiver Prozeß gesehen, in dem die Interaktionen aller Beteiligten (einschließlich der Therapeuten) rückbezüglich aufeinander wirken. Der Sinn zirkulärer Frage-technik besteht in der Erzeugung von → Neugier (Cecchin, 1988). Der Therapeut führt durch seine Fragen die Idee ein, daß ein Thema/Problem in irgendeiner Weise mit den Beziehungen der Personen, die sich mit dem Thema befassen, zu tun haben könnte. Unverbunden Erlebtes (z. B. Krankheit) kann so in einen sich verändernden raumzeitlichen Beziehungskontext gestellt werden. Dadurch verliert das Problem seinen quasi-objektiven Charakter und kann in unterschiedliche Sichtweisen zerlegt und relativiert werden. Ausgehend von der Annahme, daß in einem → Problemsystem jede Sichtweise mit der anderen verknüpft ist, wird auf kleine Veränderungen in Bereichen fokussiert, die vormals übersehen wurden. Durch die Betonung der wechselseitigen Bedingtheit des Verhaltens wird jedes Mitglied des Problemsystems als aktiv Handelnder und damit Verantwortlicher definiert. Lineare Perspektiven der einzelnen Familienmitglieder werden aufgegeben. Auf zirkuläre Fragen ist es fast unmöglich, nicht mit einer Beziehungsbeschrei-

bung zu antworten. Eine andere, gemeinsame Wahrnehmungswelt taucht auf, und die Erkenntnis der eigenen Beteiligung an der Störung oder dem Dilemma nimmt zu.

- Cecchin G (1988) Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13(3): 191–203
 Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1981) Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter einer Sitzung. *Familiendynamik* 6(4): 123–138

Sabine Klar, Gerda Klammer

Zollikoner Seminare (→ Daseinsanalyse). Von 1959–69 hielt Martin Heidegger im Hause von Medard Boss in Zollikon Seminare ab, die Ärzte und Psychologen zum Denken anregen und sie zur Überprüfung ihres bisherigen naturwissenschaftlichen Rüstzeugs motivieren sollten. Grundsätzlich mag es erstaunen, warum die daseinsanalytische Psychiatrie und Psychotherapie sich der Philosophie Heideggers zuwandte. Für viele Ärzte, die in den Naturwissenschaften eine autonome Grundlage ihres Handelns erblickten und sich demzufolge nicht die Mühe nehmen, deren Grundlagen einzubeziehen, mag dies überflüssig erscheinen. Als sich daher Boss 1946 an Heidegger wandte, erhoffte er eine philosophische Denkhilfe, die ihm Heidegger gerne gewährte. Die Gründe für dieses Entgegenkommen mögen verschiedener Natur sein. Jedenfalls knüpfte der Philosoph an die Verbindung mit Boss die Hoffnung, die „Enge der Philosophenstuben zu sprengen“ (Riem, 1988) und sein Denken mit Hilfe eines für seine Einsichten offenen Arztes einer großen Zahl leidender Menschen zugute kommen zu lassen. Dies führte denn auch zu einer Jahrzehnte währenden fruchtbaren Verbindung der beiden, die sich vor allem in gemeinsamen Seminaren, intensiven Gesprächen und der Mithilfe Heideggers an den Veröffentlichungen von Boss, insbesondere beim „Grundriß der Medizin und Psychologie“, zum Tragen kam.

- Boss M (1977) Martin Heideggers Zollikoner Seminare. In: Neske G (Hg), *Erinnerung an Martin Heidegger*. Pfullingen, Neske, S 31–45

Zug des Ziels

Heidegger M (1987) Zollikoner Seminare. Hg. von Boss M. Frankfurt/M., Klostermann
Riem L (1988) Die Zollikoner Seminare. Martin Heideggers Begegnung mit der Medizin. [Buchrezension] Deutsches Ärzteblatt 85: 503–504

Gion Condrau

Zornmanie. → Manisch-depressiver Formenkreis.

Zug des Ziels (→ Gestalttheoretische Psychotherapie). Unter dem „Zug des Ziels“ wird die Anziehungskraft oder der Anforderungscharakter eines Objekts verstanden (Lewin, 1982: 178f.). Diese Anziehungskraft wirkt, wenn man z. B. ein Problem nicht nur erfaßt, sondern so vom Problem erfaßt wird, daß es in einem Spannungen oder einen Zug zur Problemlösung hin erzeugt. Zwischen dem Menschen und seinem Ziel, z. B. der Problemlösung, besteht damit ein Gestaltzusammenhang. Ist dieser Gestaltzusammenhang stark genug, hat auch das Ziel eine genügend starke Anziehungskraft. Voraussetzungen für das Wirken des Zugs und das Erreichen des Ziels in Freiheit sind: Es muß eine genügende Anziehungskraft des Zieles mit einem genügenden Einblick in Ziel und Bewegungsumfeld gegeben sein, und der Bewegungsraum sollte möglichst frei von Hindernissen sein (Metzger, 1962).

Lewin K (1982) Psychologie der Entwicklung und Erziehung. In: Kurt-Lewin-Werkausgabe, hg. von Graumann C-F, Bd. 6. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta [bes. S 177–184]

Metzger W (1962) Schöpferische Freiheit. Frankfurt/M., Kramer

Elfriede Biehal-Heimbürger

Zukunftsorientierte Fragen. → Fragen; → Systemische Fragen.

Zurücknahme. Sachgerechte Beendigung der Übungen des → Autogenen Trainings, um die → Umschaltung zu beenden und wieder aus dem „veränderten Bewußt-

seinszustand“ in den normalen Wachzustand zu kommen. Vor allem für Übende, die das Training regelrecht, also „autogen“, erlernt haben, ist die exakte „Zurücknahme“ über die Muskulatur wichtig. Bei der Zurücknahme werden (in dieser Reihenfolge) die geballten Fäuste (zweckmäßig drei- oder fünfmal) kräftig zu den Schultern geschlagen, es wird ruckartig tief eingeatmet und die Augen werden mit einem kurzen Ruck geöffnet. Die Zurücknahme ist vor allem für Patienten wichtig, die zu Depression neigen.

Krampen G (1992) Einführungskurse zum Autogenen Training. Göttingen, Verlag für Angewandte Psychologie [bes. S 177ff.]

Wallnöfer H (1992) Seele ohne Angst. Stuttgart, Nagelschmidt

Heinrich Wallnöfer

Zusatzbezeichnung. → Berufsbezeichnung.

Zustimmung zur psychotherapeutischen Behandlung. Als Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung darf Psychotherapie nur mit Zustimmung des Behandelten oder seines gesetzlichen Vertreters ausgeübt werden. Die Zustimmung setzt voraus, daß der Behandelte Kenntnis über Wesen, Tragweite und Folgen der Behandlung hat (→ Aufklärungspflicht). Zustimmung des gesetzlichen Vertreters ist erforderlich, wenn der Behandelte selbst Wesen, Tragweite und Folgen der Behandlung (noch) nicht erkennen kann. Mit Erreichen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit erlangt der Jugendliche das höchstpersönliche Recht, über die Zustimmung zur psychotherapeutischen Behandlung selbst zu entscheiden.

Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz – Kurzkomentar. Wien, Orac

Johanna Schopper

Zuwendung. → Stroke-Konzept; → Transaktionsanalyse.

Zwang. In der klassischen → Psychoanalyse bezeichnet „Zwang“ das unwiderstehliche Bedürfnis, dieselben Aktionen immer wieder auszuführen, oft in ritualisierter Form. Diese ich-fremden (→ Ich), symptomatischen Akte sind ein Aspekt der Zwangsneurose (→ Zwangsstörung). Sie verweisen auf eine pathologische Kompromißbildung, das Ergebnis eines → Konfliktes zwischen der Befriedigung anal-sadistischer Wünsche, der → Abwehr dagegen (d. i. → Reaktionsbildung und Ungeschehenmachen) und den Forderungen des Gewissens, die zur Selbstbestrafung führen. Die anal-sadistischen Konflikte waren reaktiviert worden als Ergebnis einer → Regression zum Zweck der Abwehr von heftig widerstreitenden Wünschen der phallisch-ödipalen Phase (→ Ödipuskomplex). Die → Selbstpsychologie definiert den Zwang als das subjektive Erleben, sich zur Ausführung von wiederholten, ritualisierten Aktionen getrieben zu fühlen. Die spezifische Bedeutung dieser Verhaltensmanifestationen kann nur durch empathisch-introspektive Beobachtung erfaßt werden. Sie können 1. Manifestationen einer Abwehr gegen konflikthafte, das → Selbst gefährdende, anal-sadistische Getriebenheit sein, die der regressive Ausdruck ödipaler Wünsche ist, die aufgrund phasenspezifischer Fehler des → Selbstobjektes pathogen geworden sind; sie können 2. Manifestationen des Versuches sein, den grundlegenden Zusammenhalt eines gefährdeten (strukturell defekten) Selbstempfindens aufrecht zu erhalten und sich selbst zu beruhigen angesichts der Erfahrung, daß Selbstintegration auch nach dem Verlust der Affektregulation (→ Affekt), der durch Brüche in der benötigten archaischen Selbst-Selbstobjekt-Matrix hervorgerufen ist, wieder hergestellt werden kann.

Bartosch E [1994] (1999) Der Zwang und das Gefühl von Sicherheit. In: Bartosch E, Auf dem Weg zu einer neuen Psychoanalyse. Charakterentwicklung und Therapie aus der Sicht der Selbstpsychologie. Wien, Verlag Neue Psychoanalyse, S 143–162

Brenner C (1982) The mind in conflict. New York, International Universities Press

Fenichel OM [1945] (1983) Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. II. Frankfurt/M., Ullstein [bes. S 109–168]

Kohut H [1974] (1996) Phobias, obsessions and selfpsychology. In: Tolpin P, Tolpin M (Eds), The Chicago Institute lectures. Hillsdale (NJ), The Analytic Press, pp 159–179

Ruth Gruenthal [Übers.: Erwin Bartosch]

Zwangsneurose. → Zwang; → Zwangsstörung.

Zwangsstörung. Eine Zwangsstörung besteht nach dem ICD-10 entweder aus Zwangsgedanken oder aus Zwangshandlungen bzw. aus beiden Arten an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen. Zwangshandlungen sind ständig wiederholte Stereotypen, die angesichts von objektiv ungefährlichen, subjektiv jedoch als sehr bedrohlich erlebten Ereignissen eingesetzt werden, um Schaden für den Betroffenen oder andere Menschen zu vermeiden. Oft wird die Gefahr als von der eigenen Person ausgehend erlebt, was mit allen Mitteln zu verhindern versucht wird. Das Zwangsritual stellt einen letztlich wirkungslosen, symbolischen Versuch dar, eine vermeintliche Gefahr abzuwenden. Die wichtigsten Zwangshandlungen sind Wasch- und Säuberungszwänge, Kontrollzwänge, Ordnungszwänge, Wiederholungszwänge (Wiederholen von Handlungen, Worten, Sätzen, Zahlen oder Gebeten), Sammeln und Horten. Zwangsgedanken sind zwanghafte Ideen, bildhafte Vorstellungen oder Zwangsimpulse, die sich dem Betroffenen in quälender Weise aufdrängen. Sie beziehen sich oft auf aggressive, sexuelle, obszöne oder blasphemische Themen, die von den Betroffenen als persönlichkeitsfremd und abstoßend erlebt werden. Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen weisen nach dem ICD-10 die folgenden Merkmale auf: Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen angesehen. Sie wiederholen sich dauernd und werden als sehr unangenehm empfunden. Mindestens ein Zwangs-

gedanke oder eine Zwangshandlung wird als übertrieben und unsinnig anerkannt. Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten, wobei der Widerstand bei lang andauernden Zwängen bereits sehr gering sein kann. Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet. Die Ausführung eines Zwangsgedanken oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm, sondern bewirkt nur eine Reduktion von Spannung und Angst. Die Betroffenen leiden unter ihren Zwängen und sind in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit deutlich behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand. Zwangsstörungen werden im ICD-10 zu den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gezählt, im DSM-IV dagegen zu den Angststörungen, was aufgrund zahlreicher Unterschiede sehr umstritten ist.

- Ambühl H (Hg) (1998) Psychotherapie bei Zwangsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart, Thieme
- Lenz G, Demal U, Bach M (Hg) (1998) Spektrum der Zwangsstörungen. Forschung und Praxis. Wien, Springer
- Reinecker H (1994) Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung. 2., überarb. u. erw. Aufl. Bern, Hans Huber
- World Health Organization (WHO) (Hg) [1991] (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dt. Bearbeitung von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Hans Huber
- Zaudig M, Hauke W, Hegerl U (Hg) (1998) Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie. Stuttgart, Schattauer

Hans Morschitzky

Zwerchfellblock. In der → Körperpsychotherapie wird der Atmung zentrale Beachtung gewidmet. Schon Freud beschrieb Beobachtungen über Atemschwierigkeiten seiner „Patientin Katharina“. Wilhelm Reich führte 1934 den Begriff des „Diaphragmatischen Blocks“ ein und das Konzept, daß es bei jedem neurotischen Problem eine Atemstörung gibt, dessen zentraler Faktor eine Blockade im Zwerchfellsegment (→

Segmente) ist (Reich, 1989). Reich sah die Atemstörung als die physiologische Verankerung des neurotischen Charaktermusters (→ Charakter). Indem an der Vertiefung der Atmung (auch durch Lösung der Zwerchfellpanzerung; → Panzerung; → Entpanzerung) gearbeitet wird, werden auch neurotische Einschränkungen aufgelöst. Da Interventionen, die Einfluß auf die Atmung nehmen, tiefgreifende Folgen (wie z. B. die der Hyperventilation) haben, betonte Reich, daß derartige therapeutische Maßnahmen umfangreiche Ausbildung erfordern. In der Körperpsychotherapie wird dem Klienten geholfen, sich seiner Atmung und des Zusammenhangs zwischen Atmung und Emotion bewußt zu werden. Zu den Formen von Atemstörungen zählen die Einschränkungen beim Ausatmen, beim Einatmen, die allgemein reduzierte Atmung, chaotisches Atmen und paradoxes Atmen. In der Körperpsychotherapie geht es darum, die charakterliche und interpersonale Bedeutung dieser Muster zu erkennen und diese in Richtung der Wiederherstellung der natürlichen und spontanen Atmung und der Lösung des Zwerchfellblocks zu beeinflussen.

- Reich W [1933, 1948] (1989) Charakteranalyse. Köln, Kiepenheuer & Witsch
- Wehowsky A (1995) Atem-Dialog. In: Steinacker K (Hg), Der eigene und der fremde Körper. Das Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung in der Atem- und Leibpädagogik. Berlin, Edition Lit. Europe, S 107–117

David Boadella

Zwillingsübertragung. → Selbstobjektübertragung; → Selbstpsychologie.

Zwischenleiblichkeit (→ Integrative Bewegungstherapie). Die Zwischenleiblichkeit ist eine basale menschliche Erfahrung von Beziehung. Sie bleibt Grundmuster früher Bezogenheit, die in der Therapie aktualisiert wird – in ihr liegt die heilende Wirkung therapeutischen Geschehens. Aus der biologischen, mit genetischer Ausstattung versehenen Biomasse, diesem neuen Organismus, der Zygote, entwickelt sich

ein menschlicher Körper. Dieser fängt schon embryonal an, mit der Mutter als Leib (Merleau-Ponty, 1966) Erfahrungen zu sammeln. Leib wird in der → Integrativen Therapie definiert als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Stile in ihrer gegenwärtigen absichtsvollen Beziehung mit dem Umfeld und dem anamnestisch archivierten Niederschlag ihrer Inszenierungen, die in ihrem Zusammenwirken das personale „Leibsubjekt“ konstituieren (Petzold, 1995). Körper wird dagegen definiert als die Gesamtheit aller gegenwärtigen physiologischen (biologischen, biochemischen, bioelektrischen) Prozesse des Organismus nebst der im genetischen und physiologischen (immunologischen) Körpergedächtnis festgehaltenen Lernprozesse und Erfahrungen (Petzold, 1995: 551–556; Petzold, 1992: 671f., 795). Über den Weg von Erfahrungen im zwischenleiblichen Milieu entwickelt sich der Körper zum Leibsubjekt und gewinnt in der Zwischenleiblichkeit seine Identität. Interventionen, die in der Zwischenleiblichkeit erfolgen, wie z. B. die Therapeut-Patient-Beziehung, die aus einer intersubjektiven Grundhaltung entsteht, wirken unmittelbar auf die Person, die dem anthropologischen Konzept der Integrativen Therapie zufolge als Körper-Seele-Geist-Subjekt im sozialen und ökologischen Umfeld im Zeitkontinuum gesehen wird. Aufgrund der Prämissen dieses Menschenbildes sollte von „Körperarbeit“ oder „Körperintervention“ nur bei einer funktionalen Behandlung wie Massage oder chirurgische Hilfestellung – die den Körper des anderen als Objekt einstuft – gesprochen werden, weil damit nur der Körperaspekt des betroffenen Leibes erreicht wird. Der Begriff „Körperintervention“ wird in diesem Kontext von der Integrativen Therapie als ein Zugeständnis an einen noch gängigen Sprachgebrauch verwendet. Die Integrative Therapie spricht sonst von Leibtherapie, Leibintervention, die die Struktur Leib/Mitwelt und die ökologische Perspektive in die Mitte stellt, aus der eine Therapie – eine leibliche Begegnung (Marcel, 1978) – hervorgeht, in der Berührtheit aus Berührung erwächst (Eisler, 1991).

- Eisler P (1991) Berührung aus Berührtheit. Integrative Therapie 17(1–2): 85–116
Marcel G (1978) Leibliche Begegnung. In: Kraus A (Hg), Leib, Geist, Geschichte. Heidelberg, Hüthig, S 47–73
Merleau-Ponty M (1966) Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin, de Gruyter
Petzold HG (1995) Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn, Junfermann
Petzold HG (1992) Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie, Bd. 2: Klinische Theorie. Paderborn, Junfermann [bes. S 671f.]

Anton Leitner

Zyklus (emotionaler, vasomotorischer). Grundlegendes Konzept der → Biodynamik. Erweitert die Reich'sche Organismus-Formel (Spannung – Ladung – Entladung – Entspannung) und beschreibt den Ablauf emotionaler Ereignisse in der Form von mehrschichtigen Kreisprozessen (psychisch, muskulär, vegetativ). Die Aufwärtsphase eines Zyklus beginnt mit einem inneren oder äußeren Reiz. Sie setzt sich mit dem Aufbau von Ladung, einer Mobilisierung von Muskelspannung und der Entfaltung des damit verbundenen Gefühls fort. Vegetativ steht diese Phase unter dem verstärkten Einfluß des Sympathikus. Der Höhepunkt wird mit dem entsprechenden (Gefühls-)Ausdruck erreicht, der mit muskulär-motorischer Aktion und vegetativer Entladung verbunden ist. Darauf beginnt die Abwärtsphase, die vegetativ durch den Parasympathikus beherrscht wird und über die Subphasen von Entspannung und Erholung zu einer Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts führt. In dieser Phase werden die restlichen Streßprodukte durch die Psychoperistaltik verdaut (Southwell, 1990: 202–205). In der Biodynamik sind die mit den vegetativen Phasen verbundenen Veränderungen (Hormonausschüttung, veränderte Blut- und Flüssigkeitsverteilungen im Körper) ausführlich beschrieben (Boyesen, 1987: 99–124). Neurotische Störungen entstehen nach Auffassung der biodynamischen Psychologie, wenn wiederholt (chronisch) solche Zyklen nicht abgeschlossen wurden. In der Therapie geht es

Zyklus (emotionaler, vasomotorischer)

darum, unterbrochene Zyklen wieder aufzusuchen, um sie erneut zu durchleben und zu einem vollständigen Abschluß zu bringen. Dabei wird eine natürliche Tendenz jedes Zyklus, sich zu vollenden, angenommen.

Boyesen ML (1987) Psychoperistaltik IV. Die Dynamik des vasomotorischen Zyklus. In: Boyesen G, Boyesen ML (Hg), Biodynamik des Lebens. Essen, Synthesis, S 99–123

Southwell C (1990) Biodynamische Psychologie. In: Rowan J, Dryden W (Hg), Neue Entwicklungen der Psychotherapie. Oldenburg, Transform, S 198–221

Gerhard Lang

Herausgeber*

Pritz, Alfred, 1952, Dr. phil., Prof. h.c., Psychotherapeut (u. a. Psychoanalyse, Gruppenpsychoanalyse, Dynamische Gruppenpsychotherapie), Klinischer und Gesundheitspsychologe, Honorarprofessor für Psychotherapie an der Medizinischen Universität Lemberg, Gastprofessor an der University of the North (Pietersburg, Südafrika), Präsident des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) und des Weltverbandes für Psychotherapie (WCP), Wien.

Stumm, Gerhard, 1950, Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Personenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis, Ausbilder der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG), Ausbildungsleiter der Sektion Forum der APG, Wien.

Mitarbeiter*

Gumbalter, Paul, 1956, Dipl.-Sozialarbeiter, Psychotherapeut (Systemische Familientherapie), Weiterbildungen in Hypnotherapie nach M. Erickson und in systemischer Supervision, psychotherapeutische und supervisorische Tätigkeit in freier Praxis, Wien.

Voracek, Martin, 1966, Mag. rer. nat., Mag. phil., Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe i. A., Universitätsassistent an der Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien (Bereich Dokumentation, Psychotherapieforschung, Forschungsintegration), Mitarbeiter der dort eingerichteten Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung, Wien.

AutorInnen und KoordinatorInnen*

Adler, Eva Stefanie, 1952, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Dynamische Gruppenpsychotherapie, Gruppenpsychoanalyse), Analytische Paar- und Sexualberaterin in freier Praxis in Wien und Niederösterreich, Supervisorin, Gruppendynamiktrainerin, Univ.-Lektorin an der Universität Wien (Institut für Psychologie, Institut für Erziehungswissenschaften), Lehrbeauftragte in der Erwachsenenbildung.

Aiello, Teresa, 1947, Ph.D., Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin in freier Praxis, Supervisorin am National Institute for the Psychotherapies, New York, Assistant Professor an der Ehrenkranz School of Social Work, New York, Child and Adolescent Psychoanalytic and Psychotherapy Training Program, New York.

Amendt-Lyon, Nancy, 1950, Dr. phil., M.A., Psychologin, Klinische und Gesundheitspsychologin, Lehrtherapeutin für Integrative Gestalttherapie und Gruppenanalyse im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis in Wien, Lehrbeauftragte der Universität Bremen.

Atwood, George E., 1944, Ph.D., Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Supervisor, Gründungsmitglied des Institute for the Psychoanalytic Studies of Subjectivity (New York), Professor für Psychologie an der Rutgers University, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, New York.

Babne Babnson, Claus, 1922, Univ.-Prof., Dr. phil., Lehr-Psychoanalytiker, Psychosomatiker, Familientherapeut, Gruppentherapeut, Forschung in Psychoonkologie, Psychokardiologie, Psychosomatosen, Prof. em. of Psychiatry and Psychosomatics, University of California, San Francisco, Medical School und Jefferson University, Medical School, Philadelphia.

* Stand 1999.

AutorInnen und KoordinatorInnen

- Baier, Karl*, 1954, Dr. phil., Mag. theol., Univ.-Ass. am Institut für christliche Philosophie der katholisch-theologischen Fakultät der Universität Wien, Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Daseinsanalyse, Vorstandsmitglied des Österreichischen Daseinsanalytischen Instituts für Psychotherapie, Psychosomatik und Grundlagenforschung, Wien.
- Bänninger-Huber, Eva*, 1952, Univ.-Prof., Priv.-Doz., Dr. phil., Klinische Psychologin, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen), Privatdozentin am Institut für Psychologie der Universität Zürich, Gastprofessur für Kommunikationspsychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck, langjährige Forschungstätigkeit in der Emotions-, Interaktions- und Psychotherapieforschung.
- Bartosch, Erwin*, 1945, Dr. theol., Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Gründer (1987) und Leiter des Wiener Kreises für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Lehranalytiker und Supervisor, 1998 Gründung des Verlages Neue Psychoanalyse Wien, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, Wien.
- Bartuska, Christian*, 1946, Psychotherapeut (Dynamische Gruppenpsychotherapie), freie Praxis, Ausbildner, Lehrtherapeut und Supervisor für Biodynamische Körperpsychotherapie, Wien.
- Bartuska, Heiner*, 1950, Dr. phil., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut (Dynamische Gruppenpsychotherapie), psychotherapeutische Tätigkeit in Psychiatrie und in freier Praxis in Wien, Lehrtherapeut für Dynamische Gruppenpsychotherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Gruppenanalytiker.
- Bauriedl, Thea*, 1938, Priv.-Doz., Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin, analytische Paar- und Familientherapeutin, Supervisorin, Privatdozentin an der Universität München, Vorsitzende, Dozentin und Lehranalytikerin an der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie in München, private psychoanalytische Praxis, Tätigkeit in Forschung und Ausbildung, München.
- Becker-Fischer, Monika*, 1948, Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychotherapeutin (Psychoanalyse) in freier Praxis mit Schwerpunkt Traumatherapie, Leiterin des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie, Forschung und Weiterbildung für Traumatherapeuten, Köln.
- Benedetti, Gaetano*, 1920, em. Prof., Dr. med., emerierter Prof. für Psychohygiene und Psychotherapie an der Universität Basel, 1947–51 Assistenzarzt in Zürich bei Prof. Manfred Bleuler, 1952–56 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Burghölzli und Leiter der Abteilung für Psychotherapie der Psychosen, Psychoanalytiker und Gründer der Associazione Studi Psicoanalitici (ASP, heute Mitglied der International Federation of Psychoanalytic Societies, IFPS), Lehranalytiker und Ehrenmitglied der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft, Fellow der American Academy of Psychoanalysis, Riehen/Basel.
- Berliner, Jacques*, 1931, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Leiter einer Klinik für Geisteskrankheiten (1968–85), Psychotherapeut (Bioenergetische Analyse) in freier Praxis in Brüssel, 4 Analysen (rogerianische, lacanianische, bioenergetische und freudianische Analyse), internationaler Trainer in Bioenergetischer Analyse (1981–89), Leitung von Ausbildungsgruppen in verschiedenen westeuropäischen Ländern, Gründer der Belgischen Schule „Psychotherapie analytique → mediation corporelle“ (1991).
- Bettinaglio, Antonio*, 1949, Lic. phil., Dipl.-El.-Ing. ETH, Psychotherapeut (Gestalttherapie, Tiefenpsychologie, Körpertherapie, Systemtherapie) in freier Praxis, Dozent, Lehrbeauftragter, Supervisor und Coach im Bereich Psychotherapie, Soziologie und Erwachsenenbildung, Zürich.
- Biehal-Heimburger, Elfriede*, 1954, Dr. phil., Psychologin, Pädagogin, Gestalttheoretische Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis in Wien, Lehrbeauftragte für Gestalttheoretische Psychotherapie in der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP), Beraterin im Bereich der Unternehmens- und Organisationsentwicklung (TRIGON, Wien).
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria*, 1939, Dipl.-Psych., Klinische Psychologin, Dozentin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Hamburg, Klientenzentrierte Psychotherapeutin,

- Ausbildnerin für Gesprächspsychotherapie in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Hamburg.
- Bilek, Hans Peter*, 1943, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie/Neurologie, Psychotherapeut, Lehrtherapeut der Österreichischen Ärztekammer, Lehrtherapeut der Integrativen Gestalttherapie Wien (IGW), Obmann der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie.
- Bittner, Josef*, 1947, Dr. phil., Klinischer Psychologe an der Landes-Nervenklinik Gugging, Psychotherapeut in freier Praxis, Psychoanalytiker, Dozent für Katathym-Imaginative Psychotherapie der ÖGATAP und der Arbeitsgemeinschaft Katathymes Bilderleben (AGKB), 1. Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Wien.
- Boadella, David*, 1931, B.A., M.Ed., Dr. hc., Begründer der Biosynthese, erster Präsident der Europäischen Gesellschaft für Körperpsychotherapie, Leiter des Internationalen Instituts für Biosynthese (IIBS), Ausbildungszentrum in Heiden (Schweiz).
- Bock, Lisa*, 1941, Dr. phil., Psychotherapeutin (Analytische Psychologie), Klinische Psychologin, klinische Tätigkeit in der Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie, Mitglied der International Association for Analytical Psychology (IAAP), Gründungsmitglied, Lehranalytikerin und Supervisorin der Salzburger Gesellschaft für Tiefenpsychologie – C.G. Jung-Institut, freie Praxistätigkeit in Salzburg.
- Bock, Rudolf*, 1928, Dr. phil., Psychotherapeut (Analytische Psychologie, Psychoanalyse), Lehranalytiker und Supervisor beider Richtungen, Mitglied der International Association for Analytical Psychology (IAAP), Gründungsmitglied der Salzburger Gesellschaft für Tiefenpsychologie – C.G. Jung-Institut, Lehrbeauftragter für Tiefenpsychologie an der Universität Salzburg, freie Praxistätigkeit in Salzburg.
- Bogyi, Gertrude*, 1951, Dr. phil., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (Individualpsychologie), tätig an der Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Wien und in freier Praxis, Lehranalytikerin im Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP), Wien.
- Bolen, Inge*, 1940, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis in Wien und Niederösterreich, Lehrtätigkeit in Integrativer Gestalttherapie, Gruppendynamik und Supervision (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, ÖAGG).
- Bosscher, Rudolf J.*, 1947, Univ.-Doz., Dr., Studium der Bewegungswissenschaften, Vrije Universiteit Amsterdam, Bewegungswissenschaftler, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Brandl-Nebabay, Andrea*, 1953, Mag. rer. soc. oec., Soziologin, Dipl.-Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Mitarbeiterin am Institut für Ehe- und Familientherapie (Wien). Lehrtherapeutin und Obfrau der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Systemische Studien (ÖAS), Wien.
- Breiter, Marion*, 1952, Dr. phil., Psychotherapeutin, Pädagogin, Feministische Therapie, Mitarbeiterin der Wiener Frauenberatungsstelle, des Instituts für frauenspezifische Sozialforschung, des Netzwerks Österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen, tätig in freier Praxis, Ausbildung, Forschung und Therapie in Wien.
- Brenner, Heidy*, 1950, Lic. phil., Psychotherapeutin (Föderation der Schweizer Psychologen und Psychologinnen, FSP) in eigener Praxis, Lehranalytikerin und Dozentin am Daseinsanalytischen Institut für Psychotherapie und Psychosomatik, Zürich.
- Brosch, Renate*, 1958, OA, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Oberärztin an der Drogenabteilung und Leiterin der Entzugs- und Kurzzeitherapiestation des Anton Proksch-Instituts in Kalksburg bei Wien, Tätigkeit in Fort- und Weiterbildung und Prävention, Supervisorin im Suchtbereich, Wien.
- Brosch, Werner*, 1955, Prim., Dipl.-Ing., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Primarius der Abteilung für Gerontopsychiatrie der Niederösterreichischen Landes-Nervenklinik Gugging, Psychotherapeut (Gestalttherapie), gerichtlich beedeter Sachverständiger für Nerven- und Geisteskrankheiten.

AutorInnen und KoordinatorInnen

Bruder, Karl, 1948, Lic. phil., Klinischer Psychologe und Psychotherapeut (Gestalttherapie) in freier Praxis, Lehrbeauftragter des Fritz Perls-Instituts (FPI), Leiter der Ethikkommission der „Schweizer CHARTA für Psychotherapie“, Binningen bei Basel.

Büchtele, Agnes, 1949, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychologin in freier Praxis in Köln und Wien, Psychotherapeutin (Klientenzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie), Feministische Therapie, Supervisorin, Fortbildnerin im Zentrum für angewandte Psychologie und Frauenforschung.

Budjahn, Anne, 1924, Ergotherapeutin, Gestaltungstherapeutin, Lehrbeauftragte im Deutschen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT), tätig in eigener Praxis in Ettlingen.

Canackis, Jorgos, 1935, Dipl.-Psych., Dr. phil., Psychotherapeut (Integrative Therapie, Gestalttherapie, Musiktherapie), wissenschaftlicher Ausbildungsleiter und Berater am Europäischen Institut für Angewandte Humanforschung (EIFAH) in Essen, Leiter der Akademie für Menschliche Begleitung (AMB) in Essen, Trauerumwandlungsansätze der Myroagogik und Myropädie.

Caspar, Franz, 1953, Prof., Dipl.-Psych., Dr. phil., Psychotherapeut (FSP), Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg i. Br.

Chicken, Andreas, 1952, Mag. art., Psychotherapeut (Integrative Gestalttherapie), Ausbildung in Integrativer Gestalttherapie, Lehr-Kunsttherapeut für Multimediale Kunsttherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Kunsttherapeut und Supervisor in freier Praxis, Wien.

Christoph-Lemke, Charlotte, 1937, Dipl.-Psych., Psychotherapeutin, Klinische Psychologin (Berufsverband Deutscher Psychologen, BDP), lehrendes Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Transaktionsanalyse, Clinical Teaching and Supervising Transactional Analyst (CTSTA) sowie Ausbilderin und Lehrsupervisorin der Europäischen Gesellschaft für Supervision (EAS e.V.).

Ciampi, Luc, 1929, em. Prof., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Bern und Genf, psychoanalytische und familientherapeutische Ausbildung, 1963–77 an der Psychiatrischen Univ.-Klinik in Lausanne, Aufbau von gemeindepsychiatrischen Diensten, 1977–94 o. Prof. für Psychiatrie und erster Leiter der neuen Sozialpsychiatrischen Univ.-Klinik Bern, Entwicklung neuer sozio- und milieuthérapeutischer Methoden zur Behandlung psychotischer Störungen (u. a. Projekt „Soteria Bern“), theoretischer Hauptbeitrag: Konzept der Affektlogik, nach der Emeritierung 1994 u. a. Gastprofessor am Konrad Lorenz-Institut für Evolutions- und Kognitionsforschung (Altenberg / Niederösterreich bei Wien).

Clifford, Michael D., Ph.D., C.S.W., Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Codirektor von Child and Adolescent Psychoanalytic and Psychotherapy Training Program, National Institute for the Psychotherapies, New York City.

Cohn, Ruth C., 1912 (Berlin), Dr. phil. h.c., 1933 Flucht nach Zürich, psychoanalytische Ausbildung (1933–39), 1941 Emigration in die USA, Mitbegründerin der humanistischen tiefenpsychologisch-therapeutischen Entwicklung, Initiatorin der Themenzentrierten Interaktion (TZI), Gründung des Workshop Institute for Living-Learning (WILL), Institut für Training, Forschung und Praxis von TZI, 1973 Rückkehr nach Europa, Ehrenpräsidentin von WILL, seit 1974 Beraterin der Ecole d'Humanité, Berner Oberland, Schweiz.

Cöllen, Michael, 1944, Dipl.-Psych., Begründer der Paarsynthese, Lehrtherapeut für Gestalttherapie, Paar- und Sexualtherapie (Fritz Perls-Institut, FPI, und GIPP), Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Integrative Paartherapie und Paarsynthese (GIPP), Hamburg.

Condrau, Claudius, 1966, Dr. phil., Psychotherapeut (Daseinsanalyse) in eigener Praxis und am Daseinsanalytischen Institut für Psychotherapie und Psychosomatik, Zürich.

Condrau, Gion, 1919, Prof., Dr. med., Dr. phil., Spezialarzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis, Direktor des Daseinsanalytischen Instituts für Psychotherapie und Psychosomatik in Zürich, Präsident der Internationalen Vereinigung für Daseinsanalyse, Zürich.

- Condrau, Gion Fidel*, 1963, Dr. phil., Psychotherapeut (Föderation Schweizer Psychologen und Psychologinnen, FSP) in eigener Praxis (Daseinsanalyse) und am Daseinsanalytischen Institut für Psychotherapie und Psychosomatik, Zürich.
- Cserny, Sylvia*, 1948, Dr. phil., Psychologin, Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin im Österreichischen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT), Gründerin und Ehrenvorsitzende des Vereins, tätig in der Lebensberatung (Salzburg) und in freier Praxis.
- Daly, Rebecca*, 1972, M.A., Doctoral Candidate, Ferkauf Graduate School of Psychology, Yeshiva University, New York.
- Datler, Wilfried*, 1957, Dr. phil., Ao. Univ.-Prof., Analytiker im Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP), Leiter der Arbeitsgruppe für Sonder- und Heilpädagogik am Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Wien.
- Dauber, Heinrich*, 1944, Prof., Dr. phil., Prof. für Erziehungswissenschaft (Erziehungs- und Schultheorie einschließlich Weiterbildung) an der Universität Gesamthochschule Kassel; Psychotherapeut für Integrative Leib- und Bewegungstherapie (Deutsche Gesellschaft für Integrative Bewegungstherapie, DGIB; Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung, DGIK; Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung, DGGK).
- Dellisch, Heide*, 1939, OA, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie und Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Kinderpsychoanalytikerin, Oberärztin im Landeskrankenhaus Klagenfurt, Gastprofessorin an der Universität Klagenfurt, Dozentin für Katathym-Imaginative Psychotherapie der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Lehranalytikerin des Salzburger Arbeitskreises für Psychoanalyse (SAP), Klagenfurt.
- Demal, Ulrike*, 1964, Mag. rer. nat., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in freier Praxis, Mitarbeiterin an der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung der Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien.
- de Rivera y Revuelta, José Luis Gonzales*, 1944, Prof., Dr. med., Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität Madrid, Präsident der spanischen Gesellschaft für Autogene Psychotherapie und Präsident der spanischen Psychotherapiegesellschaft, Board Member der Europäischen Vereinigung für Psychotherapie, Madrid.
- de Vries, Jan HP.*, 1941, Dr. psych., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut (Klientenzentrierte Psychotherapie), Trainer, Supervisor, tätig am Psychomedizinischen Zentrum PARNASSIA (Den Haag, Niederlande).
- de Zwaan, Martina*, 1961, Ao. Univ.-Prof., OA, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Oberärztin und Leiterin der Spezialambulanz für Essstörungen an der Univ.-Klinik für Psychiatrie in Wien, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT), Wien.
- Dietrich, Reinhold*, 1949, Dr. phil., Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Schriftsteller, Supervisor, Lehrtherapeut für Bioenergetische Analyse (Deutsche Gesellschaft und Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse, DÖK/ÖK), Dynamischer Gruppenpsychotherapeut (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, ÖAGG), Salzburg.
- Dolleschka, Bernhard*, 1942, Ing. für Medizintechnik, Psychotherapeut (Dynamische Gruppenpsychotherapie), Lehrtherapeut für Dynamische Gruppenpsychotherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Diplom für psychosomatische Medizin, Praxis in Gmünd.
- Dornes, Martin*, 1950, Priv.-Doz., Dr. phil., Soziologe und Gruppenanalytiker, stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum in Frankfurt/M.

AutorInnen und KoordinatorInnen

- Eberling, Wolfgang*, 1948, Dr. rer. soc., Dipl.-Psych., Psychotherapeut/Berater, Trainer und Coach (NLP und Lösungsorientierte Kurzzeittherapie), Tätigkeit in eigener Praxis am Norddeutschen Institut für Kurzzeittherapie (NIK) und in eigener Beratungsfirma in Bremen.
- Ebermann, Traude*, 1950, Mag. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Klientenzentrierte Psychotherapie, Katathym-Imaginative Psychotherapie), Feministische Therapie, Mitarbeiterin der Wiener Frauenberatungsstelle, Mitarbeit bei THUJA – Verein für frauenspezifische Sozial- und Psychotherapie, Wien.
- Ebert-Wittich, Sybille*, 1951, Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychotherapeutin und Klinische Psychologin, Focusing-Ausbildnerin (Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie, DAF), psychotherapeutische Praxis in Boppard/Rhein.
- Eckert, Jochen*, 1940, Dipl.-Psych., Dr. phil. habil., Univ.-Prof. für Klinische Psychologie/Psychotherapie am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbildner für Gesprächspsychotherapie in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Hamburg.
- Ehrmann, Wilfried*, 1953, Mag. phil., Dr. phil., Psychotherapeut in freier Praxis in Wien und Pressbaum, Ausbildungsleiter für Integratives Atmen im Österreichischen Verein für Integratives Atmen und Rebirthing.
- Eichberger, Gerd*, 1944, Prim., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Psychoanalyse), Ärztlicher Leiter der Niederösterreichischen Landes-Nervenklinik Gugging.
- Erb, Michael*, 1948, M.A., Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Mitglied im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Wien.
- Ertl, Michael*, 1957, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Oberarzt an der Psychiatrischen Abteilung des Donauspitals (SMZ-Ost), Psychotherapeut (Dynamische Gruppenpsychotherapie, Gruppenpsychoanalyse), Gruppentrainer (ÖAGG / Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik), Wien.
- Etzersdorfer, Elmar*, 1962, Univ.-Doz., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Psychoanalyse), Chefarzt der Furtbach-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart.
- Fehlinger, Margarete*, 1952, Dr. phil., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) in freier Praxis, Lehrtherapeutin für Systemische Familientherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) und am Institut für Familientherapie und Systemberatung (IFS), Linz.
- Fengler, Jörg*, 1944, Prof., Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Gruppendynamik-Trainer, Supervisor und Lehrsupervisor, Professor der Psychologie an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität Köln.
- Fiegl, Jutta*, 1953, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) in freier Praxis, Univ.-Lektorin an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien, Leiterin der Weiterbildung für Psychosomatische Medizin des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG).
- Finke, Jobst*, 1937, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychiatrie, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Essen, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbildner in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Essen.
- Fischer, Gottfried*, 1944, Univ.-Prof., Dr. phil., Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Köln, Psychotherapeut und Psychoanalytiker (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, DGPT; Deutsche Psychoanalytische Vereinigung, DPV; Internationale Psychoanalytische Vereinigung, IPV).
- Fitzthum, Elena*, 1954, Musiktherapeutin, Supervisorin, Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie) in freier Praxis, Vertragslehrerin für Lehrmusiktherapie an der Universität für Musik und

Darstellende Kunst in Wien, Gründungs- und Vorstandsmitglied des Wiener Instituts für Musiktherapie (WIM), Wien.

Fliedl, Rainer, 1956, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Dynamische Gruppenpsychotherapie), Gruppentrainer, Supervisor, Leiter der Sozialtherapeutischen Abteilung für Jugendliche des Niederösterreichischen Heilpädagogischen Zentrums (Hinterbrühl/Niederösterreich), Lehrtherapeut für Dynamische Gruppenpsychotherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG).

Foerster, Hans Dieter, 1944, OA, Dr. med., Arzt und Ambulatoriumsleiter-Stellvertreter im Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien (PSD), Psychotherapeut in freier Praxis, Direktor des Österreichischen Daseinsanalytischen Instituts für Psychotherapie, Psychosomatik und Grundlagenforschung in Wien.

Fossbauge, James L., 1940, Ph.D., Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Mitbegründer und Mitglied des Vorstands des National Institute for the Psychotherapies, New York und des Institute for the Psychoanalytic Study of Subjectivity, New York, Clinical Professor für Psychologie des New York University Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, New York.

Frank, Rainer, 1940, Dr. phil., Studium irregulare in Psychologie und Psychiatrie, Diplom-Sportlehrer, Psychotherapeut in freier Praxis, Lehrtherapeut / Lehrtrainer für Bioenergetische Analyse, Gestalttherapie und Gruppendynamik, Villach.

Frank-Rieser, Edith, 1949, Dr. phil., Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin in freier Praxis, Lehranalytikerin im Innsbrucker Arbeitskreis für Psychoanalyse, Gruppenpsychotherapeutin und Supervisorin (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie) in freier Praxis, Lehrtätigkeit im Bereich Psychoanalyse und Soziologie, Innsbruck.

Frischenschlager, Oskar, 1951, ao. Univ.-Prof., Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Supervisor, Lehranalytiker im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, ao. Univ.-Prof. am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien.

Fritzsch, Walter, 1949, Dr. phil., Pädagoge, diplomierter Ehe-, Familien- und Lebensberater, Zürich.

Frühmann, Renate, 1945, Dr. phil., Klinische Psychologin, Lehrtherapeutin am Fritz Perls-Institut / Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (FPI/EAG) und im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Lehrsupervisorin an der Universität Salzburg (Institut für Psychologie, Univ.-Lehrgang für Supervision), Lehrtherapeutin der Österreichischen Ärztekammer, langjährige Gastprofessur am Orff-Institut, Mozarteum, Salzburg.

Fuhr, Reinhard, 1939, Dr. phil., Akademischer Oberrat, Pädagogisches Seminar der Universität Göttingen, Gestalttherapeut und Ausbilder, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Gestalt-Zentrum Göttingen.

Gammer, Carole, 1943, Dr. phil., Klinische Psychologin, Präsidentin des e.V. für Phasische Familientherapie, Ausbilderin für Paar- und Familientherapie, Neuilly-sur-Seine (Frankreich).

Gamper, Valeria, 1946, Dr. phil., Psychologin und Psychotherapeutin (Föderation Schweizer Psychologen und Psychologinnen, FSP) in eigener Praxis, Lehrbeauftragte an der Universität St. Gallen, Dozentin für Daseinsanalyse am Institut für Angewandte Psychologie in Zürich.

Gastaldo, Giovanni, 1935, Dr. med., Praktischer Arzt, spezialisiert in Neurologie, Psychiatrie und Schulhygiene, Psychotherapeut, Lehrtherapeut für Autogene Psychotherapie, Gründer, Lehrtherapeut und Vizepräsident am ICSAT (Italienisches Komitee zum Studium des Autogenen Trainings), Lehrtherapeut am ECAAT (European Committee for the Advanced Analytic Autogenic Training), Treviso (Italien).

Gathmann, Peter, 1943, Univ.-Prof., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Individualpsychologie), Leiter der Psychosomatischen Station der Wiener Univ.-Klinik für

AutorInnen und KoordinatorInnen

Psychiatrie, Leiter des Wiener Curriculums für Psychosomatische Medizin, lehrbeauftragter Professor der Musikhochschule Wien.

Gatterer, Gerald, 1956, Dr. phil., Psychotherapeut, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Supervisor (Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie, ÖGVT; Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation, AVM), Leiter der Psychologisch-Psychotherapeutischen Ambulanz am Geriatriezentrum am Wienerwald und in freier Praxis tätig, Univ.-Lektor an den Universitäten Wien und Salzburg.

Geißler, Peter, 1953, Dr. med., Dr. phil., Arzt, Psychologe, Psychotherapeut in freier Praxis, Supervisor, Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie, Bioenergetischer Analyse, Mitbegründer des Arbeitskreises für analytische körperbezogene Psychotherapie (AKP), Wien und Groß-Enzersdorf (Niederösterreich).

Gerber, Gisela, 1941, Dr. phil., Ao. Univ.-Prof., Mitbegründerin und Lehrtherapeutin der Österreichischen ARGE für Funktionelle Entspannung (Ö.A.F.E.), Psychotherapeutin (Individualpsychologie), Dozentin für Katathym-Imaginative Psychotherapie und Autogenes Training, Klinische und Gesundheitspsychologin, Institut für Erziehungswissenschaften (Arbeitsgruppe Sonder- und Heilpädagogik) der Universität Wien.

Gheorghiu, Vladimir Aristos, 1926, Prof., Dr. phil., Psychologe, 1957–82 Mitarbeiter der Psychologischen Instituts der Rumänischen Akademie, (seit 1983) Mitglied der Instituts für Sozialforschung an der Universität Gießen (Arbeitsschwerpunkte: Suggestion, Suggestibilität, Hypnose, Hypnotherapie), Mitglied u. a. der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH), der Milton Erickson-Gesellschaft (M.E.G.), der American Society of Clinical Hypnosis (ASCH), der International Society of Hypnosis (ISH) und der Swedish Society of Clinical & Experimental Hypnosis (SSEH), Gießen.

Gordon, Caryn, 1956, M.A., Verkauf Graduate School of Psychology, Yeshiva University, New York.

Gorsky, Sergei, 1963, Ph.D., Studium der Systemtheorie, Ausbildung in verschiedenen Bereichen der Körper- und Atemtherapie, Koordinator der International Association for Free Breathing und Organisator der internationalen Free-Breathing-Konferenzen in Moskau, therapeutische Praxis und Gruppentrainer in Moskau.

Gotthardt-Lorenz, Angela, Mag. phil., Dipl.-Päd., Supervisorin (Österreichische Vereinigung für Supervision, ÖVS), Lehrsupervision, Organisationsberaterin, Ausbildnerin für Supervision in Wien und Salzburg.

Gräff, Christine, 1936, Krankengymnastin, Ausbildung in Neurolinguistischem Programmieren (NLP), Lehrbeauftragte im Deutschen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT), im Österreichischen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT) und in der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse (MAP), Therapeutin für Konzentrierte Bewegungstherapie, München.

Grill, Wolfgang, 1961, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Psychodrama), Psychodramaleiter, Lehranalyse beim Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie (WKPS), Oberarzt an der Sozialpsychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Hollabrunn (Niederösterreich).

Grimm, Margaretbe, 1945, Dipl.-Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin (Psychoanalyse), Lehranalytikerin im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (WAP), Wien.

Gross, Brigitte, 1946, Dr. phil., Psychologin, Psychotherapeutin, Lehrbeauftragte der Ehe- und Familienberatung Salzburg, Wirtschafts- und Managementtrainerin, NLP-Lehrtrainerin am Österreichischen Trainingszentrum für Neurolinguistisches Programmieren (ÖTZNLP), Salzburg.

Grossmann, Klaus E., 1935, O. Univ.-Prof., Dr. phil., Dipl.-Psych., Verhaltensbiologe, Bindungsforschung, biologische und kulturenthropologische Grundlagen, Entwicklungspsychologie emotionaler und sprachlicher Organisation, Universität Regensburg (Fakultät der Sozialwissenschaften, Fachgruppe Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie).

- Gruenthal, Ruth*, 1922, M.S.S., Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin in freier Praxis, Vorstandsmitglied, Lehranalytikerin, Senior Supervisor am Psychoanalytic Training Institute of Postgraduate Center for Mental Health, Mitglied des Vorstands und Supervisorin des New York University Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, New York.
- Gstach, Johannes*, 1959, Dr. phil., außerordentliches Mitglied im Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP), wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Wien.
- Günther, Kurt B.*, 1945, Dr. phil., Lehranalytiker und Gruppenpsychotherapeut im Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP), Gruppenanalytiker, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe an der Kinderpsychosomatik im Wilhelminenspital, Wien.
- Gurtner, Manfred*, 1954, Mag. theol., Dr. phil., Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, psychotherapeutische Tätigkeit in eigener Praxis in Salzburg, Ausbilder und Lehrtherapeut des Österreichischen Arbeitskreises für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse (ÖATA) und der Arbeitsgemeinschaft Transaktionsanalyse (ARGE TA).
- Haberkorn, Lisa*, 1948, Dr. phil., Psychotherapeutin (Dynamische Gruppenpsychotherapie), Hakomi-Integrative-Somatics-Therapeutin, Wien, Spezialisierung auf Bewältigung der Folgen von Schock und Trauma.
- Hain, Peter*, 1955, Lic. phil., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut (Föderation Schweizer Psychologen und Schweizerische Psychotherapie-Vereinigung: Klientenzentrierte Psychotherapie, Hypnotherapie, Systemische Familientherapie, Provokative Therapie), tätig in freier Praxis in Zürich, Mitbegründer und Ausbilder der Gesellschaft für klinische Hypnose, Zürich.
- Harms, Andrea*, 1955, Dr. phil., Psychoanalytikerin in freier Praxis, Psychotherapeutin (Kinder, Jugendliche und Erwachsene), Klinische und Gesundheitspsychologin, Leiterin der Mobilen Frühförderung (Wiener Sozialdienste), Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, Mitglied im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Wien.
- Hartkamp, Norbert*, 1958, OA, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, DGPT), Gruppenanalytiker (Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, DAGG), Oberarzt und Leiter der Forschungsstelle für quantitative Methoden und Evaluation der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Hartmann, Hans-Peter*, 1949, Dr. med., Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Psychoanalytiker (DPV) in freier Praxis, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Heppenheim bei Frankfurt.
- Hartmann, Matthias S.*, 1951, Dipl.-Psych., Soziologe M.A., Psychologischer Psychotherapeut (Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, Hypnotherapie) in eigener Praxis in Münster, Dozent verschiedener Therapieverbände (Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie, ÖGATAP; Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, ÖGPO; Berufsverband Deutscher Psychologen, BDP; Milton Erickson-Gesellschaft, M.E.G.; Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, DGVt), Begründer des CENTERING-Modells zur Selbsthilfe Krebskranke.
- Hass, Wolfgang*, 1959, M.A., Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG) in Düsseldorf, NLP-Master-Ausbildung, Köln.
- Hausmann, Bettina*, 1942, Mag. phil., Germanistin, Psychotherapeutin und Supervisorin, Lehrtherapeutin für Integrative Leib- und Bewegungstherapie am Fritz Perls-Institut (Hückeswagen), in eigener Praxis tätig in Marsberg (Sauerland, Deutschland).

AutorInnen und KoordinatorInnen

Hättich, Edgar, 1929, Prof., Dr. phil., Psychotherapeut, Dozent für Autogenes Training und Kathym-Imaginative Psychotherapie der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Klagenfurt.

Hebenstreit, Günter, 1966, Mag. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Mitglied des Wiener Wilhelm Reich-Instituts, tätig am Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe.

Herberth, Franz, 1946, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dozent und Lehranalytiker am Institut für Analytische Psychotherapie im Rheinland, Köln, Mitglied im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, langjährige Tätigkeit in psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen, Bonn.

Heuß, Gereon, 1954, Priv.-Doz., OA, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (mit Zusatzbezeichnung Psychoanalyse), Lehr- und Kontrollanalytiker der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Leitender Oberarzt der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Essen.

Hexel, Martina, 1946, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Kathym-Imaginative Psychotherapie, Autogenes Training, Hypnose), Univ.-Ass. am Institut für Medizinische Psychologie der Medizinischen Fakultät der Universität Wien, Dozentin für Autogenes Training und Kathym-Imaginative Psychotherapie der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Wien.

Heydewolff, Andreas von, 1960, Dr. med., Psychotherapeut (Analytische Psychologie), Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (mit Zusatzbezeichnung Psychoanalyse), Mitglied der International Association for Analytical Psychology (IAAP), Gründungsmitglied und Ausbilder der Salzburger Gesellschaft für Tiefenpsychologie – C.G. Jung-Institut, freie Praxistätigkeit in Salzburg und Bad Reichenhall (Bayern).

Hicklin, Alois, 1931, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeut (Foederatio Medicorum Helveticorum, FMH) in freier Praxis, Co-Direktor, Lehranalytiker und Dozent am Daseinsanalytischen Institut, Zürich.

Hilke, Iris, 1947, Psychoanalytikerin in freier Praxis, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in freier Praxis, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, Dozentin und Kontrollanalytikerin am Stuttgarter Psychoanalytischen Institut, Tübingen.

Hilkert, Fred G., MD., Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Gründungsmitglied des Institute of Contemporary Psychotherapy, Mitglied der Washington Psychoanalytic Society, gewählter Präsident der Washington Psychiatric Society, Washington.

Hinterbofer, Herwig, 1966, Ausbildungskandidat im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Wien.

Hirsch, Rolf Dieter, 1946, Prof., Dr. med., Dr. phil., Dipl.-Psych., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Neurologie und Psychiatrie (mit Zusatzbezeichnung Psychoanalyse), Hon.-Prof. für Psychogerontologie an der Universität Erlangen-Nürnberg, Chefarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychiatrisches Zentrum der Rheinischen Kliniken Bonn, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie.

Hochgerner, Markus, 1957, Psychotherapeut, Gesundheitspsychologe, Dipl.-Sozialpädagoge, Lehrtherapeut für Konzentrierte Bewegungstherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT) und Lehrbeauftragter für Integrative Gestalttherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) und am Fritz Perls-Institut (FPI), tätig an einer psychosomatischen Klinik und in freier Praxis, Wien.

Hofer-Moser, Otto, 1956, Dr. med., Praktischer Arzt, Psychotherapeut (Integrative Therapie, analytische Körperpsychotherapie, Bioenergetische Analyse), Mitarbeit am Hochschullehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum der Universität Klagenfurt.

- Hoffmann, Walter*, 1953, Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychoanalytiker, Leiter des Instituts für Institut für Angewandte Tiefenpsychologie (IFAT), Lehrbeauftragter des Propädeutikums der Erzdiözese Wien.
- Hofreiter, Michael*, 1951, Dr. med., Praktischer Arzt und Arzt für Psychotherapie und Psychosomatik (Diplom der Österreichischen Ärztekammer, ÖÄK), Psychotherapeut, psychotherapeutisch und psychosomatisch tätig in freier Praxis in Tulln und Wien, Mitbegründung und Beratungstätigkeit in der Psychosomatik-Beratungsstelle in Wien-Ottakring.
- Höll, Kathleen*, 1945, Mag. art., Politologin, Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis in Wien, Lehrtherapeutin für Integrative Gestalttherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Grundlagenforschung im Bereich Politik und Psychotherapie sowie Demokratietheorie.
- Holzbey-Kunz, Alice*, 1943, Dr. phil., Psychotherapeutin in freier Praxis, Präsidentin der Schweizer Gesellschaft für Daseinsanalyse, Zürich.
- Hutterer, Robert*, 1951, Dr. phil., Ao. Univ.-Prof., Professor am Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Wien, Personenzentrierter Psychotherapeut, Psychotherapieausbilder in der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP), Wien.
- Hutterer-Krisch, Renate*, 1955, Dr. phil., Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie, Individualpsychologie), Gesundheitspsychologin und Klinische Psychologin, Supervisorin, Univ.-Lektorin an den Universitäten Wien und Klagenfurt, Lehrbeauftragte am Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) in der Fachsektion Integrative Gestalttherapie, Analytikerin im Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP), langjährige Tätigkeit in Institutionen und in freier Praxis.
- Jabrsetz, Ingo*, 1943, Dr. phil., Psychotherapeut (Psychodrama, psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, Familientherapie), Certified Trainer for Holotropic Breathwork (Stanislav Grof), psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Freiburg (BRD), Ausbilder im Grof Transpersonal Training, Ehrenvorsitzender des Spiritual Emergence Network (S.E.N.) Deutschland.
- Jelem, Helmut*, 1952, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut, Oberarzt am Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe der Stadt Wien, Lehrtherapeut der Österreichischen Ärztekammer, NLP-Lehrtrainer am Österreichischen Trainingszentrum für Neurolinguistisches Programmieren (ÖTZNLP), Wien.
- Jorda, Christian*, 1955, Dr. phil., Psychologe, Psychotherapeut (Psychodrama), Lehrtherapeut für Psychodrama, Supervisor im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), tätig am Institut für Psychotherapie der Oberösterreichischen Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, Linz.
- Jork, Klaus*, 1938, Prof., Dr. med., Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der J.W. Goethe-Universität Frankfurt/M., Dozent im Wiesbadener Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF).
- Jošić, Zorica*, 1952, Klinische Psychologin, Ausbildung in Integrativer Therapie und Rêve éveillé in Paris, Therapie und Forschung mit kriegstraumatisierten Kindern, Jugendlichen, Familien, Erwachsenen und alten Menschen im ehemaligen Jugoslawien, Entwicklung Integrativer Methoden der Traumatherapie (zusammen mit Hilarion Petzold), Belgrad.
- Kanitschar, Hans*, 1954, Dr. phil., Psychotherapeut in freier Praxis, Klinischer Psychologe, Schulpsychologe, Lehrtherapeut für Katathym-Imaginative Psychotherapie und Hypnose sowie Ausbildungsleiter der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Lehrtrainer der Milton Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose und Kurztherapie Austria (MEGA), Wien.
- Kast, Verena*, 1943, Univ.-Prof., Dr. phil., Psychologin, freie Praxis in St. Gallen, Lehr- und Kontrollanalytikerin des C.G. Jung-Instituts Zürich, Professorin an der Universität Zürich, 1995–98 Präsidentin der International Association for Analytical Psychology (IAAP).

AutorInnen und KoordinatorInnen

- Kästl, Rainer*, 1949, Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe, Gestalttheoretischer Psychotherapeut in freier Praxis (Lustenau und Lindau), Supervisor, Lehrtherapeut in der Sektion Psychotherapie der GTA für Gestalttheoretische Psychotherapie (Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie, ÖAGP; Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie, DAGP).
- Katschnig, Hildegard*, 1942, Dr. med., Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), tätig an der Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie in Wien und am Institut für Systemische Intervention und Studien (ISIS), Lehrtherapeutin für Systemische Familientherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Wien.
- Kaufmann, Hans*, 1955, Dr. phil., Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis und Leiter des Windhorse-Arbeitskreises in Wien.
- Keil, Wolfgang Walter*, 1937, Mag. rer. soc. oec., Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Lehrtherapeut in der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG), Gruppentherapeut und Gruppendynamiktrainer im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Wien.
- Kick, Hermes Andreas*, 1944, Prof., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, apl. Prof. der Universität Heidelberg, Dozent des Wiesbadener Weiterbildungskreises für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF).
- Kienzle, Nobert*, 1955, Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut und Supervisor (Verhaltenstherapie), tätig an der Heckscher-Klinik München (Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Abteilung Rottmannshöhe, Berg / Starnberger See, Oberbayern), Lehrtherapeut der Bayerischen Akademie für Psychotherapie, München.
- Kierein, Michael*, 1960, Dr. iur., Jurist, Leiter in der für die Vollziehung des Psychotherapiegesetzes zuständigen Abteilung im Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Wien), Lehrtätigkeit im Rahmen propädeutischer Ausbildungseinrichtungen.
- Klammer, Gerda*, 1955, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Lehrtherapeutin und Ausbildungsleiterin in der ÖAS (Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien), hauptberuflich psychologische, therapeutische und fortbildende Tätigkeit im Amt für Jugend und Familie, Wien.
- Klar, Sabine*, 1959, Dr. phil., Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Lehrtherapeutin und Ausbildungsleiterin der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Systemische Studien (ÖAS), Zoologin / Verhaltensforscherin, Lehramt für Religionspädagogik, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis und am Institut für Ehe- und Familientherapie, Ausbildungs- und Supervisionstätigkeit, Wien.
- Kleber, Rolf J.*, 1950, Ph.D., Associate Professor für Psychologie an der Universität Utrecht und Leiter der Forschungsabteilung des Instituts für Psychotraumata (Niederlande), Professor für Psychotraumatologie an der Universität Tilburg, tätig als Berater im Bereich Traumabehandlung (z. B. im „Mental Health Program“ von „Medicins Sans Frontières“, MSF, in Bosnien-Herzegowina).
- Kleibel-Arbeitbuber, Juliane*, 1954, Dipl.-Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) und Supervisorin in freier Praxis in Salzburg, Lehrtherapeutin und Ausbildungsleiterin im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) und im Institut für Familientherapie und Systemberatung (IFS), Linz.
- Kochenstein, Paul*, 1951, Dipl.-Psych., Dr. phil., Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Autor, in freier Praxis mit Schwerpunkt Sexualtherapie in München tätig, Lehrbeauftragter an der Universität Regensburg.
- Kottje-Birnbacher, Leonore*, 1948, Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychotherapeutin in freier Praxis, Dozentin für Katathym-Imaginative Psychotherapie an der Arbeitsgemeinschaft Katathymes Bilderleben (AGKB), Düsseldorf.

- Kraft, Hartmut*, 1949, Dr. med., Nervenarzt, Psychotherapeut, Psychoanalytiker (DGPT, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie) in eigener Praxis, Köln.
- Krause, Carola*, 1960, Dipl.-Päd., Klientenzentrierte Psychotherapeutin (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, GwG), Focusing-Ausbildnerin (Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie, DAF), psychotherapeutische Praxis in Hamburg.
- Kriener, Harald*, 1971, Mag. rer. nat., Psychologe und Kognitionswissenschaftler, Verein Wiener Sozialprojekte, Wien.
- Kriz, Jürgen*, 1944, Dr. phil., Univ.-Prof., Professur für Klinische Psychologie im Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Osnabrück.
- Kropf, Ulrich*, 1947, Univ.-Prof., Dr. phil., Psychologe, Psychotherapeut (Individualpsychologie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie) und Supervisor (Team Shaping) in freier Praxis, lehrt am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien (Psychoimmunologie, psychogene Erkrankungen, Kommunikation und Teamentwicklung).
- Krückl, Helga*, 1951, Mag. phil., Psychotherapeutin und Psychologin, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Perg, Ausbilderin und Lehrtherapeutin des Österreichischen Arbeitskreises für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse (ÖATA) und der Arbeitsgemeinschaft Transaktionsanalyse (ARGE TA).
- Kubli, Claudia*, 1947, Dipl.-Psychomotorik-Therapeutin, Dozentin am Heilpädagogischen Seminar Zürich, Ausbildung in Integrativer Bewegungstherapie (Fritz Perls-Institut, FPI).
- Kunz, Martin*, 1947, Dr. phil., Fachpsychologe für Psychotherapie (Föderation der Schweizer Psychologen und Psychotherapeuten, FSP), psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis und in Rehabilitationsinstitutionen in Zürich, Lehrbeauftragter und Leiter freier Kunst- und Philosophie-kurse, Kunstschaffender und Musiker.
- Ladenbauer, Wolfgang*, 1948, Dr. med., Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeut und Lehrtherapeut (Autogenes Training, Hypnose, Katathym-Imaginative Psychotherapie, Psychodrama) in freier Praxis, Lehrtherapeut der Österreichischen Ärztekammer, Univ.-Lektor für Autogenes Training am Institut für Sportwissenschaften der Universität Wien, Wien.
- Laireiter, Anton-Rupert*, 1955, Univ.-Ass., Dr. phil., Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Klinischer und Gesundheitspsychologe, Supervisor, Universitätsassistent am Institut für Psychologie (Abteilung für Klinische Psychologie) der Universität Salzburg, Ausbilder und Lehrbeauftragter in Verhaltenstherapie (Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation AVM), psychotherapeutische Tätigkeit.
- Lang, Gerhard*, 1953, Dipl.-Ing., Psychotherapeut in freier Praxis, Supervisor (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, ÖBVP), Ausbildungen in Biodynamik und Core-Energetik, Mitbegründer des Arbeitskreises für Körperintegrative Analyse (AKA), Wien.
- Lang, Inge*, 1941, Dr. phil., Psychotherapeutin, Dozentin für Katathym-Imaginative Psychotherapie der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Lehranalytikerin des Salzburger Arbeitskreises für Psychoanalyse (SAP), Salzburg.
- Lang, Otto*, 1927, Prof., Dr. phil., Psychologe, Psychotherapeut in freier Praxis, Dozent für Autogenes Training und Katathym-Imaginative Psychotherapie der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), der Arbeitsgemeinschaft Katathymes Bilderleben (AGKB) und der Slowakischen Gesellschaft für Katathym-Imaginative Psychotherapie, Salzburg.
- Längle, Alfred*, 1951, Dr. med., Dr. phil., Arzt für Allgemeinmedizin, Klinischer Psychologe, Psychotherapeut in eigener Praxis (Existenzanalyse und Logotherapie), Univ.-Lektor an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck, Lehrausbildner und Vorsitzender der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE), Wien.

AutorInnen und KoordinatorInnen

- Längle Silvia*, 1951, Dr. phil., Psychotherapeutin in freier Praxis (Existenzanalyse und Logotherapie), Vorstandsmitglied und Lehrausbildnerin der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE), Wien.
- Laubach, Dominik*, 1947, Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut, Supervisor (Berufsverband deutscher Psychologen, BDP), Verhaltenstherapeut (Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie, DGVT), Bioenergetischer Analytiker, Lehrtherapeut (Münchener Gesellschaft für Bioenergetische Analyse, MGBA), als Psychotherapeut in eigener Praxis in Wiesbaden tätig.
- Lehmkuhl, Gerd*, 1948, Univ.-Prof., Dr. med., Dipl.-Psych., Psychoanalytiker und Lehranalytiker der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Köln.
- Lehmkuhl, Ulrike*, 1949, Univ.-Prof., Dr. med., Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin und Lehranalytikerin der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité, Campus Virchow-Klinikum an der Humboldt-Universität Berlin.
- Leitner, Anton*, 1951, Dr. med., Arzt für Allgemeinmedizin in St. Pölten (Niederösterreich), Psychotherapeut und Supervisor, ÖÄK-Diplome für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin, Lehrbeauftragter am Fritz Perls-Institut (FPI) und im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Lehrtherapeut in der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK).
- Lemche, Erwin*, 1962, Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut. Projektleiter und Lehrbeauftragter für Entwicklungspsychologie an der Freien Universität Berlin, Fellow des ständigen Forschungskomitees der International Psychoanalytical Association (IPA), University College London, Berlin.
- Lenz, Gerbard*, 1945, Univ.-Prof., OA, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Oberarzt an der Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung der Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien, Lehrtherapeut der Österreichischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT).
- Lesch, Otto-Michel*, 1945, Univ.-Prof., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut, tätig an der Univ.-Klinik für Psychiatrie in Wien, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie, Director of the Board of the European Society of Biological Research on Alcoholism, Wien.
- Lichtenberg, Joseph D., M.D.*, Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Herausgeber des Psychoanalytic Inquiry und der Psychoanalytic Inquiry Book Series, Professor für Klinische Psychiatrie, Georgetown University, Direktor des Institute of Contemporary Psychotherapy, Präsident des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, Bethesda, Maryland.
- Lieberz, Klaus*, 1946, Univ.-Prof., Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapeut (Psychoanalyse), O. Univ.-Prof. für psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Psychosomatischen Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim, Fakultät für Klinische Medizin der Universität Heidelberg, Dozent, Lehranalytiker, Vorsitzender und Weiterbildungsbefehlshaber des Berliner Instituts für Psychotherapie und Psychoanalyse e.V.
- Lier, Doris*, 1948, Lic. phil., Historikerin, Psychotherapeutin (Analytische Psychologie), Mitglied der International Association for Analytical Psychology (IAAP) und des Schweizer Psychologen-Verbands (SPV), Lehranalytikerin und Dozentin des C.G. Jung-Instituts Zürich, freie Praxis in Zürich, Supervisionstätigkeit an verschiedenen Institutionen.
- Lietaer, Germain*, 1939, Prof. Dr. psych., Klientenzentrierter Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Professor an der Katholischen Universität in Leuven, Abteilung Psychotherapie und Tiefenpsychologie, Ausbildung und Forschung in der Klientenzentrierten und experientiellen Psychotherapie, Leuven (Belgien).

- Lindner, Margarete Maria*, 1947, Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin in freier Praxis, Lehranalytikerin im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Wien.
- Linemayr, Günther*, 1951, Prim., Dr. med., Facharzt für Innere Medizin (Onkologie), Psychotherapeut, Supervisor, Leiter des Ganzheitsmedizinischen Brustkrebszentrums Döbling (Wien), Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie.
- Lippmann, Frank O.*, 1954, Dr. med., Facharzt für Innere Medizin – Psychotherapeutische Medizin, Focusing-Ausbildner (Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie, DAF), psychotherapeutische Praxis in Hamburg.
- Lischke, Ursula*, 1949, Dr. phil., Psychologin, Psychotherapeutin, Sozialwissenschaftlerin, Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Bewegungsanalyse, Wien.
- Lleras, Fernando*, 1944, Dr. phil., Psychotherapeut (Existenzanalyse) in eigener Praxis, Forschungstätigkeit auf dem Gebiete der Frühstörungen, Heidelberg.
- Loebenstein, Andrea*, 1957, Dr. phil., Germanistin, Psychotherapeutin in freier Praxis (Katathym-Imaginative Psychotherapie), Wien.
- Loewit, Kurt*, 1934, Univ.-Prof., Dr. med., Sexualmediziner und Lehrtherapeut der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) für Sexualtherapie und Balint-Arbeit, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck, Präsident der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin (Heidelberg), 2. Vorsitzender der Akademie für Sexualmedizin (Kiel).
- Loomans, Pieter*, 1954, DSA, Dipl.-Psych., Psychotherapeut (Initiatische Leibtherapie), seit 1992 Leiter des eigenständigen Rütte-Förums als Seminar- und Ausbildungszentrum in Todtmoos-Rütte (BRD), 1. Vorsitzender des Spiritual Emergence Network (S.E.N.) Deutschland.
- Löwen-Seifert, Sigrid*, 1933, Psychotherapeutin (Analytische Psychologie) in freier Praxis (Kinder und Jugendliche), Mitglied der International Association for Analytical Psychology (IAAP), Gründungsmitglied der International Society for Sandplay Therapy (ISST) und der Deutschen Gesellschaft für Sandspieltherapie (DGST), Dozentin und Kontrollanalytikerin am C.G. Jung-Institut Stuttgart.
- Luif, Ingeborg*, 1950, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie, Dynamische Gruppenpsychotherapie) und Supervisorin in eigener Praxis, Lehrtätigkeit im Rahmen des Weiterbildungscurriculums Supervision des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Wien.
- Lustig, Brigitte*, 1948, Dr. phil., Volksschullehrerin, Gestalttheoretische Psychotherapeutin, Psychagogin, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Wien, Lehrbeauftragte für Gestalttheoretische Psychotherapie in der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP).
- Maaser, Rudolf*, 1947, Dipl.-Psych., Dr. phil., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut, Leiter für Interne Schulung und Therapiecontrolling an der Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt.
- Maaz, Hans-Joachim*, 1943, Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin/Psychoanalyse, Chefarzt der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik im Diakoniewerk Halle, 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie e.V. (DGAPT) und Leiter der Sektion „Analytische Körperpsychotherapie“ der DGAPT sowie Vorsitzender des Mitteldeutschen Institutes für Psychoanalyse Halle e.V.
- Macke-Bruck, Brigitte*, 1960, Dr. med., Psychotherapeutin (Personenzentrierte Psychotherapie) und Supervisorin in freier Praxis in Wien.
- Majce-Egger, Maria*, 1950, Psychotherapeutin (Dynamische Gruppenpsychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie), Klinische Psychologin, Gruppentrainerin und Supervisorin in freier Praxis in Wien, Lehrtherapeutin für Bioenergetische Analyse in der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für körperorientierte Psychotherapie – Bioenergetische Analyse (DÖK/ÖK), Lehrtherapeutin für Dynamische Gruppenpsychotherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG).

AutorInnen und KoordinatorInnen

- Märtens, Michael*, 1955, Univ.-Prof., Dr. phil., Dipl.-Psych., Studium der Vergleichenden Literaturwissenschaft, Kunsterziehung, Philosophie und Psychologie, Klinischer Psychologe (BDP, Berufsverband deutscher Psychologen), Supervisor (BDP, DGsv – Deutsche Gesellschaft für Supervision), Prof. für Psychologie an der FHSA Dresden, Psychotherapieforscher (FEAG, Forschungsinstitut der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit) und in Kooperation mit der FU Amsterdam.
- Martin, Marianne*, 1949, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Hypnose, Autogenes Training), Wien.
- Maurer, Jürgen*, 1951, Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, langjährige Mitarbeit in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, freie Praxis, Weiterbildner in Beziehungsanalyse, Supervisor, Bonn.
- Mayr, Stella*, 1924, Prof., analytisch orientierte Psychotherapeutin, Musik- und Lehr-Musiktherapeutin, Mitarbeiterin des Lesley College for Expressive Therapy, Lehr-Kunsttherapeutin für Multimediale Kunsttherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppendynamik und Gruppentherapie (ÖAGG), Kunsttherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Wien.
- Mayr, Thomas*, 1958, Psychotherapeut (psychoanalytisch orientierte Psychotherapie), Kunsttherapeut und Supervisor in freier Praxis, Lehr-Kunsttherapeut für Multimediale Kunsttherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppendynamik und Gruppentherapie, Tanzpädagog (moderner Ausdruckstanz, Konservatorium Wien), Bewegungsanalytiker/Tanztherapeut, Ausbildner für Bewegungsanalyse, Wien.
- Meißel, Theodor*, 1952, Prim., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut, Primarius der 1. Psychiatrischen Abteilung der Niederösterreichischen Landes-Nervenklinik Gugging.
- Mende, Matthias*, 1958, Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Hypnose, Verhaltenstherapie), Lehrtherapeut für Hypnose in der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Vizepräsident der European Society of Hypnosis (ESH), Univ.-Lektor für Hypnose am Institut für Psychologie der Universität Salzburg.
- Mentzos, Stavros*, 1930, Univ.-Prof., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse, 1971–95 Professor und Leiter der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum der Universität Frankfurt/M., seit 1995 Praxis und Forschung im Rahmen des FPP (Frankfurter Psychose-Projekt) e.V.
- Merholz, Jörg K.*, 1947, Dr. med., Arzt für Orthopädie, Psychotherapie und Physikalische Therapie, Chefarzt der Abteilung Orthopädie II der Rheumaklinik Bad Pyrmont, Ausbildung in Integrativer Therapie und Lehrbeauftragter am Fritz Perls-Institut (FPI).
- Meszaros, Kurt*, 1960, Univ.-Doz., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) in freier Praxis, Diplom für Psychotherapeutische Medizin der ÖÄK (Österreichische Ärztekammer), Weiterbildung in Klinischer Hypnose und Kurztherapie nach Milton Erickson bei der Milton Erickson Gesellschaft Austria (MEGA), Lehrbeauftragter an der Univ.-Klinik für Psychiatrie (Wien), tätig im „Grünen Kreis“ (Verein zur Rehabilitation und Integration ehemals Suchtkranker) und in der Justizanstalt Wien-Josefstadt, Ausbildungsleiter für Gruppenselbsterfahrung in der ÖGVT (Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie), Supervisor im Rahmen des Diplomlehrgangs für Psychotherapeutische Medizin der ÖÄK, Wien.
- Metzmacher, Bruno*, 1953, Dipl.-Päd., langjährige Arbeit in Kinder- und Jugendpsychiatrie und in freier Praxis, Ausbildung in Gestalttherapie und Integrativer Therapie, Fachbereichsleiter für Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Lehrtherapeut an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAP) und am Fritz Perls-Institut (FPI).
- Miksch, Gerbard*, 1963, Dr. med., Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Psychiatrie in Ausbildung an der Niederösterreichischen Landes-Nervenklinik Gugging, Psychotherapeut (Personenzentrierte Psychotherapie).

- Milch, Wolfgang*, 1950, OA, Dr. med., Psychotherapeut, Psychoanalytiker (DPV) in freier Praxis, Privatdozent, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, leitender Oberarzt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität in Gießen.
- Minett, Gunnel*, 1947, B.A., Psychologin in Cambridge (U.K.), Trainerin für Integrative Atemarbeit, Generalsekretärin der International Breathwork Foundation.
- Morschitzky, Hans*, 1952, Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie, Systemische Familientherapie), tätig an der Oberösterreichischen Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg in Linz sowie in freier Praxis (mit Behandlungsschwerpunkt Angststörungen).
- Moser, Christian*, 1948, OA, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Klientenzentrierte Psychotherapie, Systemische Familientherapie), Leitender Oberarzt einer allgemein-psychiatrischen Aufnahmestation des Primariats B am Psychiatrischen Krankenhaus des Landes Tirol (Hall).
- Mubr, Peter*, 1960, Dr. phil., Philosoph, Univ.-Lektor am Institut für Philosophie der Universität Wien.
- Müller, Lotti*, 1957, Lic. phil., Psychologin, Musiktherapeutin, mit Spezialisierung auf „Psychotherapie in der Lebensspanne“ (Kinder- und Gerontotherapie), tätig in St. Gallen, Stiftung EAG (Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit).
- Munk, Hermann*, 1944, Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Ausbildung in Primärtherapie am Feeling Training Center (Los Angeles), Fortbildung am International Primal Center in Los Angeles (bei A. Janov), Ausbildungstätigkeit in Primärtherapie, Leiter eines Instituts für Primärtherapie (Center Chiemgau).
- Nagler, Norbert*, 1948, Mag. phil., Dr. phil., Lehramtsstudium der Germanistik, Philosophie, Pädagogik und Musik (Klavier), Doktoratsstudium der Politologie, Vertragsassistent für Musikwissenschaft an der Universität Salzburg, Psychoanalytiker, Fortbildung in Gruppenanalyse, Bioenergetischer Analyse und Bewegungstherapie.
- Neidhardt, Hans*, 1951, Dipl.-Psych., Psychotherapeut und Klinischer Psychologe, Focusing-Ausbildner (Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie, DAF), psychotherapeutische Praxis in Hirschberg bei Heidelberg.
- Nemeskeri, Nora*, 1955, Dr. phil., Psychotherapeutin (Personenzentrierte Psychotherapie), Klinische Psychologin und Supervisorin, Ausbilderin in der Sektion Forum der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG), wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Psychosomatischen Frauenambulanz der Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Wien.
- Nitsch, Barnim*, 1942, Dr. med., Psychotherapeut (Analytische Psychologie), Mitglied der International Association for Analytical Psychology (IAAP), Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (mit Zusatzbezeichnung Psychoanalyse), psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in München, Dozent und Lehranalytiker am C.G. Jung-Institut München e.V. und bei der Salzburger Gesellschaft für Tiefenpsychologie – C.G. Jung-Institut.
- Oberegelsbacher, Dorothea*, 1959, Dr. phil., Musiktherapeutin, Psychologin, Psychotherapeutin (Individualpsychologie) in freier Praxis, Univ.-Lektorin für Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst in Wien, Arbeitsschwerpunkt musiktherapeutische Theoriebildung (u. a. in der European Association for Psychotherapy, EAP), Gründungs- und Vorstandsmitglied des Wiener Instituts für Musiktherapie (WIM), Wien.
- Ochsmann, Randolph*, 1949, Univ.-Prof., Dr. phil., Univ.-Prof. am Psychologischen Institut der Universität Mainz (Forschungsgebiet: Thanato-Psychologie), Ausbildung zum Logotherapeuten und Existenzanalytiker, tätig in der Weiterbildung.
- Orange, Donna M.*, 1944, Ph.D., Psy.D., Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin in freier Praxis, New York und New Jersey, Mitglied im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Supervisorin am Institute for the Psychoanalytic Study of Subjectivity, New York.

AutorInnen und KoordinatorInnen

Ornstein, Anna, 1927, M.D., emeritierte Professorin für Kinderpsychiatrie, Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin in freier Praxis, Lehranalytikerin und Supervisorin am Cincinnati Psychoanalytic Institute, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, Co-Direktorin des International Center for the Study of Psychoanalytic Self Psychology; Department of Psychiatry, University of Cincinnati, Ohio.

Ornstein, Paul H., 1924, M.D., emeritierter Professor für Psychiatrie, emeritierter Professor für Psychoanalyse, Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Lehranalytiker und Supervisor am Cincinnati Psychoanalytic Institute, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, Co-Direktor des International Center for the Study of Psychoanalytic Self Psychology, Department of Psychiatry, University of Cincinnati, Ohio.

Orth, Ilse, 1936, Dipl.-Supervisorin, FU Amsterdam, Studium der Germanistik, Philosophie, Psychologie und Supervision, langjährige Arbeit mit Meditation, Atem, Bewegung und kreativen Medien, Ausbildung in Gestalttherapie, Integrativer Therapie, Körpertherapie, Lehrtherapeutin, Fachbereichsleiterin „Therapie mit Kreativen Medien“ an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit/Fritz Perls-Institut (FPI/EAG), Lehrsupervisorin DGsv (Deutsche Gesellschaft für Supervision).

Osten, Peter, 1958, Psychotherapeut (Integrative Therapie, Psychoanalyse), Lehrtherapeut an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), tätig an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München und in eigener Praxis (Gestaltanalyse, Kreative Therapie, Paarberatung, Supervision), Lehrbeauftragter am Fritz Perls-Institut in Düsseldorf (FPI), München.

Ottobre, Miranda, 1947, Dr. phil., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin am ICSAT (Italienisches Komitee zum Studium des Autogenen Trainings), Lehrtherapeutin der AIRDA (Interdisziplinäre Vereinigung zur Erforschung und Lehre der Autogenität), Treviso (Italien).

Ottomeyer, Klaus, 1949, Univ.-Prof., Dipl.-Psych., Mag. rer. pol., Dr. rer. pol., Psychologe, Psychotherapeut (Psychodrama), O. Univ.-Prof. für Sozialpsychologie am Institut für Psychologie der Universität Klagenfurt.

Papoušek, Hanus, 1922, Dr. med., Dr. rer. nat., em. Univ.-Prof. für Entwicklungspsychobiologie, Kinderarzt, wissenschaftlich tätig am Forschungsinstitut für Mutter-Kind-Fürsorge (Prag), an der Harvard University (USA), am Max-Planck-Institut für Psychiatrie (München), am National Institute for Health (NIH; USA) sowie an der Freien Universität Amsterdam.

Parfj, Erwin, 1964, Dr. phil., Mag. phil., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) in freier Praxis in Wien, tätig an der Justizanstalt Göllersdorf (Behandlung geistig abnormer Rechtsbrecher).

Pawlowsky, Gerbard M., 1943, Dr. phil., Personenzentrierter Psychotherapeut und Psychoanalytiker in freier Praxis, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Mitgründer und Lehrtherapeut der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie und Gesprächsführung (1979–94), seit 1994 der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie, Lehranalytiker im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Wien.

Pechtl, Waldefried, 1944, Dr. phil., Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Lehranalytiker, Trainer und Supervisor für Bioenergetische Analyse und Dynamische Gruppenpsychotherapie (International Institute for Bioenergetic Analysis, IIBA; Deutsche Gesellschaft und Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse, DÖK/ÖK; Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, ÖAGG), Organisationsberatung, Annenheim (Kärnten, Österreich).

Peseschkian, Nossrat, 1933, Doz., Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Leiter des Wiesbadener Weiterbildungskreises für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF) und Begründer der Positiven Psychotherapie.

Petermann, Franz, 1953, Univ.-Prof., Dr. phil., Dipl.-Psych., O. Univ.-Prof. für Klinische Psychologie an der Universität Bremen, Direktor des Zentrums für Rehabilitationsforschung der Universität Bremen.

- Petzold, Hilarion G.*, 1944, Univ.-Prof., Dr. phil. (Paris 1971 – Psychologie/Philosophie), Dr. phil. (Frankfurt/M., 1979 – Heilpädagogik/Erziehungswissenschaften), Dr. iur. can. (Paris 1968 – Kirchenrecht), Lehrstuhlinhaber für Psychologie und Klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik sowie Leiter der postgradualen Studiengänge für Integrative Therapie sowie Supervision/ Organisationsentwicklung an der Freien Universität Amsterdam, Wissenschaftlicher Leiter der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG) in Hückeswagen (BRD), Begründer der „Integrativen Therapie“ und der „Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie“.
- Pfeiffer, Wolfgang M.*, 1919, Dr. med., Psychiater, pens. Prof. der Universität Münster, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Ehrenpräsident der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Erlangen.
- Picker, Richard*, 1933, Dr. theol., Psychotherapeut (Dynamische Gruppenpsychotherapie, Psychoanalyse, Gestalttherapie), Lehrtherapeut am Institut für Integrative Gestalttherapie Wien und Würzburg, freie Praxis in Wien.
- Pieper, Barbara*, 1945, Dr. rer. pol., Sozialwissenschaftlerin, langjährige Tätigkeit an der Universität München in Lehre, Wissenschaftsverwaltung und Forschung, Feldenkrais-Lehrerin in freier Praxis in München.
- Pieringer, Walter*, 1942, O. Univ.-Prof., Dr. med., Psychotherapeut (Dynamische Gruppenpsychotherapie, Gruppenpsychoanalyse, Individualpsychologie), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Vorstand der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Karl-Franzens-Universität Graz, Lehranalytiker im Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP).
- Pitzal, Werner*, 1959, Psychotherapeut, Lehrtherapeut und Supervisor für körperorientierte Psychotherapie, Certified Postural Integrator, Certified Radix Körperpsychotherapeut, Gründer des Wiener Instituts für Körperorientierte Psychotherapie, Wien.
- Pöldinger, Walter*, 1929, em. Univ.-Prof., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, emeritierter Vorstand der Psychiatrischen Univ.-Klinik Basel.
- Pritz, Alfred*, 1952, Dr. phil., Prof. h.c., Psychotherapeut (u. a. Psychoanalyse, Gruppenpsychoanalyse, Dynamische Gruppenpsychotherapie), Klinischer und Gesundheitspsychologe, Honorarprofessor für Psychotherapie an der Medizinischen Universität Lemberg, Gastprofessor an der University of the North (Pietersburg, Südafrika), Präsident des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) und des Weltverbandes für Psychotherapie (WCP), Wien.
- Rabel, Gertrude Paula*, 1958, Mag. phil., Ethnologin, Psychotherapeutin (Psychodrama) in freier Praxis, Psychodrama-Leiterin im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Club D & A (Gesellschaft zur Förderung von Selbsthilfe bei Depression und Angststörungen), Wien.
- Ranty, Yves*, 1939, Dr. med., Neuropsychiater, Psychotherapeut, Präsident der französischen Vereinigung für psychotherapeutische Entspannung, Limoges (Frankreich).
- Rath, Angelika*, 1949, Psychotherapeutin, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Linz, Mitglied des Lehrkollegiums des Österreichischen Arbeitskreises für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse (ÖATA).
- Rath, Ingo*, 1941, Prof., Mag. rer. nat., Dr. rer. nat., Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Professor für Didaktik der Mathematik in Salzburg, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Linz, Lehrtherapeut und Ausbilder des Österreichischen Arbeitskreises für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse (ÖATA).
- Rauscher-Gföhler, Billie*, 1956, Dipl.-Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Lehrtherapeutin für Systemische Familientherapie, Lehrtrainerin für Systemische Supervision, Stellvertretende Vorsitzende des Ethikausschusses im österreichischen Psychotherapiebeirat, Wien.

AutorInnen und KoordinatorInnen

- Raviola, Christina*, 1960, Mag. phil., Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und Supervisorin in freier Praxis, Vorstand des Instituts für Klinische Sexualpsychologie und Verhaltenstherapie, Leiterin der Beratungsstelle für funktionelle Sexualstörungen und Partnerschaftskonflikte, Wien.
- Reck, Johann Georg*, 1938, Dr. med., Facharzt für Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeut (Psychoanalyse, Daseinsanalyse) und Lehranalytiker in eigener Praxis, leitender Arzt im Kinderpsychiatrischen Dienst Thurgau, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Daseinsanalyse, Konstanz.
- Reinelt, Toni*, 1942, Dr. phil., Ao. Univ.-Prof., Mitbegründer und Lehrtherapeut der Österreichischen ARGE für Funktionelle Entspannung (Ö.A.F.E.), Lehranalytiker (Individualpsychologie), Klinischer und Gesundheitspsychologe, Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien.
- Renn, Klaus*, 1953, Dipl.-Sozialpädagoge und Psychotherapeut, Leiter des Deutschen Ausbildungsinstituts für Focusing und Focusing-Therapie (DAF), Focusing-Koordinator des Internationalen Focusing Institute New York, psychotherapeutische Praxis in Würzburg.
- Revenstorf, Dirk*, 1939, Prof., Dipl.-Psych., Dr. rer. soc., Professor für Klinische Psychologie an der Universität Tübingen, Gastprofessur an der Universidad de las Americas (Puebla, Mexiko), Ausbildungen in Hypnotherapie, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie und Körpertherapie, Vorstandsmitglied der Milton Erickson-Gesellschaft (M.E.G.), Tübingen.
- Reznicek, Eva*, 1961, Dr. phil., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (Systemische Psychotherapie) in eigener Praxis, psychologische Beratung und wissenschaftliche Tätigkeit im Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien, Wien.
- Rick, Cary*, 1941, Bewegungsanalytiker, Leiter des Instituts für Bewegungsanalyse (IBA) in Gontenschwil (Schweiz), Ausbildungsleiter, Ausbilder und Supervisor für Bewegungsanalytische Therapie, Ausbildung und Grundlagenforschung, Lugano.
- Riebensabm, Hans*, 1936, Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut in eigener Praxis in Göttingen, Univ.-Lektor an der Universität Göttingen, Ausbilder, Supervisor, Mitglied im Akademie-Ausschuß der Milton Erickson-Gesellschaft für Klinische Hypnose e.V. München.
- Rieger, Hannab*, 1957, Mag. rer. soc. oec., Ökonomin, Gruppendynamik-Trainerin und Supervisorin im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Prokuristin einer Spezialbank für Unternehmensfinanzierungen, Management-Trainerin und Coach, Wien.
- Ringler, Marianne*, 1946, tit. Ao. Univ.-Prof., Dr. phil., Psychotherapeutin (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie), Klinische Psychologin, Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie in Wien, Forschungsschwerpunkte: Psychosomatik und somato-psychische Reaktionen, Psychotherapie im Krankenhaus.
- Röder, Ulrike*, 1958, Dipl.-Pädagogin, Focusing-Ausbildnerin (Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie, DAF), psychotherapeutische Praxis in Hamburg.
- Roschger-Stadlmayr, Brigitte*, 1950, Mag. phil., Philologin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) in freier Praxis in Salzburg, Supervisorin, Mediatorin, Lehrtherapeutin und Ausbildungsleiterin im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) und am Institut für Familientherapie und Systemberatung (IFS), Linz.
- Rosenthal, Roger*, M.A. (Anthropology from The New School For Social Research), M.S.W. (Social Work, New York University), Psychoanalytiker (National Institute for the Psychotherapies).
- Rüedi, Jürg*, 1952, Dr. phil., Psychotherapeut und Lehranalytiker der Schweizerischen Gesellschaft für Individualpsychologie, Dozent für Erziehungswissenschaften am Kantonalen Seminar Basel-land (Schweiz).
- Rubs, August*, 1946, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Ass.-Prof. an der Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie (Wien), Lehranalytiker im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (WAP), Mitbegründer der „Neuen Wiener Gruppe/Lacan-Schule“, Wien.

- Sachse, Rainer*, 1948, Dipl.-Psych., Dr. phil., Univ.-Prof., Psychotherapeut, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ruhr-Universität Bochum, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Bochum.
- Salem, Elisabeth*, 1947, Dr. phil., Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie), Supervisorin, Soziologin, freiberuflich tätig in Wien.
- Saltiel, Aron*, 1949, Mag. phil., Übersetzer, Psychotherapeut (Psychosynthese, Systemische Familientherapie, NLP), psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Graz, Erwachsenenbildner, Leiter des Österreichischen Instituts für Psychosynthese (Graz), Lehrer für Breema-Körperarbeit.
- Sammer, Ulrike*, 1944, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin in eigener Praxis (Verhaltenstherapie, Katathym-Imaginative Psychotherapie), Lehrtherapeutin für Katathym-Imaginative Psychotherapie, Supervisorin, Wien.
- Sandner, Dieter*, 1945, Univ.-Doz., Dr. phil., Dipl.-Psych., M.A. (Soziologie), Psychotherapeut (Psychoanalyse, Gruppenpsychoanalyse) in freier Praxis, habilitiert für „Psychologie mit besonderer Berücksichtigung der Psychoanalyse“ an der Universität Klagenfurt, Univ.-Lektor für Gruppenpsychoanalyse, analytische Gruppenselbsterfahrung und psychoanalytische Kulturpsychologie an den Universitäten Innsbruck und Klagenfurt, Weiterbildungsleiter der Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse, Gruppenpsychotherapie und Gruppenarbeit, München.
- Sasaki, Yuji*, 1936, M.D., Ph.D., Arzt, Psychologe, Professor am Institute of Psychology, Komazawa-University Tokyo, Präsident des ICAT (International Committee for the Coordination of Clinical Application and Teaching of Autogenic Training) und der japanischen Gesellschaft für Autogene Psychotherapie, Tokyo.
- Scheffler, Sabine*, 1943, Prof., Dr. phil., Dipl.-Psych., Professorin am Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule Köln, Betreuung des Studienschwerpunktes Frauen, Psychotherapeutin (Klientenzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, Psychoanalyse), Supervisorin (Deutsche Gesellschaft für Supervision, DGSv).
- Schenk, Susanna*, 1958, Mag. phil., Psychotherapeutin (Dynamische Gruppenpsychotherapie), Gesundheitspsychologin, Gruppentrainerin und Supervisorin in freier Praxis in Wien, Lehrtherapeutin für Bioenergetische Analyse in der DÖK/ÖK, Lehrtherapeutin für Dynamische Gruppenpsychotherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG).
- Scherl, Margot*, 1952, Dipl.-Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin, Supervisorin (Österreichischer Verein für Supervision, ÖVS), Feministische Therapie, Mitarbeiterin der Wiener Frauenberatungsstelle, freiberuflich tätig in Aus- und Weiterbildung, Mitarbeit bei THUJA – Verein für frauenspezifische Sozial- und Psychotherapie.
- Schigutt, Anneliese*, 1932, Dr. iur., Psychotherapeutin (Psychodrama, Systemische Familientherapie) in freier Praxis, Lehrtherapeutin für Psychodrama und Systemische Familientherapie sowie Lehr-Supervisorin im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Wien.
- Schindler, Raoul*, 1923, Dr. med., Univ.-Doz. für Psychotherapie und Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien, Psychoanalytiker, Gruppentherapeut, Begründer der Bifokalen Familientherapie, der Rangdynamik sowie der Theorie der schizophrenen Persönlichkeitsabwandlung, Vorbereiter der österreichischen Psychiatrie-Reform, Gründer des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Lehrtherapeut für Dynamische Gruppenpsychotherapie sowie Gruppenanalyse im ÖAGG, Lehranalytiker im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (WAP), Gruppendynamik-Trainer, Supervisor im ÖAGG und im Österreichischen Verein für Supervision (ÖVS), in freier Praxis tätig in Wien.
- Schlömer-Doll, Ute*, 1957, Dipl.-Psych., Dr. phil., Psychotherapeutin (Integrative Therapie), Leiterin der Abteilung für Psychoonkologie (SULO-Stiftung) im Klinikum Kreis Herford.
- Schmelzer, Dieter*, 1952, Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Lehrtherapeut, Dozent und Supervisor für Verhaltenstherapie, in eigener Praxis tätig in Nürnberg.

AutorInnen und KoordinatorInnen

Schmid, Peter F., 1950, Mag. theol., Dr. theol., Univ.-Doz. in Graz, Hochschulprofessor in St. Gabriel/Mödling, Personenzentrierter Psychotherapeut und Supervisor, Praktischer Theologe und Pastoralpsychologe, Mit-Gründer der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG) und der Person-Centered Association (PCA), Psychotherapieausbilder an der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personenzentrierte Studien (IPS) der APG, Wien.

Schmidt, Evelyn, 1953, Diplom-Pädagogin, Ausbildung in Gesprächstherapie, Weiterbildung in Atemtherapie, Lehrbeauftragte im Deutschen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT), tätig als Psychotherapeutin der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik Bad Honnef und in freier Praxis.

Schmitz, Hermann, 1928, Univ.-Prof., Dr. phil., em. O. Univ.-Prof. an der Universität Kiel (Institut für Philosophie), Begründer der Neuen Phänomenologie, 30 Buchveröffentlichungen phänomenologischen und philosophiegeschichtlichen Inhalts.

Schneider, Irene, Dr., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Leiterin des Bereiches Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der oberösterreichischen Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, Linz.

Schneiderbauer, Eleonore, 1948, Dr. phil., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin in freier Praxis, Mitglied des Wiener Kreises für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Wien.

Schneider-Sommer, Siegrid, 1945, Mag. art., Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Klientenzentrierte Psychotherapie, Hypnose), Kunsttherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Lehr-Kunsttherapeutin für Multimediale Kunsttherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppendynamik und Gruppentherapie (ÖAGG), NLP-Lehrtrainerin am Österreichischen Trainingszentrum für Neurolinguistisches Programmieren (ÖTZNLP), Wien.

Scholze, Margarete, 1941, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie) und Supervisorin in eigener Praxis, ehem. Direktorin und Lehrtherapeutin der Lehranstalt für Systemische Familientherapie der Erzdiözese Wien (LSF).

Schönauer-Cejpek, Martina, 1958, OA, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (Individualpsychologie, Klientenzentrierte Psychotherapie), Oberärztin an der Uniklinik für Psychiatrie Graz.

Schopf, Gerlinde, 1959, OA, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Oberärztin in der Psychiatrischen Klinik Waldau (Bern), Daseinsanalytikerin, Vorstandsmitglied des Österreichischen Daseinsanalytischen Instituts für Psychotherapie, Psychosomatik und Grundlagenforschung.

Schopper, Jobanna, 1958, Dr. iur., Juristin im Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien.

Schuch, Bibiana, 1947, Dr. phil., Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Klinische und Gesundheitspsychologin an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters Wien, Lehrtherapeutin der Österreichischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT).

Schuch, Hans Waldemar, 1947, Dr. päd., M.A., Psychotherapeut (Psychoanalyse, Integrative Therapie), Lehr- und Kontrollanalytiker, Mitglied des Prüfungsausschusses des Fritz Perls-Instituts (FPI), Lehrbeauftragter Fritz Perls-Institut/Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (FPI/EAG), Supervisor (Deutsche Gesellschaft für Supervision, DGsv), Lehrtherapeut der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), Lehrbeauftragter für Einzeltherapie der Ärztekammer Niederösterreich.

Schütz, Peter, 1952, Mag. rer. soc. oec., Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Dynamische Gruppenpsychotherapie), Lehrtherapeut, Supervisor und Trainer im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Unternehmensberater, Univ.-Lektor am Institut für Soziologie der Universität Wien, ausbildungsberechtigter Lebens- und Sozialberater, NLP-Lehrtrainer am Österreichischen Trainingszentrum für Neurolinguistisches Programmieren (ÖTZNLP), Wien.

Schwarze, Renate, 1940, Krankengymnastin, Prüferin und Lehrbeauftragte im Deutschen Arbeitskreis für Konzentrativ Bewegungstherapie (DAKBT), tätig in München.

Sedlak, Franz, 1947, Ministerialrat, Mag. theol., Dr. theol., Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Individualpsychologie, Autogenes Training, Katathym-Imaginative Psychotherapie, Existenzanalyse und Logotherapie), Supervisor, Univ.-Lektor am Institut für Psychologie der Universität Wien, Leiter der Schulpsychologie – Bildungsberatung im Bundesministerium für Unterricht und Kunst, Ausbilder und Lehrtherapeut für Autogene Psychotherapie, Katathym-Imaginative Psychotherapie sowie Existenzanalyse und Logotherapie, Wien.

Senger, Gerti, 1942, Mag. phil., Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), wissenschaftliche Leiterin des Instituts für Angewandte Tiefenpsychologie (IFAT), Wien.

Shaked, Josef, 1929, Hon.-Prof., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Psychoanalyse, Gruppenpsychoanalyse), Hon.-Prof. für Angewandte Psychoanalyse am Institut für Psychologie der Universität Klagenfurt, Lehranalytiker im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (WAP) und in der Sektion Gruppenpsychoanalyse des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Wien.

Sieper, Jobanna, 1940, Dr. phil., Lic. theol., (Kunstgeschichte, Philosophie, Theologie), seit 1966 in den Bereichen Integrative Therapie, Therapeutisches Theater, Gestalttherapie und Kreative Therapie tätig, Therapeutisches Theater bei V.N. Iljine, Lehrtherapeutin und Mitbegründerin von FPI/EAG.

Sigmund, Rosemarie, 1965, Mag., Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in freier Praxis, Projektmanagement im Wiener Krankenanstaltenverbund, Mitglied im Leitungsteam der Sektion Psychotherapie des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP).

Signer-Fischer, Susy, 1952, Lic. phil., Psychologin, Psychotherapeutin, Ausbilderin für Hypnose-therapie, Familientherapie und Kinderpsychotherapie, Gründungsmitglied und Präsidentin der Gesellschaft für Klinische Hypnose Schweiz (GHypS), Basel.

Simon, Alfred, 1966, Dr. phil., Philosoph und Medizinethiker, Geschäftsführer der AEM (Akademie für Ethik in der Medizin e.V.) an der Georg-August-Universität Göttingen.

Skolnick, Neil J., 1951, Ph.D., Associate Professor an der Ferkauf Graduate School of Psychology, Yeshiva University, New York, Professor für Klinische Psychologie, New York University, Post-doctoral Program in Psychoanalysis, New York.

Sluneko, Thomas, 1963, Univ.-Ass., Mag. rer. nat., Dr. phil., Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Universitätsassistent am Institut für Psychologie der Universität Wien.

Söllner, Wolfgang, 1952, Univ.-Prof., OA, Dr. med., Psychotherapeut (Klientenzentrierte Psychotherapie), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Oberarzt an der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Innsbruck, Weiterbildungsleiter der Arbeitsgemeinschaft für psychoanalytische Paar- und Familientherapie Innsbruck.

Sonneck, Gernot, 1942, O. Univ.-Prof., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Individualpsychologie), Gruppentherapeut, Lehranalytiker im Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP), O. Univ.-Prof. für Medizinische Psychologie und Vorstand des Instituts für Medizinische Psychologie an der Universität Wien, Leiter der Abteilung Krisen-forschung des Ludwig Boltzmann-Instituts für Sozialpsychiatrie.

Specht Boadella, Silvia, 1948, Dr. phil., Psychotherapeutin (Schweizer Psychotherapeuten-Verband, SPV; European Association for Body Psychotherapy, EABP), Lehrtätigkeit an der Universität Kanazawa (Japan) und Training in Butoh-Tanz bei Kazuno Ohno, seit 1986 internationale Biosynthese-Trainerin und Leiterin des Internationalen Instituts für Biosynthese (IIBS) in Heiden (Schweiz).

Springer, Alfred, 1942, Univ.-Prof., Dr. med., Psychotherapeut (Psychoanalyse, ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin), Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, habilitiert für Psychiatrie und

AutorInnen und KoordinatorInnen

- Psychotherapie, Leiter des Ludwig Boltzmann-Instituts für Suchtforschung am Anton Proksch-Institut (Kalksburg / Wien), Sexualtherapeutische Ambulanz der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie an der Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien.
- Springer, Gerbard*, 1944, Dipl.-Theol., Psychotherapeut in freier Praxis in Salzburg (Transaktionsanalytische Psychotherapie, Dynamische Gruppenpsychotherapie), Mitglied im Lehrkollegium des Österreichischen Arbeitskreises für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse (ÖATA) sowie der Arbeitsgemeinschaft Transaktionsanalyse (ARGE TA).
- Springer-Kremser, Marianne*, 1940, O. Univ.-Prof., Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (Psychoanalyse), Lehranalytikerin in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung (WPV), Vorstand der Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien, Leiterin der Psychosomatischen Frauenambulanz an der Univ.-Frauenklinik Wien.
- Steffan, Angela*, 1970, Dipl.-Psych., Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsinstitut der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG).
- Stein, Claudius*, 1956, Prim., Dr. med., Psychotherapeut (Katathym-Imaginative Psychotherapie), Arzt für Allgemeinmedizin, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis, tätig am Ludwig Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie sowie in der Fort- und Weiterbildung, Ärztlicher Leiter des Kriseninterventionszentrums Wien.
- Stemberger, Gerbard*, 1947, Dr. phil., Soziologe, Gestalttheoretischer Psychotherapeut, Supervisor, Leiter der Sozialwissenschaftlichen Abteilung der Arbeiterkammer Wien, freie Praxis in Wien und Purkersdorf (Niederösterreich), Lehrbeauftragter für Gestalttheoretische Psychotherapie in der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP).
- Stetter, Friedhelm*, 1959, Priv.-Doz., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut, Chefarzt der Oberbergklinik für psychosomatische Medizin, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training.
- Stöger, Renate*, 1955, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie/Neurologie, transaktionsanalytische Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin und Ausbilderin des Österreichischen Arbeitskreises für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse (ÖATA) und der Arbeitsgemeinschaft Transaktionsanalyse (ARGE TA), psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Salzburg.
- Stolorow, Robert*, 1942, Ph.D., Psychologe, Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Lehranalytiker und Supervisor am Institute of Contemporary Psychoanalysis, Los Angeles, Mitglied des Vorstands des Institute for the Psychoanalytic Study of Subjectivity, New York und Clinical Professor für Psychiatrie, UCLA School of Medicine, Mitglied des International Council for Psychoanalytic Self Psychology, Los Angeles.
- Storz, Dorothee*, 1953, Musiktherapeutin, Musikpädagogin, Psychotherapeutin, Univ.-Lektorin für Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst, Koordinatorin des Bereichs Musiktherapie am Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe, Gründungs- und Vorstandsmitglied des Wiener Instituts für Musiktherapie (WIM), Gründungsmitglied des Österreichischen Berufsverbands der MusiktherapeutInnen (ÖBM), Wien.
- Strunk, Guido*, 1968, Dipl.-Psych., Psychologe, Mitarbeiter des Leitungsteams des FIS (Forschungsinstitut für Systemwissenschaften, München/Wien/Münster), Forschung und Weiterbildung im Bereich nichtlinearer Dynamik, Chaosforschung, Psychotherapie-(Prozeß)-Forschung, Wien/München.
- Stumm, Gerbard*, 1950, Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Personenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis, Ausbilder der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG), Ausbildungsleiter der Sektion Forum der APG, Wien.
- Swildens, Hans*, 1924, Dr. med., Psychiater, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Supervisor in der Vereniging voor clientgerichte psychotherapie, Heusden (Niederlande).
- Teichmann-Wirth, Beatrix*, 1956, Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Personenzentrierte Psychotherapie, körperorientierte Psychotherapie) in eigener Praxis, Aus-

bildnerin in personenzentrierter Psychotherapie in der Sektion Forum der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG), Wien.

Teising, Martin, 1951, Prof., Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, lehrt an der Fachhochschule Frankfurt/M. im Fachbereich Pflege und Gesundheit.

Tenbrink, Dieter, 1951, Dipl.-Psych., Psychoanalytiker und Lehranalytiker der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Vorsitzender des Alfred-Adler-Institutes Düsseldorf, Psychoanalytiker und Psychotherapeut in freier Praxis.

Tesch, Barbara, 1960, Dr. phil., Psychologin, Ausbildung in klientenzentrierter Gesprächs- und Körpertherapie und Focusing, Ausbildung in Transpersonaler Psychologie und Holotroper Atemarbeit bei Stanislaw Grof, USA (Certified Trainer of Holotropic Breathwork®), selbständige Managementtrainerin (Tesch-Trainings) in Wien (mit den Schwerpunkten Persönlichkeits-, Team- und Führungskräfte-Entwicklung), Wien.

Teutsch, Hans-Rainer, 1944, Dr. med., Psychotherapeut (Dynamische Gruppenpsychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie), Gruppentrainer und Supervisor in freier Praxis in Linz und Kirchdorf / Krems, Lehrtherapeut für Dynamische Gruppenpsychotherapie im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG).

Till, Wolfgang, 1949, Dr. phil., Dr. iur., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Jurist, Psychotherapeut (Psychoanalyse, Integrative Gestalttherapie), Psychotherapeutischer Leiter des Kriseninterventionszentrums Wien, auch in freier Praxis tätig, Leitung der Weiterbildung „Krisenintervention“ im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) und in der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Lehrbeauftragter in der Fachsektion „Integrative Gestalttherapie“ im ÖAGG, Wien.

Titze, Michael, 1947, Dr. rer. soc., Dipl.-Psych., Psychoanalytiker der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Klinischer Psychologe (BDP), Psychotherapeut in freier Praxis.

Töpel, Elisabeth, 1956, Mediatorin, Psychotherapeutin in Ausbildung, Lebens- und Sozialberaterin, SchuldnerERSTberaterin, Amtsdirektorin im Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, Wien.

Tschuschke, Volker, 1947, Univ.-Prof., Dr. rer. biol. hum., Dipl.-Psych., Psychoanalytiker (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V./DGPT; Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik e. V./DAGG), Leiter der Arbeitsgruppe Medizinische Psychologie des Instituts und der Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Köln.

Tutsch, Lilo, 1952, Dr. phil., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (Existenzanalyse und Logotherapie) in eigener Praxis in Wien, stellvertretende Vorsitzende und Ausbildungsleiterin der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE), Wien.

van der Hart, Onno, 1941, Univ.-Prof., Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologe und Psychotherapeut (Familien- und Systemische Therapie, direktive/strategische Psychotherapie, spezialisiert auf integrative phasenorientierte Traumabehandlung) am regionalen psychiatrischen Versorgungszentrum Riagg (Amsterdam, Süd/Neu-West), Professor an der Abteilung für Klinische und Gesundheitspsychologie an der Universität Utrecht, leitender Forscher am Cats-Polm Institute (Bilthoven, Niederlande).

Vetter, Helmuth, 1942, Univ.-Prof., Dr. phil., Univ.-Prof. am Institut für Philosophie an der Universität Wien, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Phänomenologie, Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Daseinsanalyse, Wien.

Vodopiutz, Armin, 1939, Dr. phil., Klinischer Psychologe, Schulpsychologe, Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Lehranalytiker und Supervisor im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Wien.

AutorInnen und KoordinatorInnen

- Voracek, Martin*, 1966, Mag. rer. nat., Mag. phil., Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe i. A., Universitätsassistent an der Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien (Bereich Dokumentation, Psychotherapieforschung, Forschungsintegration), Mitarbeiter der dort eingerichteten Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung, Wien.
- Voutta-Voss, Michael*, 1949, Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Weiterbildung in Integrativer Leib- und Bewegungstherapie am Fritz Perls-Institut (FPI), Leverkusen.
- Vyt, Andre*, 1961, Ph.D., spezialisiert auf Säuglings- und Kleinkindentwicklung und klinische Entwicklungspsychologie, Dozent am Katholischen Institut für höhere Gesundheitserziehung, Gent (Belgien).
- Wagner, Elisabeth*, 1966, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (Systemische Therapie), tätig an der Univ.-Klinik für Psychiatrie in Wien.
- Wagner, Hedwig*, 1948, Dipl.-Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) am Institut für Ehe- und Familientherapie (Wien), Supervisorin, Lehrtherapeutin der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Systemische Studien (ÖAS), Wien.
- Wagner-Lukesch, Eva*, 1953, Dr. phil., Psychologin, Gestalttheoretische Psychotherapeutin, Leiterin des Bereiches „Gleichbehandlung und institutionelle Frauenförderung“ für die Frauenministerin, freie Praxis in Wolfgraben (Niederösterreich), Lehrbeauftragte für Gestalttheoretische Psychotherapie in der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP).
- Walch, Sylvester*, 1950, Dr. phil., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Oberstdorf (BRD), Lehrtherapeut für Integrative Gestalttherapie (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, ÖAGG, und Fritz Perls-Institut, FPI), Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung, ÖGwG) und Transpersonale Psychotherapie und Atemarbeit (Holotropic Breathwork nach Stanislaw Grof).
- Waldmann, Hans-Christian*, 1968, Dr. phil., Dipl.-Psych., Hochschulassistent am Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität Bremen.
- Wallnöfer, Heinrich*, 1920, OMR, Dr. med., Univ.-Lektor, Praktischer Arzt, Psychotherapeut (Autogenes Training, Hypnose), Diplome der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) für Psychotherapie, Psychosomatik sowie Psychosoziale Medizin, Gründer, Alt- und Ehrenpräsident der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Wien.
- Walter, Hans-Jürgen*, 1944, Dr. phil., Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe, Gestalttheoretischer Psychotherapeut, Supervisor, freie Praxis in Wien und Biedenkopf, Lehrtherapeut in der Sektion Psychotherapie der GTA für Gestalttheoretische Psychotherapie (Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie, ÖAGP; Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie, DAGP).
- Walter, Heinz*, 1942, Dr. phil., Professor für Psychologie an der Universität Konstanz, Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Konstanz.
- Walter, Henriette*, Ao. Univ.-Prof., OA, Dr. med, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (Hypnose), Oberärztin an der Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien (Schwerpunkt: Hypnoserecherche).
- Wascher, Werner*, 1941, Dr. phil., Geologe, AHS-Lehrer für Kunsterziehung, Personenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis, Linz.
- Weber, Thomas*, 1958, Psychotherapeut (Integrative Gestalttherapie) in eigener Praxis, Paartherapeut, Lehrtherapeut für Integrative Paartherapie, Vorstand des österreichischen Vereins für Integrative Paarpsychotherapie, Paarsynthese und Sexualtherapie (VIPP), Wien.
- Weerth, Rupprecht*, 1960, Dr. phil., Diplom-Päd., Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, NLP-Lehrtrainer, Heilpraktiker, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis, Münster.

- Wegscheider, Hermann*, 1955, Mag. phil., Psychotherapeut (Integrative Gestalttherapie, Transpersonale Psychotherapie), psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Wien, Unternehmensentwickler, Lehrtherapeut und Ausbildungsleiter für Gestalttherapie am Institut für Integrative Gestalttherapie (IGW) in Wien, Lehrtherapeut für Transpersonale Psychotherapie und Atemarbeit (TPA).
- Weidinger, Hans Peter*, 1958, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut (Integrative Gestalttherapie) in freier Praxis in Wien, Vorsitzender des Österreichischen Arbeitskreises für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, Lehrtherapeut für Transpersonale Psychotherapie und Atemarbeit (TPA), Lehrtherapeut für Integrative Gestalttherapie (IGW).
- Weise, Sylvia*, 1957, Physiotherapeutin, Feldenkrais-Lehrerin in freier Praxis in Hofheim bei Frankfurt/M.
- Weixler, Christine*, 1950, akademisch geprüfte Übersetzerin, Personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Wels.
- Welch, Ravi (Arvind)*, 1960, B.A. (USA), Klinischer Psychologe und Lehrtherapeut, psychotherapeutische Ausbildungspraxis und supervisorische Praxis im Mainzer Institut für Psychotherapie und Erwachsenenbildung, Gastausbildner des Österreichischen Arbeitskreises für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse (ÖATA).
- Wengler Bernd*, 1949, Dipl.-Päd., Dr. med., Psychoanalytiker der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT).
- Wewalka, Marianne*, 1950, Mag. phil., Gymnasiallehrerin, Personenzentrierte Lebens- und Sozialberaterin, Person-Centered Expressive Arts Therapist, Wien.
- Wicki, Beda*, 1953, Dr. phil., Pädagoge, Psychotherapeut (Existenzanalyse und Logotherapie) in eigener Praxis in Zürich, Leiter des existenzanalytischen Instituts Sinnan in Unterägeri (Schweiz).
- Widmann, Claudio*, 1949, Dr. phil., Psychologe, Psychotherapeut, Vizepräsident des Italienischen Komitees zum Studium des Autogenen Trainings (ICSAT), Ravenna (Italien).
- Wieser, Michael*, 1962, Univ.-Ass., Mag. phil., Dr. phil., Psychologe, Psychotherapeut (Psychodrama), Institut für Psychologie (Abteilung für Psychotherapie und Psychoanalyse) der Universität Klagenfurt (mit Arbeitsschwerpunkt Psychotherapieforschung) und in eigener Praxis tätig.
- Willi, Jürg*, 1934, em. O. Univ.-Prof., Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (FMH), analytische Ausbildung und systemische Weiterbildung, emeritierter Ordentlicher Professor für Poliklinische Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Krankheiten und Direktor der Psychiatrischen Poliklinik (Universitätsspitals Zürich), Leiter des Instituts für ökologisch-systemische Therapie in Zürich.
- Wiltschko, Johannes*, 1950, Dr. phil., Psychotherapeut und Klinischer Psychologe, Leiter des Deutschen Ausbildungsinstituts für Focusing und Focusing-Therapie (DAF), Koordinator des International Focusing Institute New York, psychotherapeutische Praxis in München und Eggelsberg (Oberösterreich).
- Wirl, Charlotte*, 1957, Dr. med., Ärztin, Psychotherapeutin in eigener Praxis, Forschungstätigkeit, Lehrtrainerin und Vorsitzende der Milton Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose und Kurztherapie Austria (MEGA), Wien.
- Wirtz, Ursula*, 1946, Dr. phil., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (Analytische Psychologie), Lehranalytikerin und Dozentin am C.G. Jung Institut (Zürich), Gastdozentin in den USA, Gastprofessorin in Österreich, in eigener Praxis tätig in Zürich.
- Woblatz, Sonja*, 1955, Dipl.-Psych., Klinische Psychologin und Psychotherapeutin (Gruppenanalyse), Feministische Therapie, in freier Praxis tätig, Mitarbeiterin der Beratungsstelle TAMAR, Mitarbeit bei THUJA – Verein für frauenspezifische Sozial- und Psychotherapie, Wien.

AutorInnen und KoordinatorInnen

Wolf, Ernest S., 1921, M.D., Psychotherapeut, Psychoanalytiker in freier Praxis, Lehranalytiker und Supervisor am Chicago Psychoanalytic Institute, Associate Professor für Psychiatrie an der North Western University School of Medicine in Chicago, Winnetka, Illinois.

Wolf, Ferdinand, 1955, Dr. phil., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut (Systemische Familientherapie), Lehrtherapeut der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Systemische Studien (ÖAS), psychologisch-psychotherapeutische Tätigkeit im Sozialbereich, Beratung, Training, Coaching und Mediation im Wirtschaftsbereich, Wien und Hornstein.

Wolfram, Eva, Mag. rer. nat., Dr. phil., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin, Gruppenanalytikerin, Kindertherapeutin, Supervisorin in freier Praxis, Forschungsschwerpunkt: Phänomenologische Psychotherapieforschung, Wien.

Wottawa, Heinrich, 1948, Univ.-Prof., Dr. phil., Professor für Psychologische Methodenlehre, Diagnostik und Evaluation an der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum.

Wucherer-Huldenfeld, Augustinus Karl, 1929, Dr. phil., em. Univ.-Prof. für Christliche Philosophie der Universität Wien, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Daseinsanalyse, Wien.

Zabransky, Dieter, 1952, Dr. med., Dr. phil., Klinischer Psychologe, Gestalttheoretischer Psychotherapeut, Supervisor, Lehrbeauftragter für Gestalttheoretische Psychotherapie in der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP), psychotherapeutische Tätigkeit im Allgemeinen Öffentlichen Krankenhaus Horn sowie in freier Praxis in Wien und Maissau.

Ziegler, Heidrun, 1962, Dr. med., Ärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapeutin, Fachärztin für Psychiatrie in Ausbildung an der Niederösterreichischen Landes-Nervenklinik Gugging.

Zindel, J. Philip, 1951, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeut (Hypnosetherapie, Autogenes Training) in eigener Praxis in Basel, Ausbildner der Gesellschaft für Klinische Hypnose (Schweiz), der Schweizerischen Ärztesgesellschaft für Hypnose (SMH), der Schweizer Gesellschaft für Autogenes Training und der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), Basel.

Zöbeli, Jürg, 1933, Dr. med., Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Gründungsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Gruppendynamik und Gruppentherapie, Psychoanalytiker in freier Praxis in Zürich.

Zundel, Edith, 1928, Prof., Dr. phil., Dipl.-Psych., Soziologin, Psychotherapeutin (Gesprächspsychotherapie, Katathymes Bilderleben), Professorin an der FH Köln, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis, 2. Vorsitzende des Spiritual Emergence Network (S.E.N.), Bonn.

Namensverzeichnis

A

- Abraham K 109, 548, 660
 Abrams J 608
 Abramson LY 172
 Ackerman N 194, 197
 Ader R 554
 Ades J 18, 601
 Adler A 3, 11, 14, 26, 27, 40, 41, 128, 152, 166, 173, 174, 175, 182, 209, 231, 233, 234, 241, 292, 307, 345, 346, 355, 356, 398, 400, 415, 417, 418, 419, 425, 431, 434, 454, 455, 463, 467, 476, 477, 481, 545, 566, 641, 644, 645, 646, 655, 660, 704, 735, 736, 737, 777, 785, 789
 Adler G 229
 Adler R 17, 29, 127, 223, 469, 566, 567, 610
 Adorno TW 298, 522
 Aebi E 8
 Ahlers C 280, 412, 447, 692, 705
 Ahmed I 652
 Ahrens S 444
 Aichhorn A 305, 345
 Aigner G 267
 Ainsworth M 94, 95
 Akishige Y 424
 Alberg T 276, 536, 537, 599
 Alberse M 750
 Albert H 522
 Alessi NE 117, 118
 Alexander FM 16, 82, 380, 481, 482, 565
 Alexander JF 195
 Alfermann D 240
 Allen M 280
 Allers R 775
 Alman B 311, 628
 Ambühl H 19, 359, 798
 Ammann R 604
 Andersen T 153, 364, 586, 587
 Anderson CM 197, 530
 Anderson H 451, 457, 530
 Andreas C 265, 501, 675, 791
 Andreas S 675, 791
 Andreas T 265, 501
 Andriessens E 175, 346
 Angenendt J 74
 Angyal A 14, 508
 Annon J 519, 520
 Ansbacher H 11, 241, 346, 419, 463, 644, 735, 789
 Ansbacher HL 3, 14, 173, 234, 306, 400, 410, 415
 Ansbacher R 11, 241, 306, 346, 410, 419, 463, 644, 735, 789
 Antoch RF 3, 14, 92, 173, 209, 231, 234, 306, 308, 415, 418, 737, 777
 Antonelli F 60
 Antonovsky A 536
 Antons K 328, 329, 589
 Anzenbacher A 169
 Anzieu D 28, 488, 490
 Apel KO 404, 405, 429
 Apfel-Saritz R 17
 Aponte HJ 198
 Appelbaum A 102, 304, 367
 Appelbaum C 304
 Aquin T v. 119
 Arentewicz G 427, 483, 641
 Arfedson A 516
 Arglander H 174, 262
 Argyle M 594
 Arieti S 361
 Aristipp 270
 Aristoteles 71, 213, 341, 474
 Arlow JA 549, 725
 Arnim A v. 222
 Arnold E 437, 438
 Arnold O 93
 Arnold W 676
 Aronson TA 102
 Asay D 482
 Ascher ML 494
 Assagioli R 567, 568, 715, 717, 718
 Attneave L 455
 Atwood GE 81, 88, 144, 289, 290, 327, 332, 359, 431, 481, 535, 619, 633, 639, 673, 696, 697, 707, 725, 740, 741, 777
 Auckenthaler A 53, 682
 Avalon A 392
 Averill JR 159
 Axline V 345, 660, 661
 Ayllon T 560, 561
 Azim HFA 639
 Azrin NH 560, 561

B

- Baastrup PC 516
 Bacal H 2, 88, 454, 476, 496, 596, 642
 Bach M 798

Namensverzeichnis

- Bachmann CH 201
Bachmann KM 438
Bachmann M 660
Backmund H 37
Bacon F 15, 161
Badawy A 18, 601
Baghai T 325
Bahne Bahnson C 386, 387, 388
Bailey R 430
Baker EF 99, 165, 166, 205, 482
Baker L 728
Baldwin M 194
Balen R v. 715
Balint E 68
Balint M 25, 68, 72, 88, 220, 402, 471, 591
Ballon H 207
Bally G 370, 545
Baltes PB 398, 399
Bancroft J 640
Bandler L 593
Bandler R 23, 24, 36, 225, 265, 434, 439, 458, 459, 460, 466, 501, 518, 588, 593, 648, 664, 665, 675, 708, 742, 793
Bandura A 352, 353, 407, 440, 459, 460, 625, 667, 761
Banmen J 196
Bänninger-Huber E 322
Bányai ÉI 90
Barlow DH 614
Barnes G 174, 251, 456, 790
Barnett EA 299
Barolin GS 58, 591, 740
Barrias JA 601
Bartenieff I 83
Barter JT 123, 458
Barth R 606
Barthes R 135
Bartl G 6, 470
Bartling G 191, 756, 757, 758
Bartosch E 422, 512, 603, 639, 781, 797
Bartrop RW 554
Bartuska C 97
Bartuska H 381
Basler HD 23, 610
Basquin M 28, 200
Bass C 652
Bastine R 65, 155, 489, 539
Bateson G 139, 154, 195, 197, 286, 326, 355, 366, 416, 459, 460, 472, 473, 491, 744
Batinic B 118, 325
Battegay R 522, 677
Baudrillard J 523
Baukus P 393, 597
Baumann U 137, 304, 577, 700
Baumgarte B 238, 239
Bäumle J 123, 457, 458
Bauriedl T 21, 88, 91, 92, 197, 297, 490
Bayne R 732
Beard G 33, 35
Beauchamp T 62
Beaumont H 480
Beavin JH 326, 355, 416, 485, 664
Bechterew WM 283
Beck AT 280, 350, 351, 352, 353, 354, 608, 667, 678
Beck J 351
Becker H 270, 371
Becker-Fischer M 80, 437, 438, 703
Becker-Stoll F 95
Beckers H-J 176
Beebe B 596
Beebe J 227, 732
Beek Y v. 82, 157, 655
Behr M 715
Beisser A 495
Bell K 306, 455
Bellack AS 572
Bellak L 303, 304
Benedek T 368
Benedetti G 367, 522, 533, 560, 734
Benesch H 679
Benkert O 285, 468, 666
Benne KD 122, 167, 200, 201, 329, 589, 626
Bennett HZ 103
Bennis WG 167, 323, 329, 365
Bentham J 271
Benz D 268
Berbalk H 700
Berg IK 215, 338, 411, 412, 792
Berger BG 602
Berger M 131
Berger PL 652, 653
Berger PM 710
Bergin AE 155, 235, 305, 326, 347, 348, 353, 433, 519, 539, 568, 569, 573, 574, 637, 702, 703, 784, 794
Bergman A 293, 564, 683
Berkowitz L 440
Berliner J 378, 733
Bermúdez JL 404
Bernauer F 42, 68, 179, 305, 340, 637
Berne E 51, 68, 69, 90, 91, 119, 210, 251, 280, 293, 294, 295, 332, 333, 334, 421, 649, 650, 658, 659, 670, 711, 712, 713, 731, 766, 789, 790
Berner P 123, 497, 582, 714, 715, 770
Berner-Hürbin A 490
Bernhardt JA 280, 281
Bernheim H 283, 679, 769
Bernstein DA 533
Bernstein P 83
Berry P 432
Bertalanffy L v. 416
Bertenthal BI 655
Bertram W 566
Bertrando P 286
Besems T 561, 562
Besson J 601
Besuden F 375, 379
Bettinaglio A 316
Beutler L 133, 134
Beuys J 247

- Bibring E 3, 4, 51, 202, 218, 231, 287, 291, 335, 341, 359, 369, 432, 545, 548, 549, 582, 755
- Biebl W 174, 231
- Bielefeld J 375
- Biermann-Ratjen E-M 220, 252, 349, 361, 510, 626, 776
- Bilden H 207, 239, 240
- Bilek H-P 387
- Binder H 68, 420
- Binder JL 52
- Binder K 68
- Binder U 220
- Binet A 678
- Binswanger L 120, 121, 180, 182, 183, 184, 279, 488, 499, 513, 722, 723, 773
- Bion WR 42, 43, 114, 122, 145, 250, 251, 259, 260, 261, 262, 330, 365, 508, 516, 546
- Birbaumer N 159, 267
- Birk A 758
- Birnbacher D 62, 271
- Birnbaum F 305
- Birner U 577
- Bischof-Köhler L 605
- Bischoff C 396
- Blackwell G 561
- Blanck G 25, 712
- Blanck R 25, 712
- Blanck PD 572
- Blankenburg W 99, 180
- Blankertz S 30
- Blatt S 23
- Bleckwedel J 537
- Blehar MC 95
- Bleichner F 375, 379
- Bleuler E 20, 21, 419, 496, 497, 560, 609, 704
- Bloch E 245
- Bloch H 655
- Bloch I 641
- Blomkvist LD 537
- Boadella D 101, 109, 110, 163, 205, 377, 378, 395, 493, 616, 751, 762
- Boadella S 101
- Bobzien M 577
- Böckler F 33
- Boeck-Singelmann C 345
- Bogyi G 175, 345
- Bohleber W 231
- Bohm D 276, 277
- Bohus M 131
- Böker W 438, 560, 561
- Bölcs E 285
- Bolen P 378
- Bollnow OF 71
- Bonaventura HI 619
- Bonet E 698
- Bongartz B 283, 285, 369, 407, 518, 709, 710, 731
- Bongartz W 283, 285, 369, 407, 518, 708, 709, 710, 731
- Bonny H 264
- Boone SE 561
- Boorstein S 716
- Borg S 601
- Borkovec TD 533
- Bormann C 429
- Bornstein MH 157
- Borri P 533
- Bosch M 196
- Boscolo L 153, 286, 287, 361, 416, 464, 495, 688, 795
- Boss M 11, 33, 116, 120, 156, 180, 182, 184, 279, 403, 404, 513, 613, 722, 723, 774, 795, 796
- Bosscher RJ 315, 317, 554
- Bosse S 320
- Bosselmann R 550, 600
- Bossinger W 347
- Boston D 729
- Boszormenyi-Nagy I 121, 194, 197, 236, 413, 426
- Bouhoutsos JC 437
- Bourdieu P 299, 400
- Bowen M 194, 197, 236, 728
- Bowlby J 88, 94, 95, 157, 312, 500
- Boyd J 340
- Boyesen G 95, 96, 378, 478, 493, 556, 557, 800
- Boyesen ML 96, 493, 557, 799, 800
- Boylin W 637
- Bradford CP 626
- Bradford L 122, 167, 200, 201, 329, 589
- Bradgon E 662
- Bradshaw JL 604, 605
- Bragdon E 662
- Brähler E 375
- Braid J 283
- Brand A 238, 239
- Brandau H 273
- Brandchaft B 88, 359, 481, 535, 619, 639, 673, 707, 740, 777
- Brandl-Nebehay A 52, 195, 280, 692, 705, 792
- Brandsma J 280, 281
- Braun HJ 120, 121
- Braun U 577
- Brauns H-P 772
- Bräutigam W 155, 170, 224, 370, 387, 566, 567, 718, 749
- Breger L 76
- Brehm JW 583
- Bremner JD 192
- Bremner JG 604, 605, 606
- Brengelmann JC 91, 359, 591
- Brenner C 210, 549, 797
- Brenner HD 560, 561
- Brentano C v. 512
- Bretherton I 312
- Breuer F 78, 476
- Breuer J 144, 287, 341, 342, 369, 461, 544, 545

Breyer-Pfaff U 457, 458
 Breznits S 670
 Briggie C 637
 Broadhead GD 315, 554
 Brocher T 656
 Broda M 62, 155
 Brody H 519
 Brom D 727, 728
 Bromet E 525
 Bronfenbrenner U 366
 Brosch R 113, 127, 141, 269
 Brosch W 113, 146, 268, 419, 468, 515, 558, 586, 594, 609
 Brouchard E 16
 Broverman D 239, 240
 Broverman I 239, 240
 Brown DP 232, 282, 738
 Brown G 187, 188
 Brown JF 243
 Brown LS 207
 Brown M 174, 378
 Brownell KD 177
 Brownmiller S 248
 Bruch M 762
 Bruder K-J 41
 Bruder-Bezzel A 41, 166, 305, 306, 307, 308, 415, 419, 455, 463, 735, 736, 737, 777
 Brummund L 271
 Bruner J 652
 Brunner EJ 195, 530
 Brunner R 3, 14, 41, 166, 171, 175, 208, 209, 231, 234, 306, 307, 308, 356, 400, 410, 415, 418, 420, 434, 477, 705, 735, 737, 777, 789
 Buber M 30, 39, 72, 88, 132, 133, 179, 180, 246, 275, 348, 634
 Bubner R 429
 Bubolz E 239
 Buchheim P 378, 557, 636
 Buchholz M 197
 Buchinger K 112, 478, 681
 Buckingham RW 279
 Budjuhn A 371
 Budman S 489, 490
 Buer F 38, 342, 600
 Buffone GW 602
 Bugental J 55, 180
 Bügler K 27
 Bühler C 280, 400, 774, 775
 Bühringer G 675
 Bullinger M 47, 48
 Bülow-Hansen A 586
 Büntig W 520
 Burckhardt J 44
 Burgard R 248
 Burgmeier-Lohse M 638, 639
 Burian W 678
 Burrow T 260, 330, 546
 Butler J 643
 Butler RN 409
 Butterworth G 604, 605, 606
 Buytendijk FJJ 83, 405

C

Cabaj RP 278
 Cade J 516
 Cameron L 430
 Cameron-Bandler L 36, 111, 225, 265, 430, 588
 Campbell J 417
 Canacakis J 721
 Canguilhem G 786
 Cannon W 277
 Caplan G 389, 391
 Cardena E 137
 Carkhuff RR 92
 Carpenter W 298
 Carr A 102, 304, 367
 Carter B 197, 296, 401
 Caruso I 5, 180, 508
 Caspar F 19, 137, 191, 577, 608, 757, 758
 Cassidy J 312
 Cassirer E 686
 Castaneda C 538
 Cautela JR 352
 Cecchin G 153, 286, 287, 361, 416, 457, 464, 495, 688, 795
 Ceci SJ 572
 Cediman K 304
 Centurioni C 388
 Cervone D 625
 Chace M 695
 Chaiklin H 695
 Charcot JM 283, 286, 652
 Charney DS 192
 Chauduri H 108
 Cheek DB 299
 Cherniss C 104
 Chertok L 90
 Chiba R 435
 Chick J 601
 Childress JF 62
 Chodorow J 301
 Chodorow N 207, 240, 447, 448, 773
 Chomsky N 459, 664
 Christian P 370, 387, 566, 567
 Christmann F 624, 635, 636
 Christoph-Lemke C 119, 293, 295, 659
 Cialdini RB 678
 Cicchetti D 95
 Cierpka M 156, 177, 305, 378
 Ciompi L 7, 8, 671
 Clark DM 668
 Clarkin J 133, 134
 Clarkson F 240
 Clarkson P 89, 456, 724, 731
 Clauser G 371
 Clement U 195, 375
 Coghlan D 117
 Cohen J 150
 Cohen N 554
 Cohn RC 56, 700
 Coile J 9, 10

Cöllen M 486, 487, 488, 489, 490, 500, 501
 Combs AW 14, 512, 620
 Comte A 522
 Condrau G 33, 71, 119, 120, 151, 156, 180,
 184, 218, 219, 224, 402, 404, 438, 439, 513,
 613, 617, 663, 704, 774, 790
 Conroe RM 80
 Coogler OJ 422, 423
 Cook TD 179
 Cooper LF 791, 792
 Corbin H 44
 Cornelius H 48
 Cornell AW 211, 264, 409, 498, 607
 Cornell W 649
 Corsini RJ 211
 Coulson WR 162
 Cowan N 604, 605
 Coward HC 27, 742
 Cowings PS 60
 Craig PE 723
 Cramer F 109
 Crawford HJ 518
 Crawford K 518
 Creamer M 727, 728
 Cremerius J 52, 223, 368, 437
 Crisp AH 37
 Crowley R 344, 424
 Csef H 647
 Cserny S 84, 230, 371
 Cszikszentmihalyi M 594
 Cullberg J 389, 391
 Cytowic RE 689
 Czogalik D 784

D

Dahms H-J 523
 Damasio A 314, 404
 Damon W 10
 Danckwardt JF 551
 Dannenberg U 192
 Danzinger R 551
 Dare C 193, 231, 740, 777
 Darwin Ch 373, 374
 Dass R 716
 Datler W 3, 41, 92, 128, 146, 171, 175, 208,
 222, 280, 644, 692, 704, 705
 Dauwalder HP 8
 David C 17, 565
 David H 390, 391
 Davidson JRT 726, 727
 Davis DD 351
 Davis JM 123, 457, 458
 Davis W 18, 122, 168, 484, 579, 582
 Decker-Voigt HH 303, 597
 Deegener G 129
 Deimann P 52
 Deissler KG 457
 Delaney G 723
 Delay J 457
 Delius L 565

Dell C 150
 Delsarte F 695
 Demal U 798
 Dembo T 38
 Deming WE 577
 den Ouden B 9, 215, 373
 Deniker P 457
 Derrida J 429, 523
 Descartes R 161, 673, 674
 Deserno H 42
 Deter HC 566, 567
 Devonshire CM 117
 Di Mascio A 354
 Diamond MJ 89, 90
 Diamond S 60
 Diatkine R 28
 Dicks HV 490, 498, 499
 Dieckmann H 358, 638, 722
 Diehl BJM 59, 254
 Dies RR 539
 Dieter W 443
 Dietrich R 54, 249, 379
 Dilling H 12, 18, 35, 123, 130, 169, 419,
 461, 492, 497, 510, 511, 517, 558, 609,
 718, 798
 Dilthey W 120, 185, 212, 274
 Dilts R 36, 111, 250, 430, 439, 459, 460, 518,
 593, 668, 744, 745, 771, 791
 Dinnerstein D 447, 448
 Dittrich A 347
 Dodge K 9, 10
 Dole VP 142
 Doll D 387
 Dollard J 433, 760
 Dolleschka B 509
 Donahoe CP 561
 Donati R 42, 68, 179, 305, 340, 637
 Döring N 117, 118, 324, 325
 Dorn G 15
 Dornes M 6, 7, 9, 10, 21, 31, 32, 199, 378,
 379, 422, 605, 606, 618, 706, 789
 Dowling S 725
 Downing G 26, 98, 164, 372, 374, 669
 Dreikurs R 174, 241, 305, 346
 Dreitzel HP 10, 365, 622
 Dress A 631
 Driesch H 213
 Droh R 597
 Dryden W 96, 101, 478, 557, 800
 DuBois PM 279
 Dubuisson P 28, 200
 Duhm D 486
 Dührssen A 345, 573, 660, 661
 Dulz B 102
 Duncker K 531, 532
 Dunn J 88
 Durand de Bousingen R 533
 Dürkheim KG 309, 310, 716, 717, 718, 719
 Dürr H 196, 561
 Duval S 623
 Duvall EM 400, 401

Namensverzeichnis

Dychtwald K 616
D'Zurilla TJ 530

E

Ebbecke-Nohlen A 491
Ebert-Wittich S 500
Eberwein W 96, 478
Ebner F 39
Echelmeyer L 191, 756, 757, 758
Eck CD 681, 682
Eckart M 716
Eckert J 4, 15, 102, 220, 252, 300, 311, 349, 361, 384, 480, 510, 626, 760, 772
Eckert V 489
Eco U 523, 646
Edelman G 314
Edelmann W 406
Edinger EF 16
Eells T 191
Egger J 28
Egger R 248
Egle UT 418, 610
Ehlers A 525
Ehlers B 345
Ehrenfels Ch 243, 698
Eicher W 749
Eicke D 520, 566, 705
Eifert GH 614
Eilan N 404
Einstein A 202, 204
Eisler P 799
Eissler KR 496
Eitingon M 402
Eliade M 172, 538
Elisabeth I 15
Elkaim M 278
Elke G 762
Elkin I 326
Ellenberger HF 283, 287, 545
Ellgring JH 322
Elliotson J 30
Elliott R 42, 531, 794
Ellis A 280, 351, 354, 581, 667
Elschenbroich G 94, 222
Elson M 534
Emberger H 267
Emde R 605
Emery G 351, 352, 353, 608
Emmerich O 143
Endler N 670
Engberding M 191, 756, 757, 758
Engel GL 29, 565
Engels F 162
Engl J 489
English F 51, 90, 91, 174, 251, 649, 658, 659, 766, 790
Enomiya-Lasalle HM 423, 424
Epikur 271
Epstein T 36, 250, 744, 745, 771
Epston D 189, 452

Erickson M 45, 64, 138, 139, 170, 197, 216, 280, 281, 283, 285, 337, 354, 360, 369, 411, 412, 413, 424, 429, 433, 446, 458, 459, 492, 501, 580, 648, 664, 676, 708, 709, 741, 746, 747, 778, 791, 792
Erikson E 255, 297, 345, 389, 399, 746
Erlacher-Farkas B 296, 401, 441, 550, 599, 600, 601
Ernst K 340
Ernst M 314, 536, 657
Ernst S 217
Erskine RG 210, 649, 651
Ertl M 328, 474
Eschenbach U 638
Eschenröder CT 281, 727, 728
Esdaile J 30
Espenak L 695
Esser U 510, 715
Ewig H 583
Eysenck H-J 427, 428, 573, 662, 663, 667, 678, 760

F

Fabian T 192
Fagan J 495
Fähndrich E 123
Fairbairn WR 88, 151, 152, 470, 471
Fairburn CG 177, 666, 668
Falk G 423
Falloon IRH 195, 340, 561
Fancher R 221
Faraday M 205
Farrants J 192
Farrelly F 280, 281
Fatzner G 681
Faust V 169, 335, 527
Fechner GT 362
Feder B 56
Federn P 143, 294, 712
Feher E 228
Feher L 228
Fehlinger F 52
Fehlinger M 53
Feifel H 279
Feigl W 698
Felber M 390
Feldenkrais M 82, 204
Felt U 786
Felten N 554
Fengler J 104, 112, 201, 256, 515, 516, 580, 589
Fenichel O 377, 584, 618, 624, 797
Ferenczi S 19, 20, 26, 246, 297, 320, 331, 345, 372, 377, 379, 402, 433, 660, 755, 767
Ferrucci P 568
Feuchtersleben EF v. 558
Feuerlein W 680
Fibert Z 533
Fichter MM 357
Fiedler P 65, 188, 539, 759

- Fiegenbaum W 591
 Fierz HK 124, 559
 Figdor H 175
 Figley CR 728
 Fikentscher E 26, 341, 388
 Fine MA 572
 Finke J 4, 92, 349, 350, 626, 687, 753
 Finzen A 146, 285, 458, 516
 First MB 18, 122, 168, 582
 Fisch R 491, 691
 Fischer G 80, 437, 438, 703
 Fisher R 423
 Fishman H 198, 296, 338
 Fisseni HJ 130
 Fittkau B 449, 661, 717
 Fitzthum E 446
 Fleming B 351
 Fleming J 368
 Flick U 396
 Fliehl R 328, 474
 Fliegel S 99, 166, 628, 669
 Fließ W 471, 792
 Flournoy T 26
 Foa EB 726, 727
 Fodor J 221
 Foerster H v. 195, 363, 364, 393
 Fogel A 605
 Folkman R 383, 384
 Fonagy P 95
 Fordham M 24, 27, 232, 777, 778
 Forel A 283
 Forrest K 154, 155
 FORTH W 139, 147, 269, 514, 515, 583, 586,
 595, 615, 666, 701
 Fosshage JL 336, 414, 442, 537, 547, 619,
 630, 633, 642, 721, 735, 736
 Fössl-Emberger K 267
 Foucault M 135, 314, 326, 428, 429
 Foulkes SH 258, 259, 260, 261, 262, 263,
 306, 330, 546
 Fourie D 413
 Fox J 653, 654
 Foy DW 561
 Frambach L 612, 613
 Framo J 197, 490
 Frances AJ 18, 122, 168, 582
 Frank B 591
 Frank JD 433
 Frank LK 791
 Frank R 4, 5, 110, 374, 379, 779, 780
 Frankel FH 17
 Frankl H 600
 Frankl V 33, 39, 72, 89, 99, 124, 125, 126,
 135, 153, 180, 181, 182, 183, 248, 249, 256,
 288, 370, 396, 397, 411, 467, 468, 494, 495,
 504, 505, 506, 511, 552, 555, 556, 617, 621,
 624, 625, 634, 645, 646, 647, 648, 704, 710,
 711, 775, 782, 783
 Franklin M 60
 Franz C 23, 610
 Franz ML v. 16, 189, 447, 575, 616, 689
 Franzke E 247
 Frech H-W 622
 Freedman DK 53
 Freeman A 351
 Freeman G 351
 Freitag M 591
 Freitag P 130, 288, 636
 French TM 380, 433
 Frenzel P 117, 252, 311, 776
 Freud A 3, 5, 6, 231, 236, 291, 292, 293, 297,
 321, 345, 346, 660, 661
 Freud EL 2
 Freud S 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16,
 19, 20, 21, 26, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 42, 50,
 51, 56, 71, 77, 80, 84, 85, 88, 96, 97, 109,
 110, 116, 120, 121, 127, 140, 143, 144, 152,
 163, 164, 175, 176, 182, 199, 202, 203, 210,
 217, 218, 220, 225, 230, 231, 246, 253, 263,
 271, 275, 286, 287, 289, 291, 292, 293, 295,
 296, 300, 303, 304, 307, 324, 331, 332, 334,
 335, 336, 339, 341, 342, 344, 345, 347, 358,
 359, 362, 369, 372, 373, 381, 382, 383, 395,
 398, 402, 407, 408, 414, 421, 422, 425, 431,
 432, 436, 452, 454, 461, 467, 469, 470, 471,
 472, 481, 496, 502, 503, 508, 511, 512, 527,
 528, 530, 534, 542, 543, 544, 545, 546, 547,
 548, 549, 560, 563, 564, 565, 568, 573, 582,
 584, 585, 589, 590, 600, 603, 604, 607, 613,
 614, 617, 618, 619, 639, 640, 641, 642, 645,
 646, 657, 658, 660, 669, 672, 673, 674, 683,
 688, 696, 704, 705, 706, 707, 716, 719, 721,
 724, 725, 729, 730, 731, 734, 735, 736, 741,
 745, 746, 751, 754, 755, 763, 772, 773, 776,
 777, 780, 781, 786, 787, 792, 798
 Freudenberg HJ 104
 Frew JE 739
 Frey-Rohn L 359, 462, 463
 Freytag G 207
 Fried R 103
 Friedlaender S 246, 612, 613
 Friedman B 136, 137
 Friedman M 104, 179
 Friedman RJ 367
 Frings W 281
 Frischenschlager O 384, 555, 610
 Fritzsche W 663
 Frohne-Hagemann I 446
 From I 724
 Fromm Erich 10, 90, 180, 232, 282, 706,
 721, 738
 Fromm Erika 281, 283
 Fromm-Reichmann F 88, 560, 563
 Frommelt B 577
 Frosch J 560
 Fröschl E 248
 Frühmann R 52, 167, 256, 260, 314, 402,
 403, 427, 516, 589, 626
 Fuchs M 94, 222, 223, 673, 674, 770
 Fuchs P 690
 Fuckert D 109, 185, 368, 493, 616
 Fuhr R 30, 72, 86, 88, 89, 179, 205, 208, 246,

Namensverzeichnis

365, 479, 480, 584, 590, 611, 621, 622
Funke G 505
Furth G 506
Furtmüller C 11, 177, 419, 431, 434, 477, 644

G

Gabor D 276
Gabriel E 143
Gadamer H-G 273, 428, 429
Gaertner HJ 458
Galanter E 250, 407, 460, 758, 793
Galedary G 129
Galen 386
Gammer C 489
Gamper V 120
Garfield CA 700
Garfield SL 155, 235, 305, 326, 347, 348, 353,
433, 519, 539, 568, 569, 573, 574, 637, 703,
784, 794
Garner AM 53
Gastager HS 93
Gastaldo G 59, 470
Gastaldo-Ottobre M 470
Gastpar M 675
Gebssattel VE v. 39, 180, 370, 552
Gebser JP 719
Geddes JA 118
Geißler P 26, 98, 372, 375, 378, 379, 380,
669, 733
Geissner B 327, 767
Geissner E 357
Gekle H 42, 253, 254
Gelb M 16
Gellert M 550, 600
Gendlin ET 8, 9, 14, 70, 73, 185, 186, 206,
211, 212, 214, 215, 219, 279, 290, 291, 302,
303, 312, 348, 373, 499, 500, 526, 531, 594,
626, 723, 724, 766
Gerber G 47, 60, 68, 94, 100, 146, 153, 223,
302, 434, 443, 665, 674
Gerber J 196
Gergen K 464, 652, 653
Gerlinghoff M 37
Gerson R 236
Gersons BPR 728
Gerz HO 495
Gessmann H 138, 657, 662
Gfäller GR 306, 307
Gheorghiu V 22, 678, 679
Gibb JR 122, 167, 201, 329, 589, 626
Gibson J 82, 314, 654
Giegel HJ 429
Giegerich W 16, 35, 43, 44, 45, 87, 132, 233,
335, 404, 405, 450, 472, 508, 535, 553, 587,
608, 616, 619, 692, 693, 724
Giernalczyk T 425, 426
Giese H 370
Gill MM 432, 736
Gilligan S 360, 446, 708
Gilligan V 178

Gindler E 74, 246, 378
Gingerich S 195
Gissrau B 278
Giurgea CE 468
Glaserfeld E v. 195, 363, 364, 393, 459
Glass VG 428
Glenn L 229, 484, 576, 579
Glover E 143
Goclenius R 474
Goethe JW 15
Goffin JJM 537
Goffman E 298
Goldberg A 2, 454, 476, 596, 781
Goldberg I 324
Goldberg IA 546
Goldberg S 95
Goldberger L 670
Goldbrunner H 721
Goldfried MR 319, 320, 433, 530
Goldman R 531
Goldstein AP 628
Goldstein K 14, 96, 227, 244, 246, 381, 622,
634
Goleman D 234, 424
Gölz J 677
Gomes-Schwarz B 703
Gomori M 196
Gonsiorek JC 80
Gonzales-Martin E 357
Goodison L 217
Goodman A 575
Goodman P 10, 29, 30, 245, 246, 365, 479,
542, 585, 611, 621, 622, 634, 739, 769, 779
Goodwin DW 168
Goolishian H 195, 451, 457, 530, 586
Gordon D 429, 446, 675
Görner B 586
Gorsky S 217, 585, 586
Gotthardt-Lorenz A 478
Goulding B 165, 456, 649, 713
Goulding M 165, 456, 649, 713
Govinda A 108, 423, 424
Graessner D 723
Graf von der Schulenburg JM 682
Gräff C 230, 270, 371
Graumann CF 134, 145, 205, 256, 323, 397,
398, 477, 509, 513, 598, 756, 796
Grawe K 19, 42, 65, 68, 91, 134, 155, 179,
235, 305, 340, 432, 433, 539, 566, 573, 577,
608, 637, 682, 714, 784
Grawe-Gerber M 19
Green A 59, 60
Green B 525
Green E 59, 60
Green M 720
Greenberg J 471
Greenberg LS 349, 530, 531, 574, 793, 794
Greenson RR 42, 160, 218, 360, 696, 736
Greer DS 279
Gremmler-Fuhr M 30, 89, 179, 205, 208,
246, 365, 479, 480, 584, 611, 621

Greuel L 192
 Greve N 563
 Grieger H 581
 Grinder J 23, 24, 36, 225, 265, 434, 439, 458,
 459, 460, 466, 501, 518, 588, 593, 648, 664,
 708, 742, 793
 Grochowiak K 466
 Groddeck G 26, 175, 176, 377
 Groeger WM 99, 166, 669
 Grof C 277, 661, 662
 Grof S 87, 103, 172, 228, 392, 423, 503, 662,
 715, 716, 717
 Grom B 646
 Gross W 43
 Grossmann K 95
 Grossmann KE 95
 Grossmann-Garger B 559
 Grotowski J 314
 Grubrich-Simitis I 336
 Gruen A 321
 Grünbaum A 523
 Grunberger B 452
 Grunwald W 772
 Gstach J 175
 Gudjons H 331
 Guernen B 199, 766
 Guggenbühl A 32, 608
 Guimon J 57
 Gumhalter P 52
 Gunkel S 600
 Guntern G 195
 Guntrip H 88, 471
 Gurman AS 198, 489, 490, 491
 Gurtner M 651
 Gurumayi C 151

H

Haag A 129, 566
 Haag G 99
 Haan A 386
 Haas O de 540
 Habermas J 139, 372, 429, 522, 523, 599
 Hackenberg B 676, 678
 Hackenberg K 676, 678
 Hadley S 703
 Häfner H 169, 389, 390
 Hahlweg K 196, 489, 561
 Hahn P 566
 Haidar A 314
 Hain P 281
 Haisch J 536, 537
 Hajji M 518
 Haken H 692
 Haley J 139, 195, 197, 198, 355, 413, 455, 495
 Hamm A 517
 Hammer E 73, 672
 Hand I 187, 444, 760
 Handlbauer B 175, 305, 306
 Hanika C 561, 562
 Harding S 31

Hare-Mustin R 197
 Haring C 61
 Hark S 643
 Harold W 304
 Harre R 652
 Harrer M 383, 384, 388
 Harris CO 495, 562
 Hart DL 356
 Hartigan GP 516
 Hartkamp N 572
 Hartmann A 362
 Hartmann D 428
 Hartmann H 25, 56, 289, 290, 292, 293, 543,
 618, 754, 755
 Hartmann H-P 128, 216
 Hartmann M 387, 388
 Hartmann N 25, 39, 289, 618
 Hass W 455
 Hättich E 6
 Haubl R 258, 262, 263
 Hauch M 129
 Hauke W 798
 Hausmann B 75, 315, 316, 405
 Haußer K 298
 Hautzinger M 99, 102, 126, 274, 300, 352,
 384, 628, 759, 760, 761
 Havighurst RJ 399
 Hayes SC 614
 Haynes JM 423
 Haynes RB 113
 Hays KF 602
 Head H 146, 375
 Heckmann W 143
 Heckrath C 539
 Hefferline R 10, 246, 365, 479, 542, 585, 611,
 621, 622, 739, 769, 779
 Hegel GWF 162, 184, 372
 Hegerl U 798
 Hegi F 303
 Heidbrink H 169
 Heidegger M 33, 39, 71, 72, 119, 120, 151,
 155, 156, 179, 180, 181, 182, 184, 212, 219,
 224, 246, 403, 404, 438, 439, 474, 475, 512,
 513, 514, 524, 613, 616, 617, 663, 766, 773,
 774, 790, 795, 796
 Heider F 49
 Heigl F 305, 570, 579, 580, 637
 Heigl O 129, 130
 Heigl-Evers A 56, 129, 130, 145, 260, 386,
 515, 516, 546, 570, 579, 580, 637, 657
 Heilig R 554
 Heim E 48, 384
 Heimann H 139, 147, 458, 514, 515, 516, 701
 Heimann P 230, 231
 Heimannsberg B 436, 584
 Heiniger B 19
 Heint H 75, 314, 317
 Heinroth JC 565
 Heintel P 423
 Heisterkamp G 26, 41, 92, 98, 209, 346, 378,
 418, 777

Namensverzeichnis

- Heller G 378
Hellgardt H 166, 735
Hellinger B 194, 413, 427
Hellwig A 680
Hemmeler W 29
Henderson V 117
Hendrichs H 631
Henle M 243
Hennig H 26, 341, 388
Hennigan KM 179
Henrich D 139
Henschler D 147, 269, 515, 583, 586, 595, 615, 666
Hensel T 345
Herberth F 21, 88, 490
Herbst J 557
Herkenham M 554
Herkner W 49
Herman JL 248
Herrlich J 561
Herrmann B 220
Herrmann JM 17, 127, 566, 610
Hertoft P 129
Herzog M 120, 513
Herzog T 362
Herzog W 177
Hess P 347
Heuft G 137, 237
Hexel M 280, 384, 555, 611, 692, 705
Heyer GR 27, 370, 378
Heyne C 437
Hick P 291
Hicklin A 33, 116, 404, 774
Hildebrand B 491
Hilgard E 136, 286, 469
Hilgers M 434
Hill CE 574
Hillman J 23, 32, 35, 43, 44, 45, 189, 273, 301, 335, 343, 472, 502, 508, 559, 575, 692, 693, 722, 732, 742, 743, 778
Hinsch J 280, 412, 447, 688, 692, 705
Hinsch R 356, 357
Hinterhuber H 676, 678
Hippius H 285, 468, 636, 666
Hippius M 309, 310, 716, 718
Hippokrates 341, 386
Hirsch RD 237, 238, 239
Hirschauer S 718
Hirschfeld M 641, 717
Hirschmann J 370
Hirshberg C 388
Hiß P 557
Hobbes Th 161
Hochgerner M 108, 220, 230, 314, 371
Hochkeppel W 271
Hodel B 561
Hoek A-M v. 82
Hoerster N 271
Höfer E 192
Hofer-Moser O 380
Hoff H 554
Höffe O 271
Hoffer W 3, 4, 51, 202, 218, 231, 287, 291, 335, 341, 359, 369, 432, 545, 548, 549, 582, 755
Hoffman I 735, 736
Hoffman L 286, 393, 394, 451
Hoffmann AD 26
Hoffmann B 61, 235, 371
Hoffmann N 759, 762
Hoffmann SO 418, 610
Hoffmann W 624, 643
Hoffmann-Axthelm D 378
Hofmann A 269
Hofmann P 354, 506, 563
Höger D 4, 15, 220, 311, 480, 510, 772
Höhfeld K 306, 455
Höhmman-Kost A 317
Holder A 231, 740, 777
Hölderlin JCF 119, 663
Hole V 195
Höll K 30, 275
Holland JC 387, 388, 555
Holmes G 146
Holtby M 651
Hölter G 553, 554
Holtz K-L 344
Hölzer M 785
Holzhey-Kunz A 120, 121
Holzworth-Munroe A 488, 489
Homer 565
Homm M 50, 73, 267, 764
Hopcke R 505
Hoppe F 38, 611
Horaz 275
Horkheimer M 522
Horn K 656
Horney K 180, 208, 246, 564
Hornung WP 561
Horodecki I 660
Hossenfelder M 271
Houben I 130, 141, 143, 461, 510, 511, 601, 660
Howard KI 235
Howe J 4, 699, 700, 720, 776
Hoyndorf S 624, 635, 636
Huang MP 117, 118
Huber W 155
Hubschmid T 8
Hueck W 499
Hug-Hellmuth H 345, 660
Hughes M 525
Hull CL 213
Hume D 161
Huppertz L 586
Huppmann G 13
Hurrelmann K 207, 408
Hurwick M 304
Huse B 213
Huss M 17
Husserl E 182, 212, 280, 400, 512, 513
Huttanus A 14

Hutterer R 14, 15, 280, 361, 507, 531, 540,
620, 623, 692, 705, 715
Hutterer-Krisch R 13, 62, 78, 79, 80, 108,
178, 188, 280, 435, 436, 438, 495, 509, 559,
560, 561, 562, 601, 692, 705, 752, 774, 775,
783
Huxley A 516, 517
Hycner R 179

I

Iberg J 211
Ijzendoorn MH v. 95
Iljine V 74, 314, 409
Imber-Black E 193, 197, 273, 366, 598
Ingham H 337
Ingliss B 142
Irigaray L 564
Isakower O 3, 4, 51, 202, 218, 231, 287, 291,
335, 341, 359, 369, 432, 545, 548, 549, 582,
755
Israel M 390
Iyengar BKS 47
Izard C 159

J

Jackson D 139, 278, 326, 355, 416, 485, 664
Jackson SE 104
Jacobi C 103
Jacobi J 310, 505
Jacobs HE 561
Jacobson E 166, 453, 532, 533, 543, 618, 619
Jacobson NS 488, 489, 491
Jacoby M 232
Jacggi E 570
Jaenike U 723
Jaffé A 229, 646, 742
Jäger H 129
Jäger W 176, 449, 661
Jalkoczy S 520
James T 430, 791
James W 26, 221, 298, 373, 459
Jandl-Jager E 52, 362
Janet P 1, 137, 191, 283, 433, 728
Janoff-Bulman R 646, 727, 728
Janov A 528, 529
Janssen L 118
Jarrett JL 781
Jaspers K 39, 180, 182, 269, 279, 556, 770
Jeschek P 28
Jilek WG 715
Jochims I 460
Joffe WG 4
Johanson G 268
John TP 577
Johnen R 223, 673, 674
Johnson SM 436
Johnson VE 154, 170, 224, 502, 636, 640,
641, 665, 749

Joines V 140, 421
Jones E 402, 452, 683
Jones HG 760
Jong P de 412
Jong-Meyer R de 274
Joraschky P 375, 418
Jorda C 296, 401, 441, 550, 599, 601
Jordan J 362
Jordan MEC 338
Jores A 565
Josuttis M 142
Jourard S 56, 279
Jovanovic U 61, 578, 792
Jovic IN 238, 239
Joyce AS 639
Jucknat M 38
Juhnke G 113, 127, 141, 269
Jung CG 1, 16, 22, 24, 26, 27, 32, 37, 38, 43,
44, 45, 46, 57, 83, 86, 87, 116, 124, 131,
135, 136, 163, 164, 189, 191, 199, 200, 213,
227, 229, 232, 233, 273, 277, 290, 301, 308,
309, 334, 343, 345, 357, 358, 359, 363, 392,
397, 398, 402, 404, 417, 420, 432, 445, 447,
450, 462, 463, 472, 498, 501, 502, 504, 505,
507, 508, 520, 532, 535, 538, 545, 552, 553,
558, 587, 590, 591, 592, 604, 607, 615, 616,
619, 621, 622, 638, 645, 647, 660, 684, 685,
689, 692, 693, 704, 715, 717, 718, 721, 722,
724, 725, 729, 732, 737, 742, 743, 750, 777,
778, 781
Jung E 35
Junker E 744
Jürgens U 334
Jüttemann G 703

K

Kächele H 11, 12, 164, 177, 230, 231, 384,
638, 639, 704, 785
Kaes R 488, 490
Kahan M 30
Kahleyss M 686
Kahn JM 123, 458
Kaiser P 236
Kaiser-Rekkas A 645
Kalff DM 604
Kames H 298
Kanfer F 30, 70, 91, 301, 302, 353, 354, 360,
406, 615, 624, 628, 629, 633, 644, 645, 668,
755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 794
Kanitschar H 136, 285
Kant I 62, 169, 410, 783
Kantner-Rumplmair W 384, 555, 611
Kapfhammer H-P 113, 547
Kaplan HI 123, 458, 461
Kaplan HS 154, 427, 482, 483, 639, 641, 665,
666, 749
Kaplan LJ 564
Kaplan N 312
Kappus H 146, 209
Karasu TB 784, 785

Namensverzeichnis

- Karlin RA 286
Karpel M 193
Karpman S 140
Karwautz A 103
Kasper E 441
Kasper S 34, 123, 492
Kast V 35, 46, 232, 290, 301, 309, 357, 358,
420, 447, 450, 684, 750
Kastel R 169
Kastenbaum R 279
Kästl R 612
Kastner W 170
Katschnig H 188, 199, 390, 391, 408
Katz MM 367
Kaufmann FX 33
Kaufmann H 783
Kausen R 306, 356
Kawai H 619
Kaye J 464
Kazdin AE 572, 574
Kegel A 502
Keil W 160, 274, 291
Keith-Spiegel P 78, 79
Keleman S 98
Keller H 605
Keller T 457, 563
Keller W 27, 782
Kellermann PF 698
Kellermann R 677
Kelley CR 229, 378, 576, 579
Kelley G 465
Kelso JAS 314, 654
Kemper F 345
Kempner W 194, 196
Kerényi K 472
Kernberg O 25, 102, 174, 295, 304, 324, 367,
452, 453, 471, 497, 604, 702, 712, 729, 730
Kerr J 95
Kessler RC 525
Kestenberg E 28
Ketcham K 542
Khan M 88
Kiel H 264
Kienzle J 342
Kienzle N 561
Kierein M 50, 52, 73, 75, 78, 79, 80, 214,
267, 403, 634, 682, 764, 773, 796
Kierkegaard S 39, 180, 182, 184, 185, 620
Kieserg A 561
Kiesler DJ 133, 134, 626
Kiloh LG 554
Kind H 340
Kind J 680
Kindermann W 676
Kindler H 95
Kinzel C 282, 342, 778
Kiphard EJ 553, 554
Kirsch S 378
Kisiel T 766
Kisker K 391, 461
Klages L 64
Klar S 447
Kleber JA 575
Kleber RJ 727, 728
Kleibel-Arbeithuber J 195, 692, 792
Kleiber D 53
Klein G 431
Klein M 88, 114, 125, 331, 345, 346, 470,
471, 497, 508, 534, 535, 613, 614, 657, 660,
661, 735
Klein U 537
Kleinsorge H 1
Kleist K 553
Klerman GL 104, 325, 326, 354
Klessmann E 37
Klessmann HA 37
Kline MV 652, 738
Klippstein H 23, 264
Klitzing K v. 607
Kloes G 600
Klug G 220
Kluge CAF 581
Kluge F 452
Klumbies G 1
Klußmann R 566, 570
Knapp-Diedrichs V 671
Knill PJ 53, 54, 303, 323, 385, 393, 443
Kniskern DP 198, 489, 490
Kobasa SC 408
Kochenstein P 635
Kockott G 147, 154, 155, 170, 173, 224, 718
Koenigsberg H 102, 304, 367
Kohlberg L 205
Kohle H 176
Köhle K 17, 566, 610
Köhler W 202, 203, 228, 244, 245, 381, 392
Köhnken G 192
Kohut H 3, 25, 32, 81, 88, 128, 160, 161,
216, 220, 287, 289, 292, 295, 324, 331, 333,
339, 380, 381, 396, 408, 452, 453, 454, 462,
471, 472, 476, 503, 534, 543, 544, 595, 596,
614, 618, 619, 629, 630, 631, 633, 639, 657,
658, 696, 697, 712, 731, 734, 740, 745, 746,
763, 772, 773, 797
Kolakowski L 523
Kolbe C 99
Kolodny R 502, 640
Kommer D 539
Konieczna T 390, 391
König K 736
König O 329
König P 457, 458
Koocher GP 78, 79, 572
Koperski B 518
Koppenhöfer E 178
Korbei L 291
Kordy H 638, 639
Körkel J 2
Kornbichler T 109
Körner J 171
Kortus R 238, 239
Korzybski A 458, 459, 460, 664

Kösel E 441
 Kossak HC 19, 20, 22, 61, 64, 209, 281, 283,
 285, 299, 301, 339, 407, 542, 578, 602, 628,
 709, 710, 731
 Kottje-Birnbacher L 62, 259, 260, 300, 384,
 476
 Kovar K 675
 Kraepelin E 496, 714, 715
 Krafft-Ebing R v. 283, 421, 422, 582, 603
 Kraft H 57, 58, 61, 213, 214, 470, 594, 740
 Kraiker C 581, 769
 Krainz E 600
 Kramer N 178
 Krampen G 58, 213, 254, 594, 740, 796
 Krapf G 469, 470
 Krapp A 759
 Krasner L 765
 Krasner U 625
 Kratzmann E 143
 Kraus A 799
 Krause G 756, 757, 758
 Krause R 7, 191, 322
 Krausz M 141
 Kretschmar C 238, 239
 Kretschmer E 370
 Kretschmer W 234, 434
 Kreuter-Szabo S 620
 Kriegman D 781
 Kripananda 392
 Kris E 3, 4, 51, 90, 202, 218, 231, 287, 291,
 335, 341, 359, 369, 432, 545, 548, 549, 582,
 755
 Krisch R 562
 Kriz J 109, 169, 178, 195, 213, 446, 447, 565,
 570, 671, 690, 704
 Krohn W 202
 Krollpfeifer K 149, 150
 Kröner-Herwig B 23, 610
 Kronfeld A 143
 Kropiunigg U 347, 348, 554, 568, 569
 Krüchl H 651
 Krug J 469
 Krüger F 48
 Krüger RT 401, 601
 Krüll M 31
 Krumm V 759
 Krusche H 250
 Kruse A 237
 Krystal JH 192
 Kübler-Ross E 279
 Kufner H 688
 Kufner W 98, 379
 Kugler P 616
 Kuhn R 557
 Kühn R 41, 126, 166, 249, 415, 419, 455,
 463, 735, 777
 Kuhn T 493, 494, 786
 Kühnel G 470
 Kuhr A 53
 Kuiper NA 172
 Kulessa C 390

Künkel F 21, 152, 241, 292
 Kunz M 32, 608
 Künzel R 74, 99, 166, 669
 Kupper Z 8
 Küppers G 202, 631
 Kurdek LA 572
 Kurtz R 98, 109, 111, 268, 377
 Kurz W 39
 Kutash IL 546
 Kutschera G 594
 Kutter P 258, 262, 330, 332, 360, 396, 442,
 503, 642, 706, 745

L

Laakmann G 325
 Laban R 82, 83, 150, 378, 695
 Lacan J 28, 114, 115
 Lachmann FM 231, 336, 414, 442, 537, 547,
 582, 596, 619, 630, 633, 642, 735, 736
 Ladenbauer W 153, 302, 434, 665
 Ladewig D 142, 143, 675, 678
 Laing RD 182, 279, 355
 Laireiter A-R 53, 130, 137, 382, 577, 762
 Lakatos I 192
 Lamb ME 157
 Lamb W 83, 150
 Lambert MJ 574, 784
 Lambron P 311
 Lamertz C 150
 Lamott F 258, 262, 263
 Land D 162
 Landauer G 29, 30, 246
 Lang A 205
 Lang H 155, 644
 Lang I 443
 Lang O 47, 341, 443, 476, 687
 Lang PJ 353
 Langeegger F 425, 426
 Langen D 49, 61, 64, 283, 286, 470
 Langen M 192
 Langenbach M 572
 Langenmayr A 719
 Langer G 139, 147, 458, 514, 515, 516, 551,
 701
 Langer SK 685, 686
 Längle A 33, 39, 55, 72, 89, 99, 115, 124,
 126, 130, 153, 158, 180, 181, 183, 249, 252,
 255, 256, 397, 411, 494, 504, 505, 506, 511,
 514, 552, 555, 556, 617, 647, 648, 775, 782
 Längle S 130
 Langs R 496
 Lankton CH 429, 430
 Lankton S 429, 430
 Lao Tse 424
 Laplanche J 19, 20, 31, 32, 33, 34, 56, 77, 81,
 199, 200, 202, 218, 291, 331, 332, 342, 362,
 368, 369, 382, 383, 414, 528, 589, 590, 618,
 619, 674, 719, 763, 777, 787, 792
 Larcher R 626
 Lassek H 100

Namensverzeichnis

- Latka HF 562
Lattmann UP 356
Lauer G 2
Laut P 767, 768
Lauter H 391, 461
Lauterbach W 614
Laux G 77, 458, 557, 615, 711
Lawrence FC 150
Lawrence G 589
Lazarus AA 302, 444, 760
Lazarus L 554
Lazarus RS 158, 159, 280, 353, 354, 383, 384, 669, 670
Lebeau M 111, 430
Lebovici S 28, 345
Lebow J 489, 490
Leboyer F 228
Lecourt E 445
LeCron LM 299
LeDoux J 314, 404, 524, 525
Leeb W 599
Leeper RR 70
Leff JP 188
Leffers CJ 478
Lefrançois GR 406, 407
Lehmkuhl G 11, 220, 241, 306, 455, 736, 737, 789
Lehmkuhl U 3, 11, 41, 208, 220, 306, 420, 455, 736, 737, 789
Lehr U 399
Leibniz GW 161, 516
Leidinger F 238, 239
Leites A 116
Lemche E 43, 250, 251, 257, 258
Lenk K 299
Lenk W 697
Lenz G 798
Leonard J 767, 768
Lercher L 248
Lerman H 178
Lesch OM 3, 17, 18, 122, 168, 518, 582, 601
Lesemann K 601
LeShan E 699, 700
LeShan L 386, 387, 388, 699, 700
Lettner K 137, 577
Leuenberger R 272, 382, 699, 767
Leuner HC 5, 6, 47, 57, 72, 142, 210, 255, 259, 282, 300, 340, 341, 347, 384, 388, 416, 417, 443, 444, 451, 476, 529, 530, 589, 591, 613, 683, 687, 739, 772
Leutz GA 13, 386, 441, 550, 599, 643, 653, 654, 656, 657, 658
Leuzinger-Bohleber M 161
Leva F 520
Levi-Strauss C 671
Levie CA 652
Levin DM 9
Levin R 722
Lévinas E 326, 372, 699
Levine EG 506
Levine SK 506
Levita D de 297
Levy F 695
Lévy-Bruhl L 498
Lewin K 27, 38, 56, 134, 140, 144, 145, 200, 202, 203, 205, 208, 243, 245, 246, 257, 258, 259, 275, 322, 338, 359, 366, 381, 397, 398, 477, 480, 508, 509, 598, 600, 654, 698, 707, 744, 755, 756, 778, 785, 791, 796
Lewinsohn PM 367
Lewis D 83
Lewis M 536, 537, 605, 607
Liberman RP 561
Lichtenberg JD 21, 25, 81, 146, 176, 332, 336, 345, 360, 396, 414, 442, 503, 537, 543, 547, 605, 606, 618, 619, 630, 633, 642, 650, 706, 730, 745
Lidz T 197, 355
Lieb R 150, 794
Lieberz K 552, 765
Liese BS 678
Liettaer G 361, 715, 794
Lindemann E 389
Linden M 99, 113, 126, 274, 628, 759, 761
Lindsley DR 760
Lindy JD 726, 727
Linehan M 131
Linemayr G 387
Lingis A 766
Link G 489
Linster H 4, 15, 220, 311, 480, 510, 772
Lipchik E 411, 412
Lippitt R 200
Lipsitt LP 399
Lischke U 81, 376
Liskow BI 168
Lisle G de 542
Locke J 161
Loew T 522
Loewald HW 471
Loewit K 641, 664
Lofthus E 542
Logar R 248
Lohmer M 220
Lohse H 129
Lomas P 114
London P 286
Loomans P 172, 310, 517, 716, 717
Loos G 445
Loos H 238, 239
Lopez Ibor JJ 58
LoPiccolo J 639
Lörch B 489
Lorenz K 9, 10, 94
Lorenzer A 92, 685, 693
Lösel F 408
Loth N 30
Löwe P 375
Lowen A 5, 54, 97, 98, 109, 110, 111, 116, 164, 249, 268, 342, 372, 374, 377, 379, 380, 413, 668, 780

Lowen L 249
 Lowenfeld M 604
 Loyola I v. 423
 Lozier J de 593
 Luborsky L 42, 173, 573
 Lück HE 169, 205, 397, 707, 755, 756
 Lückel K 409
 Lückert H-R 668
 Lückert I 668
 Luckhurst E 554
 Luckmann T 400, 652, 653
 Ludewig K 194, 273, 410, 438, 530, 595, 691, 692
 Ludwig D 708
 Lueger RJ 639
 Luepker ET 80
 Lülle-Leonhardt E 550, 600
 Luft J 258, 337
 Luhmann N 63, 363, 364, 372, 427, 429, 530, 631, 690, 692
 Luif I 53, 68, 478, 681, 682
 Lukas E 153, 411
 Luss K 130
 Luthe W 56, 57, 58, 59, 60, 165, 464, 469
 Lutz R 178, 302
 Lux M 354, 506, 563
 Lynch M 95
 Lynn SJ 90, 596
 Lyotard J-F 523, 524

M

Maak N 562
 Maaser R 375, 378, 379
 Maaz H-J 26, 342, 380
 Mackewn J 724
 Maercker A 126, 274, 524, 525
 Mahler M 25, 293, 471, 543, 563, 564, 604, 650, 682, 683, 712
 Mahoney M 114, 351, 353, 354, 761
 Maier C 8
 Main M 312
 Majce-Egger M 145
 Mandel B 228
 Mann C 597
 Manné J 321
 Mannheim K 299
 Manz R 169
 Marcel A 404
 Marcel G 39, 82, 314, 326, 372, 404, 405, 799
 Marcuse H 522
 Margraf J 34, 64, 74, 91, 126, 147, 224, 274, 302, 357, 359, 381, 492, 583, 591, 759, 761, 763, 794
 Margreiter J 563
 Margreiter U 178, 328, 474
 Maritsch F 362
 Mark MM 179
 Markowitz JC 325, 326
 Marlock G 750
 Marmor J 29
 Marrow A 38, 144, 397, 398, 598, 707
 Marschall B 342
 Märten M 271, 272, 319, 320, 433, 455, 525, 574, 703, 714
 Martin B 661
 Marty P 17, 565
 Marx K 640
 Maslach C 104
 Masling J 722
 Maslow A 14, 180, 279, 448, 502, 620, 626, 715
 Masser J 325
 Masters WH 154, 170, 224, 502, 636, 640, 641, 665, 749
 Matarazzo RG 53
 Mathias U 653, 654
 Matschiner-Zollner M 174, 231
 Mattke D 638, 639
 Mattoon MA 27, 718
 Maturana H 63, 195, 363, 364, 671, 690, 691
 Matussek P 370, 560
 Maul B 109, 185, 368, 377, 378, 493, 616
 Maurer J 21, 88, 490
 Maus C 349, 350, 753
 Maxwell JC 204
 May R 180, 181, 182, 279
 Mayer M 15
 Mayer V 147
 McCarty GJ 546
 McClelland L 37
 McDaniel SH 364
 McDermott I 250
 McDonald JB 70
 McDougall J 17
 McFarlane A 525, 727, 728
 McGaugh JL 76
 McGill C 195, 340
 McGoldrick M 197, 236, 296, 401
 McGuire WJ 678
 McIllduff E 117
 McLeod I 620, 621
 McNamee S 464
 McNeel J 456
 McNeely DA 80
 Mead GH 405, 599
 Meador B 162
 Meermann R 103, 104
 Meerwein F 387
 Meichenbaum DH 30, 352, 353, 354, 628, 669
 Meier G 242
 Meier K 109
 Meiss O 19
 Meißel T 113, 519, 551
 Mellor K 107, 165
 Meltzoff D 605
 Mende M 233, 738
 Meng H 2
 Mentzos S 5, 297, 463, 560
 Menzel B 178
 Menzen K-H 247

Namensverzeichnis

- Mering O v. 656
Merl H 195, 487
Merleau-Ponty M 82, 314, 326, 404, 405, 426, 427, 512, 513, 799
Merry T 506
Merten R 562
Mertens W 308, 545, 547, 563, 564, 777
Mesmer FA 283, 342
Metzger W 48, 93, 202, 203, 227, 228, 243, 244, 245, 292, 392, 531, 532, 611, 612, 698, 796
Metzinger T 428, 429
Metzmacher B 318, 367, 455
Meyer A-E 155, 682
Meyer G 660
Meyer J 351
Meyer J-E 391, 461
Meyers-Anderson M 446
Michael JL 353, 633
Micklem N 1
Mickunas A 766
Middendorf I 47
Miers ML 572
Milch W 128, 216
Miles MB 515, 516
Milgrom JH 80
Mill JSt 271
Miller GA 250, 407, 459, 460, 757, 758, 793
Miller NE 359, 433, 760
Miller SM 536, 537
Miller T 59, 254
Miller TI 428
Millon T 509, 510
Mills J 344, 424
Miltner W 99
Milz H 379
Mindell A 538, 540, 716, 717
Minett G 47, 103, 321, 586
Minkowsky E 180
Minuchin S 195, 198, 199, 296, 338, 455, 565, 728, 765, 766
Mischel W 76, 761
Mitchell S 471, 773
Mitscherlich A 10, 11, 19, 21, 32, 34, 36, 42, 51, 56, 85, 110, 116, 127, 144, 218, 220, 253, 263, 275, 289, 291, 293, 295, 300, 304, 324, 332, 336, 339, 383, 396, 402, 408, 414, 422, 425, 431, 454, 462, 471, 472, 503, 512, 528, 530, 543, 545, 548, 549, 564, 565, 573, 582, 584, 585, 604, 614, 618, 619, 640, 642, 656, 657, 673, 674, 683, 696, 706, 707, 721, 725, 730, 731, 734, 736, 740, 741, 746, 754, 755, 762, 773, 777, 780, 781, 787, 792
Moen M 9, 215, 373
Mohr F-J 346, 777
Möller H-J 34, 113, 123, 147, 458, 468, 492, 516, 663, 688
Moller R 676
Molnar A 411, 412
Mombour W 12, 18, 35, 123, 130, 419, 461, 492, 497, 510, 511, 517, 558, 609, 718, 798
Monden-Engelhardt C 345
Money J 640
Monod M 28
Montagu A 79, 375, 376
Montalvo B 199, 766
Moore N 601
Mor V 279
Moreau-Dreyfus J 28
Moreno JL 13, 28, 40, 72, 259, 314, 320, 345, 370, 386, 398, 445, 455, 549, 550, 599, 600, 653, 654, 656, 657, 662, 697
Moreno Z 342
Moretti P 533
Morgan WL 29
Morgenthaler F 279, 642, 643
Morningstar J 47, 321, 585, 586
Morris LA 519
Morschitzky H 12, 35, 492, 517
Moser C 563
Moser T 26, 378, 425, 426
Moskau G 194
Mott FJ 101
Moursund JP 210, 649, 651
Mowrer OH 667, 760
Mrochen S 344
Mueser K 195
Muir R 95
Muktananda S 108, 392, 621, 622, 661
Müller B 724
Müller C 139, 391, 461
Müller G 194
Müller HJ 473
Müller U 196, 561
Müller-Braunschweig H 223, 674
Müller-Pozzi H 231
Müller-Schwefe R 229, 484, 576, 579
Müller-Spahn F 123
Müller-Suur H 370
Münch F 30
Müngersdorff R 657
Munz D 177
Murphy HBM 714, 715
Musalek M 518
Musaph H 640
Müschenich S 100
Musgrave A 192
Mussen P 563, 564
Muthny FA 384
M'Uzan M de 17, 565
- ## N
- Nacht S 560
Nagera H 6, 730, 731
Nagl-Docekal H 178
Naranjo C 275
Nattland C 546
Neddermeyer R 75, 315, 405
Needham J 237
Nef B 688
Nehen HG 237

Nelson CB 525
 Nelson K 605
 Nelson RO 614
 Nemeskeri N 362
 Nemiah JC 565
 Nerin W 194
 Neske G 795
 Nestmann F 456
 Netter P 678
 Neumann E 309, 310, 621, 622
 Neumer S 381
 Neuringer C 353, 633
 Nevis E 242, 364, 365, 495, 562, 779
 Newman CF 678
 Newman K 88, 642
 Niedercken D 446
 Nietzsche F 135, 136, 524
 Nijenhuis ERS 137
 Nitzschke B 343
 Norcross JC 319, 320, 433
 Nordoff P 303
 Norre J 104
 North G 104
 North M 151
 Novaco RW 669
 Nowotny H 786
 Nunberg H 291, 292, 643
 Nunnally E 411, 412
 Nuytten J 425, 426
 Nyswander M 142

O

Oberegelsbacher D 446
 Ochsmann R 720
 O'Connor J 250, 430, 440, 466, 588, 771
 Odent M 228
 O'Donohue W 625, 765
 Oehlmann J 597
 Ofman W 181
 Ogden TH 88, 497, 535
 Olbrich HM 582
 Olsen-Webber L 500
 Onda A 424
 Opton EM 159
 Orange DM 81, 144, 290, 327, 331, 332, 481, 618, 633, 696, 697, 741, 772, 773, 781
 O'Regan B 388
 O'Reilly M 324, 325
 Orlinsky D 19, 235, 433, 539, 573, 714
 Ornstein A 332, 346, 360, 396, 422, 442, 454, 503, 584, 632, 633, 706, 745, 780, 781
 Ornstein P 161, 332, 360, 396, 442, 454, 503, 584, 632, 633, 706, 745, 746, 773
 Orr L 585, 586
 Orth I 54, 82, 83, 314, 317, 327, 385, 393, 409, 443, 597, 699, 702, 703, 767
 Osofsky JD 157
 Osten P 82, 382
 Osterweis M 719, 720
 Ostow M 551

Otálora Z 209
 Ott J 570
 Ottaviani R 351
 Otte H 320
 Otto J 689
 Otto R 592
 Ottobre M 59
 Ottomeyer K 13, 599, 693
 Oudhof J 537
 Overbeck G 566
 Ovid 575
 Ovsiankina M 744

P

Pabst H 510
 Padesky C 351
 Pagès M 162
 Paivio A 427
 Panagiotopoulos P 4, 311, 772
 Panosch B 325
 Papoušek H 157, 334, 605
 Papoušek M 157, 334, 606
 Papp P 197
 Paracelsus 15
 Parfitt W 568
 Parfy E 178
 Parin P 537
 Paris J 10, 102
 Parker R 448
 Parks BK 235, 539, 573
 Parlett M 205
 Parloff MB 574
 Parsons BV 195
 Parsons T 145, 656, 671
 Parth W 559
 Pasche F 560
 Passweg V 518
 Patzig G 271
 Pauer-Studer H 178
 Paul GL 133, 134
 Paul N 197
 Paul T 103
 Pauli P 267
 Pauli W 213, 689
 Pauls I 612
 Pawlow IP 35, 283, 406, 407, 667
 Pawlowsky G 160, 507, 531
 Paykel ES 354
 Pechtl W 27, 112, 113, 249, 328, 374, 379, 477, 579, 580, 649
 Peciccia M 533
 Pelc I 18, 601
 Pelikan Ch 423
 Peller J 55
 Penn P 286
 Pepping G 74
 Peresson L 470
 Perls F 10, 29, 72, 86, 89, 132, 164, 179, 180, 203, 245, 246, 272, 275, 279, 313, 320, 364, 365, 381, 398, 401, 443, 458, 459, 479, 480,

Namensverzeichnis

- 541, 542, 585, 611, 612, 620, 621, 622, 648,
724, 739, 743, 752, 779
Perls L 29, 72, 132, 133, 179, 245, 246, 280,
620, 769
Perrez M 689
Perry JW 662
Pert CB 554
Pesendorfer F 6
Peseschkian N 430, 521, 522
Pesso A 378
Peter B 20, 22, 23, 67, 269, 282, 299, 413,
523, 581, 611, 645, 678, 684, 697, 708, 710,
738, 769
Petermann F 154, 368, 715, 759
Peters UH 736
Petry J 660
Petzold HG 5, 19, 27, 40, 49, 52, 54, 72, 74,
75, 82, 83, 98, 110, 157, 167, 238, 239, 256,
260, 271, 272, 297, 298, 314, 315, 316, 317,
318, 319, 320, 326, 327, 334, 342, 345, 366,
367, 371, 372, 374, 378, 379, 381, 382, 385,
393, 402, 403, 404, 405, 409, 410, 426, 427,
428, 429, 432, 433, 441, 443, 455, 456, 516,
525, 536, 537, 541, 550, 553, 554, 570, 574,
589, 597, 600, 604, 605, 606, 626, 653, 654,
658, 682, 687, 698, 699, 700, 702, 703, 714,
720, 726, 727, 767, 779, 780, 799
Pfeiffer W 687, 715, 723
Pfingsten U 356, 357
Pfister O 2
Piaget J 8, 84, 85, 199, 205, 371, 465, 608,
618, 650, 671, 736
Picker H 280, 692, 705
Pieper B 204
Pierce GR 408
Pieringer W 28, 704
Pierrakos J 110, 116, 378
Pincus HA 18, 122, 168, 582
Pincus L 193
Pine F 293, 564, 683
Pinsof WM 574
Piper WE 638, 639
Pisicelli U 470
Platon 169, 184, 341, 718
Platt JJ 530
Plessner H 405, 427
Ploeger A 28, 644
Poch V 291
Podreka I 518
Podvoll E 783
Pöggeler O 617
Pohler G 280, 692, 705
Pokorny MR 437, 438
Pokorny V 230, 371
Pöldinger W 77, 458, 557, 615, 636, 680,
711
Poldrugo F 601
Pollak K 224
Polster E 86, 246, 313, 520, 739, 778, 779
Polster M 86, 246, 313, 739, 778, 779
Pongratz L 399, 400, 415, 435, 705
Pontalis J-B 19, 20, 31, 32, 33, 34, 56, 77, 81,
199, 200, 202, 218, 291, 331, 332, 342, 362,
368, 369, 382, 383, 414, 528, 589, 590, 618,
619, 674, 719, 763, 777, 787, 792
Pope KS 80, 437
Popp R 50, 73, 267, 764
Pöppel E 48
Poppelreuter S 43
Popper K 192, 522
Portele H 86, 133, 205, 479, 622, 635
Porter N 178
Portier L 537
Pörtner M 526, 527
Poser M 676
Pouget D 220
Powell A 260
Prata G 153, 287, 361, 416, 464, 495, 688,
795
Presslich E 174, 231, 308
Presslich-Titscher E 362
Preston-Dunlop V 520
Prétat JR 397
Pretzer J 351
Pribram KH 250, 276, 277, 407, 460, 758,
793
Priestley M 13, 303, 445
Prigogine I 213, 692
Prior M 59
Pritz A 50, 73, 75, 262, 382, 391, 403, 466,
493, 626, 634, 682, 714, 764, 796
Probst C 253, 354, 506, 563
Prochaska JO 433
Proksch R 423
Protzel M 16
Proudhon PJ 29
Prouty G 349, 526, 527
Prudlo U 170
Prudlo W 67, 676
Prusoff BA 354
Pühl H 331, 368, 478, 681
Puysegur M de 283
- Q**
- Quartesan R 533
Quitmann H 280, 480
- R**
- Rabel G 441
Rabin C 562
Racamier PC 560
Rachman S 668, 760
Racker H 736
Rad M v. 17, 127
Radcliffe-Brown A 221
Radebold H 20, 237, 238, 239
Radin P 417
Rado S 143
Rahm D 320
Rahner K 33

- Raknes O 100, 750, 751
 Ramin G 318, 345
 Rand ML 482
 Rank O 180, 228, 246, 348, 683
 Ranty Y 533, 534
 Rapaport D 432
 Rappaport S 195
 Rappe-Giesecke K 478, 681
 Raskin N 467
 Rath I 119, 251, 293, 294, 295, 333, 334, 650, 651, 712, 713, 731
 Rathbauer-Vincie M 27
 Rätsch C 127, 141, 269
 Rattner J 566
 Rau H 267, 600
 Rauch M 220
 Rauchfleisch U 279
 Rausch E 243
 Rauscher B 692, 792
 Rauscher-Gföhler B 195
 Ray S 228, 585, 586
 Rechtiën W 256, 258, 329, 580
 Reck HJ 219
 Reck S 330
 Reese HW 399
 Rehfish HP 23, 610
 Reich G 177
 Reich W 5, 26, 96, 97, 99, 100, 101, 109, 110, 111, 162, 163, 164, 165, 166, 185, 205, 228, 229, 235, 236, 246, 268, 342, 368, 372, 373, 374, 377, 378, 386, 395, 413, 473, 474, 482, 483, 484, 492, 493, 575, 576, 579, 616, 640, 641, 668, 670, 671, 750, 751, 798, 799
 Reichard S 781
 Reid WH 652
 Reimer C 102, 300, 384, 436, 760
 Reinecke MA 351
 Reinecker H 12, 30, 70, 71, 74, 91, 187, 302, 360, 367, 368, 406, 440, 517, 615, 624, 629, 633, 645, 668, 755, 756, 757, 758, 759, 761, 794, 798
 Reinelt T 41, 128, 146, 175, 209, 222, 223, 345, 644, 674
 Reinhardt M 245
 Reinhold M 624, 635, 636
 Reiter L 195, 280, 390, 412, 447, 530, 692, 705, 714
 Reiter-Theil S 62, 195, 530, 752
 Remer P 208
 Renik O 88
 Renn K 212
 Rennert M 112
 Rennick PJ 596
 Renz M 446
 Retzer A 464, 488, 489, 563, 610
 Revenstorf D 22, 30, 36, 45, 67, 136, 153, 170, 209, 269, 283, 285, 301, 302, 311, 434, 492, 570, 580, 581, 588, 596, 602, 645, 665, 675, 676, 697, 709, 742, 747, 769
 Rhue JW 90, 596
 Rice AK 251
 Rice L 349, 530, 531
 Rich A 643
 Richards A 10, 11, 19, 21, 32, 34, 36, 42, 51, 56, 85, 110, 116, 127, 144, 218, 220, 253, 263, 275, 289, 291, 293, 295, 300, 304, 324, 332, 336, 339, 383, 396, 402, 408, 414, 422, 425, 431, 454, 462, 471, 472, 503, 512, 528, 530, 543, 545, 548, 549, 564, 573, 582, 584, 585, 604, 614, 618, 619, 640, 642, 657, 673, 674, 683, 696, 706, 707, 721, 725, 730, 731, 734, 736, 740, 741, 746, 754, 755, 762, 773, 777, 780, 781, 787, 792
 Richards F 512
 Richter H-E 93, 156, 194, 197, 345
 Richter R 682
 Rick C 55, 81, 83, 84, 321, 331, 357, 376
 Ricœur P 274, 428
 Riebenschahm H 23, 264, 710
 Riederer P 77, 458, 557, 615, 711
 Rief W 357
 Riem L 796
 Riklin F 45
 Rilke RM 119
 Ringel E 306, 347, 348, 390, 525, 526, 566, 568, 569, 680
 Ringler M 384, 555, 611
 Ripley G 15
 Ritter J 185
 Rittner S 347
 Rivera JL de 57, 59
 Robbins C 303
 Roberts J 598
 Robitscher J 681, 682
 Rockstroh B 676
 Roder V 561
 Rodriguez-Martos A 601
 Rodriguez-Petzold F 410, 682
 Roedel B 236
 Rogers C 4, 14, 15, 71, 72, 85, 92, 96, 117, 159, 160, 162, 180, 186, 191, 212, 213, 220, 221, 242, 247, 252, 274, 279, 310, 311, 312, 348, 349, 360, 361, 466, 467, 479, 480, 506, 507, 526, 539, 540, 541, 568, 569, 612, 619, 620, 623, 625, 626, 627, 660, 687, 715, 753, 771, 772, 775, 776, 793
 Rogers N 506
 Rogner J 11, 14, 308, 356, 566
 Rohde-Dächser C 28, 102, 240, 448, 564
 Röhrle B 456
 Rojahn J 65
 Rommelspacher H 122, 168, 582
 Ronall R 56
 Rosa KR 57, 469, 470
 Rosario ML 179
 Roschger-Stadlmayr B 792
 Rosen S 301
 Rosenberg JL 482
 Rosenberg R 160, 274
 Rosenfeld H 702
 Rosenman RH 104
 Rosenthal R 678

Namensverzeichnis

- Rosie JS 639
Rosman BL 199, 728, 766
Rosmanith S 470
Rosnow RL 572
Ross J 327
Ross R 18, 122, 168, 582
Rossi EL 45, 64, 138, 216, 281, 283, 285, 337, 339, 355, 360, 369, 407, 413, 424, 492, 523, 628, 676, 684, 708, 709, 710, 747, 792
Rossi S 216, 492, 709
Rössler E 412
Rotach-Fuchs M 340
Roth G 565
Rothbaum BO 726, 727
Rothchild E 118
Rothenberg A 386
Rotheram-Borus MJ 572
Rothschuh KE 100
Rotter JB 369
Rowan J 96, 101, 478, 557, 800
Rowland JH 387, 388, 555
Rubin JA 386, 393, 685
Ruby M 13
Rücker-Embden-Jonasch I 491
Rudolf II (der 2.) 15
Rudolf K 357
Rüedi J 234, 400, 481
Rufer M 150
Ruff MR 554
Ruffiot A 488, 490
Ruh M 785
Ruhe-Hollenbach H 320
Ruhs A 28, 260, 262, 559
Rummel P 75
Rummel W 147, 269, 515, 583, 586, 595, 615, 666
Rupprecht R 325
Rush AJ 351, 352, 353, 608
Rush F 248
Rust M 259
Rutishauser C 8
Rutter M 314, 399, 536, 537, 604, 605
- S**
- Sachs H 683
Sachs ML 602
Sachse R 4, 69, 70, 349, 350, 510, 623, 753, 776, 793, 794
Sachsse U 102, 259, 260, 300, 384, 476
Sackett DL 113
Sade M de 603
Sadock BJ 123, 458, 461
Salameh W 281
Salber W 612
Sales Franz v. 423
Saletu B 518
Salskovskis PM 351
Salzer M 304, 367
Sameroff A 604, 605
Sammer U 533
Samuel-Lajeunesse B 28, 200
Samuels A 27, 619
Sandler J 4, 231, 471, 740, 777
Sandner D 25, 260, 261, 330
Sandner DF 732
Sanella L 662
Sappes H 362
Sarason BS 408
Sarason JG 408
Sarno JE 317
Sartre JP 39, 180, 181, 182, 398
Sasaki Y 424
Saslow G 757
Saß H 12, 18, 34, 130, 141, 143, 461, 492, 510, 511, 517, 558, 601, 660, 676, 677
Satir V 193, 194, 196, 338, 458, 459, 501, 565, 648
Saunders C 279
Saunders N 149, 150
Sbandi P 201
Schacht M 662
Schachter S 158, 159
Schafer R 432, 471
Schanda H 559
Scharfetter C 269, 315, 316, 559, 561
Scharff DE 490
Scharff JS 490
Scheffler S 207
Scheflen A 683
Scheidt J v. 127, 141, 269, 544, 583
Scheidt M 719, 720
Scheler M 39, 48, 125, 180, 182, 183, 504, 775
Scheller R 2
Schelling FWJ 162
Schepank H 169, 335, 461, 527, 552, 764, 765
Scherer K 47
Schieber D 698
Schieche M 95
Schiefele H 759
Schiepek G 109, 202, 631
Schiff E 107
Schiff L 90, 91, 107
Schill S de 546
Schilder P 375, 376
Schimke H 362
Schindler L 74
Schindler R 93, 144, 145, 167, 256, 328, 474, 559, 655, 656
Schindler W 24, 25, 260, 330, 546
Schlegel L 51, 69, 650, 651, 670, 713
Schlegel M 46
Schleiermacher F 428
Schlichting M 347
Schlippe A v. 63, 195, 438, 692, 793
Schlömer-Doll U 387
Schmelzer D 30, 70, 91, 302, 360, 368, 406, 440, 615, 624, 629, 633, 645, 668, 755, 756, 757, 758, 759, 761, 794
Schmetterer W 178

- Schmid PF 162, 252, 311, 349, 507, 531, 540, 753, 776
 Schmidbauer W 105, 127, 141, 269, 583
 Schmideberg M 614
 Schmidt G 67, 350, 413, 427, 483, 641, 708
 Schmidt J 328, 646
 Schmidt MH 12, 18, 35, 123, 130, 419, 461, 492, 497, 510, 511, 517, 558, 609, 718, 798
 Schmidt R 128, 306, 307, 420, 477, 566
 Schmidt U 103
 Schmidt-Hellerau C 754
 Schmidt-Lellek CJ 436, 584
 Schmidtchen S 65
 Schmiederer A 112
 Schmitz H 48, 49, 314, 404, 405, 428
 Schmölz A 303, 445
 Schneider K 778, 779
 Schneider S 492, 763
 Schneider V 390
 Schneider W 305
 Schneider-Düker M 38
 Schnyder U 525
 Schoener GR 80
 Schonecke OW 17, 127, 610
 Schönke M 276, 536
 Schoof M 680
 Schooler NR 572
 Schoop T 83, 695
 Schörghofer J 447, 688
 Schorr A 353, 761
 Schorsch G 129
 Schottenloher G 247, 393
 Schöttler C 642
 Schou M 516
 Schover LR 639
 Schramm E 103, 326
 Schray M 378
 Schreiner W 22
 Schreyögg A 112, 113
 Schroots JJF 399
 Schröter E 597
 Schuch B 175, 345
 Schuch HW 381, 382
 Schuckit M 122, 168, 582
 Schüffel W 674
 Schug R 457
 Schuhmacher B 563
 Schüle J 466
 Schuller A 575
 Schulte B 682
 Schulte D 70, 71, 74, 99, 166, 669, 756
 Schulte-Bahrenberg T 74
 Schultz D 643
 Schultz JH 39, 57, 58, 60, 61, 64, 100, 165, 213, 214, 235, 255, 283, 370, 371, 424, 464, 469, 470, 533, 552, 594
 Schulz W 362, 703
 Schumaker J 679
 Schumer F 199, 766
 Schur M 127, 565, 593
 Schuster P 149, 150, 304, 482, 652, 673, 706, 707
 Schütz A 400
 Schütz R 375, 379
 Schwabe C 13, 445, 597
 Schwaber E 496
 Schwanenberg E 679
 Schwartz EK 261, 262, 546
 Schwartz G 519
 Schwartz H-J 252, 349, 361, 626, 627
 Schwartz LH 758, 759
 Schwartz-Salant N 16, 45, 405, 534, 535
 Schwarz F 560
 Schwarze R 79
 Schwarzmann J 345
 Schweitzer J 63, 194, 438, 563, 692, 793
 Schwentner G 178
 Schwidder W 370
 Schwoon D 141
 Scott W 625
 Scotus Duns J 474
 Searles HF 560
 Sedgwick D 232
 Sedlak F 47, 60, 68, 100, 153, 302, 434, 435, 443, 665, 674
 Seeman H 23, 610
 Seemann MD 324, 325
 Seemann O 117, 118, 324, 325
 Seewald J 376, 686
 Segal H 125, 497
 Seibt W 640
 Seidenfuß J 209, 234
 Seidenstücker G 700
 Seidler GH 607
 Seifert T 378, 590
 Seiffert H 704
 Seiffge-Krenke J 345
 Seithe A 384
 Seligman M 105, 172, 668
 Sell M 659
 Selver Ch 74, 246
 Selvini-Palazzoli M 153, 195, 197, 287, 361, 416, 464, 495, 565, 688, 794, 795
 Selye H 669, 670
 Selzer MA 102
 Semans JH 665, 666
 Senf W 62, 137, 155
 Senger G 624, 643
 Serok S 562
 Seymour J 430, 440, 466, 588, 771
 Shaked J 260, 262
 Shakespeare W 15
 Shapiro AK 519
 Shapiro DA 42
 Shapiro F 726, 727, 728
 Shapiro R 197, 760
 Sharpe R 147
 Shaw BF 351, 352, 353, 608
 Shazer S de 54, 55, 153, 195, 215, 411, 412, 491, 495, 499, 792
 Shepard H 167, 323, 365, 589

Namensverzeichnis

- Shepherd I 495
Sherman J 729
Shneidman ES 699, 700
Shor RE 90
Shure MD 530
Siebenthal W v. 370
Sieber JE 572
Sieder H 248
Siegel EV 83, 84, 695
Siegrist J 408
Siems M 211, 264
Sieper J 75, 83, 272, 320, 385, 537
Sifneos PE 17, 565
Sigusch V 129, 635, 643, 718
Silverman H-J 766
Silverstein O 197
Simhandl C 130
Simion F 604, 605
Simkin JS 774, 775
Simon A 178
Simon B 410
Simon F 195, 350, 355, 563, 609, 610
Simon K 351
Sims M 749
Singer B 42
Singer J 158, 159
Skinner BF 76, 406, 407, 667, 760, 765
Slater A 604, 605, 606
Slavin MO 781
Slavson SR 344
Slembek E 327, 767
Slunecko T 466, 493, 494, 570
Smeijsters H 446
Smith D 493
Smith LB 315
Smith ML 427, 428
Smitskamp H 533
Snygg D 14, 512, 620
Sokolov EN 267
Sollmann U 249
Söllner W 384, 555, 610, 611
Sollors-Mossler B 169
Solomon F 720
Sommer F 456
Sommer G 65
Sonneck G 50, 73, 75, 388, 389, 390, 391, 403, 526, 570, 634, 680, 682, 764, 796
Sonnega A 525
Sophokles 471
Sorgatz H 99, 159, 166, 668, 669, 670, 759
Southwell C 96, 97, 478, 557, 799, 800
Southwick SM 192
Soyka M 117, 118
Spangler G 95
Spark G 121, 197
Speck R 455
Speierer G-W 349, 350, 510
Spence DP 573
Sperber M 785
Sperling E 197
Spiegel D 137
Spiegel-Rösing I 700
Spiegelberg H 514
Spiel O 305
Spiel W 306
Spinhoven P 137
Spinoza B 161
Spintge R 597
Spitz RA 23, 79, 138, 236
Spitz Y 562
Spivack G 530
Sponsel R 703
Spörkel H 109, 577
Spring BJ 609
Springer G 69, 108, 119, 210, 293, 295, 332, 333, 334, 650, 651, 712, 713, 731
Springer-Kremser M 304, 362, 482, 652, 673, 706, 707
Squire M 30
Sreckovic M 30, 179, 205, 246, 365
Sroufe A 605
Stacher A 519
Stadler M 192
Staemmler F-M 187, 401
Standal S 85, 623
Stanislavsky K 16, 314
Stanton MD 198
Stark W 577
Starke K 147, 269, 515, 583, 586, 595, 666
Stattman J 750
Steffan A 272, 382, 699, 767
Steffens W 384
Stein M 45, 592, 732
Stein TS 278
Stein W 729
Steinäcker K 798
Steinbauer M 354, 506, 563
Steinberg W 124
Steindl-Rast D 448, 449
Steiner C 649, 650, 670, 766
Steiner E 714
Steiner M 518
Steinhausen HC 37
Steinlechner M 280, 692, 705
Stekel W 2, 143
Stellberg R 585, 586
Stelle H 95
Stelle M 95
Stelzig M 13
Stemberger G 79
Stephanos S 469, 470
Stephenson T 280, 692, 704, 705
Stepski-Doliwa S 28
Sterba R 347
Stern DN 19, 20, 25, 26, 157, 312, 327, 332, 345, 358, 378, 379, 408, 467, 537, 543, 585, 590, 598, 605, 607, 650, 689, 750, 780
Sternbach LH 77, 557, 711
Stetter F 68
Steuchus A 516
Stevens B 221

- Stevens I 458
 Stewart I 140, 421, 456
 Sticht U 456
 Stierlin H 121, 139, 194, 195, 197, 350, 355, 427, 565
 Stiles WB 42
 Stipsits R 15, 361, 507, 531, 540, 623, 715
 Stokvis B 14, 261, 370
 Stolorow RD 81, 88, 144, 218, 231, 289, 290, 327, 332, 358, 359, 431, 481, 535, 582, 618, 619, 633, 639, 673, 696, 697, 706, 707, 725, 735, 736, 740, 741, 776, 777
 Stolze H 686
 Störig H-J 161
 Storz D 446
 Strachey J 10, 11, 19, 21, 32, 34, 36, 42, 51, 56, 85, 110, 116, 127, 128, 144, 218, 220, 253, 263, 275, 289, 291, 293, 295, 300, 304, 324, 332, 336, 339, 383, 396, 402, 408, 414, 422, 425, 431, 454, 462, 471, 472, 503, 512, 528, 530, 543, 545, 548, 549, 564, 573, 582, 584, 585, 604, 614, 618, 619, 640, 642, 657, 673, 674, 683, 696, 706, 707, 721, 725, 730, 731, 734, 736, 740, 741, 746, 754, 755, 762, 773, 777, 780, 781, 787, 792
 Strauch R 204
 Straus E 180
 Straus F 577
 Strauß B 638, 639
 Streck KH 109
 Streeck U 402
 Strnad A 103
 Strobel W 13, 343, 347
 Strömgren E 391, 461
 Strotzka H 93, 305, 367, 390, 637, 752
 Strube MJ 428
 Strunk G 202, 631
 Strupp H 347, 348, 367, 569, 703, 785
 Struppler A 780
 Stubbe H 720
 Stumm G 52, 69, 183, 262, 280, 285, 570, 692, 704, 705
 Sturm J 639
 Suess E 518
 Sullivan HS 88, 246
 Süllwold L 561
 Sulz S 159
 Sutich AJ 715
 Suttie J 88
 Swanson J 154, 155
 Swildens H 4, 17, 18, 310, 311, 349, 350, 449, 510, 540, 769, 770, 776
 Szasz T 142
 Szent-Gyorgyi A 15
 Taubes J 139
 Taucher J 354, 506, 563
 Tausch A-M 252, 627
 Tausch R 242, 252, 627, 715, 753
 Tayler JL 79
 Taylor DW 113
 Teasdale JD 172
 Teichmann-Wirth B 52
 Tellenbach H 48, 49, 180
 Tenbrink D 21, 152
 Tepe P 523, 524
 Terr LC 727, 728
 Testemale-Monod G 28, 200
 Teusch L 4, 350
 Thelen E 314, 315
 Thiel A 103
 Thielen M 373
 Thierau H 179
 Thies J 393, 597
 Tholey P 202, 203
 Thomä H 11, 12, 164, 230, 231, 399, 704, 752
 Thomas K 57, 61, 213, 214, 469, 470
 Thomasius R 149, 150
 Thompson JK 666
 Thurmaier F 489
 Tillich P 179, 246
 Timberlake W 765
 Tissie P 553
 Titscher E 92, 736, 737
 Titze M 3, 14, 41, 128, 166, 171, 175, 208, 209, 231, 234, 281, 306, 307, 308, 356, 400, 410, 415, 418, 420, 434, 477, 705, 735, 737, 777
 Tölle R 517
 Tolpin M 290, 797
 Tolpin P 797
 Tomm K 78, 215, 216
 Toth C 95
 Trampisch HJ 169
 Trautmann-Voigt B 695
 Trautmann-Voigt S 695
 Treasure J 103
 Trenkle B 344
 Tress W 169, 539, 572
 Treurniet N 545
 Trexler L 351
 Triebel-Thome A 204
 Trischkat A 562
 Tritt K 522
 Trochim WMK 179
 Truax CB 626, 753
 Trütsch K 8
 Tscheulin D 252, 349, 350
 Tschuschke V 539, 638, 639, 784, 785
 Tudor K 361
 Tünner W 406
 Turk DC 30
 Tursky B 519
 Tuschchen B 591
 Tutsch L 130

T

- Talbot M 276, 277
 Tart C 108, 716
 Täschner K 675
 Taschwer K 786

Namensverzeichnis

Tymister HJ 175, 346

U

Uchtenhagen A 238, 239, 370, 675
Uexküll Th v. 17, 29, 48, 94, 127, 145, 223, 387,
388, 469, 565, 566, 567, 610, 637, 673, 674
Ulbing M 562
Ulich D 207
Ullmann L 150
Ullrich de Muynck R 357
Ullrich R 357
Ullrich W 196
Ury W 423
Uslar D v. 722

V

Vaihinger H 208, 209
Vandereycken W 103, 104
Vanderlinden J 104, 137
van Deurzen-Smith E 493
van Deusen JM 198
van der Hart O 136, 137, 598
van der Heiden U 202
van der Hoek A-M 157, 655
van der Kolk B 524, 525, 726, 727, 728
van der Linden P 322
van der Mei S 315, 317
van Dyck R 137
van Kessel W 322
Varela F 63, 195, 363, 364, 671, 690, 691
Vaughan F 172, 716, 717
Vaughn C 188
Verbanck P 601
Vermeer A 315, 553, 554
Vetter H 224
Vetter J 78, 79
Vincie JF 27
Vogel H 53, 577
Vogt I 437, 438
Vogt O 469
Voigt B 328, 329
Völger G 142
Völkel H 464
Völker U 280
Voracek M 52
Vorweg M 276, 536, 537, 599
Votsmeier A 635
Voutta-Voss M 318
Vugt G v. 561, 562
Vyt A 157

W

Wächter M 259
Wächtler C 238, 239
Wagner H 280, 412, 692, 705
Wahking H 650
Waibel EM 636
Walburg JA 601

Walder P 149, 150
Waldvogel B 545
Walker W 440
Wall S 95
Wallace CJ 561
Wallnöfer H 49, 57, 58, 60, 61, 100, 254,
283, 420, 424, 469, 470, 796
Walsh RN 197, 423, 716, 717
Walsh SJ 723
Walter H 122, 168, 518, 582, 601
Walter H-J 38, 93, 132, 140, 243, 244, 245, 272,
292, 392, 398, 531, 532, 612, 698, 752, 785
Walter JL 55
Walters M 197
Wangerin W 597
Wanschura E 199
Ward LF 100
Warren WH 654, 655
Wartenberg G 342
Wascher W 117
Waschulewski-Floruß H 99
Waters E 95, 312
Watkins JG 7, 281, 282, 283, 342, 697, 738
Watson JB 76
Watson JC 531
Watzl H 676
Watzlawick P 280, 326, 355, 364, 416, 485,
491, 663, 664, 691
Weakland J 139, 355, 411, 485, 491, 691
Webber L 500
Weber G 52, 194, 426
Weber M 646, 786
Weber RJ 554
Weber TT 364
Wedler H 390
Weerth R 250, 440, 460, 473, 581, 593, 675
Wehowsky A 798
Weigand W 478
Weiland IH 683
Weiner B 49
Weiner H 565
Weiner-Davis M 411
Weingart P 786
Weise S 204
Weiseath L 525, 727, 728
Weiß C 335, 527
Weiss H 268
Weiss K 600
Weiss SM 758, 759
Weiss T 691
Weißig N 272
Weissman MM 103, 325, 326, 354, 509, 510
Weitzenhoffer AM 286
Weizsäcker V v. 370, 371, 395, 396, 433, 565,
674, 770
Welck K v. 142
Wellendorf F 478
Welsh I 149, 150
Welter-Enderlin R 487, 491, 691
Wendt H 173, 224
Wenglein E 680

- Wengler B 420
 Wensauer M 95
 Werde D v. 527
 Wertheimer M 228, 243, 244, 245, 246, 292, 531, 532, 698
 Werthmann H-V 402
 Wesiack W 17, 127, 610
 Weth EJ 441
 Wexberg E 21, 241
 Weyerer S 169, 335, 527
 Weymann E 303
 Wheeler G 208
 Whitacker C 194, 196, 280
 White L 519
 White M 189, 195, 452
 Whitehouse M 83, 520, 695
 Whiting R 598
 Whorf BL 326
 Wick E 223
 Wicki B 39, 504
 Wickler W 640
 Wicklund RA 623
 Widinger TA 18, 122, 168, 582
 Widlocher D 28
 Wiegand R 11, 208, 234, 305, 306
 Wienand WM 78, 79
 Wiener N 393
 Wieringa FC 201
 Wiesenhütter E 14, 94, 370
 Wieser M 13, 693
 Wiese J 11, 789
 Wigman M 520, 695
 Wilber K 87, 276, 277, 449, 516, 716, 717, 719
 Wild-Missong A 264, 312, 409, 607
 Wildberger E 108, 220, 314
 Wilhelm R 27
 Wilke E 102, 300, 341, 384, 476, 591, 760
 Willi J 48, 93, 195, 197, 350, 465, 473, 488, 489, 490, 498, 499
 Willke H 63, 690
 Wills TA 568, 569
 Wiltschko J 2, 6, 9, 73, 171, 186, 206, 211, 212, 214, 215, 219, 264, 290, 291, 373, 409, 498, 594, 595, 607
 Wimmer A 50, 73, 267, 764
 Windelband W 466
 Windeler J 169
 Winderl E 611
 Winkler M 252, 311, 776
 Winnicott DW 25, 88, 114, 115, 228, 230, 270, 345, 386, 387, 420, 471, 591, 660, 661, 685, 733, 734
 Wintersberger B 94
 Wipplinger R 759, 794
 Wirsching M 555
 Wirth B 69, 183, 262, 285, 570, 704, 705
 Wirtz U 437, 438, 646
 Wisiak UV 384, 555, 611
 Wittchen H-U 12, 34, 130, 141, 143, 150, 461, 492, 510, 511, 517, 558, 601, 660, 676, 677, 760
 Witte EH 487
 Witte KH 41, 166, 234, 415, 419, 455, 463, 735, 777
 Wittgenstein L 212, 646
 Wittkower E 714
 Witzig J 189
 Wodak R 135
 Wolberg L 281, 282, 283, 778
 Wolf A 260, 261, 262, 330, 546
 Wolf ES 2, 81, 216, 332, 360, 396, 442, 496, 503, 549, 630, 631, 632, 633, 706, 745
 Wolf F 412, 447
 Wolf S 30
 Wolfersdorf M 680
 Wolff T 532
 Wolfslast G 78, 79
 Wolpe J 76, 126, 173, 532, 760
 Wood JK 117, 162, 507
 Woodsmall W 430, 791
 Woollams S 174
 Worm G 26, 378
 Worrall M 361
 Worrell J 208
 Wottawa H 179
 Wright B 16
 Wright FD 678
 Wucherer-Huldenfeld AK 790
 Wuchterl K 356
 Wurmser L 142, 171, 418
 Wynne L 197, 355, 364
 Wyss D 433, 704
- Y**
- Yablonsky L 143, 441, 550
 Yalom I 145, 180, 181, 256, 257, 262, 275, 546, 700, 715
 Yates FA 502
 Yontef G 89
 Young J 608
 Young KS 325
- Z**
- Zabransky D 698
 Zaepfel H 318, 367, 455, 537
 Zalcman M 651, 659
 Zapotocky H-G 354, 506, 563
 Zar Michael Romanov 15
 Zaudig M 12, 34, 130, 141, 143, 461, 492, 510, 511, 517, 558, 601, 660, 676, 677, 798
 Zeidner M 670
 Zeier H 46
 Zeig JK 67, 160, 170, 355, 424, 596
 Zeigarnik B 144, 744
 Zeintlinger-Hochreiter K 38, 39, 40, 276, 296
 Zenz H 396
 Zepf S 17, 127
 Zetzel E 20
 Ziegler AJ 43, 44, 405
 Zielen V 559

Namensverzeichnis

Zielke M 639
Zimmer H 27
Zimmerl H-D 324, 325
Zimmermann F 185
Zimmermann P 95
Zinberg NE 141, 142
Zinker J 187, 724, 725
Zöbeli J 646
Zöller W 531, 532

Zubin J 609
Zuk G 728
Zulliger H 345, 660, 661
Zundel E 172, 310, 448, 449, 517, 661, 716,
717
zur Strassen D 768
Zwaan M de 103
Zweig C 608
Zwettler-Otte S 47

- Anhang -

Adler, Alfred



* 7.2.1870 in Wien; † 28.5.1937 in Aberdeen, Schottland.

Begründer der Individualpsychologie.

Stationen seines Lebens

1888: Matura an einem Wiener Gymnasium und Beginn des Studiums der Medizin an der Universität Wien; 1895: Promotion zum Dr. med.; 1897: Heirat mit der russischen Sozialistin Raissa Timofejewna Epstein, mit der er vier Kinder hatte, darunter Alexandra und Kurt, die sein Werk v. a. in den USA fortführten; 1898 „Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe“, in der das sozialmedizinische Engagement Adlers deutlich wird; 1899: Eröffnung einer allgemeinen ärztlichen Praxis in Wien; spätestens 1899 erste persönliche Kontakte mit → Freud; 1902: aufgrund einer Einladung Freuds wird Adler eines der fünf Gründungsmitglieder der „Psychologischen Mittwoch-Gesellschaft“, die 1908 in die „Wiener Psychoanalytische Vereinigung“ übergeführt wird und an der Adler bis 1911 regelmäßig teilnimmt; ab 1904: Veröffentlichungen, in denen unter anderem psychoanalytische und pädagogische Anliegen miteinander verbunden werden; 1907: Veröffentlichung der Studie „Über die Minderwertigkeit der Organe“, in der das Konzept der Kompensation erstmals systematisch entfaltet wird (Organminderwertigkeit); 1908: Einführung der Annahme eines eigenständigen Aggressionstriebes; persönliche und in-

haltliche Spannungen mit Freud nehmen zu; noch wird Adler aber von Freud um den Verbleib in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung gebeten; 1910: Adler wird Obmann der Wiener Ortsgruppe der neu gegründeten Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung und gemeinsam mit → Stekel Schriftleiter des „Zentralblatts für Psychoanalyse“; 1911: Adler hält zwei Vorträge, in denen er Freuds Triebtheorie kritisiert und postuliert, dass jene (neurotischen) Phänomene, die Freud auf den Sexualtrieb und dessen Verdrängung zurückführt, primär im Versuch der Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen gründen; auf Drängen Freuds scheidet Adler aus der Redaktion des Zentralblatts und in der Folge auch aus der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung aus; gemeinsam mit sechs anderen ehemaligen Teilnehmern an Freuds Mittwoch-Gesellschaft, zu denen unter anderem Carl Furtmüller zählte, gründet er den „Verein für freie psychoanalytische Forschung“, der 1913 in „Verein für Individualpsychologie“ umbenannt wird; mit der Wahl des Begriffs „Individualpsychologie“ bringt Adler zum Ausdruck, dass in den verschiedensten Verhaltensweisen, Eigenheiten und Auffälligkeiten eines jeden Menschen stets die typische Art und Weise zum Ausdruck kommt, in der eine Person in ihrer unteilbaren Ganzheit erlebt, wahrnimmt und handelt; 1912: in seinem Buch „Über den nervösen Charakter“ stellt er seine bis dahin entwickelte Theorie in geschlossener Form dar: Besondere Beachtung findet das subjektive Erleben von Kleinheit, Schwäche, Abhängigkeit oder Unterlegenheit sowie das final orientierte Verlangen, solche Zustände des Erlebens zu überwinden; dies kann Kompensationsbemühungen nach sich ziehen, die Adler positiv bewertet; das wiederholte Erleben von Kleinheit, Schwäche, Abhängigkeit oder Unterlegenheit kann aber auch zur Ausbildung von schmerzlichen Minderwertigkeitsgefühlen führen, die das Verlangen wecken, sich vor dem bewussten Gewahrwerden solcher Minderwertigkeitsgefühle zu schützen; folgen Menschen diesem Verlangen, so setzen sie unbewusster Weise spezifische Sicherungsaktivitäten, die ihnen den vordergründigen (fiktiven) Eindruck vermit-

teln, stark, überlegen, mächtig, unabhängig, besonders beachtet, attraktiv oder geliebt zu sein; auch psychopathologische Zustandsbilder sind Ausdruck und Folge solcher Sicherungsbemühungen, die unbewusst verfolgt werden; 1914: Herausgabe des Bandes „Heilen und Bilden“, gemeinsam mit Carl Furtmüller; 1915: aufgrund eines negativen Gutachtens von Wagner-Jauregg lehnt die medizinische Fakultät der Universität Wien Adlers Habilitationsansuchen ab; 1918: nach dem Ende des Ersten Weltkriegs problematisiert Adler mit Vehemenz persönliches und politisches Machtstreben und führt das Konzept des Gemeinschaftsgefühls ein, das eine Art „Kraft“ darstellt, die dem Streben nach persönlicher Macht und Überlegenheit entgegenwirkt; diese Annahme eines angeborenen, letztlich aber auf Förderung angewiesenen „Gemeinschaftsgefühls“ entfaltet Adler in den Jahren danach zu einer vielschichtigen Theorie, in der er wiederholt zum Ausdruck bringt, dass der Mensch ein soziales Wesen darstellt, das von Beginn an in soziale Bezüge eingebettet und auf diese auch angewiesen ist; dass der Mensch deshalb seine Fähigkeit, mit anderen förderlich kooperativ zusammenzuleben und zusammenzuarbeiten, zu kultivieren hat; und dass es jedem Menschen daher aufgegeben ist, Beiträge zu einem kooperativen Miteinander und damit zu einer Weiterentwicklung von sozialen Gegebenheiten zu leisten, die dem Einzelnen möglichst wenig Anlass zur Ausbildung schmerzlicher Minderwertigkeitsgefühle geben, in denen das unbedachte Verlangen nach Macht und Überlegenheit gründet; ab 1918/19 begünstigen zahlreiche Vorträge, Seminare und Kurse Adlers die Ausbreitung der Individualpsychologie innerhalb und außerhalb Europas, unterstützt durch einen wachsenden Kreis an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zu denen bald Persönlichkeiten wie Erwin → Wexberg, Fritz → Künkel, Manès → Sperber, Rudolf → Dreikurs, Otto → Rühle oder Alice → Rühle-Gerstel zählen; Adlers Interesse an gesellschaftspolitischen, sozialpsychologischen und pädagogischen Fragen, die eng mit dem Konzept des Gemeinschaftsgefühls verbunden ist, führt u.a. zur Einrichtung individualpsychologischer Erziehungsberatungsstellen sowie

zu Reformen im schulischen Bereich, an denen nicht zuletzt Oskar → Spiel und Ferdinand → Birnbaum maßgeblich beteiligt sind; 1920: Veröffentlichung des Sammelbandes „Praxis und Theorie der Individualpsychologie“, in dem sich Adler auch mit dem individualpsychologischen Verständnis ausgewählter psychopathologischer Zustandsbilder sowie mit Fragen des psychotherapeutischen Arbeitens befasst; 1924: Ernennung zum Professor am Pädagogischen Institut der Stadt Wien; ab 1926 Vorträge in den USA; 1927: nach zahlreichen Aufsatz- und Buchpublikationen, die verschiedenste Themen der Individualpsychologie behandeln, erscheint wiederum eine systematische Darstellung seiner Theorie in dem Buch „Menschenkenntnis“; 1929: Medizinischer Leiter des Mariahilfer Ambulatoriums, einer Klinik zur Neurosenbehandlung; Gastprofessor an der Columbia University in New York; erste Bücher erscheinen in ihrer Originalfassung in englischer Sprache („Problems of neurosis“, „The science of living“); 1932: Lehrstuhl für Klinische Psychologie am Long Island Medical College; 1934 verlegt Adler seinen Wohnsitz gänzlich nach New York; 1937 stirbt er während einer Vortragsreise in Aberdeen; die Weiterführung seiner Theorie erhält insbesondere in Nordamerika (→ Ansbacher; Dreikurs) eine etwas andere Ausrichtung als in Europa; v. a. in Mitteleuropa kommt es nach 1945 zur Ausarbeitung eines stärker tiefenpsychologischen bzw. psychoanalytischen Selbstverständnisses der von Adler begründeten Individualpsychologie (→ Schmidt; → Ringel).

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Nach der anfänglichen Zusammenarbeit mit Freud rückt Adler mit dem Konzept des Minderwertigkeitsgefühls das menschliche Verlangen nach der Kompensation von bewusst und unbewusst erlebten Mangelagen ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Damit verbindet er: die Kritik an metapsychologischen Begriffen, die Entwicklung von populär gewordenen Begriffen wie Lebensstil oder Gemeinschaftsgefühl sowie die Thematisierung von Zusammenhängen

zwischen sozialen Gegebenheiten, der Entwicklung psychischer Strukturen und der Ausbildung von Krankheitszuständen (als Beispiele seien Adlers Ausführungen zum männlichen Protest, zum neurotischen Arrangement sowie zur Geschwisterkonstellation genannt). Aktuelle psychoanalytische Diskussionen über Narzissmus, über die Regulation des Selbst (Einheit der Person), über frühkindliche Entwicklung (Zärtlichkeitsbedürfnis) oder über sogenannte „Frühstörungen“ (Entwertungstendenz) knüpfen explizit oder implizit an Ansätze Adlers an. Adler ist als Pionier des fokussierenden psychotherapeutischen Arbeitens anzusehen, der bereits früh die Beachtung negativer Übertragungstendenzen betonte. Adler regte zahlreiche Entwicklungen innerhalb der Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse an, darunter auch Reformbemühungen, die außerhalb von Psychotherapie im engeren Sinn angesiedelt sind (etwa im Bereich der Erziehungsberatung).

Wesentliche Publikationen

- (1907, 1977) Studie über Minderwertigkeit von Organen. Frankfurt/M., Fischer
(1912, 1997) Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie [Reprint in einer kommentierten, textkritischen Ausgabe hg. von K.H. Witte, A. Bruder-Bezzel & R. Kühn]. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
(1920, 1974) Theorie und Praxis der Individualpsychologie: Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer. Frankfurt/M., Fischer
(1927, 1966) Menschenkenntnis. Frankfurt/M., Fischer
(1928, 1974) Die Technik der Individualpsychologie (Erster Teil: Die Kunst, eine Krankengeschichte zu lesen. Zweiter Teil: Die Seele des schwer erziehbaren Schulkindes). Frankfurt/M., Fischer
(1933, 1973) Der Sinn des Lebens. Frankfurt/M., Fischer
(1982/83) Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze (Bd. I: 1919–1929; Bd. II: 1930–1932; Bd. III: 1933–1937) (hg. von H.L. Ansbacher & R.F. Antoch). Frankfurt/M., Fischer
Adler A, Furtmüller C (1914, 1973) Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie. Frankfurt/M., Fischer

Literatur zu Biografie und Werk

- Handlbauer B (1990) Die Adler-Freud-Kontroverse. Frankfurt/M., Fischer
Handlbauer B (1996) Von „schlampigen Konflikten“ und „großen Neurosen“: Ein neuer Blick auf die Freud-Adler-Kontroverse. In: Lehmkuhl U (Hg), Heilen und Bilden: Behandeln und Beraten: Individualpsychologische Leitlinien heute (S 33–47). München, Reinhardt
Hoffman E (1997) Alfred Adler: Ein Leben für die Individualpsychologie. München, Reinhardt
Rattner J (1972) Alfred Adler. Reinbek, Rowohlt
Rüedi J (1992) Die Bedeutung Alfred Adlers für die Pädagogik: Eine historische Aufarbeitung der Individualpsychologie aus pädagogischer Perspektive. Bern, Haupt
Schiferer R (1995) Alfred Adler: Eine Bildbiographie. München, Reinhardt
Wengler B (1995) Betrachtungen zu Adlers Behandlungstechnik. Zeitschrift für Individualpsychologie 20: 273–287

Wilfried Datler

Balint, Michael

* 3.12.1896 in Budapest; † 31.12.1970 in London.

Mutiger und origineller Denker; hochgebildet, ideenreich und fantasievoll, ein Analytiker mit hoher Sensibilität; Objektbeziehungstheoretiker, Fokalthherapie, Begründer der Balint-Gruppenarbeit.

Stationen seines Lebens

Eine unersättliche Wissbegier kennzeichnete seine Jugend und er bewahrte sie bis zum letzten Augenblick seines Lebens. Die aufstrebende Wissenschaft der Biochemie zog ihn an, nachdem er aber 1919 → Ferenczis Vorlesung über Psychoanalyse gehört hatte, wandte er sich diesem anderen aufstrebenden Wissensgebiet zu. Nach seiner Graduierung an der medizinischen Fakultät 1920 begab er sich nach Berlin und arbeitete dort als Chemiker. Dort interessierte er sich für eine Wissenschaft, die ebenso neu war, die psychosomatische Medizin. Er begann eine Analyse bei Hanns Sachs, war aber mit dieser Erfahrung sehr unzufrieden. Er bezeichnete sie einmal als „allzu kognitiv“. Er kehrte bald nach Budapest zurück und setzte seine Analyse bei Sándor Ferenczi fort. Er stieg sehr schnell in der psychoanalytischen Hierarchie in Budapest auf und zählte bald zu Ferenczis berühmtesten Schülern, später wurde er sein Freund und der Verwalter seines literarischen Nachlasses.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Balints Beitrag zur Psychoanalyse ist von besonderer Bedeutung und Originalität. Er beschäftigte sich vor allem (gemeinsam mit seiner ersten Frau Alice) mit den psychischen Entwicklungen in der frühen Kindheit und den verschiedenen Aspekten der entsprechenden Konsequenzen für die Theorie und für den Behandlungsprozess. Am bekanntesten ist sein Konzept der „primären Liebe“, das er dem Freudschen Begriff des „primären Narzissmus“ gegenüberstellte. Er erstellte dieses Konzept sehr früh in seiner psychoanalytischen Karriere und gehört damit zu jenen ungarischen Psychoanalytikern, die die Objektbeziehungstheorie auf dem Kontinent einführten. Vom Konzept der primären Liebe waren seine klinischen Untersuchungen über die psychoanalytische Technik – sein hauptsächliches, wenn auch nicht einziges Interesse – durch vierzig Jahre hindurch geleitet. Er war einer der Wenigen, die früh erkannten, dass die Psychoanalyse eine Theorie der Entwicklung der Objektbeziehungen braucht, vergleichbar aber unabhängig von der, wie er es sah, „biologisierenden Theorie der Entwicklung der Triebe“ – was erst heute breite Anerkennung findet. Da er es verabscheute, eine neue psychoanalytische Schule zu begründen, wertete er dieses reichhaltige Konzept nicht hinreichend aus. Erst heute wird in verschiedenen Trends der gegenwärtigen Psychoanalyse Balints Konzept der „primären Liebe“ in seiner Bedeutung und in seinem transformativen Einfluss auf die gesamte Psychoanalyse anerkannt – allerdings ohne Balint zu nennen. Eine weitere grundlegende Idee Balints ist „der Neubeginn“, die sich auf eine Phase im Behandlungsprozess bezieht, in der alte Abwehrstrukturen unerwartet aufgegeben werden und damit einen glücklichen Ausgang der Analyse einleiten. In Zusammenhang damit soll auch gesagt sein, dass Balint, obwohl er kein typisch „passiver“ Analytiker war, ein besonderes Maß an Respekt dafür hatte, was dem Patienten gerade möglich ist, in der Therapie zu erreichen, deswegen auch seine ungewöhnliche Toleranz, auf das Auftauchen des „Neubeginns“ in der Therapie warten zu können. Balints theoretische und

klinische Beiträge zur Psychoanalyse sind in kompakter Form in seinem Buch „The basic fault: Therapeutic aspects of regression“ zusammengefasst. In Fachkreisen wurde er weltweit bekannt für seinen Zugang zur Psychotherapie im Allgemeinen, zur Fokalthherapie im Besonderen und für seine Ausbildung von Ärzten der Allgemeinmedizin in den bekannten „Balint-Gruppen“, die er (gemeinsam mit seiner zweiten Frau Enid) entwickelt hat. Balints Pädagogik in diesen Gruppen war von besonderer Bedeutung und verdient weitere Untersuchungen, da es sich dabei um einen ungewöhnlich erfolgreichen Weg des Lehrens handelt, der auf den Fähigkeiten aufbaut, die den Teilnehmern innewohnen. Seine Theorie der Krankheit im allgemeinen als auch sein Konzept von Behandlung sind in seinem Buch „The doctor, his patient and the illness“ enthalten, einem Meilenstein in der Geschichte der Psychotherapie. Balint war in all seinen Arbeiten von einer Objektbeziehungstheorie geleitet. Er beschrieb diese Position allerdings nicht spezifisch in ihren Unterschieden zur herkömmlichen Psychoanalyse. Er bezeichnete sich nicht ausdrücklich als „Objektbeziehungstheoretiker“, sondern bloß als Psychoanalytiker – „durch und durch“. Mit seinem richtungsweisenden – und zu dieser Zeit recht gewagten – Konzept der „primären Liebe“ schuf er die Grundlage für sein Lebenswerk. Auf dieser Basis erweiterte er seine klinischen Beobachtungen und seinen therapeutischen Zugang in viele Richtungen und über die formalen Grenzen der Psychoanalyse hinaus. Er band sich nie an eine bestimmte Theorie; seine klinischen Beobachtungen führten ihn immer wieder zu Modifizierungen seiner theoretischen Ansichten. Wohl von Ferenczi stark beeinflusst, ging er seinen eigenen Weg. Sein Interesse war wie das von Ferenczi primär therapeutischer Natur, wie viele seiner Schriften beweisen, besonders die Monografie „The basic fault“. An diesem Werk wird besonders deutlich, wie Balint kontinuierlich daran arbeitete, sein Wissen in den vielen Bereichen seiner Interessen, des klinischen, des theoretischen und des pädagogischen Bereiches, zu vertiefen. Ein detailliertes Studium seiner Schriften zeigt den Einfluss von Balints Beiträgen zur Zeit

ihrer Veröffentlichung ebenso wie ihre weiterhin bestehende Bedeutung im Licht gegenwärtiger Psychoanalyse – insbesondere der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Das gegenwärtige psychoanalytische Klima ist Balints innovativen Ideen gegenüber viel offener, während rigide theoretische Positionen und Dogmatismus in den Vereinigten Staaten seine Beiträge noch vor nicht allzu langer Zeit außerhalb des Mainstreams der Psychoanalyse gehalten haben. In England und in anderen europäischen Ländern dagegen wurde Balints Werk immer hoch geschätzt.

Wesentliche Publikationen

- (1952) Primary love and psychoanalytic technique. London, Hogarth Press [dt.: (1966) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern, Huber]
- (1964) The doctor, his patient and the illness, 2nd ed. London, Pitman Medical Publishing [dt.: (1970) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Frankfurt/M., Fischer]
- (1968) The basic fault: Therapeutic aspects of regression. London, Tavistock Publications [dt.: (1973) Therapeutische Aspekte der Regression: Die Theorie der Grundstörung. Reinbek, Rowohlt]
- Balint M, Balint E (1961) Psychotherapeutic techniques in medicine. London, Tavistock Publications [dt.: (1962) Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern, Huber]
- Balint M, Ornstein PH, Balint E (1972) Focal psychotherapy: An example of applied psychoanalysis. London, Tavistock Publications/Philadelphia, Lippincott

Literatur zu Biografie und Werk

- Bacal HA, Newman KM (1990) Theories of object relations: Bridges to self psychology. New York, Columbia University Press [dt.: (1994) Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart-Bad Cannstatt, frommann-holzboog]
- Khan MR (1969) On the clinical provision of frustration, recognition, and failures in the analytic situation. An essay on Dr. Michael Balint's researches on the theory of psychoanalytic technique. The International Journal of Psychoanalysis 50: 237–248
- Ornstein PH (1992) How to read the basic fault: An introduction to Michael Balint's seminal ideas on the psychoanalytic treatment process. Forward to the basic fault. Chicago, North Western University Press

- Stewart H (1996) Michael Balint: Object relations pure and applied. London, Routledge
- Sutherland JD (1971) Michael Balint (1896–1970) [Obituary]. *The International Journal of Psychoanalysis* 52: 331–333
- Whitman RM (1977) Balint, Michael (1896–1970). In: Wolman BB (Ed), *International encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis and neurology*, pp 279–280. New York, Henry Holt

Paul H. Ornstein
(Übersetzung: Erwin Bartosch)

Beck, Aaron T.



* 18.7.1921 in Providence, Rhode Island, USA.

Begründer der Kognitiven Therapie.

Stationen seines Lebens

Sohn jüdischer Einwanderer aus der Ukraine; 1942 Abschluss an der Brown-Universität, 1946 M.D. für Psychiatrie an der Universität Yale. Die nun folgenden Jahre seiner medizinischen Ausbildung stehen bereits im Zeichen der Auseinandersetzung mit der Psychiatrie und der Psychotherapie. Kurz wendet er sich der Neurologie zu, die er, verglichen mit der Psychiatrie, für die präzisere Wissenschaft hält, und er befasst sich bereits während dieser Zeit mit der Rolle von Kognitionen in der Psychotherapie. In diesen Lebensabschnitt fällt auch seine psychoanalytische Ausbildung am Philadelphia Psychoanalytic Institute, die er trotz bereits bestehender Skepsis gegenüber der Psychoanalyse beginnt und 1958 abschließt. Die Ergebnisse seiner psychoanalytischen Therapien erlebt er als nicht zufriedenstellend, der Versuch, das psychoanalytische Konzept der Depression empirisch zu fundieren und verifizieren, scheitert. Diese Arbeit leistet er bereits als Wissenschaftler der Universität Pennsylvania, an der er 1954 zu forschen begann und an der er sein Leben lang bleiben sollte. Das wissenschaftliche Scheitern an der Psychoanalyse sowie enormes Wissen über das Wesen der Depression leiten eine rege Forschungstätigkeit ein. Am Ende einer ersten Phase steht die Entwicklung der kognitiven Therapie, einer neuen klinischen Behandlungsform. Beck verlässt damit endgültig den Boden der Tiefenpsychologie und begründet in den nächsten

Jahren seine Methode. Im weiteren Verlauf verfolgt er die Ausarbeitung und Verfeinerung dieses Ansatzes, vor allem aber auch dessen empirische Überprüfung. Es erfolgte eine Erweiterung auf andere Störungsbilder: Angststörungen, Panik, Sucht, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, bipolare Störungen, Schizophrenien. Es gibt kaum ein psychiatrisches Störungsbild, das in der Zwischenzeit nicht mit kognitiver Therapie behandelt wurde. Dabei spielt die Wirksamkeitsforschung eine tragende Rolle. Beck entwickelte spezifische Skalen, die die Veränderungsmessung unterstützen sollen (Beck Depression Inventory – BDI; Beck Hopeless Scale – BHS; Beck Anxiety Inventory – BAI; Beck Scale for Suicide Ideation – BSI; Beck's Youth Inventories) und die heute zum Standardrepertoire einer allgemeinen klinischen Untersuchung gehören, wenn Schweregrade bestimmter Störungen beurteilt werden sollen. Die Kreativität Becks findet ihren Ausdruck in einer ausgedehnten publikatorischen Tätigkeit, die mehr als 370 Arbeiten enthält, sowie in zahlreichen wissenschaftlichen Ehrungen. Ein weiterer Höhepunkt wurde durch die Gründung des „Beck Institute for Cognitive Therapy and Research“ gesetzt, das neben Forschungs- auch Ausbildungszwecken gewidmet ist und derzeit von Judith Beck, der Tochter Aaron Becks, geleitet wird.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Das Charakteristikum der kognitiven Therapie liegt in der Bedeutung, die gedanklichen und bildhaften Abläufen zugeschrieben wird. Beck bezeichnet Gedanken als Auslöser für spezifische Gefühle, Stimmungen und Verhalten. Dysfunktionale Kognitionen gelten als relevante Faktoren in der Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Zentrale Begriffe sind die der „automatischen Gedanken“ (Selbstverbalisationen, die uns und unsere Handlungen begleiten) sowie der „Grundannahmen“ (zentrale Einstellungen des Individuums, z.B. zu sich selbst oder zu anderen Menschen). Eine Veränderung der (dysfunktionalen) Kognitionen in Richtung realitätsgerechterer Neubewertungen

führt zu Veränderungen auf emotioneller, psychophysiologischer und Verhaltensebene. Da das therapeutische Vorgehen eine Kombination von verbaler Therapie und klassischen verhaltenstherapeutischen Methoden beinhaltet, wurde die kognitive Therapie sehr rasch in die Verhaltenstherapie integriert und ist seither relevanter Bestandteil kognitiv-behavioraler Behandlung.

Wesentliche Publikationen

- (1967) Depression: Causes and treatment. Philadelphia, University of Pennsylvania Press
- (1967) Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York, Harper & Row
- (1967) The diagnosis and management of depression. Philadelphia, University of Pennsylvania Press
- (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, International Press
- (1988) Love is never enough. New York, Harper & Row [dt.: (1994) Liebe ist nie genug. München, dtv]
- (1999) Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence. New York, Harper Collins
- Beck AT, Emery G (with Greenberg RL) (1985) Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, Basic Books [dt.: (1981) Kognitive Verhaltenstherapie bei Angst und Phobien. Tübingen, dgvt]
- Beck AT, Freeman A (1990) Cognitive therapy of personality disorders. New York, Guilford Press [dt.: (1993) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim, Psychologie Verlags Union]
- Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ (Eds) (1974) The prediction of suicide. Bowie (MD), Charles Press
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) Cognitive therapy for depression. New York, Guilford Press [dt.: (1996) Kognitive Therapie der Depression. Weinheim, Psychologie Verlags Union]
- Beck AT, Wright FW, Newman CF, Liese B (1993) Cognitive therapy of substance abuse. New York, Guilford Press [dt.: (1997) Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim, Psychologie Verlags Union]

Literatur zu Biografie und Werk

- Weishaar ME (1993) Aaron T. Beck. London, Sage

Bibiana Schuch

Berne, Eric

* 10.5.1910 in Montreal, Kanada; † 15.7.1970 in Monterey, Kalifornien.

Begründer der Transaktionsanalyse.

Stationen seines Lebens

Sohn eines praktischen Arztes und einer Schriftstellerin und Verlegerin, unter dem Namen Eric Lennard Bernstein geboren. Studium der Medizin in Montreal, 1935 Promotion; Weiterbildung zum Psychiater in den USA; 1938/39 Erwerb der US-amerikanischen Staatsbürgerschaft; Namensänderung auf Eric Berne; 1941 Beginn einer Lehranalyse bei Paul → Federn sowie der Ausbildung zum Psychoanalytiker am New Yorker Psychoanalytischen Institut; 1943–46 als Psychiater in der US-Armee, zuletzt im Dienstgrad eines Major; anschließend Niederlassung als Psychiater in Carmel (Kalifornien); außerdem beratender Psychiater und Gruppentherapeut bei verschiedenen Institutionen in San Francisco sowie Lehrtätigkeit; 1946 Fortsetzung der psychoanalytischen Weiterbildung in San Francisco sowie (1947–49) Lehranalyse bei Erik → Erikson; 1956 Ablehnung von Bernes Gesuch um Aufnahme als anerkanntes Mitglied der Psychoanalytischen Vereinigung, verbunden mit der Anregung, sich nach weiterer Fortbildung und Analyse nochmals zu bewerben. Berne hatte sich bereits zu dieser Zeit – wie seine später in dem Band über „Intuition“ zusammengefassten Arbeiten zeigen – vom Gedankengut der orthodoxen Psychoanalyse

entfernt. Die Ablehnung seines Gesuchs um Mitgliedschaft förderte jedenfalls Bernes Ambition, der Psychoanalyse etwas Neues hinzuzufügen. Noch 1956 verfasste er zwei Arbeiten, die sich mit den Ich-Zuständen befassen. Im ersten Aufsatz (Berne, 1957a) erläutert er unter Bezugnahme auf seinen ersten Lehranalytiker Paul → Federn, auf Eugen Kahn und Herbert Silberer, wie er zum Konzept der Ich-Zustände kam und woher die Idee, das Erwachsenen-Ich vom Kind-Ich zu trennen, stammte. Im zweiten Aufsatz (Berne, 1957b) entwickelt er das dreiteilige Schema der Strukturanalyse der Ich-Zustände und spricht von einem neuen psychotherapeutischen Ansatz. Eine nächste Veröffentlichung (Berne, 1958) betitelte er dann „Transaktionsanalyse: Eine neue und effektive Methode der Gruppentherapie“. Die Ich-Zustände werden erneut dargestellt, die Begriffe Spiele und Skript eingeführt. Damit sind die wesentlichen Grundlagen der Transaktionsanalyse gelegt. Bereits in den frühen 1950er Jahren hatte Berne in seiner Wohnung in San Francisco damit begonnen, Dienstag abends klinische Seminare abzuhalten, die er 1958 in die San Francisco Social Psychiatry Seminars for the Study of Transactional Analysis and Social Dynamics als gemeinnützige Gesellschaft umorganisierte. Diese Gesellschaft veröffentlichte ab 1962 das Transactional Analysis Bulletin. 1964 wurde die Internationale Transaktionsanalyse-Gesellschaft (ITAA) mit Sitz in San Francisco gegründet, die die San Francisco Social Psychiatry Seminars als Herausgeberin des Transactional Analysis Bulletin – seit 1971: Transactional Analysis Journal – ablöste. Ebenfalls 1964 erschien Bernes Buch „Games people play“, welches, in viele Sprachen übersetzt, ein Bestseller wurde, der wesentlich zur Popularisierung der Transaktionsanalyse in den USA beitrug. Berne stellt in ihm seine Ideen zur Spielanalyse dar und analysiert eine große Zahl von ihm originell benannter Spiele. Er revidierte seine Spieltheorie zum Teil allerdings in späteren Publikationen. Manche der in „Spiele der Erwachsenen“ (dt. Titel) dargestellten Spiele entsprechen nicht mehr der späteren Berneschen und heute verbreiteten Spieltheorie. Auch in den folgenden Jahren übte Berne mit äußerster Disziplin nebeneinander

seine Tätigkeiten als niedergelassener Arzt in Carmel und San Francisco, als beratender Krankenhausarzt, als Dozent (u.a. an der University of California in Langley Porter) sowie als Verfasser weiterer Bücher und vieler wissenschaftlicher Publikationen aus. Bernes Persönlichkeit wird ungewöhnlich unterschiedlich geschildert. Seine drei Ehen wurden geschieden. Er starb an einem Herzinfarkt.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Berne entwickelte die Transaktionsanalyse vor dem Hintergrund seiner psychoanalytischen Fortbildung. In seinen ersten Veröffentlichungen zur Transaktionsanalyse sah er sie als Ergänzung zur Psychoanalyse. In der Folgezeit stellte er die Entrübbung des Erwachsenen-Ich in den Vordergrund sowie die Analyse der Kommunikationsvorgänge, wobei er mit der Transaktionsanalyse im engeren Sinn und mit der Spielanalyse wesentliche Beiträge zur Kommunikationspsychologie leistete. Beeindruckt von den Untersuchungen von René Spitz maß er dem Grundbedürfnis nach Zuwendung (Stroke-Konzept) besondere Bedeutung bei. Schwerpunkt seines letzten Werkes (Berne, 1972) war die Skripttheorie, die er als verbesserte Methode der Psychoanalyse ansah. Berne vereinigte in der Transaktionsanalyse tiefenpsychologische, kommunikationspsychologische und verhaltenstherapeutische Sicht- und Vorgehensweisen zu einem eigenständigen, theoretisch fundierten pragmatischen Ansatz, der in Ich-Zustands-, Transaktions- und Spielanalyse vom aktuellen Erleben und Verhalten ausgeht und auf dieser Ebene Veränderungen ermöglicht, gleichzeitig aber (über das Skript) auch die lebensgeschichtliche Dimension (im Sinne einer tiefenpsychologischen Transaktionsanalyse) erfasst und einer grundlegenden Bearbeitung zugänglich macht. Sowohl bei der Theoriebildung als auch in der praktischen Arbeit spielten für Berne immer wieder Verhaltensbeobachtungen eine besondere Rolle. Im übrigen maß er sowohl theoretische Ideen als auch Interventionen in der Therapie daran, ob sie zu einer schnell-

leren, zielgerichteten Heilung der Patienten nützlich seien. Es stand für ihn nicht Einsicht, sondern Veränderung im Mittelpunkt. Berne ging davon aus, dass Menschen „OK“ (als Grundeinstellung) sind, denken können und über ihr Schicksal entscheiden, ihre Entscheidungen also auch verändern können. Vor dem Hintergrund dieser Grundannahmen betonte Berne die Gleichwertigkeit von Therapeut und Patient, weshalb er sich einer auch für Laien verständlichen Sprache, gut vermittelbarer Modelle und grafischer Darstellungen bediente; sie zeichnen die Transaktionsanalyse noch heute aus. Da Berne Therapie als Prozess aktiven Zusammenwirkens von Therapeut und Patient verstand, arbeitete er mit Verträgen, die wesentlichen Einfluss auf die Effektivität der therapeutischen Arbeit haben. Deren Ziel, die „Autonomie“ des Klienten, umfasst u.a. dessen Fähigkeit zu Intimität. Bernes Ideen wirkten über den Bereich der Psychotherapie und Beratung hinaus: Sie haben heute auch in Pädagogik, Erwachsenenbildung und Organisationsentwicklung einen festen Platz.

Wesentliche Publikationen

- (1947) *The mind in action*. New York, Simon and Schuster [in 2. Aufl. 1957 und in 3. Aufl. 1968 unter dem Titel „A laymans guide to psychiatry and psychoanalysis“. Die 3. Aufl. enthält ein von J. Dusay beigezeichnetes Kapitel über Transaktionsanalyse; dt.: (1970) Sprechstunde für die Seele. Reinbek, Rowohlt (allerdings ohne das Kapitel über Transaktionsanalyse)]
- (1949) *The nature of intuition*. *Psychiatric Quarterly* 23: 203–226
- (1952) *Concerning the nature of diagnosis*. *International Record of Medicine* 165: 283–292
- (1953) *Concerning the nature of communication*. *Psychiatric Quarterly* 27: 185–198
- (1957a) *The ego image*. *Psychiatric Quarterly* 31: 611–627
- (1957b) *Ego states in psychotherapy*. *American Journal of Psychotherapy* 11: 293–309
- (1958) *Transactional analysis: A new and effective method of group therapy*. *American Journal of Psychotherapy* 12: 735–743
- (1961) *Transactional analysis in psychotherapy*. New York, Grove Press
- (1963) *The structure and dynamics of organizations and groups*. Philadelphia, Lippincott [andere Ausgabe: New York, Grove Press, 1966; dt.: (1979) Struktur und Dynamik von

- Organisationen und Gruppen. München, Kindler]
- (1964) Games people play. New York, Grove Press [dt.: (1967) Spiele der Erwachsenen. Reinbek, Rowohlt]
- (1966) Principles of group treatment. New York, Oxford University Press
- (1968) Staff-patient staff conferences. American Journal of Psychiatry 125: 286–293
- (1969) Introduction to reparenting in schizophrenia. Transactional Analysis Bulletin 8: 45–47
- (1970) Sex in human loving. New York, Simon and Schuster [dt.: (1974) Spielarten und Spielregeln der Liebe. Reinbek, Rowohlt]
- (1972) What do you say after you say hello? Grove Press, New York [dt.: (1973) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Kindler, München]
- (1977) Intuition and ego-states. TA Press, San Francisco [Es handelt sich um einen von McCormick herausgegebenen Sammelband von Bernes Studien über Intuition aus den Jahren 1949–62; dt.: (1991) Transaktionsanalyse der Intuition. Paderborn, Junfermann]

Literatur zu Biografie und Werk

- Cheney WD (1971) Eric Berne: Biographical sketch. Transactional Analysis Journal 1: 14–22
- Cranmer RM (1971) Eric Berne: Annotated bibliography. Transactional Analysis Journal 1: 23–29
- Hostie R (1984) Eric Berne in search of ego states. In: Sterne E (Ed), TA: The state of the art. A European contribution, pp 11–29. Dordrecht, Foris Publications
- Hostie R (1987) Analyse transactionnelle: L'âge adulte. Sur le traces d'Eric Berne vingt ans après. Paris, InterEditions
- Jorgensen EW, Jorgensen HI (1984) Eric Berne: Master gamesman. New York, Grove Press
- Kohlhaas-Reith A, Steiner C (1991) Interview: On the early years of transactional analysis – Eric Berne and his disciple Claude Steiner. Waldkirch, Eigenverlag
- Stewart I (1992) Eric Berne. London, Sage

Richard R. Reith

Boss, Medard



* 4.10.1903 in St. Gallen; † 21.12.1990 in Zollikon.

Begründer der Zürcher Richtung der Daseinsanalyse.

Stationen seines Lebens

Als Sohn eines Verwalterehepaares in St. Gallen geboren; Arbeits- und Wohnortswechsel der Familie nach Zürich; früher Berufswunsch, Arzt oder Kunstmaler zu werden; entschloss sich aber für das Medizinstudium in Zürich; 1924 während des Studiums ein Semester an der Salpêtrière in Paris, ging 1925 nach Wien, wo er Sigmund → Freud persönlich kennenlernte (Condrau, 1965: 19) und „unversehens“ auf dessen Couch landete (Boss, 1973: 81); nach dem medizinischen Staatsexamen in Zürich fünf Jahre Assistenzarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli und an der Psychiatrischen Poliklinik in Zürich bei H.W. Maier; dazwischen Studienaufenthalte am National Hospital for Nervous Diseases und am Psychoanalytic Institute bei Ernest → Jones in London; 1931/32 Ausbildungskandidat am Eitingonschen Psychoanalytischen Institut in Berlin und am Moabiter Krankenhaus bei Kurt → Goldstein; dreijährige Lehranalyse bei Hans Behn-Eschenburg in Zürich; 1934–39 Chefarzt am privaten Nervensanatorium Schloss Knonau im Kanton Zürich; gleichzeitig psychoanalytische Privatpraxis in Zürich. Zunächst spezialisierte Boss sich auf die individuelle Behandlung Schizophrenen;

1936–46 Arbeitsgemeinschaft mit C.G. → Jung, R. Baenziger und G. Bally; 1947 Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich („Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen“); 1954 Titularprofessur für Psychotherapie; im gleichen Jahr Präsident der International Federation for Medical Psychotherapy; Gastvorlesungen in Nord- und Südamerika, Indonesien und Indien, wo er von Swami Govinda Kaul in Kaschmir Unterricht erhielt („Indienfahrt eines Psychiaters“, 1959); anschließend während mehrerer Semester Vorlesungen an der Harvard University in den USA.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Seit 1947 intensive, freundschaftliche Beziehung zu Martin → Heidegger, die auch vielseitige wissenschaftliche Früchte trug; 1959–69 Zollikoner Seminare; zahlreiche Ehrungen, u.a. 1971 der Great Therapist Award durch die American Psychological Association. Während die ersten Schriften von Boss noch eindeutig psychoanalytisches Gedankengut vertraten („Körperliches Kranksein als Folge seelischer Gleichgewichtsstörungen“, 1940), änderte sich dies zunächst unter dem Einfluss von Ludwig → Binswanger („Freuds Auffassung vom Menschen im Lichte der Anthropologie“), durch den er auch mit Heideggers „Sein und Zeit“ bekannt wurde. Revision der Binswangerschen Ansätze und Trennung von ihm („Psychoanalyse und Daseinsanalytik“, 1957), Schriften zur Traumauslegung und zur Psychosomatik; Lehrbeauftragter am Institut für Ärztliche Psychotherapie (gemeinsam mit Gustav Bally), Mitbegründer einer eigenen Zürcher Schule der Daseinsanalyse und des Daseinsanalytischen Instituts für Psychotherapie und Psychosomatik in Zürich 1970/71 (Medard Boss-Stiftung, 1974); 1971 Hauptwerk: „Grundriß der Medizin“ (2. Aufl., 1975: „Grundriß der Medizin und der Psychologie“), in welchem er unter aktiver Mitwirkung Heideggers der bisherigen naturwissenschaftlichen Grundlage der ärztlichen und psychologischen Heilkunde eine phänomenologische Sicht menschlichen Krankseins gegenüberstellte; 1987: Edition der von Heidegger in seinem

Hause gehaltenen „Zollikoner Seminare“, unter Einschluss persönlicher Gespräche mit dem Philosophen und verschiedener Briefe desselben. Bis kurz vor seinem Tod war Boss (gemeinsam mit Gion → Condrau und A. Hicklin) aktiv an der Lehrtätigkeit am Daseinsanalytischen Institut in Zürich engagiert.

Wesentliche Publikationen

- (1947) Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen: Ein daseinsanalytischer Beitrag zur Psychopathologie des Phänomens der Liebe. Bern, Huber
- (1953) Der Traum und seine Auslegung. Bern, Huber
- (1954) Einführung in die psychosomatische Medizin. Bern, Huber
- (1957) Psychoanalyse und Daseinsanalytik. Bern, Huber
- (1959) Indienfahrt eines Psychiaters. Pfullingen, Neske (1975) Es träumte mir vergangene Nacht. Bern, Huber
- (1975) Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse. Wien, Europaverlag
- (1975) Grundriß der Medizin und der Psychologie: Ansätze zu einer phänomenologischen Physiologie, Psychologie, Pathologie, Therapie und zu einer daseins-gemäßen Präventiv-Medizin in der modernen Industriegesellschaft, 2. Aufl. Bern, Huber

Literatur zu Biografie und Werk

- Becker G (1997) Philosophische Probleme der Daseinsanalyse von Medard Boss und ihre praktische Anwendung. Marburg, Tecton
- Boss M (1973) Medard Boss. In: Pongratz LI (Hg), Psychotherapie in Selbstdarstellungen, S 75–106. Bern, Huber
- Condrau G (1965) Die Daseinsanalyse von Medard Boss und ihre Bedeutung für die Psychiatrie. Bern, Huber
- Craig G (1988) Psychotherapy for freedom: The daseinsanalytic way in psychology and psychoanalysis. The Humanistic Psychologist 16 [special issue]

Gion Condrau

Erickson, Milton H.[ayland]



* 5.12.1901 in Aurum, Nevada, USA; † 25.3.1980 in Phoenix, Arizona, USA.

Begründer der modernen Form der Hypnose als Psychotherapie: Hypnotherapie.

Stationen seines Lebens

Zweites von neun Kindern; Highschool-Abschluss im Juni 1919; Erkrankung an Kinderlähmung im August 1919; Genesung nach einem Jahr; 1921–28 Studium der Medizin und Psychologie an der Universität von Wisconsin; Abschlüsse: Master of Arts (M.A.) in Psychologie und Doktor der Medizin (M.D.). 1923 besuchte er das erste Hypnose-Seminar, das Hull an der Universität von Wisconsin anbot, leitete eine Studiengruppe zur Erforschung von Hypnose und hatte nach diesem Jahr schon mehrere hundert Personen hypnotisiert. 1928 Assistenzarzt am Colorado General Hospital und am Colorado Psychopathic Hospital in Denver, danach verschiedene Anstellungen als Psychiater; 1934–48 Direktor für Forschung und Ausbildung in Psychiatrie am Wayne County General Hospital in Eloise, Michigan, ab 1938 außerplanmäßige, 1942–48 ordentliche Professor für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Wayne State Universität in Detroit, Michigan; 1949 aus gesundheitlichen Gründen Übersiedelung nach Phoenix, Arizona, wo er eine private Praxis aufbaute; ab ca. 1950 vermehrt Arbeitsworkshops und Vorträge über Hypnose; 1957 Gründung und bis 1959 Gründungspräsident der American Society of Clinical Hypnosis (ASCH). 1958 Gründung und bis 1968 Gründungsherausgeber des American Journal of Clinical Hypnosis. 1969, also mit 68 Jahren, gab er seine rege Vortrags- und Reisetätigkeit auf,

da sich sein Gesundheitszustand zunehmend verschlechtert hatte; ab 1976 aufgrund eines progredienten postpoliomyelitischen Syndroms mit Muskelschwund und multiplen Schmerzzuständen völlig an den Rollstuhl gefesselt und halbseitig gelähmt. Weit über die Hypnosegemeinschaft hinaus bekannt wurde er 1973 durch Jay → Hales Buch „Uncommon therapy“ (dt.: Die Psychotherapie Milton H. Ericksons, 1978). 1974, also mit 73 Jahren, gab er seine private psychotherapeutische Praxis ganz auf und begann mit den sogenannten Lehrseminaren in seinem Haus in Phoenix, Arizona. Aus den Teilnehmern dieser Seminare entwickelte sich die sogenannte Neo-Ericksonianische Bewegung (Schüler Ericksons der zweiten Generation). Prominentester unter diesen ist Jeffrey K. → Zeig, Direktor der 1979 gegründeten Milton H. Erickson Foundation in Phoenix, welche 1980 den First International Congress on Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy veranstaltete. Dieser Kongress sollte zu Ericksons Geburtstag stattfinden. Erickson starb aber weniger als ein Jahr davor. Auf einem der Lehrseminare wurde im September 1978 die „Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose, Deutschland (M.E.G.)“ gegründet, mit Burkhard → Peter als Gründungsvorsitzendem. In der Folge kam es auch zu Neugründungen von Hypnosegesellschaften in Österreich und in der Schweiz und zu einer sehr regen Ausbildungstätigkeit in den deutschsprachigen Ländern. Die Renaissance der Hypnose seit den 1880er Jahren ist direkt auf Milton Erickson zurückzuführen. Erickson war Mitglied und Ehrenmitglied mehrerer Organisationen und verschiedener internationaler und nationaler Hypnosegesellschaften. Er erhielt verschiedene Ehrungen und Auszeichnungen, darunter 1976 die Benjamin Franklin Gold Medal der International Society of Hypnosis. Erickson war farbenblind, tontaub und Legastheniker; diese Handicaps schärfen seine Beobachtungsgabe und ergaben zusammen mit seinen anfangs spontanen und später immer gezielter eingesetzten autohypnotischen Erfahrungen zur Meisterung seiner Kinderlähmung und verschiedener Schmerzsyndrome einen großen Schatz an Wissen um menschliches Denken, Fühlen und Verhalten und deren Veränderung. Aus zwei Ehen hatte er acht Kinder.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Erickson steht in der Reihe der großen Figuren der Geschichte der Hypnose, die man üblicherweise mit Franz Anton → Mesmer 1775 beginnen lässt. Er ist der Begründer der modernen Hypnose und Hypnotherapie im 20. Jahrhundert. Wichtig ist seine Abkehr von der eingeschränkten Suggestionstheorie der Schule von Nancy (→ Bernheim und → Liébeault) bzw. der traditionellen, autoritären Suggestivhypnose; im Gegensatz zu Sigmund → Freud Weiterentwicklung der Hypnose zu einer eigenständigen Form von Hypnotherapie. Trotz Fehlens einer elaborierten, konzisen Krankheits- oder Therapie-Theorie lassen sich einige wichtige Bausteine erkennen: Einführung einer Reihe indirekter Suggestionen; Betonung des besonderen therapeutischen Lernens in hypnotischer Trance, aber auch Anwendung klassischer hypnotischer Phänomene wie z.B. Armlevitation (ideomotorisches Signalisieren), um Patienten in Kontakt zu bringen mit ihrem „Unbewussten“, verstanden als Vermittler zu verborgenen Ressourcen (Evo-zierung impliziter Gedächtnisinhalte und episodischer Erfahrungen). Ausdrückliche Betonung des Konstruktes „Unbewusstes“ als einer benevolenten, therapeutischen Heilergestalt, die in bestimmten Fällen auch Symptome, Amnesie oder Dissoziation zum Schutz der Person einsetzt (Prinzip des Reframing von Symptomen); hierdurch, im Gegensatz zur Pathologieorientierung der Psychoanalyse und der Defizitorientierung der frühen Verhaltenstherapie, Einführung und Betonung der Ressourcen- und Lösungsorientierung, was im Zusammenhang mit dem sogenannten Utilisationsansatz eine absolute Innovation für die Psychotherapie des 20. Jahrhunderts bedeutete. Die hieraus entwickelten Techniken nicht nur explizit hypnotischer Intervention und Kommunikation – heute als der sogenannte Erickson-sche Ansatz bezeichnet – bildeten auch den Grundstock für die zeitlich folgenden strategischen (Haley), familientherapeutischen (Mailänder Gruppe um → Selvini-Pallazzoli), systemischen (Heidelberger Gruppe um → Stierlin) und konstruktivistischen (→ Watzlawick) Kurzzeittherapien und fin-

den heute selbstverständlichen Eingang in die moderne Verhaltenstherapie (→ Revenstorf). Neben der hypnotischen Konstruktion alternativer innerer Wirklichkeiten auch Betonung der äußeren Aspekte des Handelns und der sozialen Interaktion, d. h. frühe Anwendung verhaltenstherapeutischer Techniken, die im Zusammenhang mit hypnotischer Trance eine potenzierte Wirkung entfalten. Eine Weiterentwicklung der auf Erickson gründenden Hypnotherapie hin zu einer eigenständigen Therapieform wird von deutschsprachigen Hypnosegesellschaften favorisiert.

Wesentliche Publikationen

- (1980) The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis (4 vols.) (ed. by E.L. Rossi). New York, Irvington [dt.: (1995–98) Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson (6 Bde.). Heidelberg, Auer]
Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen. München, Pfeiffer
Erickson MH, Rossi EL (1991) Der Februarmann: Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung in Hypnose. Paderborn, Junfermann

Literatur zu Biografie und Werk

- Erickson MH, Rossi EL (1977) Autohypnotic experiences of Milton H. Erickson. The American Journal of Clinical Hypnosis 20: 36–54 [dt.: (1996) Selbsthypnotische Erfahrungen von Milton H. Erickson. In: Erickson MH, Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson, Bd. 1: Vom Wesen der Hypnose, S 161–194. Heidelberg, Auer]
Haley J (1978) Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. München, Pfeiffer
Peter B (1988) Milton H. Ericksons Weg der Hypnose. Hypnose und Kognition 5: 46–53
Peter B (1991) So laßt uns denn an Mesmers Grab versammeln und Erickson gedenken. Hypnose und Kognition 8: 69–82
Peter B (2000) Ericksonsche Hypnotherapie und die Neukonstruktion des „therapeutischen Tertiüms“. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 5: 6–21
Peter B (2001) Geschichte der Hypnose in Deutschland. In: Revenstorf D, Peter B (Hg), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, S 697–737. Heidelberg, Springer
Zeig J (1986) Experiencing Milton H. Erickson: An introduction to the man and his work. New York, Brunner/Mazel

Alida Iost-Peter

Ferenczi, Sándor



* 7.7.1873 in Miskolcz, Ungarn; † 22.5.1933 in Budapest.

Freuds vertrautester Kollege, im Spätwerk (1928–32) Vorreiter einer dialogischen Psychoanalyse; auch bedeutend für die Konstituierung der Psychoanalyse mit Psychotikern und Borderline-Patienten.

Stationen seines Lebens und wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

1890–96 Medizinstudium in Wien; Facharztausbildung in Budapest: 1897 Assistenzarzt am Szent Rókus-Spital und danach an der neurologisch-psychiatrischen Abteilung des Erzsébet-Armenhauses; von 1899 bis 1917 erscheinen in der medizinischen Fachzeitschrift „Gyógyászat“ (Heilkunde) Ferenczis fast 100 neuropsychiatrische Aufsätze (Mészáros, 1999); 1900 Eröffnung einer Privatpraxis für Neurologie; ab 1900 nimmt Ferenczi im Budapester Café Royal an einem geistigen Austausch mit avantgardistischen Künstlern Ungarns (Moreau-Ricaud, 1992) regelmäßig teil; 1907 wird er zum neurologischen Sachverständigen des Budapester Gerichtshofes bestellt; im selben Jahr beginnt er, → Freuds psychoanalytische Schriften zu rezipieren. Zunächst ist Ferenczi ein getreuer Anhänger Freuds, der 1910 – nach den ersten Kämpfen um das Freudsche Wahrheitsmonopol und nach dem Weggang von → Adler, → Jung und → Stekel – einen „Dogmatismus“ (Wittenberger, 1999: 45) für die gesamte psychoanalytische Politik fordert. Von institutioneller Seite wird der entscheidende Schritt in diese Richtung getan, als die Psychoanalyse sich 1912 als „Geheimes Komitee“ konstitu-

iert. Indes, mit der gemeinsam mit → Rank verfassten Studie „Entwicklungsziele der Psychoanalyse“ (1924) wird eine bewusste Abkehr von der Standardmethode vollzogen, weil beide Autoren die heilsame Kraft des Erlebens im Hier und Jetzt hervorheben. Eine qualitativ neue Stufe der Erkenntnis wird erreicht, als Ferenczi sich in seinem zukunftsweisenden Spätwerk (1928–33) jenseits von Übertragung und Gegenübertragung auf die existenziellen Erfahrungen der Güte, Demut, Bescheidenheit, Glaubhaftigkeit, Echtheit und Takt beruft. Durch diesen zeitgemäßen Rekurs auf → Bubers agnostischen Existenzialismus kann Ferenczi wie Rank, dem er für sein dialogisches Behandlungskonzept viel verdankt (Antonelli, 1997: 208ff.), die Grenzen der Freudschen Einpersonenpsychologie in Richtung auf Intersubjektivität überschreiten (Avello, 1998: 238ff.) und verdeutlichen, dass „ohne Sympathie keine Heilung“ (1932) möglich ist. Zur Erreichung des Unerreichbaren, der Kontrafaktizität der Wahrheit zwischen Ich und Du, überschreitet Ferenczi den cartesianischen Dualismus und beginnt, eine konzeptionelle und behandlungsmethodische Vermittlung zwischen Psychoanalyse und der im Entstehen begriffenen Körperpsychotherapie zu erarbeiten. Zudem nützt er die Kinderpsychoanalyse, die er für Erwachsene umkomponiert. Damit die Räume der kindlichen Erfahrung in einer regressionsorientierten Psychoanalyse betreten werden können, führt Ferenczi komplementär zum Freudschen Abstinenzprinzip das Prinzip der Gewährung ein. Außerdem kommt er seinen Patienten entgegen, indem er diesen Erfahrungen der Geborgenheit, Ruhe und Entspannung anbietet. Wegen seines verfrühten Todes war es Ferenczi nicht mehr gegeben, seinen Entwurf zu einer dialogischen Psychoanalyse (vgl. → Lorenzers sozial- und kulturwissenschaftlicher Transformationsversuch der Psychoanalyse) weiter auszugestalten. Dementsprechend ist das „Klinische Tagebuch“ (1932) kein Schwanengesang, sondern die Vorbedeutung einer beziehungsphilosophischen Psychoanalyse, die wegen ihrer unbestechlichen Kritik an der „Hypokrisie der Berufstätigkeit“ von der prinzipiellen behandlungsmethodischen Gleichheit von Analytiker und Analysand

ausgeht, sodass – im Sinne Bubers – die Mutualität des Austausches das hermeneutische Kriterium der Wahrheit ist. Diese konsequent zu Ende gedachte Wechselseitigkeit beinhaltet das Recht des Patienten, den Analytiker empathisch zu verstehen und die Aufgabe des Analytikers, seine Gegenübertragungen offenzulegen. Genau besehen ist Ferenczis Modell der Mutualität der *nervus rerum* seines Gesamtwerks, zu dem er sich schon 1910 mit unverkennbarem Bezug auf Platons „Symposion“ bekennt, indem er seinem Ideal der Freundschaft ein Vollkommenheitspostulat unterlegt: die „Sehnsucht nach absoluter gegenseitiger Offenheit“. Die Machthaber der konservativen Psychoanalyse (→ Eitingon, Freud, → Jones, Sachs, → Waelder) ließen nichts unversucht, Ferenczis Vermächtnis totzuschweigen oder diesem durch die Paranoia-Legende unsäglichen Schaden anzutun (hierzu passt übrigens auch, dass er an perniziöser Anämie starb, also an keiner „geistigen Störung“; vgl. Jones, 1962, III: 214). Aus diesem Grunde gibt es im internationalen Buchhandel weiterhin keine vollständige Ferenczi-Ausgabe, die den Maßstäben einer textkritischen Gesamtausgabe vollauf entspreche. Nach Jahrzehnten einer vehementen Pathologisierung des „Klinischen Tagebuchs“ (1932) wurde diese bedeutsame autobiografische Studie 1985 erstmals publiziert, zunächst auf Französisch, 1988 auf Deutsch, Englisch, Italienisch und Spanisch. Von diesem Hauptwerk Ferenczis nahm die internationale Ferenczi-Forschung und die Weiterentwicklung der Psychoanalyse in den 1990er Jahren ihren Ausgang. Und erst 1992 erscheint eine Teilausgabe der ungarischen Budapester Schriften auf Italienisch (herausgegeben von Mészáros & Casonato, 1992), obwohl diese neuropsychiatrischen Arbeiten mit der ferenczianischen Psychoanalyse eine Substanzgemeinschaft bilden (Lorin, 1983). Im internationalen Buchhandel ist keine textkritische Gesamtausgabe der Ferenczi-Schriften erhältlich. In der deutschen, von Balint besorgten Ausgabe fehlen neben einer ganzen Aufsatzsammlung (1922) etliche psychoanalytische Aufsätze und die gemeinsam mit Rank verfasste zukunftsweisende Arbeit (1924), dazu die sieben in der Zeitschrift „Nyugat“ (Westen) veröffentlichten Artikel. Etwa 70 Jahre mussten

verstreichen, bis die kulturgeschichtlich so eminent wichtige Korrespondenz zwischen Ferenczi und Freud seit 2000 auf Englisch und Französisch komplett vorlag. Die Originalausgabe dieser Briefschaften auf Deutsch ist weiterhin im Entstehen begriffen. Ferner fehlen die hochbedeutsamen Briefschaften zwischen Ferenczi und Rank sowie einige andere Briefereien. Die vierbändige Ausgabe der „Rundbriefe des ‚Geheimen Komitees‘“ gibt einen historiografischen Einblick in Ferenczis Rolle in Freuds konspirativer Psychoanalyse.

Wesentliche Publikationen

- (1922) Populäre Vorträge über Psychoanalyse. Leipzig Wien Zürich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag
- (1924) Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Leipzig Wien Zürich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag
- (1972) Bausteine zur Psychoanalyse (4 Bde.). Bern, Hans Huber
- (1985) Journal clinique. Paris, Payot
- (1992) La mia amicizia con Miksa Schächter: Scritti preanalitici 1899–1908. A cura di J. Mészáros e M. Casonato. Torino, Boringhieri
- (1993) De la médecine à la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France

Literatur zu Biografie und Werk

- Antonelli G (1997) Il mare di Ferenczi: La storia, il pensiero, la tecnica di un maestro della psicoanalisi. Roma, Di Renzo Editore
- Haynal AE (2002) Disappearing and reviving: Sándor Ferenczi in the history of psychoanalysis. New York, Karnac
- Jiménez Avello J (1998) Para leer a Ferenczi. Madrid, Ed. Biblioteca Nueva
- Kurcz G, Lorin C (Eds) (1994) Les écrits de Budapest. Paris, E.P.E.L.
- Lorin C (1983) Le jeune Ferenczi. Paris, Aubier
- Mészáros J (1999) Ferenczi Sándor: A pszichoanalízis felé. Fiatalkori írások 1897–1908. Budapest, Osiris Kiadó
- Moreau-Ricaud M (Ed) (1992) Écrivains hongrois autour de Sándor Ferenczi. Paris, Gallimard
- Sabourin P (1985) Ferenczi et grand vizir secret. Paris, Editions Universitaires
- Wittenberger G, Tögel C (Hg) (1999) Die Rundbriefe des „Geheimen Komitees“. Bd. 1: 1913–1920. Tübingen, Edition diskord
- Wittenberger G, Tögel C (Hg) (1999, 2001) Die Rundbriefe des „Geheimen Komitees“. 1913–1920; 1921. Tübingen, Edition diskord

Norbert Nagler

Frankl, Viktor Emil

* 26.3.1905 in Wien; † 2.9.1997 in Wien.

Begründer der Logotherapie und Existenzanalyse.

Stationen seines Lebens

Schon als Mittelschüler beschäftigte sich Frankl mit der Sinnfrage, das zum großen Thema seines Lebens und Wirkens werden sollte. Mit sechzehn Jahren entwickelte Frankl ein starkes Interesse an der Psychoanalyse und führte Korrespondenz mit Sigmund → Freud. Während seines Studiums der Medizin in Wien trat er als Jungsozialist 1924 dem ihm ideologisch näher stehenden Verein für Individualpsychologie Alfred → Adlers bei. 1926 hielt er ein Grundsatzreferat am Dritten Internationalen Kongress für Individualpsychologie in Düsseldorf, wo er „abweichlerisch“ die Neurose nicht nur als Mittel zum Zweck, sondern auch als Ausdruck der Person interpretierte, was Adler veranlasste, ihn 1927 aus dem Verein auszuschließen. Durch Rudolf → Allers mit der Philosophie Max → Schelers in Beziehung gebracht, widmete sich Frankl die nächsten zehn Jahre hauptsächlich dieser Lektüre und arbeitete als Neurologe und Psychiater. Während des Krieges wurde er Primararzt im jüdischen Rothschildspital. 1941 erhielt er endlich ein Ausreisevisum in die USA, ließ es aber verfallen, um zum Schutz seiner jüdischen Eltern in Wien zu bleiben. Erstfassung seines logotherapeutischen Grundwerkes „Ärztliche Seelsorge“; 1942 Schließung des Rothschildspitals und Deportation in das KZ. Frankl verlor praktisch die ganze Familie im KZ. Für ihn

waren die zweieinhalb Jahre im KZ eine experimentelle Bestätigung für den Überlebenswert („survival value“) der Sinnfrage. Nach dem Krieg 1945–70 Primararzt der neurologischen Abteilung der Wiener Poliklinik; 1946 Habilitation, zweites Doktorat (Psychologie); Verfassung der theoretischen Hauptschriften: Beschäftigung mit der Psychologie der Grenzsituation („... trotzdem ja zum Leben sagen“; „Ärztliche Seelsorge“), mit den anthropologischen Grundlagen der Psychotherapie (heute in: „Der leidende Mensch“), mit Kasuistiken („Psychotherapie in der Praxis“), Auseinandersetzung mit der Religion („Der unbewußte Gott“), Neurosenlehre („Theorie und Therapie der Neurosen“) und Herausgabe des fünfbandigen „Handbuchs der Neurosenlehre und Psychotherapie“ (1959–61; gemeinsam mit V. v. → Gebssattel und J.H. → Schultz). 1961 gelang Frankl mit einer Gastprofessur bei G. Allport in Harvard der Einstieg in den USA. Weitere Gastprofessuren und Gastvorlesungen folgten an insgesamt 208 Universitäten in der ganzen Welt. Frankl hatte eine große rednerische Begabung. 1970 wurde ihm der Titel „Distinguished Professor“ für Logotherapie an der United States International University in San Diego (Kalifornien) verliehen. Frankl erhielt zahlreiche Ehrungen. Er hatte mit seinen 28 Ehrendoktoraten, zahlreichen Orden, der Ehrenmitgliedschaft der Österreichischen Akademie der Wissenschaften u.a. wahrscheinlich die meisten akademischen Auszeichnungen in der Psychotherapie und Psychiatrie seines Jahrhunderts. Er verfasste insgesamt 31 Bücher, die in 24 Sprachen erschienen sind, und über 400 Artikel. Frankl hielt Vorlesungen und Vorträge bis 1996.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Frankl verstand Existenzanalyse und Logotherapie ursprünglich als Ergänzung der Tiefenpsychologie. Ihre Entwicklung ist als Reaktion auf reduktionistische Tendenzen in der Psychotherapie zu verstehen und stellt ursprünglich ein anthropologisches Korrektiv zum Psychologismus dar. Bezugnehmend auf die philosophische Anthropologie von Max Scheler strebte Frankl eine

„Rehumanisierung“ der Psychotherapie durch explizites Arbeiten mit der „geistigen Dimension“ als charakteristisch menschlicher Dimension an. Als „geistigem Wesen“ geht es dem Menschen nicht primär um Lust (Freud) oder Macht (Adler) sondern um ein Verständnis seines Daseins, um ein „Wozu“ des Lebens, Handelns und Leidens, was ihn unweigerlich mit der Sinnfrage konfrontiert. Als (geistige) Person ist der Mensch frei, weder durch Psychodynamik noch durch Lernfähigkeit determiniert. Vielmehr kennzeichnen ihn Freiheit, Verantwortlichkeit und ein angeborener „Wille zum Sinn“. Dieser stellt nach Frankl auch seine primäre Motivationskraft dar (mit der Weiterentwicklung der Motivationslehre zu den personal-existenziellen Grundmotivationen durch A. Längle wurde erst viel später eine Brücke zur Psychodynamik geschaffen). Die philosophisch fundierte Existenzanalyse/Logotherapie wurde durch die psychiatrische Praxis und Tradition in ihrer Anwendung geprägt. Sie bot von Anfang an eine anthropologische Orientierung und Schulung (vor allem) für Ärzte mit reichlicher Kasuistik über die Anwendung ihrer Philosophie und ihres Menschenverständnisses bei klinischen Bildern. Insbesondere die „paradoxe Intention“ bei Angst und die Dereflexion bei Sexualstörungen kamen neben der „sokratischen Gesprächsführung“ zum Einsatz. Der phänomenologische Ansatz der Existenzanalyse wurde mit der Entwicklung der Personalen Existenzanalyse (Längle) methodisch ausgebaut und der Mangel an Methodik in der Logotherapie durch Entwicklungen von U. Böschmeyer, E. Lukas und A. Längle ausgeglichen. Die Zuordnung der Logotherapie zu den humanistischen Verfahren fand nicht die Zustimmung Frankls, weil die Logotherapie nicht von einer „Selbstaktualisierungstendenz“ ausgeht, sondern von einer „Fremdaktualisierung“ (Aufgabe bzw. Angebot der Situation) bzw. der Selbstund Sinnerhaltung (existenzielle Angst). Es finden sich ebenso kognitive Elemente wie aufdeckende Arbeit am (geistig) Unbewussten, sodass die Richtung – ähnlich wie die Daseinsanalyse – einer eigenen (Unter-)Gruppe „existenzieller Psychotherapie“ zuzuordnen wäre.

Wesentliche Publikationen

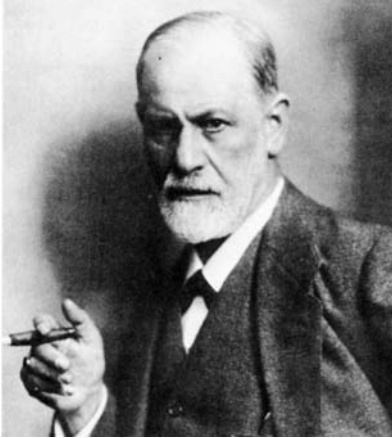
- (1946a, 1997) Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Wien, Deuticke
- (1946b, 2000) ... trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München, Kösel und dtv
- (1947, 1997) Die Psychotherapie in der Praxis. München, Piper
- (1949, 1999) Der unbewußte Gott: Psychotherapie und Religion. München, Kösel und dtv
- (1950, 1998) Der leidende Mensch: Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern, Huber
- (1956, 1999) Theorie und Therapie der Neurosen. München, Reinhardt
- (1967, 1985) Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy. New York, Simon & Schuster
- (1972, 1997) Der Wille zum Sinn: Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. Bern, Huber
- (1987, 1998) Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnten. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Literatur zu Biografie und Werk

- Fabry J, Lukas E (1995) Auf den Spuren des Logos: Briefwechsel mit Viktor E. Frankl. München, Quintessenz
- Frankl V (1997) Was nicht in meinen Büchern steht: Lebenserinnerungen. München, Quintessenz
- Klingberg J (2002) Das Leben wartet auf dich. Viktor und Elly Frankl. Wien, Deuticke
- Längle A (1998) Viktor Frankl: Ein Portrait. München, Piper
- Pareja-Herrera G (1987) Viktor E. Frankl: Comunicación y resistencia. Tlahupan (Mexico), Premiá

Alfried Längle

Freud, Sigmund



* 6.5.1856 in Freiberg in Mähren; † 23.9.1939 in London.

Begründer der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie.

Stationen seines Lebens

1856: Geburt als erstes Kind des Tuchhändlers Jakob Freud und seiner zweiten Frau Amalie Nathanson als Sigismund (Sigmund) Schlomo Freud. Sigismund hat zwei Halbbrüder aus Jakob Freuds erster Ehe, außerdem noch zwei Brüder und vier Schwestern; 1859: die Familie Freud verlässt Freiberg und kommt ein Jahr später über Leipzig nach Wien, wo sie sich in der Leopoldstadt niederlässt; 1873: Matura am Leopoldstädter Kommunal-Real- und Obergymnasium (Sperlgymnasium) und Beginn des Studiums der Medizin an der Universität Wien, während des Studiums wissenschaftliche Beschäftigung mit zoologischen und neurologischen Themen; Forschungsarbeit an der Station für experimentelle Zoologie der Universität, dort Entdeckung der Hoden des männlichen Aals; 1876: Eintritt ins Physiologische Institut Ernst von Brückes (bis 1882 dort tätig, Zusammenarbeit mit dessen Assistenten Josef → Breuer und Ernst von Fleischl), dort experimentelle Arbeiten zur Neurophysiologie; 1877: Referat über seine zoologischen Forschungsergebnisse an der Akademie der Wissenschaften und erste

Publikation; 1881: Promotion zum Dr. med., Eröffnung einer allgemeinmedizinischen Praxis in Wien; 1882: Freud beginnt eine Tätigkeit (die er bis 1885 fortsetzt) als Aspirant und Sekundararzt am Allgemeinen Krankenhaus an den Kliniken Hermann Nothnagels (Neurologie) und Theodor Meynerts (Psychiatrie); 1884: Experimente mit Kokain, Veröffentlichung einer Monografie über die Kokapflanze; 1885: Ernennung zum Privatdozenten; 1885/86: Studienreise nach Paris zu Jean-Martin → Charcot, dort Studium der Hysterie und ihrer Therapie mittels Hypnose und Suggestion, kurzer Aufenthalt in Berlin beim Pädiater Josef Baginsky; 1886: Mitarbeit an der pädiatrisch-neurologischen Abteilung des Kinderarztes Max Kassowitz am Allgemeinen Krankenhaus in Wien; Eröffnung einer Privatpraxis als Neurologe in Wien und Hochzeit mit Martha Bernays, mit der er sechs Kinder hat, darunter Anna → Freud, die sein Werk fortführt und sich besonders mit Kinderanalyse und Ichfunktionen befasst, und Martin, der im Jahr 1932 Adolf Josef Storfer als Direktor des Internationalen Psychoanalytischen Verlags ablöst und diese Funktion bis zur Liquidierung des Verlags durch die Nationalsozialisten im Jahr 1938 innehat; 1887: Beginn des Briefwechsels mit dem Berliner HNO-Spezialisten Wilhelm Fließ; 1889: erstmalige Anwendung der Kathartischen Methode des Wiener Internisten Josef Breuer, Kontakt mit → Bernheim und → Liébeault; 1892: Freud wendet zum ersten Mal die Methode der „freien Assoziation“ an; 1893: Formulierung der traumatischen (sexuellen) Verführungstheorie; 1895: Veröffentlichung der zusammen mit Breuer verfassten „Studien über Hysterie“; 1896: erstmalige Verwendung des Begriffs „Psychoanalyse“; 1897: Verwerfung der Verführungstheorie und Entdeckung des Ödipuskomplexes; 1900: „Die Traumdeutung“, in der Freud das topografische Modell der Psyche darlegt; 1902: Ernennung zum Titular-Extraordinarius und informelle Konstituierung der „Psychologischen Mittwoch-Gesellschaft“, an der neben Freud und anderen noch Alfred → Adler und Wilhelm → Stekel teilnehmen; 1905: „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ und „Der Witz und seine Beziehungen zum Unbewußten“ erschei-

nen; 1907: Beginn der Freundschaft mit Carl Gustav → Jung; 1908: Gründung der „Wiener Psychoanalytischen Vereinigung“ (WPV), die aus der „Psychologischen Mittwochsgesellschaft“ hervorgegangen ist, als Verein; 1909: Freuds Publikationen über den kleinen Hans („Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben“) und den Rattenmann („Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose“) erscheinen, gemeinsam mit → Ferenczi und Jung Reise Freuds nach Worcester (Massachusetts, USA), Erhalt der Ehrendoktorwürde der Clark University; 1910: Gründung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung; 1911: Erscheinen der Schrift „Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiografisch beschriebenen Fall von Paranoia“ (Schreber-Studie), Austritt von Adler aus der WPV; auf Vorschlag von Ernest → Jones Gründung des „Komitees“, einer Gruppe von Freuds engsten Mitarbeitern (darunter Karl → Abraham, Max → Eitingon, Ferenczi, Jones und Otto → Rank) als Reaktion auf die mit diversen Konflikten und Demissionen verbundenen Krisen der psychoanalytischen Bewegung; 1913: Bruch mit Jung, Freuds für die ethnopschoanalytische Forschung grundlegende Studie „Totem und Tabu“ erscheint; 1914: Veröffentlichung von „Der Moses des Michelangelo“ und „Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung“; 1918: Freuds Studie über den Wolfsmann („Aus der Geschichte einer infantilen Neurose“) wird veröffentlicht; 1919: Gründung des Internationalen Psychoanalytischen Verlags; 1920: Einführung der Todestriebhypothese: „Jenseits des Lustprinzips“; 1923: Begründung der psychoanalytischen Strukturtheorie in „Das Ich und das Es“, erstmalige Diagnose eines Neoplasmas im Mund-Rachenraum und erste Operation; 1926: Veröffentlichung des Werkes „Hemmung, Symptom und Angst“, worin Freud versucht, psychodynamische Prozesse in strukturtheoretische Begriffe zu fassen; 1927: Die religionskritische Studie „Die Zukunft einer Illusion“ erscheint; 1930: Freud veröffentlicht die kulturkritische Arbeit „Das Unbehagen in der Kultur“; Erhalt des Goethe-Preises der Stadt Frankfurt; 1933: öffentliche Verbrennung von Freuds Schriften durch die Nationalsozialisten in Berlin;

1938: nach der Annexion Österreichs an das nationalsozialistische Deutschland im März sind Freud und seine Familie gezwungen, das Land zu verlassen. Im Juni darf Freud nach Interventionen von Marie Bonaparte, Ernest Jones, des US-amerikanischen Botschafters in Frankreich, William Bullitt, sowie von Roosevelt und Mussolini ausreisen. Nach eintägigem Aufenthalt in Paris bei Marie Bonaparte lässt sich Freud im Londoner Exil nieder; 1939: Erscheinen von Freuds letzter Buchpublikation, „Der Mann Moses und die monotheistische Religion“, Freud stirbt an den Folgen eines Gaumentumors in London.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Nach anfänglichem Interesse für Neuroanatomie und Neuropathologie sowie Psychophysiologie wandte sich Freud unter dem Einfluss von Charcot und Breuer der Auseinandersetzung mit neurotischen Störungen, insbesondere der Hysterie, zu. Er erkannte, dass die Verdrängung von Affekten und Vorstellungen, die mit traumatischen Ereignissen in Zusammenhang stehen, die Ursache psychischer Störungen ist und ergänzte diese Traumatheorie der Neurose später dahingehend, dass auch verdrängte Fantasien eine pathogene Wirkung haben können. Zentral in Freuds Theoriekonzept ist der Ödipuskomplex, die um die Beziehung des Kindes zum gegengeschlechtlichen Elternteil (in negativer Form zum gleichgeschlechtlichen Elternteil) zentrierten psychodynamischen Konstellationen. Weitere Grundannahmen der Psychoanalyse Freuds sind jene von der Existenz des Unbewussten, der infantilen Sexualität (deren Entwicklung sich im wesentlichen in drei sukzessive Stadien – orale, anale und phallisch-genitale Phase – unterteilen lässt) und der fundamentalen Bedeutung der Triebe für das Seelenleben (Libidotheorie). Schon früh formulierte Freud ein topografisches Modell der Psyche, nach welchem immer unbewusste (System ubw), variable bewusste (System vbw, das Vorbewusste) und gewöhnlich bewusste Seelenanteile (das Bewusste) unterschieden werden. Dieses Modell wurde später von

Freud erweitert (Strukturtheorie), indem er zwischen dem Es, dem Ich und dem Über-Ich unterschied. Die Triebtheorie wurde von Freud um 1919/20 dahingehend revidiert, als er die Existenz eines Todestriebs annahm. Neben diesen klinischen und metapsychologischen Fragen widmete sich Freud auch kulturtheoretischen, religions- und gesellschaftstheoretischen Themen, wovon insbesondere die Schriften „Totem und Tabu“, „Massenpsychologie und Ich-Analyse“, „Die Zukunft einer Illusion“, „Das Unbehagen in der Kultur“ und „Der Mann Moses und die monotheistische Religion“ zeugen. Sein Beitrag für die Psychotherapie: Nicht zufällig wird er als Stifter der modernen Psychotherapie wahrgenommen. Denn neben seinen wichtigen Werken zur Persönlichkeitstheorie, zu diagnostischen Fragen und zur Kulturtheorie hat er seine Erfahrungen aus einem Schatz von Psychotherapien gewonnen, die in seinen Schriften auch breiten Raum einnehmen. Von der Hypnose kommend erweiterte er sein therapeutisches Konzept um die Technik der freien Assoziation. Seine therapeutisch wohl bedeutsamste Entdeckung waren die Konzepte „Übertragung“ und „Widerstand“. Auch die Zeitstruktur, wie sie heute noch in den meisten Psychotherapien üblich ist, geht auf Sigmund Freud zurück, ebenso die Dreigliedrigkeit der Ausbildung in eine theoretische, supervisorische und lehrtherapeutische. Über die behandlungstechnischen Fragen hinaus beschreibt er zahlreiche Fallvignetten, um die Psychoanalyse als Behandlungsmethode sichtbar und nachvollziehbar zu machen. Seine Falldarstellungen sind auch heute noch wichtiges Lernmaterial für künftige Psychoanalytiker.

Wesentliche Publikationen

- (1900, 1942) Die Traumdeutung, GW II/III. London, Imago
- (1905, 1942) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, GW V. London, Imago
- (1913, 1940) Totem und Tabu, GW IX. London, Imago
- (1920, 1940) Jenseits des Lustprinzips, GW XIII. London, Imago
- (1921, 1940) Massenpsychologie und Ich-Analyse, GW XIII. London, Imago
- (1923, 1940) Das Ich und das Es, GW XIII. London, Imago

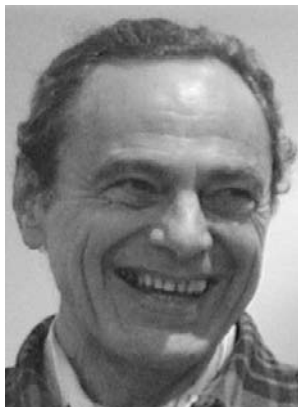
- (1926, 1948) Hemmung, Symptom und Angst, GW XIV. London, Imago
- (1930, 1948) Das Unbehagen in der Kultur, GW XIV. London, Imago
- (1939, 1950) Der Mann Moses und die monotheistische Religion, GW XVI. London, Imago
- Freud S, Breuer J (1895, 1952) Studien über Hysterie, GW I. London, Imago

Literatur zu Biografie und Werk

- Clark RW (1981) Sigmund Freud. Frankfurt/M., Fischer
- De Mijolla A (2002) Freud, Sigmund Schlomo. In: De Mijolla A (Hg), Dictionnaire international de la psychanalyse, pp 654–662. Paris, Calmann-Lévy
- Eicke D (Hg) (1976) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts II: Freud und die Folgen (1). Zürich, Kindler
- Ellenberger HF (1973) Die Entdeckung des Unbewußten (2 Bde.). Bern, Huber
- Freud S (1996) Tagebuch 1929–1939: Kürzeste Chronik. Basel, Stroemfeld
- Gay P (1989) Freud: Eine Biographie für unsere Zeit. Frankfurt/M., Fischer
- Gicklhorn J, Gicklhorn R (1960) Sigmund Freuds akademische Laufbahn. Wien, Urban & Schwarzenberg
- Jones E (1960–62) Das Leben und Werk von Sigmund Freud (3 Bde.). Bern, Huber
- Lesky E (1965) Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert. Wien, Böhlau
- Mannoni O (1971) Freud. Reinbek, Rowohlt
- Meyer-Palmedo I, Fichtner G (1999) Freud-Bibliographie mit Werkkonkordanz (2., verb. u. erw. Auf.). Frankfurt/M., Fischer
- Reichmayr J (1994) Spurensuche in der Geschichte der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Fischer
- Schur M (1973) Sigmund Freud: Leben und Sterben. Frankfurt/M., Suhrkamp
- Sulloway FJ (1982) Freud: Biologe der Seele. Köln, Hohenheim

Gernot Nieder

Gendlin, Eugene T.



* 25.12.1926 in Wien.

Begründer des Focusing, der Focusing-orientierten Psychotherapie (Experiential Therapy; Focusing-Therapie) und der experientiellen Philosophie (Process Model, Philosophy of entry into the implicit, After Post-Modernism, First-Person-Science).

Stationen seines Lebens

Volksschule und zwei Jahre Bundesrealschule in Wien; 1938 Flucht vor den Nazis in die USA; Studium der Philosophie an der Universität Chicago; sein Interesse gilt besonders der Phänomenologie und Existenzphilosophie: Dilthey, Husserl, → Heidegger, → Merleau-Ponty, aber auch Wittgenstein und dem Pragmatismus; 1950 M.A.-Thesis: „Wilhelm Dilthey and the problem of comprehending human significance in the science of man“; schon während des Studiums mehrere Veröffentlichungen, z.B. „A process concept of relationship“ (1957); 1952–58 Studium der Psychologie bei Carl → Rogers; 1958 Promotion an der Universität Chicago über „The function of experiencing in symbolization“; 1958–63 Forschungsdirektor des von Rogers initiierten Projekts „Klientenzentrierte Psychotherapie mit psychiatrischen Patienten“ an der Universität von Wisconsin, dabei entwickelt Gendlin in zahlreichen Publikationen ein klientenzentriertes Verständnis der Schizophrenie und bereits grundlegende Konzepte und

Methoden der experientiellen Psychotherapie; 1962 Publikation seines ersten Buches („Experiencing and the creation of meaning“), einer ersten Gesamtdarstellung seines philosophischen Ansatzes; ab 1963 Associate Professor an den Departments für Behavioral Sciences sowie für Philosophie der Universität von Chicago. 1963 gründet er die Zeitschrift „Psychotherapy: Theory, Research, and Practice“, das Journal der Psychotherapie-Sektion der American Psychological Association (APA), dessen Herausgeber er bis 1976 ist. 1964 erscheint sein Artikel „A theory of personality change“, der unter seinen bisher über 200 Veröffentlichungen als einer der wichtigsten gilt. 1967 verwendet er erstmals den Begriff „Focusing“ im Titel einer Veröffentlichung („Focusing manual and post-focusing questionnaire“), 1969 „Experiential focusing“. 1970 wird er als Winner of the First Distinguished Professional Award durch die APA ausgezeichnet. 1973 erscheinen die Aufsätze „Experiential psychotherapy“ und „Experiential phenomenology“. 1978 wird sein Buch „Focusing“ veröffentlicht, das der Methode zum Durchbruch verhilft, es wird in neun Sprachen übersetzt. 1981 Gastprofessur an der Universität Leuven (Belgien); Anwendung des Focusing auf Träume („Let your body interpret your dreams“, 1986; dt. 1987); 1992–97 leitet er Seminare auf der Internationalen Focusing Sommerschule in Deutschland (Seminar-Transkripte in Buchform: „Focusing ist eine kleine Tür: Gespräche über Focusing, Träume und Psychotherapie“, 1993; „Körperbezogenes Philosophieren: Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen“, 1994). 1996 erscheint sein Lehrbuch „Focusing-oriented psychotherapy“ (dt. 1998) und 1999 zusammen mit J. Wiltschko „Focusing in der Praxis“. In den letzten Jahren bemüht sich Gendlin besonders darum, seine Methode des Denkens für jedermann zugänglich zu machen („Thinking at the edge“). Er hat ein loses Netzwerk von Koordinatoren ins Leben gerufen, die in vielen Ländern der Welt an der Verbreitung und Weiterentwicklung von Focusing mitwirken. In zweiter Ehe ist er mit der Psychotherapeutin Marion Hendricks verheiratet, die auch das Focusing Institute New York leitet.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Gendlin gilt nach Carl Rogers als wichtigster Theoretiker des Personenzentrierten Ansatzes. Er stellt die Klientenzentrierte Psychotherapie auf eine neue theoretische Grundlage und spezifiziert gleichzeitig viele ihrer Konzepte und Methoden. Rogers hat einiges davon in seine späteren Theoriebildungen übernommen. Als empirischer Forscher fragt er sich, ob und wie sich der Erfolg bzw. Misserfolg einer Psychotherapie vorhersagen lässt. Seine Forschungsergebnisse zeigen, dass das einzig signifikante Vorhersagemerkmal die Art und Weise ist, in der ein Klient zu seinem Erleben in Beziehung steht (Experiencing). Die Art und Weise, die zu positiven therapeutischen Veränderungen führt – nämlich auf einen Felt Sense bezogen zu sein und ihn zu explizieren – nennt er „Focusing“, und er beschreibt sie phänomenologisch genau in ihren einzelnen Aspekten, die er auch lehr- und lernbar macht. Seine empirischen Forschungen, seine klinische Erfahrung und seine philosophischen Konzepte führen ihn zur Begründung und Entwicklung eines eigenständigen Ansatzes in der Psychotherapie (Experiential Therapy, später Focusing-Oriented Psychotherapy), in dem sein neues Verständnis des Körpers und dessen Funktion im Veränderungsprozess eine zentrale Rolle spielt. Neben der Psychotherapie liegt ihm die Selbsthilfe besonders am Herzen, er entwickelt Focusing in diese Richtung weiter („Changes-groups“, 1973; „The politics to give therapy away“, 1984; „Focusing partnerships“, 1987). In seiner Person sind Philosophie und Psychotherapie vereint; er formuliert die Grundlagen der Phänomenologie neu als radikal am Erleben orientierte Praxis („How is phenomenology possible“, 1998) und untersucht mit ihr neben der Psychotherapie auch viele andere Lebensbereiche („A process model“, 1981). Gendlin ist einer der wichtigsten Vertreter einer Philosophie nach der Post-Moderne („Language beyond postmodernism“, 1997, hg. von D.M. Levin).

Wesentliche Publikationen

- (1962) Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective. Evanston, Northwestern University Press
- (1964) A theory of personality change. In: Worchel P, Byrne D (Eds), *Personality change*, pp 129–173. New York, John Wiley [dt.: (1992) Eine Theorie des Persönlichkeitswandels (übers. u. bearbeitet von J. Wiltchko). Würzburg, DAF]
- (1978) *Focusing*. New York, Bantam [dt.: (1998) *Focusing: Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*, 4. Aufl. Reinbek, Rowohlt; dt. Erstausg.: (1981) *Focusing: Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg, Otto Müller]
- (1986) Let your body interpret your dreams. Wilmette, Chiron [dt.: (1987) *Dein Körper – dein Traumdeuter*. Salzburg, Otto Müller]
- (1991) Thinking beyond patterns: Body, language and situations. In: den Ouden B, Moen M (Eds), *The presence of feeling in thought*, pp 22–151. New York, Peter Lang
- (1993) Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 41: 693–706
- (1996) *Focusing-oriented psychotherapy: A handbook of the experiential method*. New York, Guilford Press [dt.: (1988) *Focusing-Orientierte Psychotherapie: Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta]
- Gendlin ET, Wiltchko J (1999) *Focusing in der Praxis: Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta

Literatur zu Biografie und Werk

- Gendlin ET (1996) Primary bibliography of Eugene T. Gendlin (ed. by F. Depestele). *Tijdschrift voor Psychotherapie* 22: 47–63 [revidierte dt. Fassung in: (2000) *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 31: 104–114]
- Gendlin ET, Lietaer G (1983) Klientenzentrierte und Experientiale Therapie: Ein Interview mit Eugene Gendlin. *GwG-Info* 51: 57–83
- Korbei L (1994) Eugen(e) Gend(e)lin. In: Frischenschlager O (Hg), *Wien, wo sonst! Die Entstehung der Psychoanalyse und ihrer Schulen*, S 174–181. Wien, Böhlau
- Wiltchko J (2003) Eugene T. Gendlin. In: Stumm G, Wiltchko J, Keil W (Hg), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusingorientierten Psychotherapie und Beratung*, S 355–360. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta

Agnes Wild-Missong

Jung, Carl Gustav



* 26.7.1875 in Kesswil, Kanton Thurgau, Schweiz;
† 6.6.1961 in Küsnacht bei Zürich.

Begründer der Analytischen Psychologie.

Stationen seines Lebens und wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Die Familie Jung stammte ursprünglich aus Mainz, der Großvater wurde medizinischer Ordinarius in Basel. Der Vater war evangelischreformierter Pfarrer, die Mutter Tochter eines Baseler Pfarrers aus einer altingesessenen Familie. Meist in Form von Träumen sowie Imaginationen beschäftigten die Gestaltungen und Kräfte aus der unbewussten Psyche C.G. Jung schon ab dem dritten Lebensjahr („Gewalttätigkeit der Bilder“; Jung in Jaffé, 1961, 1999: 53). Sie wurden immer wieder auch als ein Getragensein von etwas nicht Gekanntem erlebt, mit dem der Kontakt sorgfältig zu pflegen war. In den Jahren 1886–95 besuchte Jung das Baseler Gymnasium. Im zwölften Lebensjahr kam es durch eine vorübergehende neurotische Entwicklung zu einem wesentlichen Schritt der Bewusstwerdung (ebd., 36–38). Weiterhin in Basel 1895–1900 Medizinstudium, wobei ein Lehrbuch von Krafft-Ebing Jung dazu bewegte, Psychiater zu werden. Schon in ersten Vorträgen des belesenen und weitläufig interessierten Studenten vor Kommilitonen (Zofingia-Vorträge, 1896–99) wurde der Horizont der im Gesamtwerk behandelten Themen sichtbar. Von 1900–09 unter Eugen Bleuler Tätigkeit am Burghölzli (Zürcher Universitäts-Nervenklinik); 1902

Dissertation „Zur Psychologie und Pathologie sogenannter okkultur Phänomene“ (GW, Bd. 1: §§ 1–150); im selben Jahr Gastarzt an der Salpêtrière in Paris bei Pierre → Janet; 1903 Heirat mit Emma Rauschenbach (1882–1955), die später selbst Analytikerin wurde. Aus der Ehe gingen fünf Kinder hervor. 1905 Habilitation, 1909 Eröffnung einer eigenen Praxis in Küsnacht bei Zürich. Jung las 1900 die „Traumdeutung“ und begann ab 1906 aufgrund der Parallelen in Freuds Schriften zu eigenen Erkenntnissen für dessen Schlussfolgerungen einzutreten. Nach einem Briefwechsel trafen sich beide Ärzte 1907 in Wien und verfolgten daraufhin bis 1913 gemeinsame wissenschaftliche Interessen (vgl. Kerr, 1996). 1909 führen → Freud, → Ferenczi und Jung, letzterer 1912 noch einmal alleine, in die USA, um an Universitäten Vorträge zu halten. 1910 wurde Jung Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung. Die durch persönliche Angelegenheiten verkomplizierte Trennung von Freud ging im wesentlichen auf Jungs Auffassung der Libido als einer vom Triebziel her nicht festgelegten, vielgestaltiger Transformationen fähigen psychischen Energie zurück, deren Freudsche Konzeption ihm zu eng erschien (Jung, Wandlungen und Symbole der Libido [1911/12], überarbeitet GW, Bd. 5, Symbole der Wandlung [1952/1973]; § 199: „Es gibt keine Sexual-, wohl aber eine psychologische Theorie der Neurosen“). Während die Komplexlehre der ab 1913 von Jung so genannten Analytischen Psychologie ihre wissenschaftliche Grundlage in noch am Burghölzli durchgeführten Assoziationsexperimenten hat, waren es wesentlich die unpersönlichen symbolhaften Gestaltungen der psychischen Prozesse bei Klinikpatienten, Analysanden und Jung selbst, die zur Formulierung der Konzepte von den Archetypen des kollektiven Unbewussten (zunächst nach Burckhardt „urtümliche Bilder“), von den Gegensatzspannungen der Psyche und durch Symbole vermittelten Wandlungen, Anima und Animus, später des Selbst und der Individuation führten. Damit reflektierte Jung in auch klinisch relevanter Weise jene universalen Fundamente der individuell variierten Psyche (GW Bd. 12, § 40), die früher unmittelbar

in Mythen, Märchen und Dämonologien ausgedrückt wurden. Kenntnis hiervon ermöglicht u.a. auch das Verstehen gewisser New-Age-Phänomene und unpersönlicher Inhalte der Psychosen, deren psychogene Ausgestaltung für Jung schon im Burghölzli ein wichtiges Thema war. Die Auseinandersetzung zunächst und immer wieder vor allem mit der christlichen Religion war ein weiteres, bisweilen drängendes Anliegen Jungs, woraus noch spät wesentliche Arbeiten entstanden („Versuch einer psychologischen Deutung des Trinitätsdogmas“ [1940/41, 1988, GW 11, §§ 169–310]; „Antwort auf Hiob“ [1952, 1988, GW 11, §§ 553–758]). Für die psychologische Arbeit über mythologische bzw. religiöse Ideen und Formen empfing Jung auch auf Reisen zu den Pueblo-Indianern, nach Afrika und Indien 1920–37 sowie in Begegnungen mit dem Indologen Heinrich Zimmer und dem Sinologen Richard Wilhelm maßgebliche Anregungen. Durch Träume und einen von Wilhelm 1928 erhaltenen chinesischen alchemistischen Text geriet Jung in die von M.L. von → Franz unterstützte Beschäftigung mit der Alchemie, deren zur Individuation in Beziehung stehende Symbolik er fast dreißig Jahre lang studierte. Inzwischen sind die Einflüsse von William → James, dessen „psychologischer Vision und pragmatischer Philosophie“ Jung „entscheidende Anregungen“ verdankte (GW, Bd. 8, § 262), sowie von Theodore Flournoy und dazu Jungs Auseinandersetzung mit östlichem Denken eingehend gewürdigt worden (vgl. Shamdasani, 1995; Coward, 1985). Dies führte in Zusammenschau mit den genannten Forschungsschwerpunkten weit hinaus über eine „freudozentrische“ Sicht des Jungschen Werks. Neben der Privatdozentur 1905–13 sind Professuren in Zürich 1935–42 und Basel 1943/44 sowie Ehrendoktorate aus Harvard, Oxford, Kalkutta, Genf zu nennen. Bemühungen, in Nachfolge Kretschmers als Vorsitzender 1933–40 die deutsche Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie durch Internationalisierung vor der Übermacht nationalsozialistischer Einflüsse zu bewahren sowie psychologische Äußerungen über Judentum und Politik haben Jung viel Kritik eingebracht. Dessen Einstellung und Han-

deln von damals sind auf keinen einfachen Nenner zu bringen (Originaltexte, Diskussion u.a. in Maydenbaum & Martin, 1991; Spillmann, 1998). Auf den ab 1933 jährlich abgehaltenen Eranos-Tagungen in Ascona präsentierte Jung regelmäßig neue Arbeiten, bevor sie in den Eranos-Jahrbüchern erstmals veröffentlicht wurden. Nach einem Herzinfarkt 1944 (in der Rekonvaleszenz Visionen; Jaffé, 1991: 293–301) beendete Jung die Arbeit mit Patienten, publizierte aber weitere wesentliche Arbeiten, z.B. „Die Psychologie der Übertragung“, fußend auf einer alchemistischen Bilderreihe (1946; jetzt in GW, Bd. 16, 168f., §§ 353–539). Das Thema der Synchronizität als Prinzip akausaler, jedoch sinnvoll erscheinender Zusammenhänge wurde zwischen Jung und dem Physiker Wolfgang Pauli erörtert (Meier, 1992). Im Rückblick auf sein Leben fand Jung über 80-jährig „die Begegnungen mit der anderen Wirklichkeit“, den „Zusammenprall mit dem Unbewussten“ am wichtigsten. „Da war immer Fülle und Reichtum, und alles andere trat dahinter zurück“, was eine im Alter noch verstärkt erlebte „unerwartete Unbekanntheit“ mit sich selbst hervorrief (Jaffé, 1991: 11 und 360f.). C.G. Jung begründete eine systematische Auffassung von der Psyche als Verbund lebendiger, wandelbarer, archetypisch durchformter gefühlsbetonter Vorstellungskomplexe mit einem förderbaren Potenzial zur Selbstheilung. Diese lebendig weiterentwickelte Analytische Psychologie ist über psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen hinaus wertvoll für ein psychologisches Verstehen kollektiver Strukturen sowie die psychologische Betrachtung anderer Kulturen und Zeiten.

Wesentliche Publikationen

- (1971ff.) Die Gesammelten Werke von C.G. Jung (20 Bde.) (hg. von M. Niehus-Jung, L. Hurwitz-Eisner, F. Riklin, L. Jung-Merker, E. Rüf, L. Zander). Olten, Walter [zuerst: [1958–70] Zürich, Rascher]
- (1972/73) Briefe, Bde. I–III (1906–45; 1946–55; 1956–61). Olten, Walter
- Flournoy T (1899, 1994) From India to the planet Mars: A case of multiple personalities with imaginary languages (ed. by S. Shamdasani, with foreword by C.G. Jung and commentary

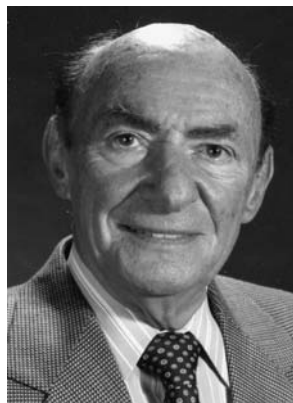
- by M. Cifali, translated by D. Vermilye). Princeton, Princeton University Press
- Jarrett JL (Ed) (1988) Nietzsche's Zarathustra: Notes of the seminar given in 1934–1939 by C.G. Jung, 2 vols. Princeton (NJ), Princeton University Press
- Jung L, Meyer-Grass M (Hg) (1987) Kinderträume [enthält: Seminare von 1936–41]. Olten, Walter
- McGuire W (Hg) (1991) Traumanalyse: Nach den Aufzeichnungen der Seminare 1928–1930. Olten, Walter
- McGuire W (Hg) (1995) Analytische Psychologie: Nach den Aufzeichnungen des Seminars 1925. Solothurn, Walter
- Meier CA (Hg) (1992) Wolfgang Pauli und C.G. Jung: Ein Briefwechsel 1932–58. Berlin, Springer
- Shamdasani S (Ed) (1996) The psychology of Kundalini yoga: Notes of the seminar given in 1932 by C.G. Jung. Princeton (NJ), Princeton University Press

Literatur zu Biografie und Werk

- Coward HC (1985) Jung and Eastern thought. Albany (NY), State University of New York Press
- Jaffé A (1961, 1999) Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung, 11. Aufl. Olten, Walter
- Kerr J (1996) Eine höchst gefährliche Methode: Freud, Jung und Sabina Spielrein. München, Knaur
- Maydenbaum A, Martin SA (Eds) (1991) Lingering shadows: Jungians, Freudians and antisemitism. Boston, Shambala Publications
- Shamdasani S (1995) Memories, dreams, omissions. Spring 57: 115–137
- Shamdasani S (2003) Jung and the making of modern psychology. Cambridge, Cambridge University Press
- Spillmann B (1998) Die Wirklichkeit des Schattens: Kritische Überlegungen zur Haltung C.G. Jungs während des Nationalsozialismus und zur Analytischen Psychologie. Analytische Psychologie 29: 272–295

Andreas von Heydwofff

Kanfer, Frederick H.



* 6.12.1925 in Wien; † 18.10.2002 in Champaign, Illinois.

Begründer des Selbst-Management-Ansatzes in der Verhaltenstherapie.

Stationen seines Lebens

Kanfer wuchs in Wien auf. 1938 emigrierte seine Familie zunächst nach Belgien, dann 1940 auf bedrängte Weise nach USA; in den Staaten hat sich Kanfer an verschiedenen Richtungen interessiert gezeigt: Nach einem Ingenieurstudium tendierte Kanfer zur Biologie und schließlich zum Psychologiestudium, das er an der Long Island University (New York) absolvierte. Den Grad eines Ph.D. erwarb Kanfer 1953 an der Indiana University (Bloomington, Indiana) mit einer Arbeit über „The effect of partial reinforcement on acquisition and extinction of a class of verbal responses“. Von der Indiana University ging Kanfer zunächst an die Washington University (St. Louis, Missouri, 1953–57), dann an die University of Oregon, Medical School (Psychiatrische Abteilung) (Portland, Oregon), schließlich an die University of Cincinnati; ab 1973 war Kanfer Full Professor am Department of Psychology, University of Illinois (Champaign, Illinois) – mit der kurzen Ausnahme einer vorübergehenden Tätigkeit in Minnesota als Senior Fellow. Verschiedene Gastprofessuren bezeugen, wie sehr es Kanfer um die Vermittlung von Grundkenntnissen ging; an der Louisiana State University, in Bochum,

an der University of Cincinnati, an der Ohio University. Kanfer war Mitherausgeber etlicher Fachzeitschriften, wie z.B. „Psychological Reports“, „Behavior Therapy“, „Journal of Abnormal Psychology“, „Journal of Addictive Behaviors“, „Behavior Modification“, „Cognitive Therapy and Research“, „Journal of Behavioral Assessment“, „Behavioral Assessment“, „Clinical Psychology Review“, und war im Editorial Board von „Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin“. Als Berater und Supervisor war Kanfer in verschiedenen Einrichtungen tätig – u.a. auch am Max Planck-Institut für Psychiatrie in München. Kanfer war verheiratet, aus seiner Ehe stammen zwei Kinder, eine Tochter und ein Sohn.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Das Forschungsinteresse Kanfers nahm einen klar ersichtlichen Weg. Zunächst stand es in der Tradition amerikanischer lern-theoretischer Ansätze. Sehr früh betonte Kanfer die Bedeutung von Aufmerksamkeit, Zuwendung – also von kognitiven Momenten für die menschliche Interaktion. Kanfer hat die „kognitive Wende“ schon Jahrzehnte vorweggenommen. In Experimenten konnten Kanfer zeigen, dass menschliches Verhalten nicht nur durch externe Kontingenzen beeinflusst wird, sondern durch ein hohes Ausmaß von internen Stimuli. Dies führte ihn zu seinem Konzept der Selbstkontrolle, in die Phänomene wie Verstärkeraufschub, internes Sprechen, Selbstregulation, Momente des altruistischen Verhaltens und subjektive Bewertung eingeflossen sind. Hier wird eine Einstellung Kanfers deutlich, die ohne die Kenntnis und Erfahrung psychologischer Richtungen in Europa nicht verständlich wäre. Kanfer hat Ansätze → Freuds und vor allem Alfred → Adlers in eine moderne, wissenschaftlich gut begründete, lehr- und lernbare Therapieform einfließen lassen. In den letzten etwa 20 Jahren beschäftigte sich Kanfer mehr mit dem therapeutischen Prozess. Die Basis, von der Kanfer ausging, wird vom Ergebnis der kognitiven Psychologie, Emotionspsychologie und Motivationspsychologie geformt und beinhaltet Grundfragen der Therapie: Wie

ist die therapeutische Beziehung gestaltet, wie kann die Motivation zur Psychotherapie geklärt und gefördert werden? Kanfer diskutierte in diesem Zusammenhang entscheidende Fragen, an die sich die Verhaltenstherapie ursprünglich gar nicht herangewagt hat. Dabei wird deutlich, dass es ihm nicht nur um eine Therapie der Selbstregulation und Selbstkontrolle ging, sondern dass er die angesprochenen und diskutierten Verhaltensmöglichkeiten im Gespräch selbst vorzeigte und sich daran hielt, sie also als eigene Maxime vorlebte, und dies hat Kanfer über einen ausgezeichneten Lehrer und Therapeuten weit emporgehoben. 1968 hat Kanfer ein Fulbright Professorship erhalten, hat sich an der Ruhr-Universität in Bochum aufgehalten; danach verbrachte er jährlich Monate in Europa – auch wiederholt in Wien – zu Vorträgen und Seminaren. Anlässlich des 19. Europäischen Verhaltenstherapie-kongresses (1989) erhielt Kanfer auch das Große Goldene Ehrenzeichen für Kunst und Wissenschaft des Landes Wien. 1987/88 war Kanfer Preisträger des Humboldt U.S. Senior Scientist Award. Kanfer hat sich nicht nur um Studenten und Ausbildungskandidaten bemüht, wiewohl seine Anstrengungen in dieser Hinsicht nicht zu unterschätzen sind. Bereits in einem Seminar im ersten Studienjahr Psychologie in Champaign hat Kanfer mit seinen Studenten erörtert und im Rollenspiel durchgeprobt, wie man sich gegenüber sexuellen Anfechtungen in der Psychotherapie verhalten kann. Kanfer hat auch bei der Gründung einer Reihe von verhaltenstherapeutischen und verhaltensmedizinischen Kliniken in Deutschland mitgewirkt und seine Kenntnisse in die Strukturen der Institutionen einfließen lassen (Windach 1975, Bad Dürkheim, Berus, Furth im Walde, etc.). Kanfer war somit ein Bauherr – ohne ihn wäre das Gebäude der Verhaltenstherapie im deutschsprachigen Raum ein Torso geblieben.

Wesentliche Publikationen

- (1970) Self-regulation: Research, issues and speculations. In: Neuringer C, Michael JL (Eds), Behavior modification in clinical psychology, pp 178–220. New York, Appleton-Century-Crofts

- (1985) The limitations of animal models in understanding anxiety. In: Tuma AH, Maser JD (Eds), *Anxiety and the anxiety disorders*, pp 245–259. Hillsdale (NJ), Erlbaum
- (1989) The scientist-practitioner connection: Myth or reality? A response to Perrez. *New Ideas in Psychology* 7: 147–154
- Kanfer FH, Phillips JS (1966) Behavior therapy: A panacea for all ills or a passing fancy? *Archives of General Psychiatry* 5: 114–128
- Kanfer FH, Phillips JS (1970) *Learning foundations of behavior therapy*. New York, Wiley [dt.: (1975) *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München, Kindler]
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1991) *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin, Springer
- Kanfer FH, Saslow G (1965) Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry* 12: 529–538
- Kanfer FH, Saslow G (1969) Behavioral diagnosis. In: Franks CM (Ed), *Behavior therapy: Appraisal and status*, pp 417–444. New York, McGraw-Hill [dt.: (1974) *Verhaltenstheoretische Diagnostik*. In: Schulte D (Hg), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*, S 24–59. München, Urban & Schwarzenberg]
- Kanfer FH, Schefft BK (1988) *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign (IL), Research Press
- Karoly P, Kanfer FH (Eds) (1982) *Self-management and behavior change: From theory to practice*. New York, Pergamon

Literatur zu Biografie und Werk

- Kanfer FH, Schmelzer D (2001) *Wegweiser Verhaltenstherapie. Psychotherapie als Chance*. Berlin Heidelberg New York, Springer
- Reinecker H, Schmelzer D (2002) Frederik H. Kanfer 1925–2002. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23: 395–397

Hans Georg Zapotoczky

Kast, Verena



* 24.1.1943 in Wolfhalden, Appenzell, Schweiz.

Bedeutende Vertreterin der Analytischen Psychologie im deutschsprachigen Raum.

Stationen ihres Lebens

Sie wuchs als jüngstes Kind einer Bauernfamilie gemeinsam mit drei Geschwistern in Appenzell auf. Träume und Märchen gehörten zu ihrem Alltag. Träume z.B. wurden in ihrer Familie als so wichtig geschätzt, dass man sie beim gemeinsamen Frühstück zu erzählen pflegte. Verena liebte besonders Märchen mit Wölfen und das „Dreizehnerlein“. Sie las sehr viel und wollte einmal Jugendbuchschriftstellerin werden. Da ein Universitätsstudium unvorstellbar war, besuchte sie zunächst 1959–63 das Lehrerseminar Rorschach. Als sie 18 Jahre alt war, erzählte ihr Religionslehrer triumphierend, dass „der alte Ketzer von Zürich“ (gemeint war C.G. → Jung) gestorben sei. So wurde ihr Interesse an den Werken C.G. Jungs geweckt. Nach zweijähriger Grundschullehrtätigkeit begann sie als Werkstudentin (Sportlehrerin) zuerst in Basel, dann 1966–70 an der Universität Zürich Psychologie, Philosophie und Literatur zu studieren. 1970 Diplom in Psychologie, gleichzeitig Abschluss der Spezialausbildung für Psychotherapie am C.G. Jung Institut Zürich. Eröffnung einer psychotherapeutischen Praxis in St. Gallen und Beginn ihrer Vorlesungstätigkeit am C.G. Jung Institut Zürich. Ab 1973 regelmä-

ßige Lehraufträge an der Universität Zürich, 1974 Doktorat an dieser Universität (Dissertation: „Kreativität in der Psychologie von C.G. Jung“), 1979 Ernennung zur Lehranalytikerin; nach zehn Jahren therapeutischer Arbeit und Forschung 1980 Beginn ihrer umfangreichen Publikationstätigkeit. Dem ersten Buch (über das Assoziationsexperiment) folgte 1982 ein mit starkem persönlichem Interesse geschriebenes Buch über das Trauern, in dem sie Trauerprozesse und deren Bedeutung und Chancen für den therapeutischen Prozess beschreibt. Mit dieser Arbeit habilitierte sie 1982 an der Universität Zürich in Psychologie. Gleichzeitig mit dem wissenschaftlichen Buch über das Trauern entstand das Märchenbuch „Wege aus Angst und Symbiose“. In der Folge schreibt sie immer wieder wissenschaftliche Bücher und parallel dazu das jeweils passende Märchenbuch, z.B. „Paare“ und „Mann und Frau im Märchen“. So verbindet sie die empirisch-wissenschaftlich-kognitive mit der archetypisch-emotional-kreativen Ebene. Mit dem Buch „Freude, Inspiration, Hoffnung“ schlug sie 1991 eine Brücke vom Buch über das Trauern, das ihr den Spitznamen „Trauer-Kast“ eingebracht hatte, zu den der Trauer entgegengesetzten und angenehmeren Emotionen, die ihrem eigenen Wesen mehr entsprechen. Bücher über Angst, Neid, Eifersucht, Ärger, Interesse und Langeweile folgten. In einem Zeitraum von 20 Jahren legt sie eine umfassende Sammlung psychologisch-psychotherapeutischer Arbeiten über fast alle Emotionen vor. Mit insgesamt nahezu 50 Büchern über verschiedene Themenbereiche spricht sie eine sehr breite an Psychologie und Psychotherapie interessierte Leserschicht an, mit etwa 60 Fachartikeln stellt sie ihre Forschungsergebnisse dem Fachpublikum vor. 1980–89 war sie Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychologie, 1986–95 war sie zuerst zweite, dann erste Vizepräsidentin der Internationalen Gesellschaft für Analytische Psychologie (IAAP) und 1995–98 Präsidentin der IAAP, seit 1989 ist sie Vorsitzende der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie. Nach 15 Jahren Tätigkeit im Beirat der Lindauer Psychotherapiewochen arbeitet sie seit 1999 in der Leitung der Lindauer

Psychotherapiewochen. Seit 1988 wirkt sie als Professorin an der Universität Zürich und deckt den Bereich der Tiefenpsychologie im Rahmen der philosophischen Psychologie ab. Rege Vortragstätigkeit in Europa, in den USA und in Japan.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Verena Kast hat die Analytische Psychologie und darüber hinaus die (Tiefen)Psychologie mit ihren umfassenden Arbeiten über die Emotionen erweitert und befruchtet. Es gelingt ihr, die Jung'schen Auffassungen von Komplex, Archetyp und Symbol mit neuen (entwicklungs)psychologischen und neurobiologischen Erkenntnissen zu verbinden und für die Therapie nutzbar zu machen. Sie schafft es, aus der Jung'schen Psychologie gut handhabbare therapeutische Konzepte zu entwickeln. Als „Märchen-Kast“ bringt sie vielen Menschen das uralte psychologische und therapeutische Wissen unserer Vorfahren nahe und weckt zum Teil verloren gegangenes Interesse und Verständnis für Symbole. Vor allem mit ihren Büchern über Emotionen, Symbole, Märchen, Bindung-Trennung, Übergänge und Krisen erreicht sie eine sehr breite Leserschicht. Zahlreiche Neuauflagen beweisen das große Interesse an ihren Werken (das „Trauer-Buch“ z.B. erscheint 2002 in der 24. Auflage, das Buch „Paare“ in der 17. Auflage). Kast macht die Analytische Psychologie vielen an Psychologie und Psychotherapie interessierten Menschen zugänglich. Darüber hinaus vermittelt sie mit ihren erlebensnahen Beschreibungen, ihrer „positiven“ Einstellung zum Menschen und zum Leben und auch durch ihre klaren Konzepte Einsicht, Hoffnung und Hilfe. Es ist ihr therapeutisches Anliegen, den Menschen nicht als defizitäres, in seiner Krankheit gefangenes Wesen zu verstehen. Kast verkörpert vorbildlich den ressourcenorientierten, kreativen Ansatz der Jung'schen Psychologie und kann mit ihrer eigenen Lebensleidenschaft bei ihren Leserinnen und Lesern ein positives Lebensgefühl hervorrufen. Traum, Märchen, Fantasie und Kreativität durchziehen Kasts Werk wie ein roter Faden. Interesse versteht sie als Lebenselixier, das zur Kreativität führt.

Sie lässt sich selbst ein Leben lang von ihren Interessen leiten und geht mit Leidenschaft ihren „inneren Weg“, immer wieder loslassend und sich auf Neues einlassend. Ihre Arbeit ist von großem Engagement und von Authentizität getragen. Auch in großen öffentlichen Vorlesungen vermittelt sie akademisches Wissen unter Einbeziehung des Auditoriums, indem sie Emotionen weckt, zu Fantasie und Kreativität ermuntert und zu Selbsterkenntnis führt. Ihre Bücher sind konkret-anschaulich, lebendig, klar, einfach und zugleich tief, sowie ermutigend – ihre Bücher sind wie sie selbst.

Wichtigste Publikationen

- (1982) Trauer. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart, Kreuz
- (1984) Paare: Beziehungsphantasien oder Wie Götter sich in Menschen spiegeln. Stuttgart, Kreuz
- (1987) Der schöpferische Sprung: Vom therapeutischen Umgang mit Krisen. Olten, Walter
- (1990) Die Dynamik der Symbole: Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. Olten, Walter
- (1991) Freude, Inspiration, Hoffnung. Olten, Walter
- (1994) Vater-Töchter, Mutter-Söhne: Wege zur eigenen Identität aus Vater- und Mutterkomplexen. Stuttgart, Kreuz
- (1998a) Komplextheorie gestern und heute. Empirische Forschung in der Jungschen Psychologie. Analytische Psychologie 29: 296–316
- (1998b) Animus und Anima: Zwischen Ablösung von den Eltern und Spiritualität. In: Frick E, Huber R (Hg), Die Weise von Liebe und Tod (S 64–79). Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- (2000) Die Transzendenz der Psyche. In: Egner H (Hg), Psyche und Transzendenz im gesellschaftlichen Spannungsfeld heute, S 33–55. Düsseldorf, Walter
- (2001) Vom Interesse und dem Sinn der Langeweile. Düsseldorf, Walter

Literatur zu Biografie und Werk

- Heisig D (2002) Brückenbauerin zur Lebensleidenschaft. Verena Kast – Ein Portrait. Jung Journal: Forum für Analytische Psychologie 7: 24–26

Reinhard Skolek

Kernberg, Otto Friedmann



* 10.9.1928 in Wien.

Führender Vertreter im Bereich narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Borderline-Syndrom.

Stationen seines Lebens

Über seinen Onkel Manfred Sakel, der die Behandlung von Schizophrenie mittels Insulin entdeckte, kam er früh mit der Psychiatrie in Kontakt, und beschäftigte sich bereits mit 16 Jahren mit den Schriften Freuds. Am 16.7.1939 emigrierte er mit seinen Eltern nach Chile. In Valparaiso besuchte er die Mittelschule und begann 1947 sein Medizinstudium in Santiago. 1953 promovierte Kernberg und absolvierte 1954–57 die psychiatrische Fachausbildung. 1954 begann er mit der Ausbildung zum Psychoanalytiker und wurde 1960 Mitglied der Chilenischen Psychoanalytischen Vereinigung. Mit seiner chilenischen Gattin Pauline Kernberg, einer Kinderpsychoanalytikerin, hat er drei gemeinsame Kinder (Martin, Karen, Adine). 1959 erhielt Kernberg das Rockefeller-Stipendium, das ihm einen Studienaufenthalt in den Vereinigten Staaten ermöglichte. Danach ging er zurück nach Chile. 1961 folgte er der Einladung, an einem Psychotherapie-Forschungsprojekt von Robert Wallerstein an der Menninger Foundation in Kansas mitzuwirken und immigrierte in die USA. Er nahm bis 1973 an dieser Studie teil und bearbeitete Stundenprotokolle von Patienten.

ten in Psychotherapie. Aus den gewonnenen Erfahrungen und Kenntnissen begann Kernberg geeignete Behandlungsmethoden für Borderline-Patienten auszuarbeiten. Nach 1973 entwickelte er eine enge freundschaftliche Beziehung zu Edith Jacobsen und Margret Mahler. Seit 1961 ist Kernberg ordentliches Mitglied der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, seit 1964 ordentliches Mitglied der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung. Seit 1974 ist er als Ausbildungsanalytiker und als Supervisor am Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research tätig, 1977–93 wirkte er als Editor des „Journal of the American Psychoanalytic Association“. Seit 1976 fungiert Kernberg als Professor für Psychiatrie am Cornell University Medical College und 1976–95 als Chairman und Medical Director des New Yorker Hospital-Cornell Medical Center. Kernberg war 1998–2001 Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung. Einige Auszeichnungen: 1972 Heinz Hartmann Award, 1975 Edward A. Strecker Award, 1981 George E. Daniels Merit, 1982 William F. Schonfeld Memorial Award, 1986 Van Gieson Award, 1987 und 1996 Teacher of the Year Award, 1990 Mary S. Sigourney Award, 1993 I. Arthur Marshall Distinguished Award, 1998 Doktor Honoris Causa, 1999 Österreichisches Verdienstkreuz für Wissenschaft und Kunst.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Durch seine Ausführungen zum pathologischen Narzissmus lieferte Kernberg unter anderem wertvolle Beiträge zur psychoanalytischen Narzissmusdiskussion (Kohut-Kernberg-Kontroverse). Er ist Objektbeziehungstheoretiker und stützt sich auf ichpsychologische und kleinianische Annahmen. Seine Entwicklungstheorie konzentriert sich auf die Differenzierung und Integration der Selbststrukturen und lehnt sich damit an Jacobson und Mahler an. Er unterscheidet zwischen normalem und pathologischem Narzissmus. Unter normalem Narzissmus versteht er die libidinöse Besetzung einer gesunden Selbststruktur, pathologischer Narzissmus ist eine Abwehrstruktur gegen

übermäßige orale Aggression und damit zusammenhängende frühe Spaltung. Im Unterschied zur Borderline-Persönlichkeitsstruktur ist bei der narzisstischen Persönlichkeit zwar ein pathologisches, jedoch integriertes, Größen-Selbst vorhanden, das ein Verschmelzungsprodukt aus Idealselbst-, Idealobjekt- und Realselbstrepräsentanzen darstellt. Unter malignem Narzissmus versteht Kernberg eine besondere Form des pathologischen Narzissmus, die gekennzeichnet ist durch eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, antisoziales und sadistisches Verhalten und eine paranoide Haltung.

Wesentliche Publikationen

- (1975) Borderline conditions and pathological narcissism. New York, Jason Aronson [dt.: (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/M., Suhrkamp]
- (1976) Object relations-theory and clinical psychoanalysis. New York, Jason Aronson [dt.: (1981) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta]
- (1980) Internal world and external reality. New York, Jason Aronson [dt.: (1988) Innere und äußere Realität: Anwendung der Objektbeziehungstheorie. München, Verlag Internationale Psychoanalyse]
- (1984) Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. New Haven-London, Yale University Press [dt.: (1988) Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart, Klett-Cotta]
- (1989) Narcissistic personality disorder. Philadelphia, Saunders [dt.: (1996) Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Schattauer]
- (1989) Psychodynamic psychotherapy of borderline patients [dt.: (1993) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern, Huber]
- (1992) Aggression in personality disorders and perversions. New Haven-London, Yale University Press [dt.: (1997) Wut und Haß: Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen. Stuttgart, Klett-Cotta]
- (1995) Love Relations: Normality and pathology. New Haven London, Yale University Press [dt.: (1998) Liebesbeziehungen: Normalität und Pathologie. Stuttgart, Klett-Cotta]

Literatur zu Biografie und Werk

Frischenschlager O (Hg) (1994) Wien, wo sonst!
Die Entstehung der Psychoanalyse und ihrer
Schulen. Wien, Böhlau
Röder W, Strauss HA (Hg) (1999) Biographisches
Handbuch der deutschsprachigen Emigration
nach 1933. München, Saur

Tanja Klautzer

Klein, Melanie



* 30.3.1882 in Wien; † 22.9.1960 in London.

Entwicklung der Spieltechnik zur Behandlung von sehr jungen Kindern; ausgehend von Sigmund → Freud, beeinflusst von Sándor → Ferenczi und von Karl → Abraham, erforschte sie das psychische Geschehen des ersten Lebensjahres sowie immer frühere Schichten der infantilen Lebensgeschichte.

Stationen ihres Lebens

Stammt aus einer Familie mit orthodoxer jüdischer Tradition, sie war das jüngste von vier Kindern (zwei Schwestern, ein Bruder). Eine ihrer Schwestern starb im Alter von neun Jahren, ihr Bruder, der ihre Arbeit maßgeblich förderte, starb im Alter von 25 Jahren. Ihr Vater entschloss sich mit 37 Jahren zur Abkehr vom Studium des Talmuds und qualifizierte sich als Doktor der Medizin. Klein wollte auch Medizin studieren, was jedoch durch ihre Heirat mit 21 Jahren und der darauf folgenden Geburt von drei Kindern (1904: Melitta Klein, die später ebenfalls Psychoanalytikerin wurde; 1907: Hans Klein; 1914: Erich Klein) nicht möglich war. Ihr Mann, Arthur Klein, arbeitete als Industriechemiker. Vor dem Ersten Weltkrieg Übersiedlung nach Budapest, wo sie mit Freuds Schriften bekannt wurde und kurz darauf eine Analyse bei Ferenczi begann, der sie 1917 ermutigte, ihren Arbeitsschwerpunkt der Kinderanalyse weiter zu verfolgen. 1919 las sie ihre erste Arbeit, „The development of a child“, vor der un-

garischen Psychoanalytischen Vereinigung und wurde von dieser zum Mitglied gewählt. 1920 Treffen mit Karl Abraham und auf sein Anraten hin Übersiedlung nach Berlin, um dort zu praktizieren. Klein publiziert ihre erste Arbeit „Der Familienroman in statu nascendi“. 1923 wird sie Vollmitglied der Berliner Psychoanalytischen Vereinigung; 1924 Beginn einer Analyse bei Karl Abraham, die mit seinem Tod 1925 ein abruptes Ende fand; 1926 Ende ihrer unglücklichen Ehe mit Arthur Klein; 1926 Einladung von Ernest → Jones, in London Vorträge zu halten und in weiterer Folge dort zu arbeiten. Im April 1934 starb ihr Sohn Hans bei einem Bergunglück. Bis zu ihrem Tod lebte und wirkte sie in Großbritannien. Sie hinterließ ein umfassendes theoretisches Gedankengebäude mit zahlreichen Veröffentlichungen, die weitreichende Folgen für die Entwicklung der Psychoanalyse nach Freud mit sich brachten.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Anerkennung von Freuds Triebtheorie und der damit verbundenen psychosexuellen Entwicklungsphasen sowie Erweiterung von Freuds Theorien der infantilen Sexualität um die Dimension der Internalisierungsvorgänge von Objektbeziehungen. Fantasie ist für sie der seelische Ausdruck von Triebregungen; von Geburt an gibt es ein frühes Ich, das Funktionsträger der unbewussten Fantasien ist. Der Ödipuskomplex tritt für sie schon viel früher auf als von Freud angenommen, nämlich in der prägenitalen Phase am Ende des ersten Lebensjahres. 1932 Veröffentlichung von „The psycho-analysis of children“; im Gegensatz zu Freuds Über-Ich, das Erbe des Ödipuskomplexes ist, Betonung des moralischen Gewissens des Kindes, das sich besonders streng und grausam äußert und den Ödipuskomplex maßgeblich beeinflusst. Beschreibung einer strukturellen Theorie der Seele, die in der Veröffentlichung von 1935, „A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states“, dargelegt wird. In der von Klein benannten paranoid-schizoiden Position, drittes bis viertes Lebensmonat, sind Gefühle immer überwältigend, die Objekte

werden als vollkommen gut oder völlig böse empfunden (gute, gewährende Brust – böse, versagende Brust). In der nachfolgenden depressiven Position, ab dem vierten Lebensmonat, erfolgt die Integration von Gut und Böse – Erfahrung, dass gute und böse Brust ein und dasselbe sind, dadurch wird die Mutter als ganze Person wahrgenommen. Die Ausarbeitung dieser beiden Phasen stand im Zentrum ihres Schaffens. Verinnerlichung von guten Objekten führt zur Stärkung und Festigung des Ichs, wodurch die Entwicklung voranschreiten kann. Die frühen Objektbeziehungen bleiben das ganze Leben hindurch wirksam; von Geburt an Auseinandersetzung des kindlichen Ichs mit der Polarität von Lebens- und Todestrieb. Zu den wichtigsten Spätwerken zählen „Envy and gratitude“ (1957) und „Narrative of a child analysis“ (1961). Wichtige technische Beiträge: Zugang zur kindlichen Psyche durch Verwendung der Spieltechnik, wobei das Spiel in allen seinen Einzelheiten als symbolischer Ausdruck unbewusster Konflikte angesehen werden kann und wie die freie Assoziation in der Erwachsenenanalyse behandelt wird. Die symbolischen Spielhandlungen werden nicht isoliert auf das Symbol bezogen, sondern im Gesamtzusammenhang der Sitzung gedeutet. Ihr Hauptbeitrag zur analytischen Technik besteht in direkten, schnellen und häufigen Deutungen der Angst und Übertragung; Tiefeninterpretationen von Anfang an, um die Türe zum Unbewussten zu öffnen und um Angstgefühle zu reduzieren; Einfluss auf die Psychoanalyse in Großbritannien; interne Differenzierung der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft in die „A-Gruppe“ oder „Klein-Schule“ (u.a. → Bion, Isaacs, → Segal), deren Institut die Tavistock Clinic ist, die Anhänger Anna → Freuds oder „B-Gruppe“ (u.a. Burlingham, → Foulkes, Sandler) mit dem Hampstead Child-Therapy Course and Clinic und der „mittleren“ oder „unabhängigen“ Gruppe (u.a. Payne, → Winnicott, → Fairbairn).

Wesentliche Publikationen

(1932, 1987) Die Psychoanalyse des Kindes. Wien, Internationaler Psychoanalytischer Verlag bzw. Frankfurt/M., Fischer

- (1935) A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis* 16: 145–174
- (1957) Envy and gratitude. A study of unconscious sources. New York, Basic Books
- (1961) Narrative of a child analysis. London, Hogarth Press
- (1962) Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Stuttgart, Klett
- (1981) Ein Kind entwickelt sich: Methode und Technik der Kinderanalyse. München, Kindler
- (1985) Frühstadien des Ödipuskomplexes. *Frühe Schriften 1928–1945* (hg. von J. Stork). Frankfurt/M., Fischer
- (1987) Envy and gratitude and other works. London, Hogarth Press
- (1995) *Gesammelte Schriften/Melanie Klein* (hg. von R. Cycon). Stuttgart-Bad Cannstatt, Frommann-Holzboog [Bd. I, Teil 1: *Schriften 1920–1945*; Bd. I, Teil 2: *Schriften 1920–1945*; Bd. II: *Die Psychoanalyse des Kindes*; Bd. III: *Schriften 1946–1963*]
- Klein M, Riviere J (1964) Love, hate and reparation. London, Hogarth Press [dt.: (1989) *Seelische Urkonflikte: Liebe, Haß und Schuldgefühle*. Frankfurt/M., Fischer]

Literatur zu Biografie und Werk

- Bott Spillius E (Hg) (1988, 1990/1991) *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis* (2 Bde.). München, Verlag Internationale Psychoanalyse
- Grosskurth P (1986) *Melanie Klein: Her work and her world*. New York, Knopf [dt.: (1993) *Melanie Klein: Ihre Welt und ihr Werk*. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse]
- Hinshelwood RD (1989, 1991, 1993) *Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse*. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse
- Kristeva J (2000) *Melanie Klein*. Paris, Fayard
- Likierman M (2001) *Melanie Klein: Her work in context*. London, Continuum
- Roazen P (1975) *Freud and his followers*. New York, Knopf
- Segal H (1964, 1973, 1974) *Melanie Klein: Eine Einführung in ihr Werk*. München, Kindler
- Segal H (1979) *Klein*. London, Fontana
- Segal J (1992) *Melanie Klein*. London, Sage

Eva Wolfram & Ina Berger

Kohut, Heinz



* 3.5.1913 in Wien; † 8.10.1981 in Chicago.

Begründer der psychoanalytischen Selbstpsychologie.

Stationen seines Lebens

Einziges Kind der jüdischen Eltern Felix und Else Kohut, geborene Lampl; der Vater war Teilhaber eines Papiergeschäfts und begabter Amateurpianist, seine Mutter begleitete als Sängerin. Kindheit in einer Mietwohnung im 9. Bezirk, Jugend- und Studienzeit in einem Einfamilienhaus im 19. Bezirk in Wien; nach dem Gymnasium (Matura 1932) Studium der Medizin. Ende 1937 Tod des Vaters; Abschluss des Studiums in den letzten Oktobertagen 1938, die jüdischen Professoren waren für die Abschlussprüfungen bereits durch Nationalsozialisten ersetzt worden; Anfang 1939 Verkauf des Hauses unter dem Druck der Nazis; während des Studiums Beginn einer Analyse bei August → Aichhorn. Kohut sah Sigmund → Freud ein einziges Mal, am 4. Juni 1938, als er von Aichhorn die Information bekommen hatte, Freud werde aus Wien abreisen, und zum Bahnhof ging: „Als der Zug anfuhr, traten wir näher, und zogen unsere Hüte vor Freud. Freud sah uns, zog seine Reisemütze und winkte uns zu“ (Cocks, 1994: 65; siehe auch Kohut, 1975: 9). März 1939 Emigration, zunächst über die Vermittlung seines Jugendfreundes Siegmund Löwenherz nach England, dort ein Jahr Lagerarzt im Kitchener Camp in

Kent, dann in die USA, wie Löwenherz nach Chicago. Die Mutter reiste 1940 eben dorthin. Es folgten: Facharztausbildung in Psychiatrie, Ausbildung zum Psychoanalytiker (zweite Analyse bei Ruth Eissler) 1946–50 im Chicagoer Institut für Psychoanalyse, Aufbau einer eigenen psychoanalytischen Praxis; 1948 Heirat mit der Sozialarbeiterin Elizabeth Meyer; aus der Ehe ging der Sohn Thomas hervor. 1953 Lehranalytiker im Chicagoer Institut, 1963–64 Präsident der Chicagoer Psychoanalytischen Gesellschaft, 1964–65 Präsident der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung, 1965–73 Vizepräsident der Internationalen Psychoanalytischen Gesellschaft; seit den 1960er Jahren reger Briefwechsel u.a. mit Heinz → Hartmann, Kurt → Eissler, Margaret → Mahler und Alexander Mitscherlich; längere freundschaftliche Beziehung mit Anna → Freud, die sich aber auf Grund des Theorie-Dissenses zuletzt abkühlte. 1980 einzige Begegnung mit Daniel N. → Stern im Rahmen eines Kongresses.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

In den 1950er Jahren Beschäftigung mit den psychoanalytischen Grundlagen des Musikerlebens (erste Publikation 1950 gemeinsam mit Siegmund Levarie, vormals Löwenherz, siehe oben), den psychologischen Funktionen der Musik und der Literatur; November 1957 Festrede zum 25-jährigen Bestehen des Chicagoer Instituts für Psychoanalyse mit dem Titel „Introspektion, Empathie und Psychoanalyse“ (1957, 1977); darin eine neue Definition des psychoanalytischen Arbeitsfeldes: Nur das, was über Introspektion und Empathie (hier als stellvertretende Introspektion verstanden) zugänglich ist, gehört zu dem Bereich, der mit der Psychoanalyse bearbeitet werden kann. In dieser Arbeit auch Grundlegung dessen, was später als Paradigmenwechsel von der Beobachtung zur Einfühlung die Grundlage für ein neues Theoriemodell bildete. Zusammengefasst: „Während mystische Introspektion verstehen mag, aber nicht erklärt, und die voranalytische wissenschaftliche Psychologie erklärt, aber nicht versteht, erklärt die Psychoanalyse, was

sie versteht“ (Kohut, 1975: 79). Mitte der 1960er Jahre Interesse für den Begriff und die Bedeutung der Empathie, ebenso des Narzissmus; Arbeiten über „Formen und Umformungen des Narzissmus“ (1965, 1975), über die Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen (1968, 1975) und über die narzisstische Wut (1971, 1975); 1971 sein Buch „Narzißmus“, hier formuliert Kohut seine neue Auffassung in Begriffen der klassischen Metapsychologie. In diesen Jahren Bildung eines inneren Kreises im Chicagoer Institut für Psychoanalyse, u.a. mit Paul und Anna → Ornstein, Ernest Wolf, Paul und Marian Tolpin, Arnold Goldberg, Michael Basch; 1975 „Bemerkungen zur Bildung des Selbst“, darin u.a. ein alternativer Entwurf zur ich-psychologischen Theorie der Entwicklung von Partialobjekten und eine Antizipation eines wesentlichen Ergebnisses der neueren Säuglingsforschung: „Die Teile [des Selbst und der Funktionen, G.P.] bauen nicht das Selbst auf, sie werden in es eingebaut“ (Kohut, 1975: 263); 1977 als weiteres Buch „Die Heilung des Selbst“, die begriffliche Abkehr von der Triebtheorie und eine neue Sprache zur Beschreibung des Selbst; Weiterentwicklung der Begriffe Selbst und Selbstobjekt, sprachliche Ersetzung der narzisstischen Beziehungen durch SelbstSelbstobjekt-Beziehungen und Entwurf einer eigenen Entwicklungslinie des Selbst von der archaischen zur reifen Beziehung Selbst-Selbstobjekt, getrennt von der Entwicklungslinie der Objektbeziehungen; zu Beginn der 1980er Jahre „Wie heilt die Psychoanalyse?“, von Arnold Goldberg und Paul Stepansky 1984 posthum veröffentlicht; vier Tage vor seinem Tod letzter Vortrag (über Empathie). Konzeption der Rede zum 50-jährigen Bestehen des Chicagoer Instituts für Psychoanalyse mit dem Titel „Introspektion, Empathie und der Halbkreis der seelischen Gesundheit“ (Kohut, 1981, 1991), im November 1981 verlesen. Die von Kohut gegründete Selbstpsychologie greift Denksätze von frühen (am Rande des Mainstream gebliebenen) Psychoanalytikern, wie → Ferenczi und → Balint, auf und stellt damit eine Weiterentwicklung der Psychoanalyse dar. Mit der neuen Begrifflichkeit der Einfühlung, des Narzissmus und des Selbst führt sie aus der Triebtheorie

und der Ich-Psychologie heraus. Die Entwicklung der Selbstpsychologie nach Kohut erfolgt in drei Richtungen, jede griff einen Grundgedanken Kohuts auf. → Lichtenberg und seine Mitarbeiter beschäftigen sich mit den motivationalen Systemen, die das Kind schon als Ausstattung mitbringt, und den Wegen dieser Motivationen; Anna und Paul Ornstein arbeiten die Selbst-Selbstobjekt-Matrix als die Entwicklungsumgebung des Selbst heraus; → Stolorow und seine Kollegen beschreiben die „organizing principles of experience“ (Muster, die die subjektive Erfahrung organisieren) und entwickeln die Theorie der Intersubjektivität, die die soziale Bezogenheit und kontextuelle Einbindung des Selbst im Unterschied zum Ideal der Ich-Autonomie in der Entwicklung der Objektbeziehungen der klassischen Psychoanalyse betont.

Wesentliche Publikationen

- (1966–1973, 1975) Die Zukunft der Psychoanalyse: Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp
- (1971, 1973) Narzißmus: Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M., Suhrkamp
- (1957–1973, 1977) Introspektion, Empathie und Psychoanalyse: Aufsätze zur psychoanalytischen Theorie, zu Pädagogik und Forschung und zur Psychologie der Kunst. Frankfurt/M., Suhrkamp
- (1977, 1979) Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M., Suhrkamp
- (1984, 1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt/M., Suhrkamp
- (1981, 1991) Introspection, empathy, and the semicircle of mental health. In: Ornstein PH (Ed), The search for the self, vol. 4, pp 537–567. Madison (CT), International Universities Press
- (1974, 1987, 1993) Auf der Suche nach dem Selbst: Kohuts Seminare zur Selbstpsychologie und Psychotherapie (1969–1970) (hg. von M. Elson). München, Pfeiffer
- (1972–76, 1996) The Chicago Institute lectures (ed. by P. Tolpin and M. Tolpin). Hillsdale (NJ)-London, The Analytic Press
- Ornstein PH (Ed) (1978–91) The search for the self (4 vols.). Madison (CT), International Universities Press

Literatur zu Biografie und Werk

- Butzer RJ (1997) Heinz Kohut zur Einführung. Hamburg, Junius
- Cocks G (Ed) (1994) The curve of life: Correspondence of Heinz Kohut. Chicago London, The University of Chicago Press
- Ornstein PH (2003) Verschiedene Narrative über die Ursprünge von Kohuts Selbstpsychologie: Festrede zur Enthüllung der Gedenktafel für Heinz Kohut in Wien 19, Gymnasiumstraße 83. In: Bartosch E (Hg), Der „Andere“ in der Selbstpsychologie, S 339–357. Wien, Verlag Neue Psychoanalyse
- Strozier CM (2001) Heinz Kohut: The making of an analyst. New York, Farrar, Straus & Giroux

Gerhard Pawlowsky

Lacan, Jacques



* 13.4.1901 in Paris; † 9.9.1981 in Neuilly bei Paris.

Französischer Psychiater und Psychoanalytiker, Begründer der „strukturalen Psychoanalyse“.

Stationen seines Lebens

Jacques Lacan ist das jüngste Kind einer in Orleans ansässigen Essigfabrikantenfamilie mit streng katholischer Mutter und einem als schwach erlebten Vater. Nach seiner Gymnasialzeit bricht Lacan mit dem Katholizismus und wendet sich neben seinem Medizinstudium zunehmend der Philosophie zu, zeigt aber auch Interesse für die literarische und künstlerische Avantgarde. 1932 beginnt er eine Lehranalyse bei Rudolph Loewenstein und im gleichen Jahr schließt er seine Dissertation „Über die paranoische Psychose und ihre Beziehung zur Persönlichkeit“ ab. Dabei greift Lacan auf einen „Aimée“ genannten Fall zurück, der sich für ihn nachträglich als die Mutter seines anfänglichen Mitstreiters und späteren Gegners Didier → Anzieu herausstellt. Nach mehr als sechs Jahren Analyse trennt er sich in Unfrieden von seinem Analytiker, wird aber trotzdem 1938 Mitglied der Pariser psychoanalytischen Gesellschaft. Am 14. Internationalen Kongress der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung präsentiert er 1936 in Marienbad einen Beitrag mit dem Titel „Das Spiegelstadium als Bildner der Ich-Funktion“. In den 1950er Jahren spielt sich Lacan mit seinem Aufruf zu einer Rückkehr zu → Freud und seinen frühen Schriften in den Vordergrund der internationalen psychoanalytischen Szene. Dieser

Appell steht in Verbindung mit einer intensiven Auseinandersetzung mit der Philosophie → Heideggers, mit der Linguistik Ferdinand de Saussures und mit den strukturalistischen Konzepten von Lévi-Strauss. Im gleichzeitigen Angriff auf die amerikanische Ich-Psychologie findet Lacan vor allem in der Person der Kinderpsychoanalytikerin Françoise → Dolto Unterstützung. 1953 kommt es innerhalb der „Société psychanalytique de Paris“ zu einer Krise und schließlich zu einer Spaltung, die sich vor allem um die Frage der Laienanalyse dreht. Schon aufgrund seiner Analysepraxis der variablen Sitzungsdauer, die ihn in große Schwierigkeiten mit dem orthodoxen Institut bringt, schließt sich Lacan der liberalen Gruppe um Lagache an. Daraus entwickelt sich die „Société Française de Psychanalyse“, welche 1953 als zweite Pariser Vereinigung gegründet wird. Allerdings verliert diese Gruppe ihre Mitgliedschaft in der IPA, ohne es zu wollen und zu merken. In den zähen und jahrelangen Verhandlungen um eine Wiederaufnahme fordert die IPA, Lacan und Dolto von Ausbildungsfunktionen auszuschließen. Schließlich gründet Lacan 1964 seine eigene Schule, die „Ecole Freudienne de Paris“. 1966 werden 34 Artikel Lacans als „Schriften“ herausgegeben. In den Jahren 1966 und 1976 reist Lacan zu Vorträgen in die USA. Durch Lacans Schule wird 1969 ein Department für Psychoanalyse an der Universität Paris VIII mit der Möglichkeit eines psychoanalytischen Doktoratsstudiums eingerichtet. 1969 führt Lacan auch die sogenannte „passe“ in die Ausbildung für Psychoanalytiker ein. Diese besondere Art einer Eignungsprüfung wird nicht von allen anerkannt, sodass einige Mitglieder die Schule verlassen und eine eigene psychoanalytische Gesellschaft („Quatrième groupe“) gründen. In den letzten Lebensjahren Lacans kommt seine „Ecole Freudienne de Paris“ immer stärker in eine institutionelle Krise, die vor allem durch die Vermutung entsteht, dass Lacan selbst nicht mehr handlungsfähig sei und dass sein Schwiegersohn Jacques-Alain Miller bereits alle Agenden übernommen habe. Schließlich wird die Schule 1980 aufgelöst und als „Ecole de la Cause Freudienne“ wieder begründet, kurz bevor Lacan am 9.9.1981 an den Folgen eines malignen Darmtumors stirbt. Dabei hinterlässt er Nachkommen aus zwei von ihm gegründeten Familien.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Die von Lacan unter den Prämissen des französischen Strukturalismus begründete „strukturelle Psychoanalyse“ definiert sich vor allem durch eine Re-Lektüre und eine Revision des Werkes von Sigmund Freud sowie dessen Weiterentwicklung im Lichte neuer Erkenntnisse auch aus bislang weniger beachteten wissenschaftlichen Disziplinen. In dieser Neubewertung kommt der Kategorie der symbolischen Ordnung als der spezifisch menschlichen Sprachlichkeit besondere Bedeutung zu, indem der Nachweis geführt wird, dass das Unbewusste Sprachstruktur besitze und als Effekt der Sprache zu betrachten sei. Allerdings hatte Lacan in seiner Konzeption des frühkindlichen Spiegelstadiums auch die Relevanz des Bildhaften für die Genese des menschlichen Ichs als Vorläufer des symbolisch strukturierten Subjekts und für die Konstituierung des imaginären Anteils seines Innenlebens und seiner Umwelt hervorgehoben. Die fundamentalen Repräsentationsformen von Bild und Sprache als Kategorien des Imaginären und des Symbolischen bewirken somit, dass der Mensch aus einer ursprünglich unvermittelten Natur in einen doppelt vermittelten Zustand sowohl zu sich selbst als auch zur Welt tritt. Dies entspricht einer Notwendigkeit, da der Mensch aufgrund seiner verfrühten Geburt als Mangelwesen mit einer grundsätzlichen Seinsverfehlung betrachtet wird, das erst durch kulturelle Vermittlung zur Befriedigung seiner Triebbedürfnisse gelangt. Das nachträglich und nur randständig erfassbare nicht-repräsentierbare Reale als dritte Kategorie wird dadurch in den Hintergrund gedrängt, aus dem es allerdings in bestimmten psychischen Grenzzuständen und in psychopathologischen Bildungen wieder heraustreten kann. Auch bezüglich der Triebe und ihrer Schicksale nimmt Lacan eine Differenzierung vor, indem er Bedürfnis, Anspruch und Begehren voneinander unterscheidet. Das Begehren als der unbewusste Wunsch im Freudschen Sinn verdankt sich der Sprache, ist daher unabgeschlossen und kann an keinem Objekt Befriedigung finden. Die Akzeptierung des Begehrens ist die Anerkennung des Mangels, der Differenz und der Sexuierung und bedeutet den Übergang von

der narzisstischen zur ödipalen Objektbeziehung. Die Nicht-Akzeptierung dieser symbolischen Kastration hingegen ist die Grundlage der wesentlichen psychischen Störungen, wobei Lacan entsprechend den jeweils spezifischen Abwehrprozessen drei pathologische Strukturen unterscheidet: Neurose, Perversion und Psychose. Während Lacans theoretische Konzeptionen auch innerhalb des psychoanalytischen Mainstreams ihre Würdigung erfahren, ist seine klinische Praxis nach wie vor umstritten. Schon frühzeitig hat er innerhalb der analytischen Kur die variable Sitzungsdauer mit seinen legendär gewordenen Kurzsitzen eingeführt, womit er nicht zuletzt die zu einem Ritual gewordene Psychoanalyse „hysterisieren“ wollte. Diesbezügliche Interventionen verband er aber auch mit einem Konzept der logischen Zeit des Unbewussten, welche es innerhalb der Sitzung immer zu berücksichtigen gelte.

Wesentliche Publikationen

- (1966a, 1973, 1991) Schriften I. Weinheim Berlin, Quadriga
- (1966b, 1975, 1991) Schriften II. Weinheim Berlin, Quadriga
- (1966c, 1980, 1991) Schriften III. Weinheim Berlin, Quadriga [Teilübersetzung von: (1966a, b, c) Ecrits]
- (1970, 1974, 1988) Radiophonie/Television. Weinheim Berlin, Quadriga
- (1973, 1978, 1991) Das Seminar Buch XI: Die vier Grundbegriffe der Psychoanalyse. Weinheim Berlin, Quadriga
- (1975, 1978) Das Seminar Buch I: Freuds technische Schriften. Weinheim Berlin, Quadriga
- (1975, 1986) Das Seminar Buch XX: Encore. Weinheim Berlin, Quadriga
- (1977, 1980) Das Seminar Buch II: Das Ich in der Theorie Freuds und in der Technik der Psychoanalyse. Weinheim Berlin, Quadriga
- (1981, 1997) Das Seminar Buch III: Die Psychosen. Weinheim Berlin, Quadriga
- (1986, 1996) Das Seminar Buch VII: Die Ethik der Psychoanalyse. Weinheim Berlin, Quadriga

Literatur zu Biografie und Werk

- Roudinesco E (1996) Jacques Lacan: Bericht über ein Leben, Geschichte eines Denksystems. Köln, Kiepenheuer & Witsch

August Rubs

Leuner, Hanscarl



* 8.1.1919 in Bautzen, Sachsen; † 22.6.1996 in Göttingen.

Begründer der Katathym-Imaginativen Psychotherapie (KIP).

Stationen seines Lebens

Leuner wuchs in der Atmosphäre eines wohlhabenden Fabrikantenhaushalts auf. Er entwickelte früh eine Neigung zu Medizin und Psychologie. Nach dem Abitur 1937 schrieb er sich an der Medizinischen Fakultät Frankfurt/M. ein. Bei Beginn des Krieges wurde er zunächst zum Wehrdienst eingezogen, nahm am Russlandfeldzug in seiner ersten Phase teil und wurde 1941 zum Studium freigestellt. Er schloss das Medizinstudium 1946 mit dem Staatsexamen ab und promovierte 1947 in Marburg. 1948–59 war er wissenschaftlicher Assistent an der Universitäts-Nervenklinik Marburg. Hier unternahm er erste Experimente mit imaginativen Techniken und Visualisierungen. Seine klinischen Lehrer waren in dieser Zeit Villinger, Conrad, Selbach und Stutte. 1947/48 absolvierte er seine Lehranalyse bei Schmaltz, einem Jungianer, in Frankfurt/M. Neben der Ausbildung in Neurologie und Psychiatrie erfolgte eine Weiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1959 übersiedelte Leuner in die Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen und übernahm dort die Leitung einer psychotherapeutischen Station. Er setzte seine analytische Ausbildung im Ausbildungszentrum für

Psychotherapie und Psychoanalyse Göttingen fort und schloss sie 1963 ab. Lehr- und Kontrollanalytiker waren Heigl, → Heigl-Evers und Schwidder, zugleich erfolgte die Habilitation für Psychiatrie und Neurologie. 1965 wurde Leuner zum Professor berufen, 1975 wurde er Direktor der nunmehr selbstständigen Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik am Zentrum für Psychologische Medizin der Universität Göttingen. Diese Klinik leitete er bis zu seiner Emeritierung 1985. Eine umfangreiche Vortragstätigkeit führte ihn ins In- und Ausland, vor allem in die USA und in die Schweiz sowie nach Spanien. 1966 lehrte er als Gastprofessor an der Yale University, New Haven, und 1968 am Medical College of Virginia in Richmond.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Hanscarl Leuner begründete die Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP) als tiefenpsychologisch fundierte Tagtraumtechnik. 1948, damals 29 Jahre alt, schien ihm die „Ebene des Bildbewusstseins“ als Dimension des Vorbewussten von großer therapeutischer Bedeutung und er begann, die Gesetzmäßigkeiten dieser Bewusstseinsebene systematisch zu untersuchen, indem er gesunde Versuchspersonen und neurotische Patienten unter experimentell variierten Bedingungen imaginieren ließ. Erste Publikationen hierzu erfolgten 1954/55 noch unter dem Begriff „experimentelles Katathymes Bilderleben (eKB)“. Er entwickelte einen Kanon von „Standardmotiven“ und erarbeitete wichtige Grundlagen der therapeutischen Wirksamkeit. Er schuf die Voraussetzungen für eine Spezifizierung und Erweiterung des Verfahrens im Sinne von Symbolkonfrontation und assoziativem Vorgehen. Spezifisch für die von Leuner entwickelte Tagtraumtechnik ist in Abgrenzung von anderen imaginativen Verfahren wie z.B. der aktiven Imagination nach C.G. → Jung das besondere Setting, in dem der Imaginierende seinen Tagtraum im Beisein und im ständigen Dialog mit seinem Therapeuten entwickelt, sodass dieser die Visualisierung sozusagen in statu nascendi miterlebt und begleitet. Leuner suggerierte

seinen Patienten kein konkretes Verhalten, stattdessen ermutigte er sie, im Dialog individuelle Lösungen zu finden. Dieses dialogische Prinzip, der permanente Kontakt zwischen Patient und Therapeut während des Traums unterscheidet die KIP u.a. von der Oberstufe des Autogenen Trainings. Das Verfahren der KIP fand rasch weite Verbreitung, es wurden zahlreiche Fachgesellschaften gegründet und ein differenzierter curricularer Ausbildungsgang definiert. In den 1970er Jahren widmete sich Leuner auch der psycholytischen Therapie, d. h. der Intensivierung psychodynamischer Therapie durch Halluzinogene. Bei dieser Erforschung psychischer Vorgänge durch Experimentalanordnungen mit chemischen Mitteln steht Leuner u.a. in der Tradition von Kraepelin und von v. Baeyer. Leuner sah die Erzeugung regressiver psychischer Zustände als fruchtbare Quelle der Erkenntnis für die Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie und auch für die damit verbundenen therapeutischen Möglichkeiten. Nach 1980 widmete er seine gesamte Schaffenskraft der Weiterentwicklung der Katathym-Imaginativen Psychotherapie. Zusammen mit seinen Mitarbeitern entwickelte er das Verfahren zu einem System gestaffelter Methoden und Regieprinzipien, sodass es heute als das gegenwärtig am besten organisierte und systematisierte Verfahren der imaginativen Psychotherapie gilt. Leuner war Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler wissenschaftlicher Fachgesellschaften (u.a. Ehrenmitglied der American Society of Clinical Hypnosis), Präsident der Internationalen Gesellschaft für Katathym-Imaginative Psychotherapie und des Europäischen Collegiums für Bewusstseinsstudien. Darüber hinaus war er in der Expertenkommission für Rauschmittel des Bundesgesundheitsamtes Berlin sowie des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstellen gegen die Suchtgefahren tätig. Die publizistische Tätigkeit umfasst mehr als 120 wissenschaftliche Zeitschriftenbeiträge und 10 Monografien. 1985 erschien sein Lehrbuch der Katathym-Imaginativen Psychotherapie.

Wesentliche Publikationen

- (1954) Kontrolle der Symbolinterpretation im experimentellen Verfahren. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie* 4: 201–204
- (1955) Experimentelles Katathymes Bilderleben als klinisches Verfahren der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie* 5: 185–203; 6: 233–258
- (1955) Symbolkonfrontation, ein nicht interpretierendes Vorgehen in der Psychotherapie. *Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 76: 23–49
- (1957) Symboldrama, ein aktives nicht analysierendes Vorgehen in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie* 7: 221–238
- (1964) Das assoziative Vorgehen im Symboldrama. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie* 14: 196–21
- (1980) Katathymes Bilderleben: Ergebnisse in Theorie und Praxis. Bern, Huber
- (1982) Das Katathyme Bilderleben im Lichte der Ich-Psychologie. In: Leuner H, Lang O (Hg), *Psychotherapie mit dem Tagtraum: Katathymes Bilderleben*. Ergebnisse II, S 37–55. Bern, Huber
- (1985, 1994) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie, 3. Aufl. Bern, Huber
- (1990) Die Stellung des KB in psychosomatischer Forschung und Therapie. In: Wilke E, Leuner H (Hg), *Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin*, S 57–67. Bern, Huber
- Leuner H, Hennig H, Fikentscher E (Hg) (1993) *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*. Stuttgart New York, Schattauer
- Leuner H, Horn G, Klessmann E (1987) *Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen*. München, Reinhardt

Eberhard Wilke

Lewin, Kurt



* 9.9.1890 in Mogilno, ehemalige preußische Provinz Posen; † 12.2.1947 in Newtonville bei Boston.

Theoretiker und Experimentator, Personifizierung des demokratischen Führungsstils, Begründer der Gruppendynamik und Feldtheorie.

Stationen seines Lebens

Kurt Tsadek Lewin wird jüdisch erzogen, besucht die Religionsschule und lernt somit neben Latein und Griechisch auch Hebräisch; zusätzlich Französisch, aber nicht Englisch, was er später sehr bedauert. Zuhause wird Deutsch gesprochen. Die Familie Lewin übersiedelt 1905 nach Berlin. Kurt besucht das Kaiserin-Augusta-Gymnasium bis zur Matura, studiert Medizin, Philosophie, Wissenschaftslehre in Freiburg, München und Berlin. Er promoviert mündlich 1914 bei Carl Stumpf, dem damaligen Direktor des Berliner Psychologischen Instituts und meldet sich als Kriegsfreiwilliger. In die Kriegszeit fällt seine Dissertation (1916) und seine erste wissenschaftliche Veröffentlichung, „Kriegslandschaft“ (1917), in der er sein späteres Lebensraum-Konzept vorwegnimmt. Im August 1918 wird Lewin verwundet. Trotz des preußischen Antisemitismus, der für Juden eine beamtete Professur nahezu verunmöglichlicht, wendet er sich einer wissenschaftlichen Laufbahn zu und habilitiert sich 1920 mit „Der Begriff der Genese in Physik, Biologie und Entwicklungsgeschichte“. Er ist Lehrender und Mitarbeiter des Berliner

Instituts für experimentelle Psychologie und Kollege der Gestaltpsychologen Max Wertheimer, Wolfgang Köhler und Kurt Koffka. Wissenschaftstheoretisch ist er von Ernst Cassirer beeinflusst. 1922–33 führt er in intensiver Zusammenarbeit mit einer Reihe von Mitarbeitern auf der Grundlage der Gestalttheorie jene experimentellen Untersuchungen zur Willens-, Handlungs- und Affektpsychologie durch, die später zur Ausformulierung der Feldtheorie führen. 1933 emigriert er aufgrund der politischen Situation in die USA. Er arbeitet zunächst an der Cornell University in New York und ist 1935–44 Professor of Child Psychology an der Child Welfare Research Station der Iowa State University. In Amerika erfolgt die Ausformulierung seiner Feldtheorie und die theoretische und praktische Zuwendung zu Fragen der experimentellen Sozialpsychologie. Ab 1933/34 existiert auf seine Initiative hin die sogenannte „topology group“, die sich regelmäßig noch bis 1964 trifft und wesentlich zur Verbreitung Lewinschen Gedankengutes in Amerika beiträgt. Es handelt sich um einen lockeren Zusammenschluss von Lewin-Schülern aus der Berliner Zeit, von Kollegen, Psychoanalytikern, Anthropologen und Psychiatern (u.a. Ruth Benedict, Erik H. → Erikson, Fritz Heider, Wolfgang Köhler, Kurt Koffka, Margaret Mead, William Stern, Edward Chase Tolman). Gemäß seinem politischen Interesse verfolgt er die Gründung eines Psychologischen Instituts an der Hebräischen Universität in Jerusalem und arbeitet mit jüdischen Organisationen, Behörden, Ministerien und Industrieunternehmen im Sinne der Aktionsforschung und der angewandten Gruppendynamik zusammen. Als Beispiele von erfolgreicher „action research“ betrachtet Lewin selbst die weltberühmt gewordenen Untersuchungen aus der Zeit 1937–40, die er zusammen mit Ronald Lippitt und Ralph White über den Zusammenhang zwischen Führungsstil und Atmosphäre in Arbeitsgruppen durchführt. 1937/38 ist er Gastprofessor an der Harvard University und 1939 an der University of California in Berkeley. Im Jänner 1940 wird Lewin amerikanischer Staatsbürger. Ab 1943 versucht er ein unabhängiges Institut für Sozialforschung zu gründen, was ihm 1945

in Form des Research Center für Group Dynamics am Massachusetts Institute of Technology (M.I.T.) gelingt. Die zufällige Entdeckung der Bedeutung des Feedbacks und der Thematisierung des Gruppenprozesses für das weitere Geschehen in der Gruppe am Connecticut-Seminar 1946 stellt die Geburtsstunde der T-Gruppe dar und die Nutzung der Gruppe für Selbsterfahrung. Da Lewin, der sich bis zur Erschöpfung in seinen Projekten verausgabte, unerwartet an Herzversagen stirbt, erlebt er die Gründung der National Training Laboratories in Bethel (Maine) 1947 nicht mehr. Nach seinem Tod kommt es zur Übersiedlung des Research Center for Group Dynamics an die University of Michigan in Ann Arbor als Abteilung des Survey Research Center.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Kurt Lewin kann, obwohl er keine Schule oder Therapierichtung gegründet hat, zu den einflussreichsten Psychologen des 20. Jahrhunderts gezählt werden. Als äußerst kreativer, innovativer und origineller Denker und Experimentator ist es sein Anliegen, möglichst exakte Modelle und Konstrukte zum Verständnis von Verhalten im jeweiligen Lebensraum zu entwickeln. Daraus entsteht auf der Basis der Gestalttheorie seine topologische Psychologie und die Feldtheorie, in der er versucht, die Kräfte im sozialen Feld darzustellen und ihre Wechselwirkung zu erklären. Die Kleingruppenforschung bereichert er mit seiner Erkenntnis, Gruppen als eigenständiges dynamisches Ganzes im Sinne eines „psychologischen Organismus“ zu sehen. Mit seinen feldtheoretischen Untersuchungen und Experimenten, z.B. über die Auswirkung unterschiedlicher Führungsstile auf die Gruppenatmosphäre, und seinem Konzept der Aktionsforschung begründet er die experimentelle Sozialpsychologie in Form der Gruppendynamik und gibt wichtige Impulse zur ökologischen Psychologie. Darüber hinaus sind seine wissenschaftstheoretischen Arbeiten sowie entwicklungs- und erziehungspsychologischen Untersuchungen bemerkenswert.

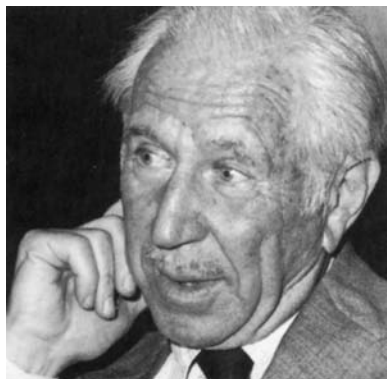
Wesentliche Publikationen

- (1931) Der Übergang von der aristotelischen zur galileischen Denkweise in Biologie und Psychologie. Erkenntnis 1: 421–466 [auch in: (1981) Kurt Lewin Werkausgabe Bd. 1, Wissenschaftstheorie I, S 233–278. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta]
- (1936) Principles of topological psychology. New York, Mc Graw-Hill [dt.: (1969) Grundzüge der topologischen Psychologie. Bern, Hans Huber]
- (1946) Behavior and development as a function of the total situation. In: Carmichael L. (Ed), Manual of child psychology, pp 791–844. New York, Wiley [dt.: (1982) Verhalten und Entwicklung als Funktion der Gesamtsituation. Kurt Lewin Werkausgabe, Bd. 6, Psychologie der Entwicklung und Erziehung, S 375–448. Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta]
- (1948) Resolving social conflicts: Selected papers on group dynamics. New York, Harper [dt.: (1953) Die Lösung sozialer Konflikte: Ausgewählte Abhandlungen über Gruppendynamik. Bad Nauheim, Christian]
- (1951) Field theory in social sciences: Selected theoretical papers. New York, Harper [dt.: (1963) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften: Ausgewählte theoretische Schriften. Bern/Stuttgart, Hans Huber]
- (1981–83) Kurt Lewin Werkausgabe, Bde. 1 (1981, Wissenschaftstheorie I), 2 (1983, Wissenschaftstheorie II), 4 (1982, Feldtheorie) und 6 (1982, Psychologie der Entwicklung und Erziehung) (Hg. von C.-F. Graumann). Bern/Stuttgart, Hans Huber/Klett-Cotta [nicht komplettiert: Bde. 3, 5 und 7 fehlen]

Literatur zu Biografie und Werk

- Heigl-Evers A (Hg) (1979) Lewin und die Folgen: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VII. Zürich, Kindler
- Lück HE (1996) Die Feldtheorie und Kurt Lewin. Weinheim, Psychologie Verlags Union
- Marrow AJ (1977) Kurt Lewin: Leben und Werk. Stuttgart, Klett-Cotta

Hans-Rainer Teutsch

Lowen, Alexander

* 23.12.1910 in New York, USA; † 28.10.2008 in New Canaan, Connecticut, USA.

Begründer der Bioenergetischen Analyse.

Stationen seines Lebens

Sohn jüdischer Einwanderer, ab 1930 einige Jahre Sportleiter in Sommerferienlager, Beschäftigung mit der Rhythmiklehre von Emile Jaques-Dalcroze und dem Konzept der „progressiven Entspannung“ von Edmund → Jacobson; ab 1934 Arbeit als Rechtsanwalt in New York; Interesse an der Freudschen Psychoanalyse (→ Freud), 1940 Begegnung mit Wilhelm → Reich bei einem Seminar über Charakteranalyse, intensive Auseinandersetzung mit dessen Theorien zu Energie- und Sexualhaushalt, Orgasmusreflex und zur funktionellen Identität zwischen Muskelpanzer einerseits und neurotischem Erleben und Verhalten andererseits; 1944 Heirat mit der um zwölf Jahre jüngeren Leslie, die ihn in seiner nachfolgenden Arbeit tatkräftig unterstützt; 1942–45 Eigenanalyse bei Reich; 1947–51 Medizinstudium in Genf (Schweiz); ab 1952 als Psychiater in New York tätig, Distanzierung zu Reichs Orgontherapie, 1953 Beginn der Zusammenarbeit mit John C. → Pierrakos und William B. Walling, beide Psychiater und Schüler Reichs, 1956 gemeinsame Gründung des Institute for Bioenergetic Analysis; Entwicklung der bioenergetischen Grundübungen in einer dreijährigen Experimentier- und Erprobungsphase an sich selbst unter Mithilfe

von Pierrakos, 1958 theoretische Darstellung seines Therapiekonzepts in seinem grundlegenden Werk „Körperausdruck und Persönlichkeit“, dem eine ganze Reihe zum Teil sehr populärwissenschaftlich gehaltener Veröffentlichungen folgen; rege Vortrags- und Ausbildungstätigkeit in den USA, 1978 erstmals auch in Deutschland, bis 1996 Leiter des inzwischen internationalen Institutes (IIBA). Lowen ist der Begründer einer der weltweit verbreitetsten Körperpsychotherapieschulen, deren theoretischer und/oder praxisbezogener Einfluss in vielen anderen Strömungen und Schulen anzutreffen ist. Nahezu die gesamte wesentliche theoretische Fundierung und daraus resultierende praktische Umsetzung wird von ihm geleistet. Von den ursprünglichen Weggefährten gehen in erster Linie John C. Pierrakos mit seiner Core-Energetik und Stanley Keleman mit seiner Formativen Psychotherapie („der Mensch verkörpert sich“) eigenständige Wege.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Aufbauend auf Reichs charakteranalytischer Vegetotherapie entwickelt Lowen sein Modell einer körperbezogenen Psychotherapie mit (1) der zentralen These der Existenz einer „Bioenergie“, deren ungehinderter Fluss auf ausreichendem Intensitätsniveau zum Maßstab für Lebendigkeit und Gesundheit wird. Arbeit an und mit der Atmung, z.B. mit dem von ihm eingeführten Atemstuhl, einerseits um kathartisch regressive Gefühlsentladungen zu fördern, andererseits um den „blockierten Energiefluss“ anzuregen und das „Energieniveau“ anzuheben, sind die unmittelbar praktische Konsequenz dieses Energiekonzeptes. Lowen verbindet (2) die Reichsche These der funktionellen Identität physischer und mentaler Prozesse mit dem Freudschen psychoanalytischen Entwicklungsmodell zu seiner Theorie der fünf Charakterstrukturen (schizoid, oral, psychopathisch bzw. narzisstisch, masochistisch und rigid). Es ist dies der Versuch einer Kategorisierung menschlicher Erscheinungs-, Erlebens- und Verhaltensformen nach somatischen Merkmalen (Haltungs- und Bewegungsmuster), nach „Energieniveau“.

veau, Energiefluss und Energieverteilung“ (erkennbar an Vitalität, Hautdurchblutung, Stimme, Gestik, Augenausdruck) und nach spezifischen Erlebens- und Handlungsmustern (zusammenreißen, anhalten, oben halten, innen halten, zurückhalten). Sie werden darüber hinaus interpretiert als charakteristische Lebens- und Überlebensstrategien, entstanden als kompromisshafte psychosomatische Antworten auf entwicklungsspezifische Bedürfniskonflikte. (3) Mit seinem Konzept des Grounding führt Lowen ein weiteres bedeutsames diagnostisches und therapeutisches Grundprinzip ein. Unter Grounding im Sinne von „Geerdet-sein“ versteht er ein „bewusstes gefühlsmäßiges In-Kontakt-Sein“ (a) über die Füße mit dem Boden als In-der-Welt-seinen-Stand-und-Grund-Haben im wörtlichen, „energetischen“ und übertragenen Sinn (Erde als Muttersymbol), (b) mit dem eigenen Körper als Körperbewusstheit, mit seinen Gefühlen und seiner Sexualität und (c) mit den Mitmenschen und der umgebenden Umwelt. Grounding im Sinne von „Erden“ bezeichnet alle jene bioenergetischen Übungen und Interventionen, die dieses Kontakt-Bewusstsein erhöhen. Für die Praxis nennt Lowen drei grundlegende Behandlungsschritte: (1) der Patient muss sich seiner muskulären Verspannungen und der dadurch zurückgehaltenen Impulse und Gefühle bewusst werden; (2) er muss den lebensgeschichtlichen Hintergrund dafür erkunden; (3) über geeignete Übungen und Interventionen müssen diese muskulären und „energetischen“ Blockaden gelöst werden. Lowen „macht“ als Experte Körperlesen und „diagnostiziert“ vorwiegend darüber die jeweilige Charakterstruktur des „Patienten“ („Du bist Dein Körper“). In Abgrenzung zum Ziel der orgastischen Potenz bei Reich stellt er charismatisch ein erfülltes, Körper und Geist ganzheitlich verbindendes Leben durch die geeignete Anwendung der bioenergetischen Methode in Aussicht. Kritisch anzumerken sind aus heutiger Sicht vor allem seine Einpersonen-Psychologie (das Beziehungs- und Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen wird kaum thematisiert) und seine vitalistisch-reduktionistisch anmutende Sichtweise von „ganzheitlicher“ Therapie und „erfülltem“ Leben.

Wesentliche Publikationen

- (1958) The language of the body. New York, Grune & Stratton [dt.: (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit: Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München, Kösel]
- (1965) Love and orgasm. New York, MacMillan [dt.: (1980) Liebe und Orgasmus: Persönlichkeitserfahrung durch sexuelle Erfüllung. München, Kösel]
- (1967) The betrayal of the body. New York, MacMillan [dt.: (1982) Der Verrat am Körper. Reinbek, Rowohlt]
- (1972) Depression of the body. New York, Coward, McCann & Geoghegan [dt.: (1978) Depression: Unsere Zeitkrankheit, Ursachen und Wege der Heilung. München, Kösel]
- (1977) Bioenergetische Analyse. In: Petzold H (Hg), Die neuen Körpertherapien, S 51–61. Paderborn, Junfermann
- (1980) Fear of life. New York, MacMillan [dt.: (1994) Angst vor dem Leben: Über den Ursprung seelischen Leidens und seine Überwindung. München, Goldmann]
- (1983) Narcissism: Denial of the true self. New York, MacMillan [dt.: (1984) Narzißmus: Die Verleugnung des wahren Selbst. München, Kösel]
- (1988) Love, sex and your heart. New York, MacMillan [dt.: (1989) Liebe, Sex und Dein Herz. München, Kösel]
- (1990) The spirituality of the body. New York, MacMillan
- (1996) Erdung. In: Ehrensperger TP (Hg), Zwischen Himmel und Erde: Beiträge zum Grounding-Konzept, S 11–17. Basel, Schwabe
- Lowen A, Lowen L (1977) The way to vibrant health. New York, Harper & Row Publishers [dt.: (1979) Bioenergetik für Jeden: Das vollständige Übungshandbuch. München, Peter Kirchheim]

Literatur zu Biografie und Werk

- Good GE, Rabinowitz FE (1992) Alexander Lowen: An energetic man. Journal of Counseling & Development 71: 3–6

Otto Hofer-Moser

Moreno, Jakob Levy

[Varianten: Levi; Jacob, Jakov, Jacques, Jake]



* 18.5.1889 in Bukarest; † 14.5.1974 in Beacon, New York State.

Begründer des Psychodrama, des Rollenspiels und der Soziometrie sowie Mitbegründer der Gruppentherapie.

Stationen seines Lebens

Jakob ist ältester Sohn sephardisch-türkisch-jüdischer Eltern und hat fünf Geschwister. Schon als vierjähriges Kind versucht er, Gott zu spielen. Diese Vorstellung des Auserwählten wird ihn sein Leben lang – zumindest ironisierend – begleiten. Als Jakob sechs Jahre alt ist, übersiedelt die Familie nach Wien. Die Trennung der Eltern bringt den 14-jährigen Jakob in die Nähe vorübergehender Zustände der Verzweiflung und Erregung, er lebt einige Jahre lang wie ein Wanderprediger und Prophet für die „Religion der Begegnung“. Seinen Vater sieht er nie mehr. 1911 schafft er es, im Medizinstudium zugelassen zu werden, das er 1917 abschließt. Am Weg zur Universität liest er im Wiener Augarten Kindern Geschichten vor. Das animierte Stegreifspiel der Kinder wird zu einer Wurzel des Psychodrama. Während des ersten Weltkriegs arbeitet

Moreno als Arzt in einer Kinderstation des Flüchtlingslagers in Mitterndorf südlich von Wien. 1918–25 ist er Gemeindearzt in Bad Vöslau in der Nähe von Wien und Werkarzt der dortigen Kammgarnfabrik. Seine Auseinandersetzungen mit philosophischen und spirituellen Texten machen ihn zum Schriftsteller. Ab 1908 veröffentlicht er Texte in expressionistischem und aktionistischem Stil. All diese Texte wurden von Moreno unter den Übertitel „Einladung zu einer Begegnung“ gestellt, womit er bereits sehr früh die in seinem auch späteren Werk so zentrale Idee der Begegnung hervorheben wollte, die für die Psychotherapie so wesentlich werden sollte. Sein Kontakt mit Literaten und Theaterleuten lässt ihn einen Genossenschaftsverlag gründen, in dem er expressionistische, philosophisch-anthropologische Schriften veröffentlicht. Er gibt die bedeutenden Monatshefte „Der Daimon“ (1918), „Der neue Daimon“ (1919) und „Die Gefährten“ (1920) heraus. In der Wiener Maysedergasse 2 betreibt Moreno ab 1921 ein kleines Stegreiftheater, in dem unter aktiver Beteiligung der Zuschauer auch problematische Lebenssituationen spontan dargestellt werden. 1924 veröffentlicht er dazu anonym „Das Stegreiftheater“. Die technische Erfindung elektromagnetischer Tonspeicherung, an der Moreno beteiligt ist, und die er gewinnbringend verwerten will und viele andere Motive, führen ihn Ende 1925 nach Elyria, Ohio, wo er an der Entwicklung eines Ton- und Bildspeicherungsgeräts arbeitete, bevor er 1927 nach New York City zurückkehrt. Moreno geht 1928 – um seinen Aufenthalt in den Vereinigten Staaten zu erleichtern – eine „Scheinehe“ mit seiner Förderin Beatrice Beecher ein, die die erste Anwendung psychodramatischer Techniken an der „Plymouth Church Sunday School“ vornahm. Er arbeitet in der „Mental Hygiene Clinic of Mt. Sinai Hospital“ in Zusammenarbeit mit Ira S. Wile, nachdem er zuerst von Bela Schick eingeladen worden war, seine Arbeit an diesem Spital zu demonstrieren. Später probiert er es wieder mit der Theaterwelt und gründet 1929 das „Impromptu Theatre“ in der New Yorker „Carnegie Hall“ und die Zeitschrift „Impromptu“. Nachdem er genügend Englisch lernt, bekommt er die Zulassung als

Foto aus Fox J. (Ed.) (1987) *The essential Moreno: Writings on psychodrama, group method, and spontaneity*. Springer, New York [dt.: (1989) *Psychodrama und Soziometrie: Essentielle Schriften*. Edition Humanistische Psychologie, Köln]

Psychiater. Mit seiner zweiten Frau, Florence Bridge, arbeitet er an der Entwicklungspsychologie und der Rollentheorie. Aus dieser Ehe entstammt 1939 eine Tochter, Regina. Moreno arbeitet unter anderem für die Strafvollzugsanstalt Sing-Sing und in der Erziehungsanstalt „The New York State Training School for Girls“. 1936 gründet Moreno ein psychiatrisches Privatsanatorium in Beacon, das 190 Kilometer nördlich von New York City liegt, einen Eigenverlag und zahlreiche Zeitschriften und internationale Gesellschaften zur Gruppentherapie und Soziometrie und veranstaltet Kongresse auf fast allen Kontinenten. Nachdem er zu Beginn der 1940er Jahre Celine Zerka Toeman (Zerka → Moreno) kennenlernt, findet er in ihr eine neue Lebensgefährtin und ab 1949 eine Ehefrau, mit der er über 30 Jahre zusammen produktiv arbeitet. 1952 bekommen sie einen Sohn, Jonathan. 1968 erhält Moreno ein Ehrendoktorat der Medizinischen Fakultät in Barcelona, 1969 das Goldene Doktorat der Universität Wien und eine Gedenktafel wird in Bad Vöslau angebracht. 1974 stirbt er im Alter von 85 Jahren in Beacon. Fast 20 Jahre nach seinem Tod wird die Urne in ein Ehrengrab am Wiener Zentralfriedhof überführt.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

In seiner frühen ärztlichen Praxis sieht er manche Symptome durch psychosoziale Konflikte verursacht. So beginnt er ab 1921, diese Schwierigkeiten bei Hausbesuchen vor Ort zu klären, in dem er wichtige Szenen nachspielen lässt. Nachträglich nennt er diesen Versuch „theatre reciproque“. Die Beschäftigung mit Lebensgruppen („natürlichen Gruppen“) kann als ein erster systemtheoretischer und familienkommunikationstherapeutischer Ansatz verstanden werden. In den USA wird er immer mehr vom Theatermacher zum Psychiater und Psychotherapeuten, die Theatermetapher behält er aber ab 1931 in seinem Psychodrama bei. Die Handlung mit Körperbezug ist ihm wichtiger als das Reden. Die Rollengestaltung, vor allem der Rollentausch mit einem Konfliktpartner (Antagonisten) ist bedeutend für eine po-

sitive Veränderung. Moreno spricht lieber von „Zweiführung“ (Tele) statt von Einführung, da damit die von (Gegen-)Übertragung unverfälschte Begegnung ausgedrückt wird. Aus seiner Rollentheorie leitet er die Entwicklungs- und die Persönlichkeitspsychologie ab und baut darauf die Diagnostik und seinen Gesundheitsbegriff auf. Ein spontaner und kreativer Mensch ist rollenflexibel, mit dieser Ansicht erneuert er die Kreativitätstheorien. Auf der Bühne ist es beispielsweise auch möglich, mit Verstorbenen oder Wahnfiguren zu sprechen; dafür schuf Moreno den Begriff „surplusreality“. Katharsis gibt es sowohl für den Hauptdarsteller („Protagonisten“) als auch in Anteilen für die Antagonisten, die Mitspieler und die Zuschauer. Moreno führt den Begriff „soci-etry“ ein. Damit meint er, dass Heilung nur gelingen kann, wenn es eine globale Therapie gibt. Die Behandlung von Individuen, Gruppen und Gesellschaft (Soziodrama) müsse zusammenspielen. 1931 verwendet er bei der Jahrestagung der American Psychiatric Association als erster den Begriff Gruppenpsychotherapie und verstand diese Idee als die „Dritte psychiatrische Revolution“ – nach Pinels Akt der Befreiung der Wahnsinnigen von den Ketten und nach Freuds Entdeckung des Unbewussten. Bis dahin ist die Behandlung von Problemen in Gruppen eher anstößig gewesen. Der neue therapeutische Trend kann als Signatur einer Zeit verstanden werden, in welcher der Individualismus brüchig geworden ist. Manche Forscher sehen ihn auch als den Entdecker der Gruppendynamik (Petzold, 1980) und der Aktionsforschung. Die Verhaltenstherapie übernimmt im „Assertive Training“ die Technik des Rollenspiels. Für Moreno ist Gruppenpsychotherapie, Psychodrama und Soziometrie eine zusammengehörige Trias. Die Soziometrie erfindet er während des Ersten Weltkriegs, indem er in einem Flüchtlingslager Anziehung und Abstoßung und Wahl von Personen beobachtet. Im sozialen Atom ist seine Vorstellung verfasst, dass der einzelne Mensch nur mit seinen emotional wichtigen Bezugspersonen zu denken ist, das Individuum hingegen eine Fiktion sei. In New York City arbeitet er diese Idee dann wissenschaftlich aus. Seine dort durchgeführten soziometrischen

Untersuchungen und Vorschläge bilden die Grundlage für sein epochenmachendes Buch „Who shall survive?“ (1934) und die Entdeckung des Hier-und-Jetzt-Prinzips. Er schafft soziometrische Testverfahren, grafische Darstellungsmöglichkeiten im Soziogramm und 1937 den Begriff „interpersonal relation“, was als frühe empirische Psychotherapieforschung angesehen werden kann. Vor allem in der Soziologie findet er damit Anerkennung. Während des Zweiten Weltkriegs ist das britische Militär sehr interessiert, Soziometrie zur Personalauslese zu verwenden. Sokrates und das antike Theater stellen für Moreno Vorbilder dar. Das Psychodrama ist für ihn nicht nur die Aufarbeitung von Tragödien. Das gutwillige Lachen und den Humor sieht Moreno als eine kathartische Form an. Auf seinem Wiener Grabstein ist seine Selbstbeschreibung gemeißelt: „Der Mann, der Freude und Lachen in die Psychiatrie brachte.“

Wesentliche Publikationen

- (1914/15) Einladung zu einer Begegnung. Heft 1–4. Wien Leipzig, Anzengruber/Verlag Brüder Suschitzky [Flugschriften]
- (1918) Die Gottheit als Autor. *Daimon* 1(Feb.): 3–31
- (1919) Die Gottheit als Komödiant. *Der Neue Daimon* 1–2 (Jan.): 48–63
- (1919) Die Gottheit als Redner. *Der Neue Daimon* 1–2 (Jan.): 3–18
- (1920) Das Testament des Vaters. Die Gefährten 3: 1–33 [stark erweitert: (1941) *The words of the father*. Beacon, Beacon House]
- (1923a) Der Königsroman. Berlin Potsdam, Gustav Kiepenheuer
- (1923b) Rede über den Augenblick. Berlin Potsdam, Gustav Kiepenheuer
- (1924) Das Stegreiftheater. Berlin Potsdam, Gustav Kiepenheuer [engl.: (1947, 1970) *The theatre of spontaneity*. Beacon, Beacon House]
- (1924) Theater ohne Zuschauer: Internationale Ausstellung neue Theater Technik [Ausstellungskatalog]. Wien, Würthel und Sohn
- (1925) Rede vor dem Richter. Berlin Potsdam, Gustav Kiepenheuer
- (1932) *Group method and group psychotherapy*. New York, The National Committee of Prisons and Prison Labor [erw. Wiederaufl. (1957) unter dem Titel: *The first book on group psychotherapy*. Beacon, Beacon House]
- (1934) *Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations*. Washington (DC), Nervous and Mental Disease Publishing [dt.: (1996) *Die Grundlagen der Soziometrie*. Opladen, Leske + Budrich]
- (1946) *Psychodrama*, vol. 1. Beacon, Beacon House
- (1951) *Sociometry: Experimental method and the science of society. An approach to a new political orientation*. Beacon, Beacon House [dt.: (1981) *Soziometrie als experimentelle Methode*. Paderborn, Junfermann]
- (1959) *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama: Einleitung in die Theorie und Praxis*. Stuttgart, Thieme
- (1987) *The essential Moreno: Writings on psychodrama, group method, and spontaneity* (ed. by J. Fox). New York, Springer [dt.: (1989) *Psychodrama und Soziometrie: Essentielle Schriften*. Köln, Edition Humanistische Psychologie]
- (Ed) (1936) *The sociometry review*. Hudson (NY), The New York State Training School for Girls
- (Ed) (1956) *Sociometry and the science of man*. Beacon, Beacon House
- (Ed) (1960) *The Sociometry reader*. Glencoe (IL), The Free Press
- Moreno JL, Friedeman A, Battegay R, Moreno ZT (Eds) (1966) *The international handbook of group psychotherapy*. New York, Philosophical Library
- Moreno JL, Moreno ZT (1959) *Psychodrama*, vol. 2: *Foundations of psychotherapy*. Beacon, Beacon House
- Moreno JL, Moreno ZT (1969) *Psychodrama*, vol. 3: *Action therapy and principles of practice*. Beacon, Beacon House

Literatur zu Biografie und Werk

- Adelsberger E, Ancelin Schützenberger A (2002) *On the traces of J. L. Moreno in Vienna* [Video]. Vienna, published by themselves
- Bartlett Haas R (Ed) (1959) *Psychodrama and Sociodrama in American education*. Beacon, Beacon House
- Gruvitch G (Ed) (1950) *Sociometry in France and the United States*. Beacon, Beacon House
- Maida MJO (2003) *Jacob Levy Moreno – his life and his muses* [video]. Sao Paulo, Brazil, Daimon
- Marineau RF (1989) *J.L. Moreno et la troisième révolution psychiatrique*. Paris, Métailié [gekürzt engl. Fassung: (1989) *Jacob Levy Moreno 1889–1974: Father of psychodrama, sociometry and group psychotherapy*. London/New York, Tavistock/Routledge]
- Moreno JL (1955) *Preludes to my autobiography*. Beacon, Beacon House
- Moreno JL (1985) *The autobiography of J.L. Moreno*, M.D. Boston, Harvard University Archives. The Francis A. Countway Library of Medicine [gekürzt: Moreno, JL (1989) *The autobiography of J. L. Moreno, MD*. Journal of Group Psychothe-

- rapy, Psychodrama and Sociometry 42: 1–126; dt.: (1995) Auszüge aus meiner Autobiographie. Köln, in: Scenario]
- Moreno JL, Moreno ZT, Moreno JD (1964) The first psychodramatic family. Beacon, Beacon House
- Petzold H (1980) Moreno und Lewin und die Ursprünge der psychologischen Gruppenarbeit. Zeitschrift für Gruppenpädagogik 6: 1–18
- Schiferer R (1996) Imaginative Inszenierung des Selbst. J.L. Moreno: Sein soziales Wirken und sein expressionistischer Hintergrund. In: Erbacher-Farkas B, Jorda C (Hg), Monodrama, S 13–37. Wien New York, Springer
- Tomaschek-Habrina L (2004) Die Begegnung mit dem Augenblick. Jakob Levy Morenos Theater- und Therapiekonzept im Lichte der jüdischen Tradition. Marburg, Tectum

*Michael Wieser
(durchgesehen von Zerka Moreno)*

Perls, Friedrich [„Fritz“ S.(alomon)]



* 8.7.1893 in Berlin; † 14.5.1970 in Chicago.

Begründer der Gestalttherapie (gemeinsam mit Laura → Perls und Paul → Goodman).

Stationen seines Lebens

1893 als drittes Kind jüdischer Eltern in Berlin geboren; das familiäre Milieu wird als das einer aufstrebenden, kleinbürgerlichen Händlerfamilie mit patriarchalischer Struktur beschrieben; Medizinstudium an der Universität Berlin, 1916 unterbrochen durch den Ersten Weltkrieg, in dem er als Sanitätsoffizier bei Gasangriffen verletzt wird; 1921 Promotion zum Doktor der Medizin und Eröffnung einer Praxis in Berlin; prägende Einflüsse der Berliner Zeit u.a. durch Max Reinhardt (der junge Perls spielt Statistenrollen am Deutschen Theater) sowie durch den Philosophen Salomo Friedländer (1918: „Schöpferische Indifferenz“); 1925 Beginn einer Psychoanalyse bei Karen → Horney in Berlin und in der Folge Beginn der Ausbildung zum Psychoanalytiker; 1926 Übersiedlung nach Frankfurt; Perls arbeitet am „Institut für hirnerkrankte Soldaten“ und am „Neurologischen Institut“ als Assistent von Kurt → Goldstein, dessen organismische Theorie ihn nachhaltig beeinflussen sollte; die Atmosphäre in Frankfurt wird als anregend beschrieben: In Vorlesungen und Seminaren bei A. Gelb erfährt er mehr über Gestaltpsychologie, lernt die Arbeiten der „Berliner Schule“ (Wertheimer, Köhler, → Lewin) kennen, gewinnt durch Lewins

erste Ansätze seiner Feldtheorie wichtige Impulse; besucht bisweilen Vorlesungen der Existenzialisten → Buber und Tillich; Beginn der Freundschaft zu Lore Posner, seiner späteren Frau Lore (ab 1949 Laura) Perls; Analyse bei Clara Happel; 1927/28 arbeitet Perls in Wien als Assistent an der Nervenklinik unter Wagner-Jauregg, Kontrollanalyse bei Helene → Deutsch und Eduard Hitschmann; nimmt als Kandidat des Berliner Instituts als Gast an Veranstaltungen der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung teil, er hört u.a. Referate von Anna → Freud und Paul → Federn, dessen Begriff der „Ich-Grenze“ für ihn lebenslang von Bedeutung bleibt; 1930 Heirat mit Lore, Arbeit als Psychoanalytiker in Berlin; 1931 Geburt des ersten Kindes Renate; nach unbefriedigender Analyse bei Eugen Harnik nochmals in Analyse bei Wilhelm → Reich (1929–33); 1933 Flucht vor den Nationalsozialisten über Amsterdam nach Johannesburg; Fritz und Lore gründen das erste Südafrikanische Institut für Psychoanalyse und führen eine erfolgreiche Praxis; Einfluss der holistischen Ideen Jan Smuts'; 1935 Geburt des zweiten Kindes Stephen; 1936 Teilnahme am Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Marienbad mit einem Referat zu oralen Widerständen, das auf Ablehnung stößt; die Einflüsse von J. Smuts – „er war der erste wirkliche Holist“ (Perls, 1980: 24) – und die kritische Auseinandersetzung von Fritz und Lore Perls mit Sigmund → Freud führen 1942 zur Veröffentlichung seines ersten Buches („Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method“), in dem zwei Kapitel von Lore Perls stammen und das er dem Andenken Max Wertheimers widmet; der Untertitel wird in späteren Ausgaben geändert in „Die Anfänge der Gestalt-Therapie“; 1942–45 Freiwilliger im Dienst der Südafrikanischen Armee als Sanitätsoffizier und Psychiater; 1946 Emigration in die USA, gefolgt von Lore und den Kindern 1947; Perls besucht Seminare am Moreno-Institut in New York und übernimmt wichtige Techniken → Morenos wie Rollentausch und „leeren Stuhl“; Niederlassung in New York; 1951 Veröffentlichung von „Gestalt therapy“ als gemeinsames Werk von Fritz Perls, Ralph Hefferline und Paul Goodman (er wird heute allgemein als Hauptautor ange-

sehen) als grundlegendem Text einer neuen Therapieschule; 1952 Gründung des New York Institute for Gestalt Therapy durch Fritz und Laura Perls sowie Paul Goodman; 1954 Gründung des Gestalt Institute of Cleveland; 1956 verlässt Perls Familie und New Yorker Kollegen und lebt vorwiegend in Miami; 1959–64 zunehmende Reisetätigkeit als Gruppenleiter zwischen Mendocino, San Francisco, Los Angeles – unterbrochen von einer Weltreise, die ihn u.a. nach Japan und Israel führt; 1964 erstes Blockseminar in Gestalttherapie in Esalen, wo er bis 1969 bleibt und zu einer der Kultfiguren der Human-Potential-Bewegung wird. 1969 Übersiedlung nach Kanada: Er kauft ein altes Motel am Lake Cowichan und gründet einen „Gestaltkibbuz“, in dem er seinen Traum von gemeinschaftlichem Leben und Arbeiten verwirklicht sieht. Trotz des Gefühls, seinen Frieden in Cowichan gefunden zu haben, weiterhin Reisen, zuletzt nach Europa, von wo er sehr krank zurückkehrt; er stirbt 1970 auf einer Vortragsreise in Chicago.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Fritz Perls entwickelt, von der Psychoanalyse kommend, gemeinsam mit Laura Perls sowie später mit Paul Goodman, eine Therapietheorie, die bestimmt wird durch eine ganzheitliche, „organismische“ Auffassung des Menschen (I. Smuts, K. Goldstein, W.A. White); er ersetzt die Assoziationspsychologie durch zentrale Konzepte der Gestaltpsychologie und Theorien von Whitehead, Angyal, White und Korzybski: Wahrnehmung und die Bedeutung der Wahrnehmung werden durch den Kontext bedingt, in dem sie stattfindet; sie ist ein aktives Suchen des Organismus und hängt ab von seinen Bedürfnissen, vom Hintergrund und vom Feld; Perls setzt differenzierendes Denken in Polaritäten, auf der Grundlage der „schöpferischen Indifferenz“ von S. Friedlaender und der General Semantics von Korzybski, an die Stelle kausaler Modelle; die Integration der Polaritäten, ohne dass dieselben aufgelöst oder zerstört werden, ist Ziel der therapeutischen Arbeit; die gestalttherapeutische Konzeption einer Theorie des Selbst basiert auf einer holistisch-feld-

theoretischen Position und beschreibt das Selbst dialektisch sowohl als Prozess wie auch als differentielle Struktur: „Das Selbst ist die Kraft, die die Gestalt im Feld bildet; oder besser, das Selbst ist der Figur-Grund-Prozess in Kontaktsituationen“ (Perls et al., 1951, 1979a: 162); Freuds Triebtheorie wird ersetzt durch eine biologische Systemtheorie organismischer Selbstregulation (Perls, 1980: 119–128) und ergänzt durch eine Kontakt- und Kommunikationstheorie ökologischer Bezogenheit (ebd.) und mündet schließlich in ein Grundmodell von Wachstum und kreativer Selbstentfaltung (Perls, 1969, 1974); die therapeutische Beziehung beruht auf direktem Kontakt im Hierund-Jetzt; Anfang der 1950er Jahre gibt Perls das klassische analytische Setting auf: Psychotherapeut und Klient sitzen einander gegenüber, haben Blickkontakt, befinden sich auf gleicher Ebene; in differenzierter Kontaktarbeit mit dem Klienten findet damit eine Verlagerung des Schwerpunkts von Übertragung und Deutung auf die Wahrnehmung aktueller Kontaktprozesse statt; nicht unbewältigtes Geschehen aus der Vergangenheit des Klienten steht im Vordergrund, sondern das Offensichtliche seines Verhaltens im Hierund-Jetzt; nicht Fragen nach dem „Warum“, sondern nach dem „Was“ und „Wie“ werden relevant. Sowohl die kontaktoffene Haltung des Therapeuten als auch das Konzept der „schöpferischen Anpassung“ bedeuten den Versuch, nicht auf eine gesetzte Norm hin zu korrigieren, sondern je persönlich sinnvolles Wachstum zu unterstützen bzw. zu ermöglichen; dabei bildet „das Alternieren und Oszillieren zwischen Kontakt und Rückzug für uns das Modell“ (Perls, 1980: 123); Perls sieht Widerstand als kreativen, wenn auch oft dysfunktionalen Ausdruck des Klienten, den es zu erforschen gilt und der – das übernimmt Perls von Reich – gegenwärtig prägnant und erfahrbar zu machen ist. Eine Fülle kreativer Techniken zur Verfeinerung der Wahrnehmung und des Gewahrseins, wie aktives Experimentieren, Visualisieren, In-Szene-Setzen, Aufmerksamkeit für Sprache, nonverbales Verhalten und Körperempfindungen, Intuition und Fantasie werden Bestandteil gestalttherapeutischer Praxis. Sie eröffnen Handlungsspielräume

und neue Sichtweisen und ermöglichen bewusste Übernahme von Verantwortung für eigenes Verhalten.

Wesentliche Publikationen

- (1942, 1978) Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart, Klett-Cotta
(1969a, 1974) Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart, Klett-Cotta
(1969b, 1981) Gestalt-Wahrnehmung: Verworrenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne. Frankfurt/M., Verlag für Humanistische Psychologie Werner Flach
(1973, 1976) Grundlagen der Gestalttherapie: Einführung in die Sitzungsprotokolle. München, Pfeiffer
(1980) Gestalt: Wachstum-Integration. Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen. Paderborn, Junfermann
Perls FS, Hefferline RF, Goodman P (1951, 1979a) Gestalttherapie: Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart, Klett-Cotta
Perls FS, Hefferline RF, Goodman P (1951, 1979b) Gestalttherapie: Wiederbelebung des Selbst. Stuttgart, Klett-Cotta

Literatur zu Biografie und Werk

- Clarkson P, Mackewn J (1993) Frederick S. Perls und die Gestalttherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie
Petzold H (1984) Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman. Integrative Therapie 10: 5–72
Sreckovic M (1999) Geschichte und Entwicklung der Gestalttherapie. In: Fuhr R, Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M (Hg), Handbuch der Gestalttherapie, S 15–178. Göttingen, Hogrefe

Inge Bolen

Perls, Laura

* 15.8.1905 als Lore Posner in Pforzheim, Deutschland; † 13.7.1990 in Pforzheim.

Zusammen mit Fritz → Perls und Paul → Goodman Begründerin der Gestalttherapie.

Stationen ihres Lebens

Laura Perls kam aus einer wohlhabenden, assimilierten jüdischen Familie und lernte die Ideale des Bildungsbürgertums des 19. Jahrhunderts von ihren Eltern. Ihr Vater vermittelte ihr deutlich, dass sie als hochbegabte und intelligente Jüdin in Deutschland nur als „unauffällige Nebenerscheinung“ (Sreckovic, 1999: 22) Anerkennung bekommen würde. Sie war eine virtuose Pianistin, erhielt auch Unterricht in Eurhythmie und Ausdruckstanz. In Frankfurt/M. studierte sie zuerst Jus, dann Psychologie und war Doktorandin bei Adhemar Gelb bis 1932. Bei Max Wertheimer studierte sie ab 1929 die ganzheitliche Theorie der Wahrnehmung, bei Kurt → Goldstein lernte sie ganzheitliche organismische Theorie. Martin → Buber beeindruckte sie mit dem Begriff „Heilung aus der Begegnung“ und Tillichs Konzept der Grenze hatte einen Einfluss auf ihre Theoriebildung. Sie promovierte 1932 mit einer Dissertation über „die Bedeutung der ‚phänomenalen Feldveränderungen‘ für die Wahrnehmung“ (Sreckovic, 1999: 47), die uns auf die Feldorientierung der Jahre später entstandenen Gestalttherapie hinweist. Ihre psychoanalytische Ausbildung erhielt sie in Frankfurt/M., Berlin und Amsterdam.

Die Lehranalyse absolvierte sie bei Clara Happel und Karl → Landauer, die Kontrollanalyse bei Otto → Fenichel. 1930 heirateten Friedrich und Lore Perls und lebten in Berlin, wo F. Perls als Psychoanalytiker arbeitete und L. Perls an ihrer Dissertation schrieb. Ihre Tochter Renate kam 1931 zur Welt. 1933 flohen sie, beide jüdischer Abstammung und antifaschistisch tätig, vor den Nationalsozialisten nach Amsterdam, wo L. Perls ihre psychoanalytische Ausbildung fortsetzte. Ernest → Jones half dem Paar, weiter nach Südafrika zu fliehen, und gemeinsam mit Friedrich S. Perls gründete Lore das erste psychoanalytische Institut in Johannesburg (Südafrika), wo sie 1934–47 praktizierte. Ihr Sohn Stephen wurde 1935 in Johannesburg geboren. 1947 emigrierte sie in die USA, nannte sich Laura und arbeitete weiter an ihrem neuen psychotherapeutischen Ansatz, der anfangs Konzentrationstherapie hieß. Sie begründete 1952 mit Fritz Perls das erste Ausbildungsinstitut für Gestalttherapie, das New York Institute for Gestalt Therapy, 1953/54 das Gestalt Institute of Cleveland. Seit Mitte der 1970er Jahre war sie nur mit der Lehre der Gestalttherapie in den USA und Europa beschäftigt und prägte einen besonderen Stil vieler Gestalttherapie-Ausbildner. 1982 wurde ihr die goldene Doktorwürde anlässlich des 50. Jubiläums ihrer Promotion in Frankfurt/M. verliehen und 1989 wurde sie Ehrenbürgerin ihrer Geburtsstadt Pforzheim. Für die Aufrechterhaltung des New York Institute for Gestalt Therapy, das eine klinische, theorieorientierte Tradition vorweist, war sie jahrzehntelang verantwortlich. Bis kurz vor ihrem Tod 1990 lebte und arbeitete sie in New York.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Eine Revision der psychoanalytischen Triebtheorie und das Interesse für das Essverhalten bei Säuglingen beim Übergang vom Saugen zum Kauen waren ausschlaggebend für die Konzipierung von „Ego, hunger and aggression“ (1942; dt.: „Das Ich, der Hunger und die Aggression: Die Anfänge der Gestalt-Therapie“), in dem die Theorie der oralen Widerstände erstmals beschrieben

wurde. Dieser theoretische Übergang von der Psychoanalyse zum Gestaltansatz wurde gemeinsam mit Fritz Perls vorbereitet: „von der historisch-archäologischen Betrachtungsweise Freuds zur existentiell-experimentellen, von der ‚isoliert stückhaften Betrachtungsweise‘ (Ternus) der Assoziationspsychologie zur Ganzheitsbetrachtung, vom rein Sprachlichen zum Organismischen, von der Interpretierung von Erinnerungen und Träumen zur direkten Wahrnehmung des Hier und Jetzt, von der Übertragung zum wirklichen Kontakt, von dem Begriff des Ichs als einer Substanz, die Grenzen hat, zu dem Begriff des Ichs als Grenzphänomen selbst, die eigentliche Kontaktfunktion der Identifizierung und Verfremdung“ (L. Perls, 1989: 109). L. Perls schrieb selber zwei Kapitel in „Das Ich, der Hunger und die Aggression“: „The dummy complex“, über Ersatzbefriedigungen und wie sie die freie Entwicklung eines Menschen behindern, sowie „The meaning of insomnia“, über die Bedeutung der Schlaflosigkeit als ungelöste Situation, die den Schlaf stört. L. und F. Perls postulierten eine analoge Entwicklung zwischen den Essgewohnheiten einerseits und der Aufnahme von geistiger Nahrung und der Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen andererseits. Aus der Kooperation der beiden Perls mit Paul Goodman entstand aus der „Konzentrationstherapie“ die Theorie der Gestalttherapie, die im Werk von Perls, Hefferline und Goodman (1951) dargestellt und innerhalb der Humanistischen Psychologie angesiedelt wurde. Dazu gehört das Konzept des Selbst als Prozess und Grenzphänomen anstatt als Instanz und der Begriff der Gesundheit als freifließender Gestaltbildungsprozess. Ihr Stil, geprägt vom Prinzip „Kontakt und Stütze“, war eine Hinterfragung der einst üblichen Konfrontationen für alle Störungsbilder. Dieser Stil war gekennzeichnet von unsensationellen, „verdaulichen“ Schritten. Sie bot ihren Patienten so viel Stütze wie nötig und so wenig wie möglich, mit dem Ziel der Selbststütze und Interdependenz. Ihre therapeutische Haltung zeigte zurückhaltende Präsenz, Klarheit, Tiefgang und „Commitment“, die Fähigkeit zur grenzenlosen Hingabe. Den persönlichen Stil als schöpferischen Ausdruck eines Menschen

zu entwickeln, war ihre Absicht. Aus der Sicht L. Perls' sind die Basiskonzepte der Gestalttherapie eher philosophisch und ästhetisch als technisch, woraus folgt, dass sie einen philosophischen Bezugsrahmen für Ansätze bietet, die existenziell-phänomenologisch, erfahrungsbezogen und experimentell sind. Wesentliche methodische Innovationen waren die Abkehr vom psychoanalytischen Setting durch die Arbeit von Angesicht zu Angesicht sowie die Mitteinbeziehung von Atmung, Körperhaltung, Bewegung, Mimik und Gestik in den therapeutischen Prozess. In ihren regelmäßig stattfindenden Gruppen förderte sie die Interaktion zwischen den Teilnehmern, ein Schritt in Richtung „Gruppe als Organismus“. Ihr behutsamer, präziser Stil war prozess- und beziehungsorientiert; sie ermutigte Psychotherapeuten, sich nach der subjektiven Wahrnehmung ihrer Patienten zu richten und deren momentanes Befinden als Ort zu nehmen, wo eine Begegnung und ein Dialog stattfinden können.

Wesentliche Publikationen

- (1932) Die Erscheinungen des simultanen Kontrastes und der Eindruck der Feldbeleuchtung. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Frankfurt/M.
- (1968) Two instances of gestalt therapy. In: Pursglove PD (Ed), *Recognitions in gestalt therapy*, pp 42–63. New York, Funk & Wagnalls [dt.: Zwei Beispiele für Gestalttherapie. In: Perls L (1989), S 61–78]
- (1971) One gestalt therapist's approach. In: Fagan J, Shepherd IL (Eds), *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications*, pp 125–129. New York, Harper & Row [dt.: Der Gestalt-Ansatz. In: Perls L (1989), S 79–86]
- (1980) Begriffe und Fehlbegriffe in der Gestalttherapie. In: Perls FS, Gestalt, Wachstum, Integration, S 255–261 (hg. von H. Petzold). Paderborn, Junfermann
- (1989) *Leben an der Grenze: Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie*. Köln, Edition Humanistische Psychologie
- Kitzler R, Perls L, Stern EM (1982) *Retrospects and prospects: A dialogue between Laura Perls, Richard Kitzler, and E. Mark Stern. Voices: The Art and Science of Psychotherapy* 18: 5–22
- Kudirka N, Perls L (1982) *A talk with Laura Perls about the therapist and the artist. Voices: The Art and Science of Psychotherapy* 18: 29–37

Perls L, Rosenfeld E (1982) A conversation between Laura Perls and Edward Rosenfeld. *Voices: The Art and Science of Psychotherapy* 18: 22–29

Literatur zu Biografie und Werk

- Clarkson P, Mackewn J (1993, 1995) F. S. Perls und die Gestalttherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie
- Schneider K (1994) Meine Wildnis ist die Seele des anderen: Erinnerungen und Reflektionen zu Lore Perls. In: Freiler C, Ventouratou-Schmetterer D, Reiner-Lawugger C, Bösel R (Hg), 100 Jahre Fritz Perls: Tagungsband der Internationalen Psychotherapietagung der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie ÖAGG (S 100–110). Wien, Facultas
- Schwerpunktheft (1982) Keeping the flame: Laura Perls and gestalt therapy. *Voices: The Art and Science of Psychotherapy* 18(2)
- Sreckovic M (1999) Geschichte und Entwicklung der Gestalttherapie. In: Fuhr R, Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M (Hg), *Handbuch der Gestalttherapie*, S 15–178. Hogrefe, Göttingen
- Wysong J (Ed) (1980) A Festschrift for Laura Perls in celebration of her 75th birthday. *Gestalt Journal* 3: 3–158

Nancy Amendt-Lyon

Petzold, Hilarion Gottfried



* 25.3.1944 in Kirchen, Deutschland.

Begründer der „Integrativen Therapie in der Lebensspanne“, der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, Integrativen Supervision, Integrativen Agogik.

Stationen seines Lebens

Kindheit und Jugend im Rheinland und in Frankreich, humanistisches Gymnasium; Landwirtschaftslehre, Budoportler, Katastrophenhelfer (u.a. 1963 Skopje-Erdbeben). Seine Eltern Hugo, Agronom, Maler und Irma Petzold, Theaterwissenschaftlerin, Autorin, waren Pazifisten, vom Nazi-Regime verfolgt, lebenslang in Friedensarbeit, Suchtkrankenhilfe, künstlerischen Zirkeln aktiv. Naturwissenschaftlich, geisteswissenschaftlich, künstlerisch orientierte Erziehung. 1963–71 Studium in Paris, „Mai 1968“. Petzold erlebte Protagonisten französischen Geisteslebens: u.a. → Foucault, Levi-Strauss, → Ricoeur, → Sartre. Die Diskurse „politischer“ Psychologie (Poltitzer, → Merleau-Ponty, Sève) zwischen Existenzialismus, Phänomenologie und Marxismus, sowie zwischen Hermeneutik, Strukturalismus und Psychoanalyse führten ihn über poststrukturalistische Theoriepluralität hinaus zu seinem „transversalen“ Ansatz „konnektivierender Integration“ (1998; 2002a). Studien: Orthodoxe Theologie (Dr. theol. et iur. can.; Thèse: „Geisteskrankheiten, Ehe, Ordination“, 1968). Ab 1964 auch Philosophie und

Psychologie mit Schwerpunkten, die ihn lebenslang beschäftigen: Anthropologie (→ Lévinas), klinische Psychologie (→ Janet, Delany), Entwicklungspsychologie (Wallon, Piaget, Zazzo), Sozialpsychologie (Moscovici); bei Iljine russische Psychologie und Psychophysiologie (u.a. → Vygotsky, Ukhtomsky, Lurija, Bahktins Dialogik), Auseinandersetzung mit der Verhaltenstherapie (Sieper, 2001). 1971 Dr. phil. (bei → Marcel zur Anthropologie, Ergänzungsthese bei Iljine zu Überforderungserlebnissen), Professur (Pastoralpsychologie) am Institut St. Denis. 1971 Weiterstudium in Düsseldorf: Medizin, Soziologie, Erziehungswissenschaften. 1979 Promotion in Frankfurt/M. „Psychodramatherapie mit alten Menschen“. 1979 Freie Universität Amsterdam, Professor für Psychologie, Klinische Bewegungstherapie, Psychomotorik. Gastprofessuren u.a.: 1980–89 Bern, Abteilung Klinische Psychologie bei → Grawe; 1978–86 Graz bei Gastgeber (Pastoraltherapie, Thanatothérapie); seit 2000 an der Donau-Universität, Krems (Psychotraumatologie, Supervision). Seit Studententagen Therapie mit Kindern (1994), alten Menschen (1985), Drogenabhängigen (2004), Psychiatriepatienten, Traumapatienten (2002). Therapieausbildung: therapeutisches Theater, „aktive Psychoanalyse“ → Ferenczis bei Iljine; Psychodrama bei → Moreno, Gestalttherapie bei → Perls, R. Price, Körpertherapie (→ Raknes). Petzold brachte „Gestalttherapie“ und „neue Körpertherapien“ nach Europa (1969). Mitbegründer der deutschsprachigen Psychodramabewegung, des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie (1972), Gründer der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, führendes Zentrum kreativ-therapeutischer Verfahren, Hückeswagen (1981).

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Pionier der Methodenintegration, entwickelt „Integrative Therapie“ als entwicklungsorientierte Psychotherapie/Humantherapie „in der Lebensspanne“ (1991–93, 2001, 2003; Rahm et al., 1993; Schuch, 2001), die somatische/sensumotorische, emotionale, volitive, kognitive, sozioökolo-

gische Dimensionen berücksichtigt, die Interaktion von Problemen, Ressourcen, Potenzialen, von Risiko- und Schutzfaktoren. Er begründet eine „Integrative Pädagogik“ (Nitsch-Berg & Kühn, 2001), eine „klinische Philosophie“ permanenter „heraklitischer“ Entwicklung (1991): Epistemologie und Anthropologie sehen ein in Leiblichkeit und Zwischenleiblichkeit/Intersubjektivität gegründetes exzentrisches Subjekt, das in Korrespondenz über Konsens/Dissensprozesse Sinn stiftet aus „engagierter Ethik“, einer „Sorge um sich“ (Foucault), die Anderen, die Welt (2003). Petzolds „Metahermeneutik“ erlaubt theorieplurale, inter- und transdisziplinäre Diskurse, eine „konnektivierende“ Modellkonstruktion und Praxeologie (vgl. Strukturmodell des „Tree of Science“ als polyzentrische Wissensorganisation, 1998; 2003). Menschenbild: „Der Mensch als Mann und Frau ist Körper-Seele Geist-Subjekt im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum“ (1993). Leibtheorie: lebenslange psychophysiologische Sozialisation, in der Wahrnehmung-Verarbeitung-Handlung sozialökologisch in Kontext/Kontinuum verschränkt sind, bildet den „informierten Leib“ (2003). Persönlichkeitstheorie: „Selbst, Ich, Identität“ konstituieren Persönlichkeit, Identität ist Wechselspiel kognitiv und emotional bewerteter Fremd- und Selbstattributionen in „Fünf Säulen“: Leiblichkeit, Soziales Netz, Arbeit/Leistung, materielle Sicherheiten, Werte. Krankheits-/Gesundheitslehre: lebenslanges Zusammenspiel von frühen und späteren multiplen Stimulierungen, salutogene und pathogene (Traumata, Defizite, Störungen, Konflikte), von Risiko-, Resilienz-, Protektivfaktoren in Kontext/Kontinuum, was longitudinal orientierte „prozessuale Diagnostik/Therapeutik“ (1992; Osten, 2000) erfordert. Immer werden psychophysiologische, entwicklungspsychologische, sozialpsychologische/soziologische und ökologische Perspektiven in Theorie und Praxis „konnektiviert“. Das charakterisiert Petzolds Integrationsmodell, seine psychophysiologische „Integrative Traumatherapie“ (Petzold et al., 2000), „Ressourcentheorie“ (1998), „Prozesstheorie“ (tetradisches System von Initial-, Aktions-, Integrations- Neuorientierungsphase), sein

Therapieintegrationsmodell („common and divergent concept approach“), sein komplexes Lernmodell Integrativer Agogik (Sieper, 2001; Petzold & Sieper, 1993; Nitschberg & Kühn, 2001). Praxeologie: Als höchst kreativer „Praxeologe“ und „Menschenarbeiter“ inaugurierte Petzold folgende Konzepte/Methodologien: 1965 „Integrative Therapie“, „kreative Medien“, „Kreative Therapie“, 1968 „Kokreativität“, „Lebenspanorama“, „body chart“, „multiple Stimulierung“ (Petzold & Orth, 1990), 1969 „Vier Wege der Heilung und Förderung“, Begriff/Methodik des „Behaviordramas“ (Sieper, 2001), 1970 „Integrative Bewegungs- und Leibtherapie“, „Integrative und Differentielle Relaxation“, Fokaltherapie (1974; Petzold et al., 2000), 1972 Integrative Kunsttherapie (mit Sieper, → Orth), 1973 „Integrative Supervision“, 1974 „Lauftherapie“, Narrative Therapie, Poesie-/Bibliotherapie (mit Orth, 1990), 1993 „14 Heilfaktoren“ etc.; 1968/69 Pionierarbeit in Drogen- und Gerontopsychotherapie, Gründung der ersten therapeutischen Wohngemeinschaften (Vierstufenmodell) in Europa, Begriff/Modell der „Therapieketten“ (Petzold et al., 2004). Er machte sich um die „künstlerischen Therapieformen“ verdient, führte im deutschen Sprachraum mit seinen Mitarbeitern die ersten curricular organisierten Ausbildungen ein: Kunsttherapie 1972, Bewegungspsychotherapie 1972, Gestaltpädagogik/Integrative Agogik 1976, therapeutisches Puppenspiel 1984, Poesie-/Bibliotherapie, Dramatherapie 1984. Initiator/Mitinitiator der entsprechenden kreativtherapeutischen Verbände: 1972 Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie (ab 1982 für Integrative Therapie, DGIK), 1985 erster Dachverband künstlerischer Therapieformen (DGKT); er initiierte die Europäische Gesellschaft für Gestalttherapie (EAG 1985), die ersten deutschen schulenpluralen Dachverbände: 1978 Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (AGPF), 1984 Dachverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BDKJ). Durch Petzolds philosophische und psychologische Ausrichtung wurde Integrative Therapie auf drei Ebenen entwickelt: 1. „Integrative klinische Philosophie“ (1991) mit einer „sozialwissenschaftlich ernüchterten“ Phänomenologie und kulturkritischen

Metahermeneutik; 2. „Integrative klinische Theorie“ (1992) mit eigenständiger Entwicklungs-, Persönlichkeits-/Identitäts-, Lern- und Kontexttheorie in klinisch-psychologischer (Janet, Iljine), entwicklungspsychologischer (Vygotsky, Rutter) und sozialpsychologischer (→ Lewin, Moreno, Moscovici) Orientierung; 3. „Integrative Praxeologie“ (1993), salutogenese- und konfliktorientiert, mit zahlreichen Medien. Ziel: Ein schulenübergreifendes Verfahren durch vergleichende Theorienentwicklung, experimentierende klinische Praxis „systematischer Heuristik“, forschungsgegründete Effizienznachweise, Qualitätsentwicklung, didaktisch differenzierte Ausbildungspraxis – eine Pionierarbeit curricularer Therapieausbildung. Mit diesem breit angelegten Schaffen, 700 Fachveröffentlichungen, Gründung wissenschaftlicher Zeitschriften, Organisator zahlreicher nationaler/internationaler Kongresse, ist Petzold einer der kreativsten Protagonisten moderner Psycho-, Sozio-, Körpertherapie und Supervision; 1992 Bundesverdienstkreuz; „Die Zeit“ zählt Petzold zu den „Leitfiguren“ der Psychotherapie.

Wesentliche Publikationen

- (1974) Integrative Bewegungstherapie. In: (1996) Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Bd. 1, 3. Aufl., S 59–173. Paderborn, Junfermann
- (1985, 2005) Mit alten Menschen arbeiten. 2. erw. Aufl. (2 Bde.). Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta
- (1991, 1992, 1993; 2003) Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, 2. erw. Aufl. (3 Bde.). Paderborn, Junfermann
- (1994) Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung (2 Bde.). Paderborn, Junfermann
- (1998) Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsberatung. Paderborn, Junfermann
- (2001) Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale Modell“ kritischer Humantherapie. Paderborn, Junfermann
- (Hg) (2002) Das Trauma überwinden: Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn, Junfermann
- Märtens M, Petzold HG (Hg) (2002) Therapieschäden. Mainz, Grünewald
- Petzold HG, Märtens M (Hg) (1999) Wege zu effektiver Psychotherapie: Psychotherapieforschung und Praxis. Opladen, Leske + Budrich

- Petzold HG, Orth I (Hg) (1990, 2001) Die neuen Kreativitätstherapien, 3. Aufl. (2 Bde.). Paderborn, Junfermann
- Petzold HG, Orth I (1999) Die Mythen der Psychotherapie: Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn, Junfermann
- Petzold HG, Schay P, Ebert W (2004) Integrative Suchttherapie (2 Bde.). Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften
- Petzold HG, Schigl B, Fischer M, Höfner C (2003) Supervision auf dem Prüfstand. Opladen, Leske + Budrich
- Petzold HG, Wolf U, Landgrebe B, Josic Z, Steffan A (2000) Integrative Traumatherapie: Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der Kolk B, McFarlane A, Weisaeth L (Eds), Traumatic stress, pp 445–579 [ergänzte dt. Übers. hg. von M. Märtens und H. Petzold]. Paderborn, Junfermann

Literatur zu Biografie und Werk

- Kühn R, Petzold HG (1991) Philosophie und Psychotherapie. Paderborn, Junfermann
- Nitsch-Berg H, Kühn H (2000, 2001) Kreative Medien und die Suche nach Identität (2 Bde.). Köln, Edition Humanistische Psychologie
- Osten P (2000) Die Anamnese in der Psychotherapie. München, Reinhardt
- Petzold HG (1986) Psychotherapie und Friedensarbeit. Paderborn, Junfermann
- Rahm D, Otte H, Bosse S, Ruhe-Hollenbach H (1993) Einführung in die Integrative Therapie: Grundlagen und Praxis, 2. Aufl. Paderborn, Junfermann
- Schuch W (2001) Grundzüge eines Modells „Integrativer Psychotherapie“. In: Petzold HG (Hg), Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale Modell“ kritischer Humantherapie, S 145–200. Paderborn, Junfermann
- Sieper J (2001) Das behaviorale Paradigma im „Integrativen Ansatz“ klinischer Therapie, Sozialtherapie und Agogik. Integrative Therapie 27: 105–144
- Sieper J, Orth I, Schuch W (2005) Freude am Lebendigen. Festschrift für H. G. Petzold. Bielefeld, Edition Sirius bei Aisthesis
- Sieper J, Schmiedel I (1996) Die innovatorischen Aktivitäten von Hilarion G. Petzold. In: Petzold HG, Sieper J (Hg), Integration und Kreation, Bd 2, S 421–439. Paderborn, Junfermann
- Zundel R (1987) Hilarion Petzold: Integrative Therapie. In: Zundel E, Zundel R, Leitfiguren der Psychotherapie, S 191–214. München, Kösel

Johanna Sieper

Rank, Otto



* 22.4.1884 in Wien; † 31.10.1939 in New York.

Psychoanalytiker; wesentliche Beiträge zum Geburtstrauma, zum künstlerischen Schaffen, zur Behandlungstechnik und zu Bedeutung der Motivation in der Psychotherapie („will therapy“).

Stationen seines Lebens und wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Der Name Rank war das schriftstellerische Pseudonym für Otto Rosenfeld, Sohn eines Wiener Privatbeamten. Rank begann etwa um 1900 unter seinem Pseudonym zu schreiben, 1909 wurde der Name offiziell in seine Dokumenten eingetragen. Er hatte die maschinentechnische Abteilung der höheren Gewerbeschule in Wien mit der Reifeprüfung abgeschlossen, sein Interesse galt jedoch den Geisteswissenschaften, insbesondere dem Theater, und eigentlich wollte Rank Schauspieler werden. Auf die Psychoanalyse wurde er über die Lektüre der Traumdeutung aufmerksam, Alfred → Adler machte ihn mit Sigmund → Freud bekannt. „Eines Tages führte sich ein absolvierter Gewerbeschüler durch ein Manuskript [„Der Künstler“; Anm. E.M.] bei uns ein, welches außerordentliches Verständnis verriet. Wir bewogen ihn, die Gymnasialstudien nachzuholen, die Universität zu besuchen und sich den nichtärztlichen Anwendungen der Psychoanalyse zu widmen. Der kleine Verein erwarb so einen eifrigen und verlässlichen Sekretär, ich gewann an Otto Rank den treuesten Helfer und Mitarbeiter“

schrieb Freud 1914. Rank wurde der erste bezahlte Sekretär der Psychologischen Mittwoch-Gesellschaft in Wien, er holte die Reifeprüfung am humanistischen Gymnasium als Externist nach, und Freud unterstützte sein Studium an der philosophischen Fakultät der Universität Wien. 1912 promovierte Rank mit der Arbeit „Die Lohengrinsage“; sein Interesse galt der psychoanalytischen Durchleuchtung von Literatur, Mythologie und Kulturgeschichte. Gemeinsam mit Hanns Sachs übernahm Rank 1912 die Redaktion der neugegründeten Zeitschrift „Imago“ und ein Jahr später übernahm er zusätzlich die Redaktion der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse“ gemeinsam mit Sándor Ferenczi und Ernest Jones. Rank war während des Ersten Weltkriegs Herausgeber der Krakauer Zeitung, dem offiziellen Blatt der österreichischen Armee und lernte in Krakau seine erste Frau Beate Mincer, die später ebenfalls Psychoanalytikerin wurde, kennen. Sein Verdienst innerhalb der psychoanalytischen Bewegung lag in der Redaktionsarbeit, 1919–25 leitete er die Geschäfte des Internationalen Psychoanalytischen Verlags. Rank war Mitglied des Geheimen Komitees (desinoffiziellen Leitungsgremiums der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung), und 1922 wurde er Obmann-Stellvertreter der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. 1924 hielt Rank sich für Vorträge und Analysen mehrere Monate in den Vereinigten Staaten auf, im selben Jahr erschien sein Buch „Das Trauma der Geburt“ und mit Sándor Ferenczi veröffentlichte er „Entwicklungsziele der Psychoanalyse.“ Rank entfernte sich Mitte der 1920er Jahre von der klassischen Freudschen Psychoanalyse, ab 1926 lebte er vorwiegend in Paris, 1935 ließ er sich in New York nieder. Ende 1928 trat er offiziell aus der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung aus. Rank wird heute zusammen mit Sándor Ferenczi als Vertreter der aktiven Technik bezeichnet. Er wandte sich von der triebtheoretischen Grundposition der Freudschen Psychoanalyse ab und entwarf eine philosophisch (besonders an Friedrich Nietzsche) orientierte Konzeption von Individualität, wobei für ihn das schöpferische, kreative Ich im Mittelpunkt stand. Er führte das Konzept und die Entwicklung des Willens und das Bewusstsein in die Psychotherapie ein. Sein Verständnis der

Realität in der therapeutischen Beziehung, die Arbeit mit dem Patienten im „Hier und Jetzt“ sind heute für fast alle psychodynamisch orientierten psychotherapeutischen Schulen relevant. Rank hat auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung ein Augenmerk gelegt und den Begriff „Prä-Ödipalität“ geprägt, er gilt als ein Vorläufer der Objektbeziehungstheorie sowie der Selbstpsychologie. In seine Studie „Der Doppelgänger“ nahm er wichtige Positionen der späteren Narzissmusforschung von → Kohut und → Kernberg vorweg. Sein erstes Hauptwerk, „Das Trauma der Geburt“, wurde „gelobt, kritisiert, mißverstanden und schließlich nach Ranks Bruch mit der orthodoxen Psychoanalyse ignoriert. [...] Dem Geburtstrauma folgen in der normalen Entwicklung zwei Trennungen: Das Abstillen und die Loslösung von der Mutter beim Gehenlernen. Erst später rückt das Ödipus-Drama in den Mittelpunkt und wird durch das Vorangegangene modifiziert. Der Streit um Ranks Theorie entzündete sich an diesem Punkt. Der Ödipus-Komplex war der Kernpunkt Freudscher Theorie und Praxis“ (Liebermann, 1998: S 10f.). Die Grundangst bei Rank war als Trennungsangst konzipiert, innerhalb der Freudschen Richtung der Psychoanalyse war Ranks Angsttheorie umstritten, von der offiziellen Geschichtsschreibung wurde er der Häresie bezichtigt und sogar als Geisteskranker abgewertet. Heute jedoch ist eine Wiederentdeckung und offenere Diskussion seines Werkes zu beobachten. Mit seinem letzten großen kulturpsychologischen Werk, „Kunst und Künstler“, legte Rank eine Theorie des schöpferischen Lebens, des künstlerischen Schaffens und der kreativen Persönlichkeit vor und stellt die Verbindung zwischen Künstler und Gesellschaft her. Otto Rank betrieb eine psychoanalytische Praxis in New York und unterrichtete u.a. an der Graduate School of Jewish Social Work. Seine zweite Ehe schloss er mit Estelle Buel 1939, wenige Monate vor seinem Tod.

Wesentliche Publikationen

- (1907) Der Künstler: Ansätze einer Sexualpsychologie. Wien, Hugo Heller
- (1909) Der Mythos von der Geburt des Helden: Versuch einer psychologischen Mythendeutung. Leipzig Wien, Deuticke

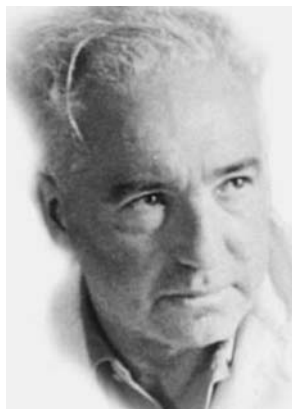
- (1911) Die Lohengrinsage: Ein Beitrag zu ihrer Motivgestaltung und Deutung. Leipzig Wien, Deuticke
- (1912) Das Inzest-Motiv in Dichtung und Sage: Grundzüge einer Psychologie des dichterischen Schaffens. Leipzig Wien, Deuticke
- (1914, 1993) Der Doppelgänger. Wien, Turia und Kant
- (1924, 1998) Das Trauma der Geburt. Gießen, Psychosozial Verlag
- (1926, 1929, 1931) Technik der Psychoanalyse (3 Bde.). Leipzig Wien, Deuticke
- (1927, 1928, 1929) Grundzüge einer genetischen Psychologie auf Grund der Psychoanalyse der Ich-Struktur (3 Bde.). Leipzig Wien, Deuticke
- (1930) Seelenglaube und Psychologie. Leipzig Wien, Deuticke
- (1932) Art and Artist. Knopf, New York [dt.: (2000) Kunst und Künstler. Gießen, Psychosozial Verlag]
- (1941) Beyond Psychology. New Jersey, Haddon Craftsman
- Rank O, Ferenczi S (1924, 1996) Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis. Wien, Turia und Kant
- Rank O, Sachs H (1913) Die Bedeutung der Psychoanalyse für die Geisteswissenschaften. Wiesbaden, Bergmann

Literatur zu Biografie und Werk

- Freud S (1914) Zur Geschichte der Psychoanalytischen Bewegung. GW X, S 44–113
- Janus L (Hg) (1998) Die Wiederentdeckung Otto Ranks für die Psychoanalyse. Psychosozial 21(73, Heft III)
- Leitner M (1998) Freud, Rank und die Folgen. Ein Schlüsselkonflikt für die Psychoanalyse. Wien, Turia und Kant
- Liebermann J (1998) Die Kulturpsychologie Otto Ranks: Eine legitime psychoanalytische Kulturtheorie. In: Janus L (Hg), Die Wiederentdeckung Otto Ranks für die Psychoanalyse. Psychosozial 21(73, Heft III), S 157–167
- Liebermann J (1995, 1997) Otto Rank: Leben und Werk. Gießen, Psychosozial Verlag
- Menaker E (1982) Otto Rank: A rediscovered legacy. New York, Columbia University Press
- Mühlleitner E (1992) Biographisches Lexikon der Psychoanalyse: Die Mitglieder der Psychologischen Mittwoch-Gesellschaft und der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung 1902–1938. Tübingen, Edition diskord
- Taft J (1958) Otto Rank: A biographical study based on notebooks, letters, collected writings, therapeutic achievements, and personal associations. New York, The Julian Press
- Zotzl A (1982) Otto Rank: Das Lebenswerk eines Dissidenten der Psychoanalyse. München, Kindler

Elke Mühlleitner

Reich, Wilhelm



* 24.3.1897 in Dobrzycynica, Galizien; † 3.11.1957 in Lewisburg, Pennsylvania.

Begründer der charakteranalytischen Vegetotherapie bzw. übergeordnet Stammvater der Körperpsychotherapie.

Stationen seines Lebens

Reich wuchs als Sohn wohlhabender Gutsbesitzer auf dem Lande auf. Einschneidende Ereignisse in seiner Kindheit waren der Selbstmord seiner Mutter, als Reich 12 Jahre alt war, und der Tod seines Vaters fünf Jahre später. Reich übernahm zunächst die Leitung des Gutes und diente von 1916 bis Ende des Ersten Weltkriegs in der österreichischen Armee. Dann Übersiedlung nach Wien, Beginn eines Jusstudiums, das er alsbald zugunsten des Medizinstudiums abbrach. Im Zuge des Studiums kam Reich in Kontakt mit der Psychoanalyse und mit Sigmund → Freud. Die zunächst enge Beziehung der beiden währte bis ins Jahr 1930 und zerbrach letztendlich an der unterschiedlichen Auffassung der gesellschaftspolitischen Dimension der Psychoanalyse. 1920: Aufnahme in die psychoanalytische Vereinigung. Reich übernahm die Leitung des sogenannten „Technischen Seminars“ und widmete dieses dem Thema „Widerstand“. Die Entwicklung der Charakteranalyse bzw. der charakteranalytischen Vegetotherapie nahm hier ihren Ausgang. Gemeinsamer Aufbau der psychoanalytischen Poliklinik, die auch mittellosen Menschen

die Möglichkeit zur kostenlosen Behandlung bot. Beginn des politischen Engagements anlässlich des Justizpalastbrandes 1927 in Wien – Reich schließt sich den Kommunisten an. Ersucht in dieser Zeit eine Verbindung zwischen seinem psychoanalytischen Wissen und analytischer Tätigkeit einerseits und der gesellschaftspolitischen Ebene andererseits. Zu den jungen Analytikern, welche ebenso den Marxismus mit der Psychoanalyse zu verbinden versuchten, zählten Reichs langjähriger Freund Otto → Fenichel, Edith → Jacobson und Karen → Horney. Reichs gesellschaftspolitisches Engagement findet einen Ausdruck in der sogenannten Sexpol-Bewegung, welche durch Veranstaltungen vor Ort und in Sexualberatungsstellen den Menschen Gelegenheit bot, über sexuelle Probleme zu sprechen. Reich setzte damit seiner Überzeugung gemäß in seiner politischen Arbeit an den unmittelbaren Bedürfnissen der Menschen an. In den Zeitraum 1920–30 fiel auch die Ehe mit der Psychoanalytikerin Annie Pink, der zwei Kinder, Lore und Eva, entstammen. Eva Reich setzte Reichs Spätwerk der Neurosenprophylaxe in ihrer Arbeit mit Schwangeren und Säuglingen fort. 1930: Übersiedlung nach Berlin, diese Zeit stand im Zeichen der Sexpolbewegung. 1933: Emigration nach Skandinavien, Beginn der bioelektrischen Experimente anhand physiologischer Untersuchungen am Menschen, Reich verdient seinen Lebensunterhalt mit vegetotherapeutischer Arbeit, Beginn der Krebsforschung. 1934: Ausschluss aus der psychoanalytischen Vereinigung am Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Luzern. 1939 Reich verlässt Norwegen mit dem letzten Schiff vor dem Einmarsch der Deutschen, um in Amerika Heimat zu finden. 1940–50: Aufbau des Forschungszentrums in Orgonon, Maine, wo Reich mit seiner zweiten Frau Ilse Ollendorf lebte und gemeinsam mit ihr die von ihm so benannte Orgonenergie erforschte. 1944 Geburt des Sohnes Peter. Veranstaltung von Sommerworkshops, zu welchen Wissenschaftler, Therapeuten, Pädagogen, unter ihnen Elsworth Baker, A.S. Neill, mit welchem Reich eine langjährige Freundschaft verband, und Ola → Raknes, zählten. Bau von Orgon-Akkumulatoren,

deren Vertrieb letztendlich zur Verurteilung durch die Food and Drug Administration (FDA) führte. Zerstörung der Orgon-Akkumulatoren und Verbrennung seiner Bücher. In der Folge starb Wilhelm Reich 1957 im Gefängnis. Orgonon wurde zu einem Museum umgebaut.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Ausgehend von der Entdeckung der orgastischen Potenz formulierte Reich die grundsätzliche funktionelle Identität von Körper und Psyche. Dies bietet den Boden für die Einbeziehung des Körpers in die Therapie. Reich gilt damit als Vater der Körpertherapie. Er nennt seine Methode zunächst charakteranalytische Vegetotherapie, später Orgontherapie. Mit der Entwicklung der Charakteranalyse liefert er einen wichtigen und nach wie vor gewürdigten Beitrag für die Psychoanalyse. In der Bioenergetischen Analyse (→ Lowen) finden Charakterstrukturen wesentliche Beachtung. Reich beschreibt spezifische Widerstandsformen, wie sie sich körperlich und charakterlich ausdrücken, im Begriff der Panzerung. Zu beachten ist auch die Analyse des Zusammenspiels von Persönlichkeits- und Gesellschaftsstruktur bei der Ätiologie von Krankheit im Rahmen seiner Faschismusanalyse (Reich, 1933), woraus sich die Beachtung und Betonung der Neurosenprophylaxe entwickelte, wie sie in den letzten Lebensjahren in der Gründung des Säuglingsforschungszentrums in Orgonon einen Niederschlag fand. Reich kann als ein Vorreiter der Humanistischen Psychologie gelten, da er in seiner Konzeption einen in der Tiefe des Menschen aufzufindenden „guten“ Kern annimmt. Natur und Kultur werden nicht als unvereinbar gesehen. Reich stellt der moralischen Regulierung menschlichen Verhaltens die sogenannte ökonomische Selbststeuerung gegenüber. Auf dem medizinischem Gebiet leistete Reich einen wesentlichen Beitrag durch die Erforschung der sogenannten Biopathien, Erkrankungen, die er als Folge chronischer Blockierung und damit einhergehender Resignation und Schrumpfung im plasmatischen Bereich betrachtete. Seinen

Forschungen lag die Anwendung der von ihm (1927) beschriebenen funktionellen Denkmethode zugrunde.

Wesentliche Publikationen

- (1927, 1987) Die Funktion des Orgasmus: Die Entdeckung des Orgons I. Köln, Kiepenheuer & Witsch
(1932, 1995) Der Einbruch der sexuellen Zwangsmoral. Köln, Kiepenheuer & Witsch
(1933, 1986) Massenpsychologie des Faschismus. Köln, Kiepenheuer & Witsch
(1945, 1993) Die sexuelle Revolution. Frankfurt/M., Fischer
(1948, 1989) Charakteranalyse. 3. Ausgabe. Köln, Kiepenheuer & Witsch
(1948, 1994) Die Entdeckung des Orgons II: Der Krebs. Köln, Kiepenheuer & Witsch
(1949, 1987) Äther, Gott und Teufel. Frankfurt/M., Nexus

Literatur zu Biografie und Werk

- Baker E (1967, 1980) Der Mensch in der Falle. München, Kösel
Boadella D (1973, 1981, 1995) Wilhelm Reich: Pionier des neuen Denkens, 2., überarb. Neuausg. Bern, Scherz
Ollendorf-Reich I (1969, 1975) Wilhelm Reich: Das Leben des großen Psychoanalytikers und Forschers. München, Kindler
Raknes O (1970, 1983) Wilhelm Reich und die Orgonomie. Frankfurt/M., Nexus
Sharaf M (1983, 1994) Wilhelm Reich: Der heilige Zorn des Lebendigen. Die Biographie. Berlin, Simon und Leutner

Beatrix Teichmann-Wirth

Rogers, Carl Ransom



* 8.1.1902 in Oak Park, einem Vorort von Chicago;
† 4.2.1987 in La Jolla, Kalifornien.

Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie (Personenzentrierten Psychotherapie, in Deutschland auch unter der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ bekannt) bzw. – übergeordnet – Begründer des Personenzentrierten Ansatzes.

Stationen seines Lebens

Viertes von sechs Kindern; sein Vater war im Baugewerbe tätig; aufgewachsen in fundamental protestantischem Elternhaus; 1914: Übersiedlung seiner Familie auf eine Farm; dies fördert zwar seine Naturverbundenheit und seine frühe Beschäftigung mit wissenschaftlichen Fragestellungen, doch isoliert es ihn von Gleichaltrigen und trägt zu Scheu und Zurückgezogenheit bei. Dies kann als Nährboden für sein lebenslanges Interesse an einem von Nähe, Verständnis und Austausch geprägten Beziehungsklima betrachtet werden. 1919: Beginn des Studiums der Agrarwissenschaften an der Universität von Wisconsin; 1922: fünfmonatige Reise nach China, u.a. zu einem Welttreffen christlicher Studenten, und andere fernöstliche Länder beeinflussten ihn hin zu Weltoffenheit, bewirkten einen Wandel in seiner theologischen Ausrichtung hin zu einer liberaleren Einstellung; 1924: Heirat mit Helen Elliott, einer künstlerisch veranlagten Kollegin, die er seit seiner Kindheit kannte und mit der er bis zu ihrem Tode verheiratet

war; 1924–26: Studium der Theologie am progressiven „Union Theological Seminary“ in New York, mit dem Ziel, Geistlicher zu werden; allmähliche Abkehr von der Religion, der er in weiterer Folge skeptisch gegenüberstand, und Hinwendung zur Psychologie, die seiner Tendenz, sich keinem Denksystem unterzuordnen, besser entsprach; 1926: Geburt des Sohnes David, 1928 der Tochter Natalie; 1926–31: Studium der Klinischen und Erziehungspsychologie am naturwissenschaftlich-experimentell ausgerichteten Teachers College der Columbia Universität; dort u.a. Kontakt mit den reformpädagogischen Ideen John Deweys (Groddeck, 2002: 44, 160); 1927–28: praktische Erfahrungen am psychodynamisch orientierten Institute of Child Guidance; 1928–39: Arbeit an Erziehungsberatungsstelle in Rochester, New York; hier auch mit psychoanalytischen und den Auffassungen von Otto → Rank in Form der „relationship-therapy“ konfrontiert; 1938–39: dortselbst Leitung der Child Guidance Clinic; 1939: Publikation seines ersten Buches („Clinical treatment of the problem child“), in dem erste Anklänge seines Ansatzes erkennbar sind; 1940: Rede („Some newer concepts of psychotherapy“) an der Universität von Minnesota, die als Geburtsstunde des Klientenzentrierten Ansatzes betrachtet wird (vgl. auch Rogers, 1942); 1940–45: Professur am Psychologischen Institut der Ohio State University in Columbus; hier Psychotherapieforschung, u.a. zum ersten Mal mit Hilfe von Schallplattenaufnahmen von therapeutischen Interviews; 1942: erstes Buch („Counseling and psychotherapy“) über den von ihm praktizierten Ansatz in Beratung und Psychotherapie; 1944: Arbeit mit Kriegsheimkehrern im Rahmen der „United Service Organization“ (USO); 1945–57: Professur an der Universität von Chicago und Leitung eines Counseling Center; allmähliche Entwicklung vom nondirektiven zum Klientenzentrierten Ansatz; in dieser Phase ausgedehnte Forschungstätigkeit zur Psychotherapie (Korunka et al., 2001); seine Verdienste um die Psychotherapieforschung werden 1956 mit dem Wissenschaftspreis der American Psychological Association (APA) gewürdigt. 1946–47: Präsident der APA; 1948–49: persönliche

Krise im Anschluss an missglückte Therapie mit einer Klientin; danach Eigentherapie bei Ollie Bown, einem Kollegen am „Counseling Center“; 1951: Veröffentlichung seines (Lehr-)Buches „Client-centered therapy“; ab 1956: zahlreiche Dialoge, u.a. mit Skinner (1956, 1960 und 1962), Buber (1957), Tillich (1965), Polanyi (1966) und Bateson (1975); 1957–63: Professur an der Universität von Wisconsin; Arbeit und intensives Forschungsprojekt mit schizophrenen Personen am Mendota State Hospital; zunehmende Betonung der Kongruenz und Transparenz des Psychotherapeuten, der therapeutischen Beziehung und – auch unter dem Einfluss von Eugene → Gendlin – einer Erlebnisorientierung in der therapeutischen Arbeit („Experiencing“); 1964: Übersiedlung nach Kalifornien, La Jolla, einem Vorort von San Diego und Arbeit am Western Behavioral Science Institute; Beratungstätigkeit für das California Institute of Technology (Caltech); 1964: Gespräch mit Gloria (eine Klientin, die auch von Fritz → Perls bzw. von Albert → Ellis interviewt wird); Rückzug aus der klinischen Arbeit und stärkeres Interesse an philosophischen und gesellschaftspolitischen Fragen; ab 1967: Veröffentlichung einer Reihe von weiteren Büchern, u.a. „Freedom to learn“, „On encounter groups“, „On personal power“ und „A way of being“; 1968: Gründung des Center for Studies of the Person, intensive Arbeit mit Encountergruppen; 1972: Award für Angewandte Psychologie (Distinguished Professional Contribution Award) der APA (damit der erste, der sowohl den Forschungspreis, als auch diesen Preis erhält); rege Tätigkeit als Leiter von (u.a. interkulturellen und interrassischen) (Groß-) Gruppen („Cross Cultural“) in vielen Ländern der Welt, u.a. in Brasilien (1977), Nordirland (1978), Südafrika (1982 und 1986) und später im Rahmen seines Engagements für die Friedensarbeit auch in Russland (1986); 1979: Tod seiner Frau Helen; Rogers geht nach ihrem Tod neue Liebesbeziehungen ein; er pflegt für einen längeren Zeitraum gleichzeitig Beziehungen zu drei Frauen, die voneinander wissen; 1981–85: mehrfach Aufenthalte in Deutschland, der Schweiz und Österreich, u.a. am Rust-Workshop, das dem Dialog zentralamerikanischer Politiker

diente (Central American Challenge); kurz vor seinem Tode wird Rogers u.a. deswegen für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

In deutlichem Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse und zum Behaviorismus entwickelte Rogers mit seiner Klientenzentrierten Psychotherapie in einer Art Paradigmenwechsel einen eigenständigen Ansatz, der sich – neben seiner persönlichen Lebensgeschichte – aus einer Reihe von Quellen speist: experimentell-naturwissenschaftliche Ausbildung, Pragmatismus, Gestaltpsychologie, Phänomenologie und später auch Existenzphilosophie. Während er in Theoriebildung und Praxis einer erfahrungsnahen, phänomenologischen Position folgte, stand er im Forschungsbereich einer positivistischen Annäherung – zumindest in seinen akademischen Jahren (ca. 1940–63) – relativ nahe, was ihm auch den Rang eines „Pioniers der empirischen Psychotherapieforschung“ verschaffte. Rogers ist auch zugute zu halten, dass er sich darum bemüht hat, das konkrete Verhalten der Psychotherapeuten, die psychotherapeutischen Prozesse und Ergebnisse transparent und der Forschung zugänglich zu machen: u.a. enthält sein Buch aus 1942 das erste komplett abgedruckte Transkript des Verlaufs einer Psychotherapie. Während dieses Werk vor allem noch Ausdruck seiner Abgrenzung gegenüber den damals gängigen Methoden ist, manifestiert sich in seinem Lehrbuch (1951) und in einer stringenten Darstellung (1959) ein zum eigenständigen Ansatz in der Psychotherapie gereifter Entwurf, der u.a. eine originäre Persönlichkeitstheorie und Beispiele für Anwendungsfelder innerhalb der Psychotherapie und darüber hinaus aufweist (kompakte Darstellung in Rogers, 1980, 1991). Formulierung von drei „notwendigen und hinreichenden therapeutischen Grundhaltungen“ im Rahmen von Psychotherapie: Kongruenz (Echtheit), nicht an Bedingungen gebundene Wertschätzung (unconditional positive regard) und Empathie (einführendes Verstehen) (1957); Rogers nimmt Abstand vom Ansin-

nen, einen anderen Menschen zu behandeln oder zu heilen, vielmehr stellt er die Perspektive, wie der Psychotherapeut eine Beziehung zum Klienten herstellen und gestalten kann, die dessen persönlicher Entfaltung förderlich ist, ins Zentrum seiner Bemühungen. Indem er Psychotherapie als „Entwicklungsprojekt“ sieht, erteilt er dem medizinischen Modell eine deutliche Absage. Zugrunde liegt diesem Vorgehen die Annahme einer grundlegend wirksamen Tendenz im Menschen (Aktualisierungstendenz), deren Richtung sich mit Wachstum, konstruktiver und sozialer Entwicklung und Reifung beschreiben lässt. Hierin wird auch das anthropologische Fundament, das Menschenbild bzw. seine Auffassung von der Natur des Menschen sichtbar sowie eine Ablehnung eines Expertentums der Psychotherapeuten, die sich auch in kritischer Distanz zu psychologischen Diagnosen und zu Techniken im engeren Sinn äußert. Demgegenüber vertrat er die Überzeugung, dass leidende Personen, die er schon früh Klienten (statt Patienten) nannte, unter geeigneten psychologischen und Beziehungsbedingungen in der Lage sind, aus sich selbst heraus zu Problemlösungen zu gelangen; akzentuierter Vertreter der Humanistischen Psychologie; in seinen späteren Schriften, beginnend mit „On becoming a person“ (1961), seinem auflagenstärksten Buch, schreibt Rogers denn auch zunehmend persönlicher und befasst sich einerseits intensiv mit Encountergruppen (1970), aber auch mit pädagogischen und gesellschaftspolitischen Fragestellungen (1969; 1977, 1978; 1980), u.a. mit Friedensarbeit. In der Ausdehnung seines Ansatzes über die Psychotherapie hinaus auf Bereiche wie Bildung, Politik, Wirtschaft u.a. kann die Erweiterung des Klientenzentrierten Ansatzes zu einem Personzentrierten Ansatz mit einer entsprechenden philosophischen Grundlage gesehen werden.

Wesentliche Publikationen

- (1942) Counseling and psychotherapy. Boston, Houghton Mifflin [dt.: (1972) Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler]
- (1951) Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory. New York, Houghton Mifflin [dt.: (1972) Die klient-

- bezogene Gesprächspsychotherapie. München, Kindler; ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer]
- (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology* 21: 95–103 [dt.: (1991) Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers CR, Schmid PF, Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis (S 165–184). Grünewald, Mainz]
- (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch S (Ed), *Psychology. A study of a science. Study I: Conceptual and systematic*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp 158–256). New York, Mc Graw-Hill [dt.: (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen: Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG]
- (1961) On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. New York, Houghton Mifflin [dt.: (1973) Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta]
- (1969) Freedom to learn: A view of what education might become. Columbus, Charles Merrill [dt.: (1974) Lernen in Freiheit: Zur Bildungsreform in Schule und Universität. München, Kösel; ab 1988: Frankfurt/M., Fischer]
- (1970) Carl Rogers on encounter groups. New York, Harper & Row [dt.: (1974) Encounter-Gruppen: Das Erlebnis menschlicher Begegnung. München, Kindler; ab 1984: Frankfurt/M., Fischer]
- (1977) Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer)
- (1977) On personal power: Inner strength and its revolutionary impact. New York, Delacorte [dt.: (1978) Die Kraft des Guten: Ein Appell zur Selbstverwirklichung. München, Kindler]
- (1980) A way of being. Boston, Houghton Mifflin
- (1980) Client-centered psychotherapy. In: Kaplan H, Sadock B, Freedman A (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. III (pp 2153–2168). Baltimore, Williams & Wilkins [dt.: (1991) Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers CR, Schmid PF, Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S 185–235). Mainz, Grünewald; in letzter Auflage: Rogers CR, Sanford R (1989) Client-centered psychotherapy. In: Kaplan H, Sadock B (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. V (pp 1482–1501). Baltimore, Williams & Wilkins]
- (1981) Der neue Mensch. Stuttgart, Klett [teilweise in: (1980) A way of being. Boston, Houghton Mifflin]
- Rogers CR, Rosenberg RL (1977) A pessoa como centro. Sao Paulo, Ed. Pedagogica e Universita-

ria [dt.: (1980) Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart, Klett; zum Teil auch in: A way of being. Boston, Houghton Mifflin]

Literatur zu Biografie und Werk

- Cohen D (1997) Carl Rogers: A critical biography. London, Constable
- Evans R (1975) Carl Rogers: The man and his ideas. New York, Dutton
- Groddeck N (2002) Carl Rogers: Wegbereiter der modernen Psychotherapie. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Kirschenbaum H (1979) On becoming Carl Rogers. New York, Delacorte Press
- Kirschenbaum H (1995) Carl Rogers. In: Suhr M (Ed), *Positive regard. Carl Rogers & other notables he influenced*, pp 1–102. Palo Alto, Science and Behavior Books
- Kirschenbaum H (2003) Carl Rogers and the Person-centered approach (Video). Webster (NY), Values Associates
- Korunka C, Nemeskeri N, Sauer J (2001) Carl Rogers als Psychotherapieforscher: Eine kritische Würdigung. *Person* 5(2): 68–89
- Person (2001) Schwerpunkttheft 100 Jahre Rogers. *Person* 5(2)
- Person-Centered Review (1987) Vol. 2, Issue 3 [Schwerpunkttheft Carl Rogers]
- Rogers CR (1961) This is me. In: On becoming a person, pp 19–31. New York, Houghton Mifflin [dt.: (1973) „Das bin ich“. Entwicklung meiner fachlichen Ansichten und meiner persönlichen Philosophie. In: Entwicklung der Persönlichkeit, S 19–43. Stuttgart, Klett-Cotta]
- Rogers CR (1973, 1980) Meine Philosophie der interpersonalen Beziehungen und ihre Entstehung. In: Rogers CR, Rosenberg R (Hg), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, S 185–198. Stuttgart, Klett-Cotta
- Rogers CR (1974, 1980) Rückblick: Sechsvierzig Jahre. In: Rogers CR, Rosenberg R (Hg), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, S 35–52. Stuttgart, Klett-Cotta
- Rogers CR (1980, 1981) Alt werden oder: Älter werden und wachsen. In: Rogers CR, *Der neue Mensch*, S 37–61. Stuttgart, Klett-Cotta
- Rogers N (2002) Carl Rogers: A daughter's tribute (CD-ROM). Mindgarden Media
- Russel DE (Ed) (2002) Carl Rogers: The quiet revolutionary – An oral history. Roseville (CA), Penmarin Books
- Thorne B (1992) Carl Rogers. London, Sage
- Zundel E (1987) Carl Rogers: Humanistische Psychologie. In: Zundel E, Zundel R (Hg), *Leitfiguren der neueren Psychotherapie: Leben und Werk*, S 49–65. München, Kösel [ab 1991: München, dtv]

Gerhard Stumm

Satir, Virginia



* 26.6.1916 in Neillsville, Wisconsin; † 10.9.1988 in Palo Alto, Kalifornien.

Begründerin der wachstumsorientierten, humanistischen Familientherapie.

Stationen ihres Lebens

Kindheit auf einer Farm in Wisconsin in einer Familie deutschstämmiger Einwanderer, frühe Betätigung als „Familiendetektivin“ auf der Suche nach Verstehen, wie Familien funktionieren (ihre spätere Rolle als Familientherapeutin begriff sie als die einer Detektivin für Kinder, die bei den Eltern „spioniert“); sechs Jahre Tätigkeit als Lehrerin; 1948 Abschluss des Studiums an der University of Chicago, School of Social Service Administration; vielfältige Praxiserfahrung als Sozialarbeiterin mit unterprivilegierten Menschen, die aus dem medizinischen und sozialen Versorgungsnetz herausgefallen waren: „unbehandelbare“ Alkoholiker, verhaltensauffällige Kinder und psychiatrische Patienten, mit denen niemand mehr arbeiten wollte; 1951: die Behandlung einer jungen schizophrenen Frau, die sie nach klassischem individuumzentrierten Ansatz behandelt hatte, wird durch die Einbeziehung der Familienangehörigen zum Schlüsselerlebnis; ab 1955 Kurse über Familiendynamik am Illinois State Psychiatric Institute; in den folgenden Jahren verstärkte Beschäftigung mit der Familientherapie; 1958 Umzug nach Kalifornien, enger Kontakt mit der Forschergruppe um Gre-

gory → Bateson; 1959: Mitbegründerin des Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto, gemeinsam mit Don → Jackson und John Riskin; ab 1960: Beeinflussung durch die Human Potential-Bewegung, Entwicklung ihres systemischen „Wachstumsmodells“ (Grundprinzipien: Gleichwertigkeit aller Menschen, Wertschätzung und eine lebenslang währende Fähigkeit zu Veränderung); 1964–69 Direktorin am Esalen Institute in Big Sur (Kalifornien); ab Mitte der 1960er Jahre weltweite Seminar- und Lehrtätigkeit.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Auch wenn Satirs besondere Stärke in ihrer persönlichen Ausstrahlung, ihrem Humor und ihrer intuitiven Weisheit lag – sie gehört gemeinsam mit Fritz → Perls und Milton → Erickson zu den drei „Hexenmeistern der Therapie“ des vergangenen Jahrhunderts –, hat sie die Familientherapie auch um eine Reihe von theoretischen und methodischen Innovationen bereichert. Zu ihren wichtigsten theoretischen Beiträgen gehören: die Darstellung der fünf Kommunikationsformen (versöhnlich, anklagend, rationalisierend, ablenkend, kongruent) und ihre Konzepte von Selbstwert (emotionaler „pot“), Wachstum, Triaden und Kongruenz. Methodische Weiterentwicklungen und Neuerungen: Familienskulptur; Familienrekonstruktion; ihre Kunst des Reframing, Parts Party (Arbeit mit inneren Teilen) sowie eine Reihe meditativer und kreativer Techniken, die in das Repertoire von systemischen Familientherapeuten Eingang gefunden haben.

Wesentliche Publikationen

- (1964, 1973) Familienbehandlung: Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie. Freiburg, Lambertus
- (1972, 1975) Selbstwert und Kommunikation: Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. München, Pfeiffer
- (1978, 1988) Meine vielen Gesichter: Wer bin ich wirklich? München, Kösel
- (1988, 1990) Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Paderborn, Junfermann
- Satir V, Baldwin M (1983, 1988) Familientherapie in Aktion. Paderborn, Junfermann

Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomori M (1991, 1995) Das Satir-Modell: Familientherapie und ihre Erweiterung. Paderborn, Junfermann

Literatur zu Biografie und Werk

Bosch M, Ullrich W (Hg) (1989) Die entwicklungsorientierte Familientherapie nach Virginia Satir. Paderborn, Junfermann

Institut für Familientherapie Weinheim (Hg) (1998) Sonderheft der Zeitschrift „Systema“: 10 Jahre nach dem Tod Virginia Satirs.

Moskau G, Müller G (Hg) (1992) Virginia Satir: Wege zum Wachstum. Ein Handbuch für die Arbeit mit Einzelnen, Paaren, Familien und Gruppen. Paderborn, Junfermann

Nerin W (1986, 1989) Familienrekonstruktion in Aktion: Virginia Satirs Methode in der Praxis. Paderborn, Junfermann

Andrea Brandl-Nebhay

Schultz, Johannes Heinrich



* 20.6.1884 in Göttingen; † 19.9.1970 in Berlin.

Begründer des Autogenen Trainings und der Bionomen (Autogenen) Psychotherapie.

Stationen seines Lebens und wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Vater: Ordinarius für (evangelische) Theologie in Basel, Straßburg, Heidelberg und zuletzt Göttingen; Mutter: Schweizerisch-sarazenischer Herkunft; Kindheit und Jugend waren stark vom (mächtigen) Vater geprägt, der andererseits wegen seiner toleranten Haltung Schwierigkeiten mit der Kirche hatte. 1902: Beginn des Medizinstudiums in Lausanne, später Göttingen; bereits als Student machte er Erfahrungen mit Hypnose; während des Studiums Begegnung mit Karl → Jaspers. Ein wichtiger Lehrer war der Physiologe und Philosoph Max Verworn (1863–1921). Durch ihn wurde Schultz ein „unheilbarer Physiologe im organismischen Sinn“ (organismisch setzte Schultz an Stelle von psychosomatisch). 1909: Arbeiten am Frankfurter Hirnforschungsinstitut beim Hirnanatomen Heinrich Vogt und erster Kontakt mit Sigmund → Freud. Dieser sendet Schultz zu dessen Übersichtsreferat über die Psychoanalyse ein anerkennendes und zustimmendes Schreiben; später mehrfache Begegnungen; 1911: Beitrag über Hypnotherapie im Handbuch der Therapie der Geisteskrankheiten von O. Bumke. 1913/14: Assistent der psychiatrischen Klinik in Jena

bei Otto Binswanger. Wichtig für seine Entwicklung war der Neurologe und Hirnanatom Oskar → Vogt. Der erste Weltkrieg verhinderte die Habilitation. 1916: Chefarzt eines Genesungsheimes; 1919: Veröffentlichung des Buches „Die seelische Krankenbehandlung (Psychotherapie)“ und Ernennung zum außerordentlichen Professor der Universität Jena. Im Vorwort der zweiten Auflage erhebt Schultz erstmals seine Forderung nach der „Psychologisierung des Arztes“ – also der ärztlichen Tätigkeit. 1920: Chefarzt von „Lahmanns Sanatorium“, einer naturärztlich orientierten Anstalt. Um 1920 beginnt auch – ursprünglich unter dem Titel „Autogene Organübungen“ – die Entwicklung des „Autogenen Trainings“ (ein erstes Ergebnis dazu siehe „Über Schichtenbildung im hypnotischen Selbstbeobachten“, 1920). Die Betonung des „Autogenen“ und die Bedeutung der „Bionomie“ wird immer wichtiger. 1923: „Gesundheitsschädigungen nach Hypnose“; Autogenes Training wird als prophylaktische Maßnahme gegen erblich bedingten hohen Blutdruck empfohlen. 1925: „Schicksalsstunde der Psychotherapie“, darin findet sich u.a. der Bericht über die Beobachtung von 100 Patienten: Bei 87 von ihnen findet Schultz die „von der analytischen Schule als ‚Ödipus-Komplex‘ bezeichnete seelische Einstellung, und zwar nicht in irgend einem konstruierten Sinne, sondern im größten Maße greifbar“. Vieles, was Schultz damals für die Psychotherapie forderte, ist heute in Erfüllung gegangen, z.B. die strenge Wissenschaftlichkeit. 1924: Übersiedlung nach Berlin; 1926: erste Arbeit über das Autogene Training („Autogene Organübungen“). In diesem Jahr nimmt er an der Gründung der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie teil. 1932 erscheint „Das Autogene Training (Konzentrationale Selbstentspannung)“, sein Lehrbuch, das bislang neunzehn Auflagen erfahren hat. Darin werden auch die „Existentialwerte“ erwähnt, die später zur Basis einer „Bionomen Psychotherapie“ werden. 1936: „Neurose, Lebensnot, Ärztliche Pflicht“. Schultz tritt in der Zeit des Nationalsozialismus im Rahmen des von Mathias Heinrich Göring, einem Vetter Hermann Görings, geführten Deutschen Institutes für psychologische Forschung und Psychotherapie für die

Psychoanalyse ein und erwähnt bis Kriegsende Freud und seine Schüler. In seiner Neuroseneinteilung unterscheidet er zwischen zentripetalen und zentrifugalen Neurosen sowie – entsprechend den Forschungen zur „Schichtenbildung“ – die praxisnahe Einteilung in Fremd-, Rand-, Schicht- und Kernneurosen (eingehend ausgearbeitet in „Grundfragen der Neurosenlehre“, 1955). Bis 1945 Aufenthalt in Berlin; dort übersteht er das Kriegsende und ist 1950 bei der Gründung der Lindauer Psychotherapie-Wochen an führender Stelle beteiligt. In seinem Buch „Bionome Psychotherapie“ (1951) verlangt Schultz – zum Großteil schon explizit in der „Seelischen Krankenbehandlung“ angeführt – vom Psychotherapeuten eine „innere Gleichstellung, eine Erfassung des Anderen in seiner Eigenart und mit allen Lebensbezügen“, die „Wahrheitspflicht“ des Arztes, das „Erlernen der Sprache des Kranken“ und ein echtes Mitgefühl. Die „Einwirkung einer bedeutenden Arztpersönlichkeit“ ist noch keine Psychotherapie; diese muss bewusst, folgsicher und zielgerichtet durchgeführt werden. Psychotherapie, schreibt er, ist gebunden an eine verantwortlich gelenkte, sich aber frei gestaltende Wir-Bildung. Der Hauptkampf richtet sich gegen die Angst. 1955: „Grundfragen der Neurosenlehre“, in denen er die besondere Nähe zu den Ideen von Karen → Horney, Peter Hofstätter und Fritz → Riemann betont. Angelpunkte dabei sind die Bionomie, die „Primitivreaktionen“ und die drei gerichteten Fundamentalhandlungen Annäherung, Stillstand und Flucht. Seit seiner Einführung entwickelte sich das Autogene Training (vorwiegend Grundstufe) in Medizin und Psychologie im deutschen und teilweise auch im englischen, französischen, italienischen und japanischen Sprachraum zu einem Basispsychotherapeutikum (Iversen, Stetter), mit dem man auch einfachere Fälle von schwereren differenzieren kann. 1959 gibt er mit von → Gebtsattel und Viktor → Frankl das fünfbändige „Handbuch der Neurosenlehre“ heraus und schon 1961 warnt er vor einer Entwicklung, die in der Zukunft noch viele Probleme aufwerfen sollte (Heterosuggestion, Gebrauch von Tonträgern, Vermittlung durch Laien etc.). Manches, vor dem er gewarnt hat, hat sich allerdings,

entgegen seinen Erwartungen, positiv entwickelt. Bis zu seinem Tod arbeitete er unermüdlich als niedergelassener Nervenarzt, publizierte und unterrichtete in Berlin und bei den Lindauer Psychotherapie-Wochen.

Schultz IH (1964) Lebensbilderbuch eines Nervenarztes. Stuttgart, Thieme
Wallnöfer H (1984) I.H. Schultz und sein Werk. In: Pesendorfer F (Hg), Johann Heinrich Schultz zum 100. Geburtstag, S 33–36. Wien, Literas

Heinrich Wallnöfer

Wesentliche Publikationen

- (1919, 1963) Die seelische Krankenbehandlung (Psychotherapie): Ein Grundriss für Fach- und Allgemeinpraxis, 8. Aufl. Stuttgart, Fischer
- (1920) Über Schichtenbildung im hypnotischen Selbstbeobachten. Monatsschrift für Psychiatrie 49: 137–143 [auch in: Langen D (Hg) (1976) Der Weg des Autogenen Trainings, 2. Aufl., S 34–41. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft]
- (1926) Über Narkolyse und autogene Organübungen: Zwei neue psychotherapeutische Methoden. Medizinische Klinik 22: 946–948 [auch in: Langen D (Hg) (1976) Der Weg des Autogenen Trainings, 2. Aufl., S 52–58. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft]
- (1932, 1991) Das autogene Training (Konzentrativer Selbstentspannung): Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung, 19. Aufl. Stuttgart, Thieme
- (1935, 1994) Hypnose-Technik, 9., bearb. und erg. Aufl. Stuttgart, Fischer
- (1937) Übung und Schulung als biologisches Grundprinzip der Psychotherapie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 158: 384–402
- (1951) Bionome Psychotherapie: Ein grundsätzlicher Versuch. Stuttgart, Thieme
- (1952) Psychotherapie. Leben und Werk großer Ärzte. Stuttgart, Hippokrates
- (1953) Arzt und Neurose, 2. Aufl. Stuttgart, Thieme [erste Aufl.: (1936) unter dem Titel: Neurose, Lebensnot, ärztliche Pflicht. Klinische Vorlesungen über Psychotherapie für Ärzte und Studierende. Leipzig, Thieme]
- (1955) Grundfragen der Neurosenlehre: Aufbau und Sinn-Bild. Propädeutik einer medizinischen Psychologie. Stuttgart, Thieme
- (1959) Das Autogene Training. In: Frankl V, Gebhardt V, Schultz IH (Hg), Handbuch der Neurosenlehre, S 153–210. München, Urban & Schwarzenberg

Literatur zu Biografie und Werk

- Iversen G, Krapf G, Binder H (1970) Dem Wegbereiter I.H. Schultz. Köln-Lindau, Deutscher Ärzte Verlag
- Langen D (Hg) (1976) Der Weg des Autogenen Trainings, 2. Aufl. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Schulte W (1970) I.H. Schultz 1884–1970. Praxis der Psychotherapie 15: 245–248

Selvini Palazzoli, Mara



* 15.8.1916 in Mailand; † 21.6.1999 in Mailand.

Begründerin des Mailänder Modells in der systemischen Familientherapie.

Stationen ihres Lebens

Kindheit in einer wohlhabenden Kaufmannsfamilie; Medizinstudium, Fachausbildung in Interner Medizin an der Universitätsklinik von Mailand; Spezialisierung auf Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa; aus dem erwachenden psychotherapeutischen Interesse heraus Beschluss, das Fachgebiet zu wechseln; Ausbildung zur Psychiaterin und ab 1950 Beginn einer psychoanalytischen Ausbildung bei → Benedetti; unter Einfluss von → Fromm-Reichmann, → Sullivan, → Fairbairn, Guntrip und der Existenzialanalyse wachsendes Interesse an der Therapeut-Klient-Beziehung; 1963 Publikation über Magersucht; aus Unzufriedenheit über das Missverhältnis zwischen dem Aufwand für die Behandlungen und den Resultaten Neuorientierung und Auseinandersetzung mit Familientherapie; 1965–81 Dozentin für Psychotherapie am Psychologie-Institut der Katholischen Universität in Mailand; 1967 Studienreise in die USA; Kontakt u.a. mit Wynne, Singer und der Forschergruppe in Palo Alto (→ Bateson, → Haley und → Watzlawick); Entscheidung, einen eigenständigen Weg zu suchen; 1967: mit einer Gruppe von Psychiatern und Analytikern Gründung des Centro

per lo Studio della Famiglia in Mailand, dem ersten familientherapeutischen Zentrum in Italien („psychoanalytische Phase“ des Instituts), aber zunehmende Verlagerung des Forschungsfeldes vom Individuum zu Kommunikation und zu den Beziehungen innerhalb der Familie; erste Hypothesen über das „Familienspiel“. 1971 Trennung von dieser Gruppe und Gründung des später legendär gewordenen „Mailänder Teams“, bestehend aus Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin und Giuliana Prata; Zuwendung zum systemischen Paradigma, Änderung des Verhaltens der Therapeutin (mehr Aktivität, Rolle als Provokateurin), strategisches Denken steht im Vordergrund („Spielzüge“ der Familie erkennen), Konzentration auf das Verhalten der Familienmitglieder; Setting der Therapiesitzungen: Teamarbeit, aktive Mitarbeit des Teams hinter dem Einwegspiegel; kurztherapeutische Behandlung von Kindern mit den Eltern; 1975 Veröffentlichung des Buchs „Paradoxon und Gegenparadoxon“, das zum Bestseller wird; Weiterentwicklung der Methodik: zirkuläres Fragen, positive Konnotation, paradoxe Abschlusskommentare, Symptomverschreibungen (Verschreibung an die Familie, nichts zu verändern), nonverbale Interventionen und Verschreibungen von Familienritualen wurden Bestandteil des systemischen Vorgehens; Verlagerung der Aufmerksamkeit von der Familie auf das therapeutische System, Fokus auf Motivation für die Therapie sowie auf den Kontext, in den die Therapie eingebunden ist; der Artikel „Hypothesetisieren, Zirkularität, Neutralität“ (1981; engl. 1980) stellte den Höhepunkt und die letzte gemeinsame Veröffentlichung dieses Mailänder Teams dar; ab 1980 Spaltung des Teams; Boscolo und Cecchin begannen Ausbildungen zu organisieren, Selvini blieb jedoch ihrem Forschergeist und ihrer Unabhängigkeit treu („Lehre schränkt ein“) und gründete mit Giuliana Prata ein neues Institut; Erweiterung ihres Tätigkeitsfeldes auf größere Systeme (Schule, Psychiatrie, Betriebe) und Organisationen; 1981: „Hinter den Kulissen von Organisationen“; ab 1982 neues Team im Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia mit Stefano Cirillo, Anna Maria Sorrentino und ihrem Sohn Matteo;

Entwicklung der „unveränderlichen Verschreibung“ als Strategie der Informationsgewinnung; Fokussierung auf die Therapie mit den Eltern als Paar; Änderung der sehr distanzierten Haltung zu mehr Kooperation; das Individuum bekommt wieder mehr Gewicht; 1991 Veröffentlichung des umstrittenen Buches „Psychotische Spiele in der Familie“; zum Teil vollzieht sich eine Rückwendung zu einzeltherapeutischen und psychoanalytischen Ansätzen.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Ziel ihrer Arbeit ist, eine soziale Ätiologie von psychischen Störungen zu entwerfen. Sie ist überzeugt, dass die Entwicklung solcher Störungen stark mit der Interaktion des Elternpaares verbunden ist, auf dem Hintergrund beider Herkunftsfamilien. Der Symptomträger wird als Mitspieler des Spiels zwischen den Eltern gesehen, wobei sich das Kind auf die Seite des vermeintlich schwächeren Elternteils schlägt. Ziel der Therapie ist, klare Grenzen zwischen den Subsystemen zu etablieren, das Patt der Eltern aufzubrechen und die verdeckten „Spiele“ offen zu legen. Die wichtigsten Errungenschaften sind die Arbeitsform des Teams; zirkuläre Fragen als Möglichkeit des Informationsgewinnes bzw. als therapeutisches Instrument sowie als Ausdrucksform der Zirkularität von Information im System; die Vorgangsweise, sich von den entwickelten oder verworfenen Hypothesen während der Sitzung führen zu lassen; der Begriff Neutralität als Haltung des Therapeuten gegenüber der Familie; die Nutzung von Verschreibungen einerseits als Informationsbeschaffung und als therapeutische Technik andererseits.

Wesentliche Publikationen

- (1963, 1982) Magersucht: Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Stuttgart, Klett-Cotta
- (1976, 1978) Der entzauberte Magier: Zur paradoxen Situation des Schulpsychologen. Stuttgart, Klett
- (1983) Die Notwendigkeit langer Abstände zwischen den Sitzungen. Zeitschrift für Systemische Therapie 1: 49–56

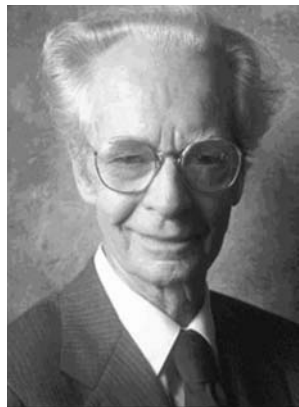
- Selvini Palazzoli M, Anolli L, di Blasio P, Giossi L, Pisano I, Ricci C, Sacchi M, Ugazio V (1981, 1981) Hinter den Kulissen der Organisation. Stuttgart, Klett-Cotta
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1975, 1977) Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart, Klett-Cotta
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1979) Gerade und ungerade Tage. Familiendynamik 4: 138–147
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1981) Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. Familiendynamik 6: 123–139
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1983) Das Problem des Zuweisenden. Zeitschrift für systemische Therapie 1: 11–20
- Selvini Palazzoli M, Cirillio S, Selvini M, Sorrentino AM (1988, 1992) Die psychotischen Spiele in der Familie. Stuttgart, Klett-Cotta
- Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Sellini M, Sorrentino AM (1998, 1999) Anorexie und Bulimie: Neue familientherapeutische Perspektiven. Stuttgart, Klett-Cotta
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1974) The treatment of children through brief therapy of their parents. Family Process 14: 429–442
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1986) Das Problem des Zuweisenden: Geschwister als Zuweiser. Zeitschrift für Systemische Therapie 4: 47–61

Literatur zu Biografie und Werk

- Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L, Penn P (1987, 1988) Familientherapie – Systemtherapie: Das Mailänder Modell. Dortmund, Modernes Lernen
- Pisarsky B (2000) Die Mailänder Schule: Systemische Therapie von der paradoxen Intervention zum epigenetischen Ansatz. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Selvini M (Hg) (1985, 1992) Mara Selvini's Revolutionen: Die Entstehung des Mailänder Modells. Heidelberg, Carl Auer
- Zundel E, Zundel R (1987) Leitfiguren der neuen Psychotherapie: Leben und Werk. München, dtv, S 124–142

Gerald Binter

Skinner, Burrhus Frederick



* 20.3.1904 in Susquehanna, Pennsylvania;
† 18.8.1990 in Cambridge, Massachusetts.

Vater des operanten Konditionierens und einer der berühmtesten Vertreter des Behaviorismus.

*Stationen seines Lebens und wichtige
theoretische Beiträge und Orientierungen*

Sohn eines Rechtsanwalts; er war ein aktives Kind, das gerne draußen spielte oder etwas baute und das – bis auf die täglichen Gottesdienste – die Schule mochte. Bereits in seiner Jugendzeit kam er mit den Werken von Francis Bacon in Berührung, später faszinierten ihn auch die Schriften Iwan → Pawlows, John B. Watsons und Bertrand Russells. Nach Beendigung seiner Schul- und Studienzeit am Hamilton College New York (Hauptfach: englische Literatur) versuchte er sich dort zwei Jahre lang als freier Schriftsteller – ohne großen Erfolg. So ging er schließlich nach Cambridge (Massachusetts) und begann mit dem Studium der Psychologie an der renommierten Harvard-Universität. Nach der Hinwendung zum Behaviorismus begann er ein intensives Studium der Verhaltenswissenschaft (behavioral science), die ihn im Laufe seines Lebens nie mehr los ließ. 1931 erhielt er seinen Ph.D. mit einer Doktorarbeit über die Geschichte der Reflexe. Danach arbeitete er fünf Jahre lang in Harvard im Tierlabor eines Biologen, wo er mit Ratten und klei-

nen Käfigen experimentierte, die z.B. auf Knopfdruck eine Futterpille abgaben und später – in weiterentwickelter Form – als „Skinner-Box“ bekannt wurden. 1936 ging er nach Minneapolis, um an der Universität von Minnesota zu unterrichten. Dort schrieb er „The behavior of organisms“ und begann seinen utopischen Roman „Walden two“. Vor dem Fenster seines Arbeitszimmers saßen häufig Tauben auf der Stange, was ihn auf die Idee brachte, sie für seine Experimente zu nutzen; sie wurden künftig seine bevorzugten Versuchstiere. 1936 heiratete er seine Freundin Yvonne Blue, die in Minneapolis Englisch studierte. Aus der Ehe gingen zwei Töchter hervor. 1945 wurde Skinner Vorstand des Psychologischen Instituts der Universität von Indiana, wo er drei Jahre lang blieb. Dort gründete er auch das „Journal of Experimental Analysis of Behavior“ zum Zweck der besseren Kommunikation zwischen Forschern. 1948 kehrte Skinner an die Harvard-Universität nach Cambridge zurück, wo er von da an lebte und arbeitete. 1958 wurde er dort Edgar Pierce Professor of Psychology. Skinner war ein ausgesprochen aktiver Mensch, besessen von seiner Forschung und der Verbreitung seiner Erkenntnisse. Als hervorragender Publizist seiner Ideen und Ansätze ist er Autor und Ko-Autor von etwa 20 Büchern und schrieb unzählige wissenschaftliche Zeitschriftenbeiträge (siehe Skinner Foundation, o.J.). Als Universitätsprofessor betreute er hunderte von Doktoranden. Skinner war zeit seines Lebens strikter Behaviorist. Folglich hielt er als Gegenstand wissenschaftlicher Psychologie nur das äußerlich beobachtbare Verhalten für akzeptabel. Seine bevorzugte Forschungsmethode war das streng kontrollierte Experiment, hauptsächlich mit Tauben und Ratten in der von ihm konstruierten „Skinner-Box“. Mit Hilfe dieser Versuchsanordnung sammelte Skinner während seiner gesamten Karriere (1930–90) empirische Daten über die Zusammenhänge zwischen Verhalten und externen Umgebungsvariablen. Seine experimentellen Ergebnisse fasste er nach und nach zur Theorie der operanten oder instrumentellen Konditionierung zusammen, welche für Tiere und Menschen gleichermaßen Gültigkeit beanspruchen soll.

Die „operante“ Art des Lernens, bei dem das Verhalten gleichsam ein Instrument bzw. eine Operation darstellt, durch das ein angestrebter Zustand erreicht wird, ist von der klassischen Konditionierung (Pawlow) grundsätzlich verschieden. Lernen hängt dann nicht allein von vorausgehenden Stimuli ab, sondern ganz entscheidend von den nachfolgenden Konsequenzen. In behavioristischer Tradition verzichtet Skinner allerdings gänzlich auf unbeobachtbare intervenierende Variablen, mentale Begriffe oder „innere“ Ereignisse („Geist“, „Psyche“, „Bewusstsein“ oder ähnliche „private events“). Sein zentrales Konzept, das sich auf den beobachtbaren Sachverhalt bezieht, ist die Verstärkung: Ein „Verstärker“ ist definiert als jedes Ereignis, das die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Reaktion erhöht (Skinner, 1953). Skinners Begriffe der (positiven und negativen) Verstärkung, der Bestrafung, der Löschung (Extinktion) oder der systematischen Ausformung („Shaping“) bestimmter Verhaltensmuster gehören heute zu den lerntheoretischen Grundlagen der Psychologie, die hier allerdings nicht näher behandelt werden können (zur Vertiefung siehe z.B. Werner & Butollo, 1984; oder aktueller: Edelmann, 2000). Die praktische Anwendung der operanten Lerntheorie war und ist elementarer Bestandteil der Verhaltensmodifikation in Psychologie, Psychiatrie und Pädagogik. Dort entstanden zur praktischen Umsetzung der Idee des „programmierten Unterrichts“ in dieser Zeit auch viele programmierte Lerntexte, in denen die Leser unmittelbar Rückmeldungen über Lernerfolge erhielten; Skinner selbst schrieb in diesem Stil ein psychologisches Lehrbuch (vgl. Skinner & Holland, 1961, 1972). Selbst wenn solche Texte bald wieder aus der Mode kamen, findet man die Grundstruktur zum Teil noch heute in computergestützten Selbstlernprogrammen. Skinner hat die internationale Verhaltenstherapie – insbesondere in ihrer Phase bis zur so genannten „kognitiven Wende“ zu Beginn der 1970er Jahre – entscheidend mitgeprägt. Er selbst hat sich aber nicht sonderlich für die Klinische Psychologie interessiert und auch nie therapeutisch gearbeitet. Die Grundidee seiner „funktionalen Verhaltensanalyse“, nämlich die Identifikation der verhaltensbestimmenden externen Variablen, wurde ebenfalls von der Verhaltenstherapie übernommen. Sie wurde allerdings schon Mitte der 1960er Jahre, insbesondere von Frederick H. → Kanfer, modifiziert (Kanfer & Saslow, 1965) und später um einige der von Skinner verpönten „inneren“ Personfaktoren (Kognitionen, Ziele/Standards, Emotionen, etc.) wieder erweitert. Von vielen so genannten „humanistischen“ Vertretern wurde Skinner häufig missverstanden und heftig kritisiert. Vielen war sein Ansatz zu reduktionistisch und zu mechanistisch. Er war der festen Überzeugung, jedes Verhalten durch Kontrolle der externen Umgebungsfaktoren verstärken und ausformen zu können („Give me a child and I'll shape him into anything!“). Andere warfen ihm vor, Ergebnisse aus streng kontrollierten Laborsituationen ungerechtfertigt auf den Alltag zu generalisieren oder von Tierexperimenten auf menschliches Verhalten zu übertragen. Auch seine Analyse sprachlichen Verhaltens (Skinner, 1957) stieß auf vehementen Widerspruch, ebenso sein Buch „Beyond freedom and dignity“ (1971), in dem er u.a. vorschlug, sich für das Ziel einer idealen Gesellschaft behavioraler Technologien zu bedienen und die Freiheit des Individuums zu opfern. Bereits 1948 hatte er seine Idee einer aggressionsfreien Gesellschaft mittels umfassender Verhaltenskontrolle in Form eines utopischen Romans („Walden two“) vorgelegt. Bei aller Kritik zeichnen sich Skinners Werke durch viel Esprit und sprachliche Eleganz aus und sind im Original auch heute noch sehr lesenswert. Im Laufe seiner Karriere wurden Skinner zahlreiche Ehrungen zuteil: So erhielt er z.B. 1958 einen Preis der American Psychological Association (APA) in Anerkennung seiner großen wissenschaftlichen Verdienste und 1964 vom National Institute of Mental Health (NIMH) einen Preis für sein berufliches Lebenswerk. 1968 bekam er die National Medal of Science, 1971 den International Award for Study on Mental Retardation, 1972 den Humanist Yearly Award und 1978 den Preis der American Educational Research Association. Burrhus Frederick Skinner arbeitete in Harvard/Cambridge bis ins hohe Alter. Er gehört zu den prominentesten Forscherpersönlichkeiten der

Psychologie des 20. Jahrhunderts. Er starb im Alter von 86 Jahren an Leukämie.

Wesentliche Publikationen

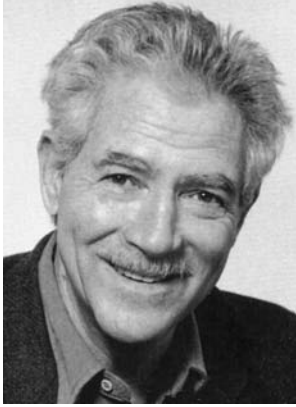
- (1938) The behavior of organisms. New York, Appleton Century-Crofts
(1948) Walden two. New York, Macmillan [dt.: (1972) Futurum zwei: Die Vision einer aggressionsfreien Gesellschaft. Reinbek, Rowohlt]
(1953) Science and human behavior. New York, Macmillan [dt.: (1973) Wissenschaft und menschliches Verhalten. München, Kindler]
(1957) Verbal behavior. New York, Appleton Century-Crofts
(1971) Beyond freedom and dignity. New York, Appleton Century-Crofts [dt.: (1973) Jenseits von Freiheit und Würde. Reinbek, Rowohlt]
(1974) About behaviorism. New York, Alfred A. Knopf
(1989) Recent issues in the analysis of behavior. Columbus (OH), Merrill Publishing
Skinner B, Ferster CB (1957) Schedules of reinforcement. New York, Appleton Century-Crofts
Skinner BF, Holland JG (1961) The analysis of behavior. New York, McGraw-Hill [dt.: (1972) Analyse des Verhaltens. München, Urban & Schwarzenberg]

Literatur zu Biografie und Werk

- B.F. Skinner Foundation (o.J.). Publications. URL www.bfskinner.org/publications.asp
Bjork DW (1993) B.F. Skinner: A life. New York, Basic Books
Boeree G (1998) Personality theories: B. F. Skinner (1904–1990). www.ship.edu/~cgboeree/skinner.html
Edelmann W (2000) Lernpsychologie, 6. Aufl. Weinheim, Beltz
Kanfer FH, Saslow G (1965) Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. Archives of General Psychiatry 12: 529–538
Richelle MN (1993) B.F. Skinner: A reappraisal. Englewood Cliffs (NJ), Lawrence Erlbaum
Schorr A (1984) Die Verhaltenstherapie: Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart. München Weinheim, Psychologie Verlags Union
Skinner BF (1967) An autobiography. In: Boring EG, Lindzey G (Eds), A history of psychology in autobiography, vol. 5, pp 387–413. New York, Appleton Century-Crofts
Skinner BF (1976) Particulars of my life: Part one of an autobiography. New York, Alfred A. Knopf
Skinner BF (1979) The shaping of a behaviorist: Part two of an autobiography. New York, New York University Press
Skinner BF (1983) A matter of consequences: Part three of an autobiography. New York, New York University Press

- Todd JT, Morris EK (Eds) (1995) Modern perspectives on B.F. Skinner and contemporary behaviorism. Westport (CT), Greenwood Press
Werner A, Butollo WHL (1984) Skinner und das operante Konditionieren. In: Zeier H (Hg), Lernen und Verhalten, Bd. 1: Lerntheorien (Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts, S 181–241. Weinheim, Beltz

Dieter Schmelzer & Christina Schmelzer

Stern, Daniel N.

* 16.8.1934 in New York.

Bedeutender Autor der modernen psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, der die Ergebnisse der empirischen Entwicklungspsychologie integrativ und innovativ mit Theorie und Praxis der Psychoanalyse und Psychotherapie verbunden hat.

Stationen seines Lebens

Verheiratet in dritter Ehe mit der Schweizer Psychotherapeutin und Kinderpsychiaterin Nadia Bruschweiler-Stern; insgesamt fünf Kinder; Studium der Medizin am Albert-Einstein-College, Promotion zum M.D. 1960; 1960–71 Tätigkeit als Assistenzarzt in der Inneren Medizin und Psychiatrie sowie psychoanalytischen Medizin in New York (Columbia-University); 1962–64 Militärdienst im öffentlichen Gesundheitswesen (National Institute of Mental Health; National Heart Institute); psychoanalytische Ausbildung abgeschlossen am Columbia Psychoanalytic Center 1971, seit damals dort Lehrbeauftragter; 1970–76 Leitung der Abteilung für Entwicklungsprozesse am New York State Psychiatric Institute sowie zunächst Assistenzprofessor, dann Associate Professor der Psychiatrischen Abteilung an der Columbia-University. In der Folge dieser Tätigkeiten entsteht 1977 das erste Buch: „Infant and mother: The first

relationship“. 1976–87 zunächst Associate Professor, dann ordentlicher Professor für Psychiatrie am New York Hospital-Cornell Medical Center; in derselben Zeit Leiter der Abteilung für die Erforschung von Entwicklungsprozessen an der psychiatrischen Abteilung des Cornell Medical Center in New York. Während dieser Zeit entsteht 1985 das Buch, das ihn weltweit bekannt machte: „The interpersonal world of the infant“. 1987–89 übernimmt Stern eine Professur für Psychiatrie an der Brown University in Providence, Rhode Island und ist seit 1987 bis zur Gegenwart ordentlicher Professor für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Erziehungswissenschaften der Universität Genf (Schweiz). Seit 1990 ist er Adjunct Professor für Psychiatrie an der Cornell University Medical School-New York Hospital (NY). 1995: Publikation des vierten Buches: „The motherhood constellation“; von 1995 an gehört er als Gastdozent zum Psychoanalytischen Institut Boston und aus dieser Verbindung (Process of Change Study Group, Boston) entstehen die Arbeiten über Veränderungsprozesse in der Psychotherapie (1998). Seine persönlichen Motive für die Beschäftigung mit der Psychoanalyse und Entwicklungspsychologie bringt Stern mit einem längeren Krankenhausaufenthalt als Kleinkind in Zusammenhang: „[...] um zu begreifen, was dort vorging, wurde ich zum Beobachter, zum Entschlüsseler nonverbaler Zeichen. Das hat sich, als ich älter wurde, nie mehr verloren. Deshalb war es für mich sehr aufregend, als ich [...] die Ethologen entdeckte. Sie hatten eine wissenschaftliche Methode zum Studium der unter natürlichen Bedingungen auftretenden, nonverbalen Sprache der frühen Kindheit anzubieten. Und diese Methode schien mir die notwendige Ergänzung zur Analyse verbaler Selbstzeugnisse zu liefern, die die dynamischen Psychologien beschreiben. Man muß ‚zweisprachig‘ sein, um die Auflösung des Widerspruchs überhaupt in Angriff nehmen zu können“ (Stern, 1992: 10–11). Für sein Werk wurde Stern mehrfach ausgezeichnet: Unter anderem erhielt er 1991 den ersten Preis der American Medical Writers Association, 1994 das Ehrendoktorat der Universität Mons-Hainault, Belgien und 1996 den Sigmund-

Foto © Lisa Cohn.

Freud-Preis der Sigmund-Freud-Stiftung und des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts. Weltweit, vor allem in Europa und USA, hat Stern Lehraufträge inne und ist im Beirat verschiedener Fachgesellschaften (u.a.: World Association of Infant Mental Health) und Fachzeitschriften („Journal of Development and Psychopathology“, „Journal of Psycholinguistic Research“, „Devenir“, „Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy“). Mehrfach hat er Waisenhäuser in Rumänien besucht, dort Forschungen durchgeführt und die professionelle Weiterbildung unterstützt.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Stern beschreibt die Prozesse wechselseitiger Regulation sowohl zwischen Mutter/Vater und Kind als auch zwischen Therapeut und Patient und vertritt, dass der Säugling schon relativ kurz nach der Geburt in der Lage ist, Selbst und Objekt zu unterscheiden. Dies bedeutet, dass eine symbiotische Verschmelzung mit dem Objekt kein primärer Zustand des Selbst ist. Außerdem zeigt Stern, dass der Säugling – ebenfalls relativ kurz nach der Geburt – in der Lage ist, ganzheitliche Empfindungen von sich selbst und seinen Objekten auszubilden. Er erlebt also weder sich selbst noch seine Objekte fragmentiert bzw. gespalten, sondern eher als kohärent. Über den Wechsel seiner physiologischen und affektiven Zustände hinweg kann er sich als „kontinuierliche Person“ identifizieren; ebenso kann er seine Mutter, die zu verschiedenen Zeitpunkten des Tages verschieden aussieht und sich verschieden benimmt, immer als dieselbe Mutter wahrnehmen. Damit liefert Stern eine gut begründete Kritik und Alternative zu → Mahlers Theorie der Symbiose am Anfang menschlicher Existenz. Zugleich werden die Ursprünge klinischer Phänomene aus unterschiedlicher Perspektive (Systemtheorie, Psychoanalyse, Objektbeziehungstheorie, Verhalten) untersucht und eine Verbindung zu den verschiedenen psychotherapeutischen Anwendungsmöglichkeiten hergestellt und eine Theorie des Selbstempfindens entwickelt. Stern (1995) erkennt in der Erfahrung der Mutterschaft eine

spezifische Konstellation der Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind, denen Mutter-Kind-Therapien Rechnung tragen müssen. Schließlich hat er sich (Stern et al., 1998) zuletzt noch mehr der Anwendung seiner entwicklungspsychologischen Erkenntnisse und Positionen auf die non-verbalen Abläufe von Psychotherapien mit Erwachsenen und auf die Erforschung der dabei ablaufenden Prozesse gewidmet.

Wesentliche Publikationen

- (1977, 1979) Mutter und Kind: Die erste Beziehung. Stuttgart, Klett-Cotta
- (1985, 1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta
- (1990, 1993) Tagebuch eines Babys. München, Piper
- (1995, 1998) Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart, Klett-Cotta
- (1999) Vitality contours: The temporal contour of feelings as a basic unit for constructing the infant's social experience. In: Rochat P (Ed), Early social cognition, pp 67–80. Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum
- (2001) Handeln und Erinnern in der Übertragungsliebe und der Liebe des kleinen Kindes. In: Spector Person E, Hagelin A, Fonagy P (Hg), Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“, S 213–230. Stuttgart, Frommann-Holzboog
- Stern DN, Bruschweiler-Stern N (1998, 2002) Die Geburt einer Mutter. München, Piper
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Bruschweiler-Stern N, Tronick EZ (1998) Non interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The “something more” than interpretation. International Journal of Psycho-Analysis 79: 903–92

Hans-Peter Hartmann

Stolze, Helmuth



* 16.7.1917 in Lindau/Bodensee, Deutschland;
† 23.12.2004 in München.

Begründer der Konzentrativen Bewegungstherapie, einer körperorientierten Psychotherapiemethode.

Stationen seines Lebens

1938–42 Studium der Medizin; Staatsexamen und Promotion; seit 1943 verheiratet mit Maria (geb. Braig); 1943–45 Truppenarzt und Arzt in neurologischen Lazaretten; 1948–52 Weiterbildung in Neurologie, Neuropathologie und Psychologie; 1949–52 institutsunabhängige Weiterbildung in Psychotherapie; 1950 Facharztanerkennung; seit 1952 niedergelassener Psychotherapeut in eigener Praxis in München; 1953 erster Kontakt mit der Arbeitsweise G. Hellers, einer Schülerin Elsa → Gindlers; 1953–58 Erprobung und Entwicklung dieser Arbeitsweise als psychotherapeutisches Verfahren in der Praxis; 1958 Vorstellung der Methode bei den Lindauer Psychotherapiewochen; endgültige Benennung des Verfahrens gemeinsam mit J.E. Meyer und C. Gräff als „Konzentrativen Bewegungstherapie“ (KBT); 1971 Lehrauftrag für Psychotherapie an der 2. Medizinischen Fakultät München; Habilitation; 1972 theoretische Fundierung der Konzentrativen Bewegungstherapie durch den „Gestaltkreis des Begreifens“; 1978 Ernennung zum apl. Professor; 1979 Begründung der Förderung der Erinnerungsarbeit durch Handeln in der Konzentrativen

Bewegungstherapie, bezugnehmend auf → Freuds Arbeit: „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“; 1959–78 Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen mit Ausgestaltung dieser schulen- und richtungsübergreifenden Weiterbildungsveranstaltung; 1961–64 Studien (mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft) über die Verbreitung der Psychotherapie innerhalb der deutschen Ärzteschaft; 1974/75 Mitglied der Enquete der Bundesregierung zur Lage der Psychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland; Auszeichnungen und Ehrenmitgliedschaften in verschiedenen in- und ausländischen Fachgesellschaften; Tätigkeit in der psychotherapeutischen Weiterbildung; Weiterentwicklung der Konzentrativen Bewegungstherapie (Grundlagen und Anwendung) in Veröffentlichungen, Vorträgen, Seminaren und Kursen.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Beruhend auf klinischen Beobachtungen an Patienten mit cervikalen Syndromen entstand an der Verbindung von körperlichen, psychologischen und gestaltsymbolischen Beobachtungsweisen 1953 das Buch „Das obere Kreuz“. Von dort führte der Weg zu der leiborientierten Psychotherapiemethode der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT), die heute von Arbeitskreisen in Deutschland, Österreich, Schweiz, Slowakei und Italien vertreten und in über hundert Kliniken und zahlreichen Praxen Eingang gefunden hat. Die Wurzeln der KBT sind einmal die bewegungspädagogischen Ansätze Elsa Gindlers, zum anderen die Phänomenologie → Merleau-Pontys und Buytendijks. Theoretisch beruht sie auf der Tiefenpsychologie, sowie auf den Gestalt- und Regelkreisen von Wahrnehmen/Bewegen (V.v. → Weizsäcker) und Denken/Sprechen (Piaget). Sie ist ein ganzheitliches Behandlungsverfahren und kann der Humanistischen Psychotherapie zugerechnet werden.

Wesentliche Publikationen

(1953) Das obere Kreuz: Psychotherapie bei Erkrankungen der Halsregion. München, J.F. Lehmann

- (1959) Psychotherapeutische Aspekte einer Konzentrativen Bewegungstherapie. In: Speer E (Hg), Kritische Psychotherapie: Vorträge der 8. Lindauer Psychotherapiewoche 1958, S 67–76. München, J.F. Lehmann
- (1972) Selbsterfahrung und Begegnung mit dem anderen durch Konzentrative Bewegungstherapie. In: Friedemann A (Hg), Die Sinnfrage in der Psychotherapie, S 431–449. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- (1977) Konzentrative Bewegungstherapie. In: Eicke D (Hg), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. III, S 1250–1273. Zürich, Kindler
- (1989) Konzentrative Bewegungstherapie als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In: Stolze H (Hg), Die Konzentrative Bewegungstherapie, S 210–220. Heidelberg, Springer
- (1991) Wege zur leiborientierten Psychotherapie. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 36: 58–67
- (1995) Das getane Symbol. In: Kahleyss M (Hg), Methoden ärztlicher Psychotherapie. Psychoanalytische Grundlagen, S 107–112. Leipzig, J.A. Barth
- (1997) Symbolisieren in der Konzentrativen Bewegungstherapie: Vom Erleben der Einheit von Innenwelt und Außenwelt. KBT – Zeitschrift des DAKBT 28: 19–35
- (Hg) (1984) Die Konzentrative Bewegungstherapie: Grundlagen und Erfahrungen. Berlin, Verlag Mensch und Leben

Literatur zu Biografie und Werk

- Buchheim P, Seifert T (1987) Helmuth Stolze zum 70. Geburtstag. Praxis der Psychosomatik 32: 167–169

Renate Schwarze

Winnicott, Donald Woods



* 7.4.1896 in Plymouth; † 25.1.1971 in London.

Englischer Kinderarzt und Psychoanalytiker der Objektbeziehungsschule.

Stationen seines Lebens

Winnicott wächst als Sohn eines Kaufmanns und des langjährigen Bürgermeisters der Stadt Plymouth auf. Besuch der Volksschule in Plymouth und ab 1910 der Leys School in Cambridge, einer Internatsschule, wo er in Kontakt mit Darwins Werk „On the origin of species by means of natural selection“ (1859) kommt; 1914: Studium der Medizin und Biologie am Jesus College, Cambridge, welches 1916 durch den Ersten Weltkrieg unterbrochen wird. Winnicott dient als angehender Arzt auf einem britischen Kriegsschiff; 1918: Fortsetzung des Studiums am St. Bartholomew's Hospital Medical College der Universität London. Einfluss von Dr. Thomas Jeeves Horder, einem renommierten Mediziner am dortigen Krankenhaus, der Winnicotts Interesse für das psychotherapeutische Feld weckt. Lektüre von Oskar Robert → Pfisters Werk „The psychoanalytic method“ (1913) und Sigmund → Freuds Werk „Die Traumdeutung“ (1900); Beschäftigung mit der psychoanalytischen Methode; 1920: Beendigung des Studiums, mit dem Spezialgebiet Kinderheilkunde; 1923: Anstellungen als Kinderarzt am Paddington Green Children's Hospital und am Queen's Hospital for Children in

London. Heirat mit Alice Buxton Taylor. Beginn einer Analyse bei James Strachey, die bis 1933 andauert. Durch Strachey Kenntnis der Theorie Melanie → Kleins und ihres Werks „Die Psychoanalyse des Kindes“ (1932); 1924: Eröffnung einer Privatpraxis in London; 1927: Anwärter zum Mitglied der British Psychoanalytical Society; 1933–38: Analyse bei Joan Riviere; 1934: Qualifikation für die Erwachsenenanalyse und 1935 für die Kinderanalyse. Winnicotts besonderes Interesse gilt der Behandlung von psychisch kranken Kindern und ihrer Beziehung zu den Müttern; 1935: Zusammentreffen mit Melanie Klein, die bis 1941 zum Teil die Supervision seiner klinischen Arbeit übernimmt. Ab 1936: Mitglied der British Psychoanalytical Society, mit der Schrift: „The manic defence“. Vorträge zu Themen der Kinderpsychiatrie in verschiedenen Institutionen, mit dem Ziel, das psychoanalytische Denken einem breiten Publikum näherzubringen; 1939–62: Radiovorträge. Ab 1940: Lehranalytiker am Institut für Psychoanalyse in London. Stellung als beratender Psychiater für das Government Evacuation Scheme in Oxfordshire, wo Winnicott in einem Programm zur Evakuierung Londoner Kinder auf das Land arbeitet; 1941–45: Zuspitzung der Kontroversen zwischen Anna → Freud und Melanie Klein. Formierung zweier Gruppen in der British Psychoanalytical Society, wobei Winnicott, neben Michael → Balint, Ronald → Fairbairn, Silvia Payne und anderen, zur Gruppe der Unabhängigen („middle group“) gezählt wird; 1949: Scheidung von seiner ersten Frau; 1951: Heirat mit Clare Britton, einer Sozialarbeiterin; 1956–59 und 1965–68: Präsident der British Psychoanalytical Society. Darüber hinaus übernimmt Winnicott zahlreiche weitere Aufgaben und ist unter anderem Vorsitzender der medizinischen Abteilung der British Psychoanalytical Society und Präsident der Pädiatrischen Abteilung der Royal Society of Medicine und der Gesellschaft für Kinderpsychologie und Psychiatrie; 1958: Veröffentlichung seines ersten Bandes von Gesammelten Werken: „Through paediatrics to psycho-analysis“; 1962/63: zwei Vortragsreisen durch die USA; 1965: Veröffentlichung des zweiten Bands der Gesammelten Werke („The ma-

turational processes and the facilitating environment“). Bis kurz vor seinem Tod hält Winnicott „Thursday evening seminars“ für Kollegen und Studenten; 1971: Tod in London.

Wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Winnicott orientiert sich zu Beginn seiner Karriere an den Thesen Sigmund Freuds und Melanie Kleins, entwickelt jedoch zunehmend eigene Konzepte, die die Psychoanalyse – vor allem in Großbritannien – beeinflussen. In seiner Arbeit mit Kindern und Erwachsenen misst er der frühen emotionalen Entwicklung entscheidende Bedeutung bei, die wesentlich von der Qualität der Bindung des Kindes an die Mutter abhängt. Die „good-enough mother“ besitzt bis einige Wochen nach der Geburt eine primäre Mütterlichkeit, die es ihr ermöglicht, sich vollständig auf die Bedürfnisse des Kindes einzustellen und ihm eine beschützende Umwelt („holding environment“) zu schaffen. Im Kind entsteht die Illusion von Omnipotenz, welche zunehmend dem Realitätsprinzip unterworfen wird. Es folgt die Differenzierung in die „innere Welt“ (Subjekt) und in die „äußere Welt“ (Objekt). Die Stufen der Entwicklung bewegen sich von der absoluten Abhängigkeit (Haltephase) zur relativen Abhängigkeit (Zusammenleben von Mutter und Kind) bis hin zur relativen Unabhängigkeit (Zusammenleben von Vater, Mutter und Kind). Die Aggression stellt für Winnicott ein wesentliches Element menschlicher Beziehungen dar, die als Ergebnis eines inneren Verarbeitungsprozesses auftritt und dem Kind erst ermöglicht, sich als Individuum zu erleben. Dazu ist dosierter Widerstand von der Außenwelt nötig. Die von ihm beschriebene antisoziale Tendenz – mit den Formen des Stehlens und der Destruktivität – ist Ergebnis eines Vorgangs, bei dem ein inneres bzw. introjiertes äußeres Objekt verloren geht, und die Ursache dafür in der Umwelt wahrgenommen wird. Diese soll sich aufgrund der abweichenden Verhaltensweisen verstärkt um das Individuum bemühen. Weiters entwickelt Winnicott das Konzept des wahren und falschen Selbst.

Das wahre Selbst ist Resultat einer positiv durchlaufenen Entwicklung, mit entsprechendem Verhältnis zwischen Mutter und Kind; das falsche Selbst schafft Bedingungen, die das wahre Selbst verbergen bzw. vor Vernichtung bewahren. Übergangsphänomene und Übergangsobjekte werden als erste Annäherung an eine Objektbeziehung verstanden und bieten in Abwesenheit der Mutter Sicherheit und Schutz. In der Entstehung der Fähigkeit zur konstanten Objektbeziehung unterscheidet Winnicott die zwei Stufen der Objektbeziehung (object relating) und der Objektverwendung (object usage). Er beschreibt damit den Übergang vom subjektiv erfahrenen Objekt, zum Objekt, welches als äußeres Phänomen wahrgenommen wird. Sogenannte „potential spaces“, die zwischen der „inneren“ und „äußeren Welt“ des Kindes angesiedelt sind, geben die Möglichkeit zur Entfaltung von Kreativität und Fantasie und besitzen in weiterer Folge eine wichtige Rolle in der Schaffung der Kultur.

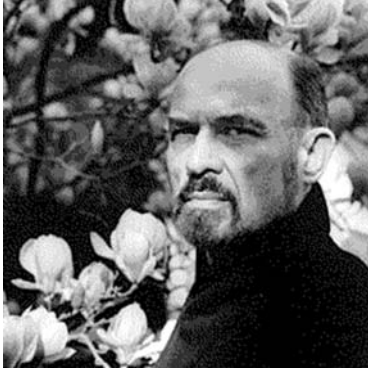
Wesentliche Publikationen

- (1931) Clinical notes on the disorders of childhood. London, William Heinemann
- (1958) Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis. London, Tavistock Publications/New York, Basic Books [dt.: (1976) Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München, Kindler]
- (1964) The child, the family and the outside world. Harmondsworth, Penguin Books [dt.: (1969) Kind, Familie und Umwelt. München, Ernst Reinhardt]
- (1965) Collected papers: The maturational processes and the facilitating environment. London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis [dt.: (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München, Kindler]
- (1971a) Playing and reality. London, Tavistock Publications [dt.: (1973) Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta]
- (1971b) Therapeutic consultations in child psychiatry. London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis [dt.: (1973) Die therapeutische Arbeit mit Kindern. München, Kindler]
- (1986) Home is where we start from: Essays by a psychoanalyst. London, Pelican Books [dt.: (1990) Der Anfang ist unsere Heimat. Stuttgart, Klett-Cotta]
- (1987a) Babies and their mothers. London, Free Association Books [dt.: (1990) Babys und ihre Mütter. Stuttgart, Klett-Cotta]
- (1987b) The spontaneous gesture: Selected letters of D.W. Winnicott. London/Cambridge (MA): Harvard University Press [dt.: (1995) Die spontane Geste: Ausgewählte Briefe. Stuttgart, Klett-Cotta]
- (1988) Human nature. London, Free Association Books/New York, Schocken Books [dt.: (1994) Die menschliche Natur. Stuttgart, Klett-Cotta]

Literatur zu Biografie und Werk

- Busch E (1992) Einführung in das Werk von D.W. Winnicott. Frankfurt/M., Peter Lang
- Davis M (1983) Eine Einführung in das Werk von D.W. Winnicott. Stuttgart, Klett-Cotta
- Kahr B (1996) D.W. Winnicott: A biographical portrait. London, Karnac Books
- Moore BE (1990) Psychoanalytic terms and concepts. New Haven London, Yale University Press
- Phillips A (1988) Winnicott. London, Fontana Press

Ulrike Schlintl

Yalom, Irvin D.

* 13.6.1931 in Washington, DC.

Bekannt sowohl durch seine Arbeiten zur Gruppenpsychotherapie und existenziellen Psychotherapie als auch durch seine Kurzgeschichten und Romane, die den Ablauf der Psychotherapie in einer unterhaltsamen und akkuraten Weise darstellen. Er verbindet wissenschaftliche Bemühungen mit einer rigorosen Erforschung der inneren Welt von Psychotherapeuten und Patienten, indem er Objektivität und Subjektivität vermengt.

Stationen seines Lebens und wichtige theoretische Beiträge und Orientierungen

Seine Eltern waren Einwanderer aus Russland (aus einem kleinen Dorf namens Celtz nahe der polnischen Grenze), die kurz nach dem Ersten Weltkrieg in die USA kamen. Er wuchs in einer kleinen Wohnung über dem Lebensmittelgeschäft seiner Eltern auf. Seine Kindheit verbrachte er inmitten einer ärmlichen Nachbarschaft, wo das Leben auf der Straße oft gefährlich war. Er suchte Zuflucht im Lesen und machte sich zweimal die Woche mit dem Fahrrad auf den Weg zur öffentlichen Bibliothek, um seinen Lesevorrat aufzustocken. 1952 erhielt er seinen Abschluss als Bakkalaureus der Philosophischen Fakultät der George Washington University in Washington (DC) und 1956 den Doktor der Medizin an der Boston University School of Medicine. Er absolvierte seinen Turnus am Mount Sinai Hospital in New York und seine psychiatri-

sche Assistenzzeit, die er 1960 beendete, an der Phipps Clinic, Johns Hopkins Hospital. Er diente von 1960–62 in der US-Army als Hauptmann im US-Army Tripler General Hospital in Honolulu, Hawaii. Danach begann er seine lebenslang andauernde Karriere an der Stanford University School of Medicine, wo er von der Position eines Lehrers aufstieg, bis er das Amt eines ordentlichen Professors bekleidete. Yaloms erste Veröffentlichungen waren wissenschaftliche Beiträge in Fachzeitschriften wie „Archives of General Psychiatry“. Sein erstes Buch, „The theory and practice of group psychotherapy“ (1970), ist ein Klassiker auf diesem Gebiet, ein Paradebeispiel einer Kombination wissenschaftlicher Forschung über Gruppen, gepaart mit klinischem Wissen und einer klaren Ausdrucksweise. Viele Studenten sind der Meinung, dass sich dieses fundiert recherchierte und versiert verfasste Werk wie ein Roman liest. Der Leser fühlt sich in eine persönliche Beziehung mit dem Autor versetzt, der Wissen über Gruppen vermittelt und sich durchgehend um Patienten und Psychotherapeuten sorgt. Das Buch hat breite Verwendung als Textunterlage für die Ausbildung von Psychotherapeuten gefunden (mit einer Auflage von über 700.000 Exemplaren). Es wurde in zwölf Sprachen übersetzt und befindet sich bereits in vierter Auflage. Eine Umfrage unter Psychiatern, veröffentlicht im „American Journal of Psychiatry“, bezeichnete es als eines der zehn einflussreichsten Bücher der amerikanischen Psychiatrie. Weitere Texte folgten (bis dato fünfzehn Bücher), „Existential psychotherapy“ (1980) kam als nächstes. Obwohl in dem Buch ein sehr komplexes Thema behandelt wird, ist es erstaunlich klar geschrieben, und Yaloms breite und tiefe Belesenheit auf dem Gebiet der Phänomenologie macht das Buch aus philosophischer und klinischer Sicht sehr ansprechend. Andere wichtige Werke waren „Inpatient group psychotherapy“ (1983), ein Leitfaden für das Arbeiten mit Gruppen in stationären psychiatrischen Abteilungen, und „Encounter groups: First facts“ (1973), eine Forschungsmonografie. Im späteren Verlauf seiner Karriere kehrte Yalom zu den Vorlieben seiner Kindheit, den Geschichten, zurück, und beschloss, die

Aspekte der existenziellen Psychotherapie in Romanform zu vermitteln. Er schrieb zwei überaus erfolgreiche Werke mit Therapiegeschichten: „Love’s executioner“ (1989), eine Sammlung von Kurzgeschichten, die psychotherapeutische Interaktionen beschreibt und eine bemerkenswerte Einsicht in das Denken von Psychotherapeuten gibt. Kürzlich erschienen ist „Momma and the meaning of life“ (1999), eine Sammlung von wahren und fiktiven Geschichten aus dem Therapiebereich. Yalom hat aber auch Werke in voller Romanlänge geschrieben und zwei Lehrromane herausgegeben. Der erste, „When Nietzsche wept“ (1991), ist ein einfallsreicher Bericht darüber, was passiert wäre, wenn Josef → Breuer, → Freuds Kollege, Nietzsche behandelt hätte. Für dieses Werk erhielt er 1992 die Commonwealth Goldmedaille für die Kategorie „Bester Roman“ und war in vielen Ländern auf der Bestsellerliste (in Israel für mehr als vier Jahre); nun wird dieses Werk verfilmt. „Lying on the couch“ (1996) ist eine geistreiche Analyse von Täuschung in der Psychotherapie. Seine beträchtlichen Fähigkeiten als Pokerspieler prägen größere Abschnitte des Buches. Die Anthologie „The Yalom reader“ erschien 1997. Zusätzlich zu den wichtigsten Exzerpten aus seinen übrigen Büchern enthält sie zahlreiche neue persönliche Aufsätze, die eine Einführung für Fachleute im Bereich seelischer Gesundheit zu „Love’s executioner“, „When Nietzsche wept“ und „Lying on the couch“ bilden. Ein Buch mit Ratschlägen für Psychotherapeuten („The gift of therapy“) ist 2001 erschienen. Zur Zeit arbeitet Yalom an einem Roman über Schopenhauer. Unter den vielen Auszeichnungen, die Yalom erhalten hat, sind der Oscar Pfister Award für Beiträge zu Religion und Psychiatrie (2001) und der Foundation’s Fund Award for Research in Psychiatry (1976), verliehen von der American Psychiatric Association. Er ist auch der Träger des prestigeträchtigen Edward Strecker Award für herausragende Beiträge im Bereich der psychiatrischen Betreuung und Behandlung in den USA, überreicht vom Institute of the Pennsylvania Hospital im Jahre 1974. Darüber hinaus wurde er zum Göttinger Literatur-Festival im Jahre 2001 eingeladen. Seine Frau Marilyn erhielt ihren Dokortitel

auf dem Gebiet der vergleichenden Literatur (Französisch und Deutsch) von der Johns Hopkins University und absolvierte eine äußerst erfolgreiche Karriere als Universitätsprofessorin und Schriftstellerin. Seine vier Kinder leben alle in der San Francisco Bay Area und sind in verschiedenen Berufsfeldern tätig – Medizin, Fotografie, kreatives Schreiben, Theaterregie und klinische Psychologie.

Wesentliche Publikationen

- (1970, 1999) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch, 5. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta
- (1974, 2001) Jeden Tag ein bisschen näher: Eine ungewöhnliche Geschichte. München, Goldmann
- (1980, 1989) Existentielle Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie
- (1983) Inpatient group psychotherapy. New York, Basic Books
- (1989, 1993) Die Liebe und ihr Henker und andere Geschichten aus der Psychotherapie. München, Goldmann
- (1991, 1996) Und Nietzsche weinte. München, Goldmann
- (1996, 1998) Die rote Couch. München, Goldmann
- (1998) The Yalom reader. New York, Basic Books
- (1999, 2000) Die Reise mit Paula. München, Goldmann
- (2001, 2002) Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht. München, Goldmann
- Lieberman MA, Yalom ID, Miles MB (1973) Encounter groups: First facts. New York, Basic Books
- Yalom ID, Vinogradov S (1989) Concise guide to group psychotherapy. Washington (DC), American Psychiatric Press

David Spiegel (Übers. aus dem amerik. Orig. vom Autor durchgesehen)