

IMAGINATION

4|2016

Alle Rechte vorbehalten
www.oegatap.at

Wolfgang Oswald Hypnosepsychotherapie und
»schwierige« Patienten: Drei Positionen zu Theorie
sowie praktische Behandlungstechnik

Susanne Stefan Von »Momis« und »Spatzis« –
Sexualität in der Therapie mit Kindern und Jugend-
lichen

Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber
Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym
Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen –
Teil 1 der Studienergebnisse – Daten zum Zeitpunkt
des Studienbeginns

Impressum

Die **Imagination** ist eine wissenschaftliche Publikation der Internationalen Gesellschaft für Katalytisches Bilderleben IGKB und das offizielle Organ der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP).

Herausgeber und Eigentümer: ÖGATAP – Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie
1070 Wien, Kaiserstraße 14/13
Tel.: 01/523 38 39, Fax: 01/523 38 39-10.

Redaktionsanschrift: ÖGATAP, 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13, E-Mail: imagination@oegatap.at

Redaktion:

Dr. Hermann Pötz (Leitung)
Dr. Michael Harrer
Mag. Eveline Schöpfer-Mader
Lic.phil. Anna Sieber-Ratti
Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Brigitte Spreitzer
Dr. Harald Ullmann

Wissenschaftlicher Beirat:

Ulrich Bahrke, Halle
Monika Bürgi, Basel
Margret Flores d'Arcais-Strotmann, Amsterdam
Jadranka Dieter, Wien
Wilfried Dieter, Wien
Elfriede Fidal, Wien
Susanne Frei, Wien
Heinz Hennig, Halle
Hans Kanitschar, Wien
Leonore Kottje-Birnbacher, Düsseldorf
Wolfgang Ladenbauer, Wien

Matthias Mende, Salzburg
Mathilde Pichler, Wien
Claudius Stein, Wien
Michael Stigler, Lausanne
Eberhard Wilke, Malente

Erscheinungsweise: Viermal jährlich

Verlag: Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
1050 Wien, Stolberggasse 26, Tel.: 01/310 53 56

Druck: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Layout und Satz: Gerhard Krill, 1060 Wien;
E-Mail: grafik@krill.at; <http://www.krill.at>

Bezug: Für Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie im Jahresmitgliedsbeitrag eingeschlossen. Abonnements und Einzelhefte können über jede Buchhandlung oder über die ÖGATAP, 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13, bezogen werden.

Jahresabonnements: € 34,-, Einzelpreis: € 10,-,
Doppelnummer: € 20,-

Inseratenannahme: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 1050 Wien, Stolberggasse 26,
Tel.: 01/310 53 56

Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Vervielfältigung, photomechanischen Wiedergabe und Wiedergabe auf Tonträgern vor. Nachdruck ist nur unter genauer Quellenangabe und mit schriftlicher Zustimmung des Verlages gestattet.

ISSN 1021-2329

Offenlegung gemäß Mediengesetz, 1. Jänner 1982

Nach § 25 (2): Imagination ist zu 100% Eigentum der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13.

Ziele der Gesellschaft: Ausbildung gemäß den Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes vom 7.6.1990 in psychotherapeutischen Methoden.

Vorstandsmitglieder ÖGATAP: 1. Vorsitzender: Dr. Bernhard Brömmel; 2. Vorsitzende: Mag. Monika Pomberger-Kugler; Ausbildungsleiterin: Dr. Mathilde Pichler; Schriftführerin: Dr. Brigitte Spreitzer; Kassier: Wolfgang Schnellinger;

KandidatInnenvertretung: Mag. Barbara Paulus, Dr. Angela Schoklitsch; DozentInnenvertretung: Dr. Magdalena Grünewald; TherapeutInnenvertretung: Mag. Clara Bretschneider, Mag. Susanne Stefan

Nach § 25 (3): keine

Nach § 25 (8): Imagination vertritt die Anliegen der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie und soll über verschiedene Therapiemethoden und vor allem deren Anwendung in der Praxis informieren.

IMAGINATION

38. Jahrgang, Nr. 4 | 2016

Editorial 3

Wolfgang Oswald

**Hypnosepsychotherapie und »schwierige« Patienten:
Drei Positionen zu Theorie sowie praktische Behandlungs-
technik** 5

Susanne Stefan

**Von »Momis« und »Spatzis« – Sexualität in der Therapie mit
Kindern und Jugendlichen** 19

Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber

**Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer
Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen – Teil 1 der Studien-
ergebnisse – Daten zum Zeitpunkt des Studienbeginns** 40

Rezension 65

Register 1991–2016 68

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Wie Sie sicher gemerkt haben, ist das Heft 3 diesmal sehr spät bei Ihnen im Briefkasten gelandet. Bitte entschuldigen Sie, aber leider gab es ein technisches Problem, sodass diese Ausgabe nicht zeitgerecht versendet werden konnte. So erhalten Sie nun hintereinander zwei Hefte. Die darin enthaltenen Artikel mögen Sie für Ihre Geduld ein wenig entschädigen.

Nun – was erwartet Sie in diesem letzten Heft im heurigen Jahr.

Als erstes beschäftigt sich *Wolfgang Oswald* in seinem Beitrag mit der Hypnosepsychotherapie mit »schwierigen« PatientInnen. Dabei zeigt er auf, dass die Indikation bzw. Kontraindikation gerade bei schweren seelischen Störungen in besonderem Maße von Variablen des Therapeuten bzw. der Therapeutin abhängen, wie Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, Ausmaß und Qualität der Selbsterfahrung sowie der praktischen Erfahrung und Kompetenz. Seine Erläuterungen widerlegen so manche Meinung, Hypnosepsychotherapie sei für Menschen mit schweren strukturellen und psychotischen Erkrankungen nicht geeignet. Besonders der erste Teil des Artikels ist durchaus auch für TherapeutInnen anderer Methoden anregend und von Interesse. Zudem stellt er eine sehr anschauliche Übersicht über Möglichkeiten hypnosepsychotherapeutischer Techniken und Interventionen bei schweren strukturellen Störungen vor.

Ausgehend von einer kurzen Szene aus der Behandlung eines sechsjährigen Jungen liefert *Susanne Stefan* in ihrem Beitrag einen komprimierten und strukturierten Überblick über die Entwicklung der infantilen und adoleszenten Sexualität, wobei sie sich dabei v. a. auf die Arbeiten Freuds sowie die Konzepte von Laplanche und Quinseau bezieht. Dazu zeigt die Autorin anhand von Fallvignetten, Spielszenen und Imaginationen wie sich die Thematiken im klinischen Alltag zeigen können.

Wie Ihnen sicher auch bekannt sein wird, hat die Psychotherapieforschung in den letzten Jahren an Bedeutung stark zugenommen. So etwa sind Wirksamkeitsstudien von psychotherapeutischen Methoden inzwischen unerlässlich geworden.

Das öffentliche Interesse ist sehr groß und die Finanzierung psychotherapeutischer Behandlungsangebote durch die öffentliche Hand erfordert belegbare Wirksamkeitsnachweise. Solche Studien sind allerdings sehr aufwendig und daher rar.

Daher ist es besonders erfreulich, dass Frau *Fiala-Baumann* zusammen mit Frau *Eva Bänninger-Huber* von der Universität Innsbruck im Rahmen ihrer Dissertation der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Katathym Imaginativen Psychotherapie bei Jugendlichen nachgegangen sind. Es handelt sich dabei um eine naturalistische Längsschnittsstudie mit mehreren Messzeitpunkten. Die Datenerhebung ist abgeschlossen, die Auswertung allerdings noch nicht vollständig. Aufgrund der Komplexität des Designs und des Umfangs des Materials sollen hier in einem ersten Teil Aufbau, Untersuchungsplan sowie erste Ergebnisse zu Beginn der Behandlungen dargestellt werden. Die weiteren Verlaufsdaten und Endergebnisse sowie deren Diskussion werden in einem zweiten Artikel im Laufe des nächsten Jahres erscheinen.

So bleibt mir noch abschließend, Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, im Namen des gesamten Redaktionsteams eine geruhsame Weihnachtszeit sowie einen guten Jahreswechsel zu wünschen

Hermann Pötz

Hypnosepsychotherapie und »schwierige« Patienten: Drei Positionen zu Theorie sowie praktische Behandlungstechnik

Wolfgang Oswald

1. Einleitung und Fragestellung

Diese Arbeit untersucht die Frage, inwieweit es möglich ist, durch die reflektierte Kombination von hypnotherapeutischen, psychoanalytischen und systemischen Konzepten, das Anwendungsgebiet der Hypnosepsychotherapie auf schwere strukturelle Störungen und Psychosen auszudehnen.¹ »Alkoholiker«, »Borderliner«, »Psychotiker« werden im Kollegenkreis häufig als »schwierig« bezeichnet und sind im niedergelassenen Bereich oft nicht erwünscht.² In psychodynamischer Betrachtungsweise weist die häufig gewählte Beschreibung als »schwierig« auf nicht reflektierte oder mitunter nicht reflektierbare Gegenübertragungsreaktionen hin, die es eben »schwierig« bis unmöglich machen, die erlernten hypnosepsychotherapeutischen Methoden anzuwenden. Es werden im Folgenden hypnosepsychotherapeutische und psychoanalytische Grundlagen fokussiert, Verschränkungsmöglichkeiten in der praktischen Behandlung aufgezeigt, und für die weitere Diskussion zur Verfügung gestellt. Ich danke Eva Pollani und Michael Harrer für ihre kritischen und wohlwollenden Anmerkungen.

2. Drei Positionen für die hypnosepsychotherapeutische Arbeit mit schwer gestörten Patienten

Entlang von drei inhaltlichen Positionen und einer Übersicht von Interventionsmöglichkeiten möchte ich Mut machen, mit strukturell gestörten Patienten auch hypnosepsychotherapeutisch zu arbeiten. Wenn ich im Folgenden von

1 vgl. z. B. Zindel 1998, Scheuchel 2002, Oswald 2011 und 2013

2 Persönliche Mitteilungen aus Supervision, Intervision und Seminaren

»Behandlern« schreibe, so sind damit zum einen immer Frauen und Männer angesprochen und zum anderen Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzte gleichermaßen.³

2.1 Position 1: Hypnosepsychotherapie strukturell gestörter Patienten ist möglich.

Es gelten zunächst die gleichen Grundvoraussetzungen wie für alle Patienten: nicht die Diagnose, nicht die Symptomatik, nicht das Störungsbild soll ausschlaggebend für die Entscheidung des Behandlers sein, mit einem Patienten (hypnosepsycho)therapeutisch zu arbeiten, sondern eher die Frage, ob sich der Behandler die therapeutische Behandlung zutraut, ob er die dazu erforderlichen Fähigkeiten erlernt und geübt hat (ausreichend Selbsterfahrung, theoretisches Wissen, Übung mit der Methodik, praktische Erfahrung unter Supervision) und ob es dem Patienten gelingt, dem Behandler zu vertrauen.⁴ Allerdings verhindert nicht selten die aktuelle Symptomatik strukturell gestörter Patienten, sich überhaupt auf ein therapeutisches Setting einlassen zu können. (Hypnose)psychotherapeutische Interventionen sind daher dann kontraindiziert, wenn bzw. weil eine Kontraindikation für Psychotherapie bzw. psychologische Behandlung im Allgemeinen besteht, z. B. die fehlende Einwilligung des Patienten, die Unfähigkeit ein einfaches Setting einzuhalten etc. Diese Einschätzung unabhängig von der Diagnose soll dem Behandler einen freien Blick auf den Patienten und die therapeutische Beziehung ermöglichen.

2.2 Position 2: Hypnosepsychotherapie psychotischer Patienten ist möglich.

Bezüglich der Hypnosepsychotherapie sind zwei Vorurteile weit verbreitet: Das Erste: Die Anwendung von hypnosepsychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Psychosen sei generell kontraindiziert. Erfahrene Behandler, namhafte Autoren, Herausgeber und Vortragende äußern sich auch dann skeptisch bis zurückhaltend, wenn sie ansonsten begeistert für die Hypnose die Fahnen schwingen (z. B. Walter 2001). Hypnosepsychotherapie ist meiner Erfahrung nach vor allem

3 Ebenso sind mit »Patienten« immer die Personen beider Geschlechter gemeint.

4 Diese Frage ist kaum erforscht (wird aber in der praktischen Diskussion (Intervention, Supervision etc.) mitunter emotional besprochen. Kernberg (2003) empfiehlt dazu »... *that the therapist feels safe in making the intervention, because to be afraid of the patient is a powerful message that cannot but increase fear in the patient*...«, als Heuristik zusammengefasst: »*First you have to be safe!*«. Gemeint ist damit auch, dass zuerst der Behandler auf eigene Behandlungsfähigkeit achtet und diese herstellt, auf der Makroebene (z. B. Aus-, Fort- und Weiterbildung), auf der Mikroebene vor, in und nach jeder Sitzung (z. B. durch Supervision, Begrenzung des Interventionsrepertoires auf sicher Erlerntes und Geübtes).

dann kontraindiziert, wenn der Behandler nicht über ausreichend (Selbst-)Erfahrung mit den hypnosepsychotherapeutischen Grundtechniken verfügt: dazu gehören vor allem die Herstellung eines guten Rappports durch Pacing und Leading, die Durchführung einfacher expliziter Trancen etc. Die Curricula der verschiedenen psychologischen, psychotherapeutischen und ärztlichen Fachgesellschaften für Hypnose bilden eine gute Grundlage und Basis, die die Behandler fortlaufend üben, verfeinern und vor allem supervidieren lassen sollten. Insofern sind ausreichend Sicherheit, praktische Übung und Selbsterfahrung mit den Grundtechniken die Voraussetzung für die Arbeit mit jedem Patienten, dies gilt für psychotische Patienten in ganz besonderem Maße. Es kommt nicht so sehr darauf an, besonders ausgeklügelte, komplexe oder »tiefe« Trancen anleiten zu können, sondern eher darauf, Einfaches sicher und flexibel anwenden zu können.

Das zweite Vorurteil besagt, Tranceerfahrungen seien mit einem Kontrollverlust verbunden und man solle daher besonders bei psychotischen Patienten auf explizite Trancen verzichten. Vas (1993) und Zindel (1998) zeigen, dass explizite, klar strukturierte Trancen, mit eindeutigem Beginn und Ende, markiert etwa durch das Öffnen und Schließen der Augen, es gerade dünnhäutigen und vulnerablen Patienten ermöglicht, wieder ein Stück Kontrolle zurückzugewinnen.

Neben methodischen Grundfähigkeiten braucht es auch ein grundlegendes theoretisches Verständnis, um mit schwer gestörten Patienten arbeiten zu können. Dass diese »schwer auszuhalten« sind, ist nicht etwa ein objektiver Befund, sondern kann zunächst als eine therapeutische Reaktion des Behandlers (!) auf den inneren Zustand der Patienten verstanden werden und dadurch zu einer wichtigen Ressource werden. Die für die Patienten unaushaltbaren Qualitäten der Innenwelt wie die Leere⁵ können für den Behandler spürbar werden, ein Vorgang, der sich allerdings nicht nur auf chronisch psychotische Patienten beschränkt. Zahlreiche Autoren weisen darauf hin, dass man die Innenwelt von psychotischen Patienten in der therapeutischen Reaktion und in der Gegenübertragung nachempfinden kann.⁶ Das »Psychotische« nachzuempfinden bedeutet oft, dass man sich als Behandler »unlebendig«, »tot« oder »bleiern schwer« fühlt. Deswegen ist es wichtig, sich mit den verschiedenen Theorien über strukturelle Störungen und Psychosen auseinanderzusetzen, ohne sich gleich mit einer bestimmten theoretischen Position »verheiraten« zu müssen.

Ohne das Einbeziehen der Theorie bleibt es dabei, dass wir »schwierige« Patienten lediglich als nicht mehr aushaltbar erleben, sie weiterschicken und sie als ungeeignet für die hypnosepsychotherapeutische Behandlung halten. Mit einer Theorie im Hintergrund können wir unsere Position als Behandler in der Praxis aufrechterhalten indem wir das »Unaushaltbare« theoretisch konzeptualisieren.

5 vgl. Benedettis Metapher von den »Todeslandschaften« (in Benedetti 1983)

6 vgl. Pixner 2002

Etwas überspitzt gesagt ist es also weniger wichtig, welcher spezifischen Theorie man sich zuneigt, als dass man sich überhaupt mit den klassischen und aktuellen theoretischen Positionen befasst und sich auf diese Weise selbst in die Lage versetzt, den Patienten empathisch verstehen zu können.⁷

Für die praktische psychotherapeutische Behandlung halte ich die Ideen aufbauend auf der Psychosentheorie von Eugen Bleuler nach wie vor für sehr relevant.⁸ Bleulers Ideen wurden von seinem Sohn Manfred Bleuler an Gaetano Benedetti weitergegeben, und von Benedetti an »unseren« J. Philip Zindel. Hier gibt es also eine interessante historische Verbindung: von Eugen Bleuler, der schon in den 1920er Jahren versucht hat, psychotische Patienten aus ihrer inneren Welt heraus zu verstehen, hin zu J. Philip Zindel, von dem viele seiner Schüler den therapeutischen Einsatz von expliziten Trancen bei psychotischen Patienten erlernt haben. Kapfhammer (2006) und Benedetti (1983) bezeichnen, in Anlehnung an Bleuler, die primären inneren Mechanismen der psychotischen Erkrankungen (insb. der chronischen Schizophrenie) als *psychotische Spaltung und Autismus*.⁹

Das »Psychotische«, der »Wahnsinn«, das »Manische«, das »Verrückte« steckt – mehr oder weniger – tief verborgen auch in jedem Behandler.¹⁰ Psychotische Patienten konfrontieren uns mehr als andere mit unseren tiefsten Ängsten, Abgründen, Emotionen und den eigenen »verrückten« Anteilen. Daher kann es uns Angst machen, mit diesen Patienten zu arbeiten. Den Ansatz, psychotische und insbesondere schizophrene Patienten mit Empathie zu begegnen und zu versuchen, ihre Innenwelt nachzuvollziehen, verdanken wir Eugen Bleuler der nach Sigmund Freud¹¹ als einer der ersten die pathologisierende Betrachtungsweise durch eine theoriebildende, reflektierende und verstehende Haltung ergänzt hat.

Diese Haltung bereichert den Therapeuten und die Behandlung, weil es auf der Basis eines Verständnisses der Bedürfnisse des Patienten möglich wird, hypnosepsychotherapeutische Interventionen abzuleiten.

2.3 Position 3: Trance erhält die Behandlungsfähigkeit des Behandlers – projektive Identifizierung »revised«

Zunächst dient die Hypnose zur Kontrolle und zum Verständnis der Gegenübertragung des Behandlers. Dazu eignen sich Trancen des Therapeuten, die in Gegenwart des Patienten, nach einer Sitzung und/oder in Supervision/Intervision

7 vgl. Lewin 1951: »Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie.«

8 vgl. Scharfetter 2001

9 vgl. Oswald 2011

10 vgl. Bion 1961

11 vgl. z. B. Freud 1911: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides), auch bekannt als »Schreber-Studie« und Freud 1924: Neurose und Psychose.

ausgeführt werden können. Sich auf solche »Gegenübertragungstrancen« einzulassen ist wesentlich für das Verständnis dessen, was in unseren Patienten vorgeht und was sie gleichsam in uns »hineingelegt« haben.¹² Dieser psychologische Vorgang, durch den sich Patienten problematischer Inhalte ihrer Innenwelt entledigen, wird von Psychoanalytikern insbesondere der Kleinianischen (Britischen) Schule als »projektive Identifizierung« bezeichnet. Es ist auffällig, dass die Vertreter der neokleinianischen Schule (M. Klein, W. Bion, B. Joseph, H. Rosenfeld)¹³ sich in einer umfassenden Weise mit den Gegenübertragungsreaktionen beschäftigen, die an die in der Hypnosepsychotherapie (und auch in der Katathym Imaginativen Psychotherapie) üblichen Form der Gegenübertragungstrance (-imagination) erinnert. Gemeint ist damit eine genaue Beobachtung der inneren Bilder, Gedanken und auch körperlicher Vorgänge im Behandler selbst, im Sinne der »gleichschwebenden Aufmerksamkeit«.¹⁴ Bion bezeichnet die Fähigkeit des Therapeuten, sich träumerisch auf seinen Patienten einzustellen, als »Alpha-Funktion«.¹⁵ Mit Hilfe von Trancen, als einer gleichsam aktiv eingesetzten Alpha-Funktion, ist diese Art der Selbstbeobachtung leicht(er) möglich. Sie kann sowohl in Gegenwart des Patienten als »Modelltrance«¹⁶ eingesetzt werden als auch in der Nachbearbeitung von Sitzungen und im Rahmen von Supervisionen.¹⁷ Es ist eine spannende Frage, inwieweit die Wortwahl Bions als Alphafunktion davon beeinflusst wurde, dass bei Trancen im EEG mitunter vermehrt Alpha-Wellen auftreten¹⁸, oder ob es bloß Zufall ist.

Dieses Verständnis von »projektiver Identifizierung« hat übrigens mit dem von Melanie Klein eingeführten Begriff kaum mehr etwas zu tun¹⁹. Er wurde in einer Weise weiterentwickelt, über den Klein selbst nicht erfreut war²⁰. Wenn wir heute den Begriff »projektive Identifizierung« verwenden, meinen wir – streng genommen – eine »projektive Gegenidentifizierung«, weil es sich um eine Gegenübertragungsreaktion beim Therapeuten handelt, hervorgerufen durch heftige Abwehr

12 vgl. Pixner 2002

13 vgl. Mentzos/Münch 2007

14 vgl. Freud 1912, S. 483

15 Bion 1961, Kapitel 3.

16 vgl. Benedetti, Zindel 1998 und vgl. 3.2

17 vgl. Mende (2009), S. 127ff, der sich aber auf eine Ich-psychologische Konzeption von Gegenübertragung bezieht.

18 vgl. Ulett et. al 1972, S. 366: »*During hypnotic induction, there was a significant decrease of slow and increase of alpha and beta waves accompanied by an increase in amplitude and decrease of amplitude variability, in the best hypnotic subjects*«. Es gibt keine Forschung, ob der von Bion konzipierte Zustand der »Alpha-Funktion« (vgl. Bion 1961) tatsächlich mit einem Trancezustand vergleichbar ist.

19 z. B. Klein 1946

20 vgl. Plenker 2005

des Patienten²¹. Im hypnotherapeutischen Kontext könnte man diese Gegenübertragungsreaktion auch als »Problemtrance«²² des Therapeuten beschreiben. In einer neuerlichen Erweiterung des Begriffs beschreibt Wilfred R. Bion den Vorgang der »projektiven Identifizierung« als die frühe Form von normaler Kommunikation zwischen dem Baby und der Mutter, mit dem Ziel »in der Mutter diejenigen Gefühle hervorzurufen, die das Kind loszuwerden wünscht«. Bion meint, dass schwere Entwicklungsstörungen entstehen, wenn diese Form der Kommunikation seitens der frühen Bezugsperson verwehrt wird. Man könnte einen Umkehrschluss wagen und behaupten, dass der Wiederaufbau der Alpha-Funktion durch hypnosepsychotherapeutische Interventionen eine strukturelle Nachreifung ermöglicht²³.

Der bewusste Einsatz von Trancen und die aktive Fokussierung auf die Gegenübertragung in diesem umfassenden Sinn (Wahrnehmung innerer Vorgänge wie Bilder, körperlicher Empfindungen, Gefühle etc.) durch den Therapeuten soll so weit gehen und geübt werden, dass er dazu in der Lage ist, diese Wahrnehmungen dem Patienten in einer angemessenen Weise mitzuteilen. »Angemessen« bedeutet nur nach sorgfältiger Abwägung, ob diese Mitteilung auch abstinert bezüglich der eigenen Bedürfnisse und nützlich hinsichtlich der Patientenbedürfnisse ist. Bei gutem Rapport wirkt solch eine Mitteilung mitunter stark entängstigend, sie kann sich aber auch negativ auswirken, wenn sie in unangemessener (nach Bion: in unverdauter) Weise erfolgt.

Es sei an dieser Stelle an eine Anekdote Melanie Kleins erinnert: als ihr eine Supervisorin erzählte, dass sie in der Gegenübertragung die Verwirrung (*confusion*) ihres Patienten spüre, die dieser in sie hineinprojiziert habe, antworte sie trocken: »*no dear, you are confused*«²⁴. Jede Gegenübertragung, jede vermutete projektive Gegenidentifizierung muss, entsprechend den dahinterliegenden Konzepten,

21 Auf diese häufig ungenaue und verwirrende Verwendung der Begriffe »Gegenübertragung« und »Projektive Identifizierung« weist Plenker 2005 hin: »*In einem kurzen Aufsatz beschäftigte sich Leon Grinberg (1962) mit Situationen, in denen der Analytiker nicht nur in der Phantasie des Patienten, sondern tatsächlich dazu gebracht wird, so zu reagieren, als ob er sich die projizierten Teile des Patienten angeeignet hätte. Er schlägt für ein solches Geschehen den Terminus ›projektive Gegenidentifizierung‹ vor.*

22 vgl. Schmidt (2004), der den Begriff »Problemtrance« als Gegenpol zu dem der »Lösungstrance« prägte.

23 Diese Behauptung lässt sich nur durch eine Analogie zwischen dem Konzept »Alpha-Funktion« und Trance aufrechterhalten. Bei Bion (1961) und ihm folgenden Psychoanalytikern der sog. »Neo-Kleinianischen-Schule« wird Therapiefortschritt möglich, wenn der Therapeut auch in schwierigen Situationen seine Alpha-Funktion aufrechterhalten oder wiederherstellen kann.

24 »*She appears to have felt that both ideas, both a wider concept of countertransference and the idea of projective identification, could easily be misused—as shown in the now classic story about a young analyst who told her he felt confused and therefore interpreted to his patient that the patient had projected confusion into him, to which Melanie Klein replied, 'No dear, you are confused'*« zitiert nach Spillius (1983), S. 326

zuerst verdaut, übersetzt und in kleinen (Trance-)Portionen zurückgegeben werden. Paula Heimann, von der der erweiterte Gegenübertragungsbegriff ursprünglich stammt²⁵, warnte davor, Interventionen »*unkritisch nach dem Gefühl zu geben und sich dabei auf die Gegenübertragung zu berufen*«²⁶. Es ist eher sinnvoll, Bilder im Sinne einer Modelltrance zur Verfügung zu stellen und sich als Therapeut seine Behandlungsfähigkeit und den Rapport zu erhalten.

Damit wird weiters erreicht, dass der Patient das »Unaushaltbare« zumindest einen Moment lang gemeinsam mit einem bedeutsamen Anderen erlebt und damit das Prinzip »Partizipation« erfahrbar wird. Als Folge bleibt der Patient erstmals nicht mehr allein mit seinem Erleben und kann – aufgrund der »Dualisierung« – in Kontakt mit der tieferliegenden Symptomatik kommen²⁷. Somit wird die psychotherapeutische Situation im Allgemeinen und die Trance im speziellen zu einem Ort der Symbiose: der Behandler lässt sich für eine begrenzte Zeit auf die chaotische Leere ein, womit das für die Behandlung erforderliche Vertrauen entsteht. So können Behandlungstechnik und Theorie in der Person des Behandlers zu einer therapeutisch wirksamen Einheit zusammenfinden. Der Fortschritt in der therapeutischen Behandlung wird weniger durch kognitive Einsicht als durch die Beziehungserfahrung mit dem Behandler erreicht: im psychischen »Brutkasten« der gemeinsamen Trancen wird die Möglichkeit einer psychischen Nachreifung eröffnet. Der Therapeut versucht nicht zu »heilen«, sondern – wie es dem ursprünglichen Wortsinn *θεραπεία / therapeia* heißt – zu »dienen«, ohne dem Patienten etwas aufzudrängen.²⁸

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Grundlage für das tiefere Einlassen auf therapeutische Prozesse auf diese Art und Weise vor allem eine mehrjährige Selbsterfahrung im Sinne einer Eigentherapie ist. Loriedo wies kürzlich wieder darauf hin²⁹, dass in der Hypnotherapie die Beziehung wichtiger als die Technik ist und dass die Anwendung hypnosepsychotherapeutischer Technik wenig wirksam ist, wenn sie nicht in einen reflektierten Beziehungskontext eingebettet ist.

3. Welche Interventionen eignen sich typischerweise?

Die therapeutische und insbesondere die hypnotische Beziehung sind Möglichkeiten, mit sogenannten »schwierigen« Patienten in Kontakt zu kommen. Wesentlich

25 Heimann 1950

26 Heimann 1960

27 Die Anwendung der Prinzipien »Partizipation« und »Dualisierung« in diesem Zusammenhang gehen zurück auf Benedetti 1983 und Zindel 1998.

28 Mit Dank an J. Philip Zindel für diese Erinnerung in einem seiner Seminare.

29 Loriedo 2012

ist, dass der Schwerpunkt der hypnosepsychotherapeutischen Arbeit nicht auf dem Inhalt der Trancen liegt, sondern auf dem Einsatz von Trance selbst.

Je nachdem ob eine Plus- oder Minussymptomatik, eine akute psychotische Krise oder eine psychotische Episode bei sonst nicht-psychotischen Patienten vorliegt, ist der Einsatz von expliziten und impliziten Trancetechniken möglich³⁰. Die Trancen sollen klar und einfach strukturiert und an der Grundstörung orientiert sein: das bedeutet vor allem, dass die Grundsymptome »Autismus« und »psychotische Spaltung« nicht als Abwehr- sondern als Bewältigungsmechanismen hypnosepsychotherapeutisch umgedeutet³¹ und verstanden werden. Weil es einem wenig sinnvollen konfrontativen Vorgehen gleichkäme, wäre es Gift für die Behandlung, auf einen (vermeintlichen) Fortschritt zu schießen oder mit den Interventionen als Behandler etwas Bestimmtes erreichen zu wollen. Es braucht viel Geduld und eine hohe Frustrationstoleranz, die Patienten in langsamem Tempo mit kleinen Schritten (und auch mit kleinen Rückschritten) zu begleiten und ein stabiles und verlässliches Gegenüber zu sein.

In der folgenden Tabelle ist ersichtlich, dass ich fast ausschließlich die basalen Techniken des hypnosepsychotherapeutischen Grundkurses anwende und auf Techniken wie Metaphern, Geschichten, Trancereisen, Konfusionstrancen etc. verzichte. Es sei ausdrücklich betont, dass es sich zwar um grundlegende Techniken handelt, die aber nur von jenen Hypnosepsychotherapeuten angewendet werden sollen, die über ausreichend Selbsterfahrung, praktische Übung und theoretisches Hintergrundwissen verfügen. Isoliert und ohne umfassenden Ausbildungshintergrund wirken diese Interventionen nicht oder erscheinen lächerlich.

Wirksam sind weniger die Inhalte der Trancen, sondern die Trance selbst und die verschiedenen Möglichkeiten, diese zu begleiten: »mitschwingend, schweigend und dabei auch selbst in eine parallele Trance gehend, um seine eigenen Gefühle (insb. mögliche projektive Identifizierungen) beobachten und abzuwägen zu können, ohne sich äußern zu müssen«³². Vas erachtet, in einer Parallele zu Benedetti, eine benigne Regression (»Regression im Dienste des Ich«³³) von Patient und Therapeut als zielführend (Vas 1993, S. 12: »Der Therapeut kommt dem Patienten regressiv in die Nähe, um ihn auf eine höhere Ebene der Regression zu bringen. Er initiiert das Suchen von sprachlichen Metaphern im Sinne eines Utilisierens der Sprache in Richtung Symbolisierung«.

30 vgl. dazu Walter 2001 und Oswald 2011

31 Gemeint ist hier das Konzept »Reframing«, vgl. z. B. Kossak 1997, S. 136ff oder Gerl, W. in Revenstorff & Peter 2009, S. 253ff

32 vgl. Zindel 1998, S. 256

33 Dieses häufig zitierte Konzept geht auf Ernst Kris zurück, der ihn zum ersten Mal 1934 in seinem Aufsatz »Zur Psychologie der Karikatur« verwendete und der daraufhin oft zitiert wurde, ohne auf Kris zu verweisen.

3.1 Basistechniken³⁴

Hypnosepsychotherapeutische Interventionen bei strukturell gestörten Patienten

Hypnosepsychotherapeutische Technik	Anwendung und Kurzbeschreibung	Beispiele
a) Herstellung eines guten Rapports	<ul style="list-style-type: none"> • Die Möglichkeit den unterbrochenen Rapport im Rahmen einer expliziten Trance wiederherzustellen. • Den bloßen Augenkontakt in der Vis-a-vis-Situation erleben strukturell gestörte Pat. manchmal als konfrontativ und verlieren die Fähigkeit zum Rapport, die im »Brutkasten« der Trance wieder – gemeinsam – erlebt werden kann. 	<ul style="list-style-type: none"> • »Sie sitzen mir gegenüber und ich bin da« • Einleitung einer expliziten, kurzen, Trance • Siehe auch b), c) und d)
b) Fraktionierte Trancen	<ul style="list-style-type: none"> • Kürzere Trancen mit denen die Sitzungen strukturiert werden (5–6 Fraktionen pro Sitzung). • Eine klare äußere Struktur der Sitzungen hilft den strukturell gestörten Patienten sich zu orientieren und Vertrauen zu gewinnen. • Es geht primär nicht darum, dass der Behandler alles versteht, sondern eher darum, dass er gemeinsam mit dem Patienten ein Stück in seine Welt ein- und wieder aussteigt (Prinzipien Partizipation und Dualisierung, vgl. 2.6) • Die gemeinsamen Erfahrungen können dann im geschützten Rahmen des therapeutischen Settings nachbesprochen oder in einer weiteren Trance weiterverarbeitet werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • In kurzen Trancen kann dem Patienten etwas vom gerade Erzählten gespiegelt werden, sodass er es auf sich wirken lassen kann. • Dies fördert das Vertrauen in die sprachliche Kommunikation und die Erfahrung, dass über die Sprache etwas mitzuteilen ist, was über den semantischen Inhalt hinausgeht: • Gefühle, innere Bilder, körperliche Wahrnehmungen.
c) Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das »Hier und Jetzt«	<ul style="list-style-type: none"> • Der Therapeut beschreibt die Situation, so wie sie hier und jetzt gerade ist, möglichst genau, ohne Wertung, in neutraler Sprache. 	<ul style="list-style-type: none"> • »Der Boden unter den Füßen, die Hände, die auf der Sitzlehne liegen.« • »Sie hören das Ticken der Uhr, die 2 Meter entfernt von ihnen ist.«

34 Verwendung der Tabelle aus Oswald (2013) als erweiterter Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung von CH-Bulletin, Luzern.

- | | | |
|--|--|---|
| d) Pacing der psychotischen Spaltung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Unterscheidung von »innen« und »außen« steht im Zentrum. • Die Unterscheidungsfähigkeit von Innen- und Außenwelt wird gefördert durch Pacing und Leading von Innen- und Außenwelt. | <ul style="list-style-type: none"> • Pacing und Leading eines natürlichen Wechselspiels von »Innenwelt« und »Außenwelt«, von »innen« und »außen« etc. • »Während es auf der Straße vor meiner Praxis heute lärmt und dröhnt (außen), kann es in ihnen anders sein, anders laut, andere Geräusche (innen).« |
| e) Pacing des autistischen Rückzugs | <ul style="list-style-type: none"> • Nichts sagen zu wollen oder zu können, der Rückzug in die Innenwelt ist ok. • Diese Aufforderung macht manchen Behandlern Angst, nicht aber den Patienten – denn sie entspricht den zurückgezogenen, sprachlosen Personen sehr, die in ihrer gewohnten Umwelt meist ohnehin eine Menge Unverständnis für ihre Symptomatik ernten. | <ul style="list-style-type: none"> • Direkte Aufforderung, die Augen zu schließen und Einleitung einer expliziten Trance mit Fokus auf c). |
| f) Reframing und grundlegende Ja-Haltung | <ul style="list-style-type: none"> • Alles was in der gemeinsamen therapeutischen Beziehung entsteht reframe und positiv konnotieren, ohne es zu bewerten. • Es ist für die psychotherapeutische Arbeit im Sinne eines kontinuierlichen Reframings wesentlich, alle Inhalte auch von ihrer konstruktiven Seite her zu betrachten und dem Patienten zu spiegeln. • Denn allein der Umstand, dass überhaupt besprechbare oder in Trancen erlebbare Inhalte auftauchen, ist ein Fortschritt. Konfrontatives Arbeiten wie man es vielleicht von der Arbeit mit neurotischen Patienten kennt, ist therapeutisch sinnlos. | <ul style="list-style-type: none"> • Gerade bei Patienten mit ausgeprägter Minus-Symptomatik ist jeder gemeinsame Schritt wertvoll: ein Stück Trance, die bewusste Wahrnehmung der Körpergrenzen, das eine oder andere Wort für etwas bislang Unaussprechliches gefunden zu haben. • Nicht alle psychotischen Episoden gleich zu bewerten: manche können im therapeutischen Gespräch z. B. als »reinigendes Gewitter« umgedeutet werden (Vas 1993). |
| g) Modelltrancen | <ul style="list-style-type: none"> • Typische Therapiesituation: Patient bietet einen Redeschwall, oder schweigt beharrlich, oder der Therapeut nimmt seine eigene Gegenübertragung wahr, vermutet eine ungewöhnliche eigene Reaktion auf den Patienten und lässt eine Trance zu. | |

- Therapeutische Ich-Spaltung: bewusstes Zulassen eigener innerer Bilder, körperlicher Wahrnehmungen und Aktivieren der Trancewahrnehmung auf allen Kanälen.
 - Aktives Unterbrechen, beispielsweise mit folgenden Worten: »Warten sie mal!« (Pause)
 - Fortsetzung: »Wenn ich das, was sie mir gerade erzählen auf mich wirken lasse, dann ...« –
 - Therapeut schließt für den Patienten sichtbar die Augen, er geht modellhaft in Trance.
 - Es folgt eine Mitteilung von Wahrnehmungen aus der eigenen Trance, häufig sind dies Imaginationen etc., die auftauchen.
 - Therapeut öffnet wieder die Augen.
 - Abschluss der Intervention mit der Betonung, dass es sich um die eigenen inneren Wahrnehmungen handle.
 - Meist folgen eigene Einfälle des Patienten, die sich auf die mitgeteilte innere Wahrnehmung des Therapeuten beziehen.
-

3.2 Anmerkungen zur Anwendung von Modelltrancen

Der Therapeut bietet sich als Modell an und zeigt dem Patienten eine »Modelltrance«: er geht für den Patienten sichtbar in Trance, schließt also in Gegenwart des Patienten die Augen, und teilt dem Patienten, etwas aus dem Therapeuten-Innenleben mit. Dies ist dann indiziert, wenn der Einsatz von expliziten Trancen oder von impliziter hypnosepsychotherapeutischer Arbeit nicht möglich ist.

Diese Intervention ist nur dann wirksam, wenn Mitteilungen aus dem Inneren des Therapeuten gemacht werden, die im Hier & Jetzt entstehen, also gleichsam aus dem gemeinsamen »psychischen Brutkasten«³⁵. Wie in Abschnitt 2.3 erwähnt, sollen dies keinesfalls unverdaute, impulshafte Rückmeldungen sein, sondern möglichst am Primärprozess angenäherte traumartige Bilder, die der Therapeut in Anwesenheit des Patienten zulässt. Diese Art von Intervention (Strukturierung der therapeutischen Situation durch explizite Trancen) gibt Patienten Halt und Sicherheit, ganz gleich, ob es sich um eine strukturelle Störung (i. S. von Borderline-Störung, Psychose u. ä.) oder ob es sich um einen momentanen Erregungszustand in der therapeutischen Situation handelt.

35 vgl. Zindel 1998 und Scheuchel 2002

4. Conclusio und Ausblick

Die reflektierte Kombination von hypnotherapeutischen und psychoanalytischen Konzepten erweitert die Behandlungsmöglichkeiten der Methode Hypnosepsychotherapie, die als integratives Verfahren konzipiert³⁶ ist und die Einbeziehung von Methoden und Konzepten aus anderen Therapieschulen ausdrücklich vorsieht. Es besteht allerdings Bedarf an wissenschaftlichen Arbeiten speziell hinsichtlich der methodisch-theoretischen Verschränkung von hypnosepsychotherapeutischen und psychoanalytischen Konzepten. Psychoanalytische Theorien öffnen ein Verständnis für frühe Störungen, das meiner Ansicht nach in anderen Schulen nicht gegeben ist.

Wenn es dem hypnosepsychotherapeutisch geschulten und erfahrenen Behandler gelingt, auf eine andere Weise zu kommunizieren, als es der Patient gewohnt ist, so wird er vielleicht nicht von seiner (schweren) strukturellen Störung »geheilt«. Aber es besteht die Chance, dass er sich durch Stärkung von Ressourcen und gesunden Anteilen des Ich besser verstehen und mit sich umgehen kann.

Literatur

- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. u. a. (2002): Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie. Frankfurt: Suhrkamp
- Benedetti, G. (1983): Todeslandschaften der Seele. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bion, W. R. (1961): Learning from Experience. London: Karnac
- Federn, P. (1978): Ichpsychologie und die Psychosen. Frankfurt: Suhrkamp
- Freud, S. (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. Zentralblatt für Psychoanalyse, 2: 483–489
- Heimann, P. (1950): On counter-transference. Int J Psychoanal 31, 81–84, Dt.: Über die Gegenübertragung. Forum Psychoanal 12, 1996: 179–184
- Heimann, P. (1960): Counter-transference. in: M. Tonnesmann (Hrsg.) (1989): 151–160. Dt.: Bemerkungen zur Gegenübertragung. Psyche – Z Psychoanal (1964) 18: 483–493
- Kanitschar, H. (1995): Hypnose als Psychotherapie. Imagination 4: 5–15. Wien: Facultas
- Kanitschar, H. (2009): Hypnosepsychotherapie, ein integratives, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren. Hypnose-ZHH, 4 (1+2): 153–175
- Kapfhammer, H. P. (2006): Zur Phänomenologie psychotischer Zustände, in: Schwarz, F., Tabbert-Haugg, Ch., Wendl-Kempmann, G., Hering, W., Kapfhammer, H. P. (Hrsg.): Psychodynamik und Psychotherapie der Psychosen, Stuttgart: Kohlhammer
- Kernberg, O. F. (2000): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 6. Aufl.
- Kernberg, O. F. (2003): The Management of Affect Storms in the Psychoanalytic Psychotherapy of Borderline Patients. J Am Psychoanal Ass (5): 517–544
- Klein, M. (1946): Notes on Some Schizoid Mechanisms. Int J Psychoanal 27: 99–110
- Kossak, H.-C. (1997): Lehrbuch Hypnose. Weinheim: Beltz, 3. Aufl.

36 vgl. Kanitschar 1995 und 2009

- Lewin, K. (1951): Problems of Research in Social Psychology. in: D. Cartwright (Hrsg.): *Field Theory in Social Science; Selected Theoretical Papers*. New York: Harper & Row, S.169
- Loriedo, C. (2012): From the Technique to the Person. Vortrag (englisch) beim 19. Internationalen Hypnose-Kongress vom 17.–21. Oktober 2012 in Bremen, Auditorium-Netzwerk
- Mende, M. (2009): Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH* 4 (1+2): 153–175
- Mentzos, S., Münch, A. (2007): *Britische Konzepte der Psychosentherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Mentzos, S. (2010): *Lehrbuch der Psychodynamik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Oswald, W. (2011): Hypnosepsychotherapie bei chronischen Psychosen. *Imagination* 3: 15–34. Wien: Facultas
- Oswald, W. (2013): Gedanken zur hypnotherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. *CH-Bulletin* Vol. XXIII 2: 6–11
- Pixner, B. (2002): »In meinem Körper sind überall Schlangen ...« – Die Bildersprache der Psychose. *Imagination* 2: 238–248. Wien: Facultas
- Plenker, F.P. (2005): Zum Konzept der Gegenübertragung – Ursprünge und Grundzüge kleinianischer Weiterentwicklungen. *Psyche – Z Psychoanal* 59: 685–71. Stuttgart: Klett-Cotta
- Revenstorff, D., Peter B. (2009): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer, 2. überarb. Aufl.
- Scharfetter, C. (2001): Eugen Bleuler 1857–1939. Studie zu seiner Psychopathologie, Psychologie und Schizophrenielehre. Dietikon: Juris
- Scheuchel, M. (2002): Trance und hypnotische Beziehung als besondere Stärken einer Hypnotherapie. *Imagination* 1: 34–61. Wien: Facultas.
- Schmidt, G. (2004): *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung*, Heidelberg: Carl Auer
- Spillius, E. B. (1983): Some Developments from the Work of Melanie Klein. *Int J Psychoanal* 64: 321–332
- Ulett, G. A., Akpinar, S., Itil, T. M. (1972): Quantitative EEG analysis during hypnosis. *Electroenceph. clin. Neurophysiology* 33: 361–368
- Vas, J. (1993): Hypnose bei Psychosen – Eigenschaften der hypnotischen Beziehung bei der Psychotherapie schwer gestörter Patienten. München: quintessenz
- Walter, H. (2001): Hypnotherapie bei Psychosen, in: Revenstorff, D., Peter B. (2009): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer, 2. überarb. Aufl.: S. 498ff
- Zindel, P. (1998): Träume und Hypnose. In: Benedetti, G. (Hrsg.): *Botschaft der Träume*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Zusammenfassung:

Diese Arbeit untersucht und zeigt, dass es möglich ist, durch die reflektierte Kombination von hypnotherapeutischen, psychoanalytischen und systemischen Konzepten, das Anwendungsgebiet der Hypnosepsychotherapie auf schwere strukturelle Störungen und Psychosen auszudehnen. Die Methode Hypnosepsychotherapie ist als integratives Verfahren konzipiert und sieht die Einbeziehung von Methoden und Konzepten aus anderen Therapieschulen ausdrücklich vor. Je schwerer die strukturelle Störung des Patienten ist, desto klarer strukturiert sollen die hypnosepsychotherapeutischen Interventionen sein. Es besteht allerdings

Bedarf an wissenschaftlichen Arbeiten speziell hinsichtlich der methodisch-theoretischen Verschränkung von hypnosepsychotherapeutischen und psychoanalytischen Konzepten.

Schlüsselwörter:

Psychose – strukturelle Störung – hypnotische Beziehung– Utilisierung von Symptomen

Autor:

Mag. Wolfgang Oswald
1080 Wien, Alserstraße 13/6
praxis@wolfgangoswald.net
Tel.: 0699-1418 2665
Psychotherapeut in freier Praxis,
Dozent der ÖGATAP für Hypnosepsychotherapie

Von »Momis« und »Spatzis«

Sexualität in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Susanne Stefan

Einleitung

Nach der Sommerpause wurde ich von einem 6-jährigen Therapiekind im Wartezimmer folgendermaßen begrüßt: er griff mir stürmisch an die Brüste, lüpfte meinen Rock, eh ich mich's versah und fragte: »Bist du Momi oder Spatzi?«

Noch hatte ich bis dahin gezögert, über das Thema der Sexualität in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen wirklich schreiben zu wollen, war mir doch der Umfang des Vorhabens zu groß und zu theoretisch vorgekommen. Doch nach diesem Auftakt war mir klar, ich würde den Artikel in Angriff nehmen. Ich konnte mich ihr, der »Sexualität in der Therapie«, ohnehin nicht entziehen.

In diesem Beitrag werde ich versuchen, das Thema wie folgt zu umreißen – zuerst werde ich das Entstehen der Sexualität und die Bedeutung des Sexuellen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beleuchten. Dazu werde ich die bahnbrechenden Arbeiten Sigmund Freuds, Laplanches »Allgemeine Verführungstheorie« und Ilka Quindeaus Theorie vom »Primat des Anderen« heranziehen. Anhand von Fallvignetten möchte ich die theoretischen Überlegungen zur Sexualität von Kindern und Jugendlichen mit Beispielen aus meiner psychotherapeutischen Praxis ergänzen.

Konzepte der kindlichen Sexualität

Was also ist Sexualität, was macht sie so präsent, so interessant und weshalb widmen wir ihr so viel Aufmerksamkeit? Wann entsteht Sexualität, wo beginnt diese? Im Koitus? Im Erwachsenenalter, in der Adoleszenz oder schon in der frühen Kindheit?

Daumenlutschen, sich schmutzig machen, das Herumspielen an den Genitalien, all das wurde früher als »Unart« des Kindes angesehen, ohne sich damit näher zu

beschäftigen. Bis zum Zeitalter der Psychoanalyse wurde dem Kind keine Sexualität zugesprochen, man empfand solch ein Verhalten als unangebracht und unangemessen (Lebersorger & Smolen 2005). Mehr oder weniger strenge Erziehungsmaßnahmen versuchten, dieses unartige Verhalten zu unterbinden.

Sigmund Freud erkannte, dass das kindliche Verhalten bestimmte Entwicklungsprozesse und somit eine Ordnung durchlief, welche mit großem Lustempfinden in Zusammenhang stand. Diese Erkenntnisse bildeten den Grundstein für das Verständnis der Sexualität des Kindes. Nach über hundert Jahren sind Freuds libidinöse Entwicklungsphasen zum Verständnis des kindlichen Verhaltens, seiner triebhaften Wünsche und Phantasien nach wie vor aktuell, wiewohl auch andere Konzepte hinzugekommen sind.

Die psychische Welt des Kleinkindes wird eindrucksvoll in der Falldarstellung des »kleinen Hans« gezeigt. 1909 schrieb Freud in der Einleitung: »Die Behandlung selbst wurde vom Vater des Kleinen durchgeführt. Ich meine, es wäre einer anderen Person überhaupt nicht gelungen, das Kind zu solchen Bekenntnissen zu bewegen.« (1909, S. 13). Diese erste psychoanalytische Behandlung wurde von Max Graf, dem Vater von Hans – einem Anhänger Freuds – durchgeführt. Er notierte alles, was mit der infantilen Sexualität des dreijährigen in Zusammenhang stehen konnte und lieferte Freud den Beweis, dass eine kindliche Sexualität vorhanden ist. Der Fall des kleinen Hans ist ein gelungenes Beispiel für die ödipale Phase. Die Träume und kindlichen Fragen von Hans könnten aus der heutigen Zeit stammen und beschreiben die neurotische Entwicklung einer kindlichen Phobie.

Nun war es also klar, dass Kinder sexuelle Wesen sind. Jedoch bestand die Anstößigkeit, ja der Skandal der Freudschen Entdeckung nicht so sehr in der Aufdeckung der kindlichen Sexualität, sondern in der »Kindlichkeit der Sexualität« (Safouan 1997, zit. nach Rybnicki 2005). Freud stellte fest: »Nach dieser Korrektur wären die infantilen Sexualtraumen in gewissem Sinne durch den Infantilismus der Sexualität ersetzt« (1905, S. 154). Diese »Korrektur« bestand im Hervorheben der Bedeutung der unbewussten sexuellen Phantasien gegenüber der Rolle des Traumas für die neurotische Symptombildung. Es ist also die kindliche Natur der erwachsenen Sexualität, die verdrängt werden muss. Die kindliche Sexualität ist unzähmbar, Teilobjekten gewidmet, ja polymorph pervers. Polymorph heißt übersetzt laut Duden »vielgestaltig, kunterbunt« – wegen der Vielseitigkeit des kindlichen Trieblebens. Pervers, weil auf der kindlichen Entwicklung vieles normal ist, was bei Erwachsenen als pervers erachtet wird, wenn ausschließlich dadurch sexuelle Befriedigung erfahren würde.

Im Zeitraum von 1905 bis 1925, in der Freud unter anderem die drei Abhandlungen der Sexualtheorie (1905) und zwei Kinderneurosen (1909) schrieb, führt er grundlegende Begriffe ein und postulierte die Entwicklungsphasen der Libidoorganisation, die er wie eine Evolutionstheorie beschreibt. Er betont jedoch, dass jedes bewältigte Stadium auch im nächstfolgenden seine Spuren hinterlässt. Im

Laufe der psychosexuellen Entwicklung erwirbt das Kind verschiedene Modalitäten der Befriedigung, beziehungsweise sucht diese. Diese Modalitäten sind polar, also als Gegensatzpaare zwischen Aktivität und Passivität organisiert und an grundlegende Körperzonen und Körpererfahrungen gebunden. Die libidinöse Entwicklung durchläuft quasi-naturhaft vorgezeichnete Phasen von den oralen Lüsten des Hautkontaktes und der oralen Schleimhaut. Hier dominiert das Gegensatzpaar des Einverleibens versus des Verschlungenwerdens, das sich im Lutschen, Beißen und Saugen verankert. Über die analen Lüste der Reizung der Analschleimhaut, dem Gegensatzpaar des Zurückhaltens und Loslassens. Bis zu den phallischen Lüsten genitaler Stimulation, die sich im Gegensatz zwischen Eindringen und Aufnehmen abbilden.

Aus dieser Polarität der Befriedigungsmodalitäten erwachsen seelische Konflikte, da eine gleichzeitige Befriedigung von aktiver und passiver Ausrichtung der Wünsche nicht möglich ist. Das Bedürfnis nach Festhalten ist unvereinbar mit dem Wunsch nach Loslassen, das Bedürfnis nach oraler Verschmelzung ist nicht vereinbar mit dem Wunsch nach analer Abgrenzung. Daraus ergibt sich eine psychische Verarbeitung, die diese Wünsche sublimiert, verdrängt, projiziert. Freud bezeichnet diese Abwehrmechanismen als »Triebchicksale«.

Gleichzeitig mit den Stationen der körperlichen Entwicklungsprozesse ist für die sich entwickelnde Sexualität die soziale Interaktion zwischen Eltern und Kind bedeutsam.

Jean Laplanche (1988) postuliert in seiner »Allgemeinen Verführungstheorie«, dass die menschliche Sexualität in der Beziehung zwischen dem Säugling und einem Erwachsenen entsteht. In dieser Beziehung wird das Kind unvermeidlich mit dem Unbewussten beziehungsweise mit dem unbewussten sexuellen Begehren des Erwachsenen konfrontiert. Damit sind Phantasien, nicht sexuelle Handlungen angesprochen. Das Baby ist zum einen nicht in der Lage, diese »rätselhaften Botschaften«, die in seine entstehende psychische Struktur eingeschrieben werden, kognitiv und psychisch zu verarbeiten. Zum anderen sind diese Botschaften auch für die Erwachsenen nicht zugänglich, rätselhaft also auch aufgrund des unbewussten Inhaltes.

Peter Fonagy und Mary Target (Fonagy 2009) machten im Rahmen einer Studie zur Bindungsforschung und Mentalisierung folgende Beobachtung: Eltern würden alle kindlichen Affekte spiegeln, also Wut, Neugier, Trauer, Scham, Freude. Jedoch einen Affekt spiegeln sie nicht – Sexualität. Eltern war kein »sexueller Gesichtsausdruck« möglich, sie reagierten vielmehr mit Wegschauen, wenn sie ihre Kinder bei sexueller Erregung beobachteten. Fonagy (2009) folgert, dass durch das Nicht-Gespiegeltwerden die Sexualität immer etwas bleibt, das der Mensch als nicht vollkommen zu sich zugehörig empfindet, er stimmt mit Laplanche überein, dass die Sexualität ein Rätsel bleibe und dadurch einen Raum für Phantasien schaffe.

Mit »Verführung« versteht Laplanche jedoch keinen sexuellen Übergriff sondern eine sozialisierende Situation. Mit dieser Theorie versuchte Laplanche zu verdeutlichen, dass sich das Begehren des Kindes nicht von innen heraus entwickelt, sondern von außen kommt. Es entsteht aus dem Begehren der Eltern, die sich dem Kind zuwenden. Als Grundmuster für die frühe Beziehung eines Kindes zum Erwachsenen strebt die Verführung nicht nach Erregung, sondern bildet die Voraussetzung, aus der sich die psychische Struktur und das sexuelle Begehren entwickeln kann (Quindeau 2014). So liege dem Ursprung menschlicher Sexualität nach Ilka Quindeau ein interpersonaler Raum zwischen Kind und Erwachsenen zugrunde. Erst in der Interaktion wird das Baby ausgestattet mit der Fähigkeit, Lust zu erleben. Etwa dient das Stillen primär der Nahrungsaufnahme des Babys, es entwickelt jedoch auch bedingt durch die sexuelle Funktion der Brust eine sexuell stimulierende Erfahrung. Pointiert formuliert Laplanche, dass die sexuelle Lust nicht durch die Anlage, sondern durch die Befriedigung entsteht. Die Bedeutung des Anderen ist demnach ein zentraler Angelpunkt in diesem beziehungspsychologischen Ansatz der Entstehung menschlicher Sexualität.

Ausgehend davon beschreibt Ilka Quindeau das Begehren des Anderen als zentral bedeutsam für die Beziehung zwischen dem Erwachsenen und dem Säugling. »Das Begehren des Erwachsenen richtet sich als Anspruch auf den Säugling. Auf diesen Anspruch antwortet das Kind mit der Entstehung seines eigenen infantilsexuellen Begehrens. Der Konstitutionsprozess der Sexualität und darüber hinaus der gesamt psychischen Struktur könnte (...) formuliert werden mit (...) ›weil ich begehrt werde, bin ich‹« (Quindeau 2010, S. 8). Somit ist das sexuelle Begehren weder ein aus dem Inneren kommender Prozess, also etwas genetisch angelegtes, noch ist der Einzelne Schöpfer seines Begehrens. Vielmehr versteht Quindeau jedes Begehren als Antwort auf das Begehrtwerden. Nicht nur im Säuglingsalter, sondern auch im Erwachsenenalter, antwortet jedes Begehren auf diese frühen internalisierten Szenen des Begehrtwerdens von Vater, Mutter oder primärer Bezugsperson.

Das Freud'sche Phasenmodell wurde im Lauf der Weiterentwicklung dahingehend kritisiert, dass es deterministisch und normativ sei. Diese verschiedenen Modalitäten der kindlichen Befriedigung sind jedoch nicht rein normativ zu verstehen, sie stellen Stationen der Sexualentwicklung dar. Befriedigungserfahrungen, die ein Kind mit den primären Bezugspersonen erwirbt, bilden sich zu spezifischen Befriedigungsmustern aus. Diese prägen die Erwartungen an zukünftige Befriedigungen (Quindeau 2014). Im Laufe des Lebens werden die Befriedigungsmuster laufend innerhalb eines bestimmten Rahmens umgeschrieben. Nach Quindeau (2014) werden die Befriedigungserfahrungen körperlich eingeschrieben und bilden eine Art Körpergedächtnis.

In den ersten Lebensmonaten sind die Interaktionen eines Kindes mit seinen Bezugspersonen zumeist körperbezogen. Die unzähligen Wiederholungen dieser sensumotorischen Interaktionserfahrungen schlagen sich in einer Art

Körpergedächtnis nieder und strukturieren darüber hinaus den Körper und seine Wahrnehmungsfähigkeiten. Die Bildung des sexuellen Körpers vollzieht sich ebenfalls auf der Grundlage von Körpererinnerungen und durch die Herausbildung von erogenen Zonen. Mit diesem Begriff bezeichnet Freud »eine Haut- oder Schleimhautstelle, an der Reizungen von gewisser Art eine Lustempfindung von bestimmter Qualität hervorrufen« (Freud 1905, S.84). Entscheidend ist, dass diese Lustempfindung nicht an einer bestimmten Körperstelle haftet, sondern durch das Einwirken einer anderen Person entsteht. Diese »Anlehnung« (Quindeau 2010, S. 11) ist ein wesentliches Merkmal der infantilen Sexualität und prädestiniert bestimmte Körperstellen als erogene Zonen. Jeder Säugling macht spezifische Erfahrungen im Umgang mit seinen Eltern und bildet daher spezifische erogene Zonen aus. Sexuelle Erregbarkeit begründet sich gemäß dieser Sichtweise nicht in besonderen physiologischen Bedingungen einzelner Körperzonen, sondern in unbewussten Erinnerungen, die bei der Stimulierung erogener Zonen aktiviert werden können. Sexuelle Erregung kann aber auch durch Phantasie und Erinnerungen ausgelöst werden, welche sich in den psychosexuellen Entwicklungsphasen etabliert haben.

Die Oralerotik

Die erste Sexualbetätigung des Kindes besteht im Einverleiben, im Saugen und Lutschen an Objekten. Zunächst tritt dieses Bedürfnis mit der Nahrungsaufnahme zusammen auf, später wird es von ihr losgelöst und somit unabhängig. Während der Hunger durch die Nahrungsaufnahme gestillt werden kann, bleibt die Lust am Saugen und Lutschen unstillbar. Sie tritt immer wieder von neuem auf. Diese prinzipielle Unstillbarkeit unterscheidet die Lust, und damit das Sexuelle, vom Bedürfnis (Quindeau 2014). Durch diese Befriedigungserfahrung wird der kindliche Körper mit Erregbarkeit ausgestattet, die erogenen Zonen bilden sich. Zunächst die Mund-Lippenregion. Die Brust, laut Freud das erste Objekt des Sexualtriebs, wird im Laufe des Lebens vielfältig gewandelt und ersetzt. Durch das Saugen am Finger wird der Lustgewinn unabhängig von der Außenwelt. Diese Unabhängigkeit, die Autoerotik, ist zentrales Kennzeichen für die kindliche Sexualität: am eigenen Körper werden die Objekte der Sexualität gesucht und gefunden. Neben dem Saugen und Lutschen ist auch das Einverleiben von Objekten ein wesentlicher Bestandteil der Oralerotik. Indem sich das Kind die Objekte einverleibt, wird es eins mit ihnen. Zu den oralen Lustmodalitäten können sich ebenso oral-sadistische Varianten gesellen, das Kind beißt z. B. die Brust nicht aus Aggression, sondern aus Lust. Hier zeigt sich auch, dass Begehren und Verbot miteinander verwoben sind. Das Beißen des Säuglings beim Stillen führt dazu, dass die Mutter ihm die Brust entzieht und das lustvolle Spiel unterbricht. Die Lust

des Kindes wird dadurch jedoch nicht aufgelöst, sondern vielmehr wird der Erregungszustand aufrechterhalten. Durch den Aufschub trägt das Verbot dazu bei, dass die Lust intensiviert wird (Quindeau 2014).

Die Oralerotik bleibt in unterschiedlichen Variationen bis ans Lebensende bestehen, in aktiver oder passiver Form beim Küssen, Beißen und Saugen. Weiters das Schlucken und Einverleiben, was sich bei oral-genitalen Sexualpraktiken ebenso zeigt, wie beim Essen und Trinken. Orale Modi finden sich auch bei lustvollen Auflösungs- oder Verschmelzungsphantasien (Quindeau 2014). Neben den Lustmodalitäten gibt es auch spezifische orale Ängste. Diese zeigen sich bei Kindern in der Angst gefressen/einverleibt zu werden.

Die Analerotik

Nach Freud entwickelt sich die infantile Sexualität weiter entlang der elementaren organischen Bedürfnisse. Was sich bei der Nahrungsaufnahme schon gezeigt hat, wiederholt sich auch teils bei den Ausscheidungen. Auch durch das Entleeren der Blase und des Darmes bilden sich erogene Zonen aus. Lustempfindungen begleiten diese Ausscheidungsvorgänge und werden dann von diesen unabhängig. Neben der Exkretionslust kann auch die Lust am Anblick und am Geruch eine Rolle spielen. Im Unterschied zu den oralen Lustempfindungen, welche meist unverändert in die erwachsene Sexualität eingehen, sind die analen Lustempfindungen nach Abraham (1924, zit. nach Quindeau 2014) stärker von der Verdrängung und Umwandlung betroffen. Charakteristisch für die Analerotik ist nach Abraham die Spannungslust. Diese kommt durch die kindliche Erfahrung zustande, dass nicht nur die Ausscheidungsvorgänge an sich lustvoll sind, sondern auch das Zurückhalten der Ausscheidung, da es zu einer verstärkten Reizung der Darmschleimhaut führt. Die Retention intensiviert die Lustempfindung beim Ausscheiden. Intensivierung durch Zurückhalten gilt nicht nur für Ausscheidungsvorgänge, sondern findet sich bei jeder Form des Hinausschiebens von Lustempfinden.

Nach Freud (1905) wird der Darminhalt zunächst als Teil des eigenen Körpers behandelt. Er ist das erste Geschenk. Das Hergeben macht sich das Kind dem Erwachsenen gegenüber gefügig, durch die Verweigerung zeigt es sich widerständig. Otto Fenichel (zit. nach Quindeau 2014) weist 1974 darauf hin, dass der Kot zuerst zum eigenen Körper gehöre und dann in ein äußeres Objekt all dessen verwandelt werde, was verloren gehen kann. Er stehe somit einerseits für Besitz und äußere Dinge, die Ich-Qualität haben. Zum anderen für einen Teil des eigenen Körpers, der verloren geht. Mit der Beherrschung des Sphinkter, dem Schließmuskel von Blase und After, ist für das Kind ein Gefühl von sozialer Macht verbunden. Dies schlägt sich in Szenarien der Reinlichkeitserziehung nieder. Unabhängig, wie die Sauberkeitserziehung durchgeführt wird, liberal oder rigide – betrachtet man sie

im Lichte der soeben beschriebenen Lustempfindungen beim Ausscheiden und Zurückhalten, wird deutlich, dass es sich dabei nicht nur um Macht und Kontrolle handelt, sondern auch um eine Variante des Liebesspiels: Erwachsene übernehmen die Rolle der Verführers des Kindes. Das »Liebesspiel« besteht nicht in der konkreten Berührung des Kindes, als vielmehr in der »Interaktion rund ums Töpfchen«. Die Vorgänge des Zurückhaltens und Ausscheidens sind Gegenstand des Beziehungsgeschehens und werden verbal und gestisch kommentiert. Beabsichtigt oder nicht, werden zugleich Lustempfindungen des Kindes angesprochen, unterstützt oder getadelt. Aus den Produkten der Ausscheidungsvorgänge Lust zu gewinnen, ist jedoch verboten. Hier muss das Kind eine erste Verdrängung vollziehen, das Anale wird ein Symbol für das Unerwünschte, zu Verwerfende. Es wird verschiedenen Umwandlungen unterzogen, die es unkenntlich machen sollen. Die hohe Symbolik des Stuhlganges bleibt in unserer Gesellschaft als Überrest der einstigen Lustmöglichkeit verstellt erhalten.

Auch bei der Analerotik gibt es eine spezifische Form charakteristischer Ängste. Die Angst, seiner Eingeweide beraubt zu werden, Angst vor Macht, Unterwerfung und Vergeltung.

Fallvignette Teo:

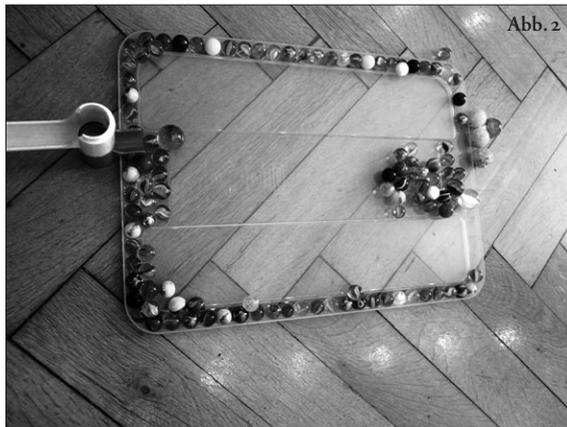
Teo wurde mir im Alter von 5 Jahren vorgestellt. Er lebt bei Pflegeeltern. Teo wurde mit 12 Wochen seinen leiblichen Eltern abgenommen, schon in der Schwangerschaft beherrschte eine gewalttätige Atmosphäre die elterliche Paarbeziehung, weshalb die schwangere Mutter zeitweilig ein Mutter-Kind-Heim aufsuchte. Das Paar wurde nach Teos Geburt obdachlos, der Vater drohte mit der Entführung des neugeborenen Sohnes in sein Herkunftsland. Hier schritt das Jugendamt ein und brachte den hoch irritierbaren Säugling bei Pflegeeltern unter. Anlass, sich an mich zu wenden, war das extrem aggressive Verhalten von Teo gleichermaßen gegenüber Kindern und Erwachsenen. Ein psychologischer Test beschreibt ihn als strukturell gestörtes, inneren und äußeren Reizen ausgeliefertes Kind, die Grenzen zwischen Innen und Außen, zwischen Selbst und Objekt seien brüchig, er neige zu Impulsdurchbrüchen und verletze andere verbal und tätlich.

Teo ist ein hübsches dunkelhaariges Kind. Er begrüßt mich gleich mit »Hallo, du Lulligackifurzi«. Die ersten Stunden verlaufen sehr unruhig, er kann nicht im Raum bleiben und muss sich immer wieder versichern, dass seine Pflegemutter noch im Warteraum auf ihn wartet. Auf Begrenzungen meinerseits reagiert er mit Impulsdurchbrüchen, er beschimpft mich mit »du Scheißfrau« und anderen analen Kraftausdrücken. Er attackiert mich auch, oft komme ich aus seinen Therapiestunden mit blutigen Kratzern und Zwickspuren. Ich versuche strukturierend einzugreifen, seine innere Aufregung in Verbindung mit Trennung, meinem »Nein« zu verstehen und ihm die Möglichkeit der Wiedergutmachung anzubieten,

indem er mich nach einer Attacke mit bunten Kinderpflastern verbindet. Allmählich kann er sich Spielmaterial zuwenden, er entdeckt die Kugelbahn. Geschickt baut er diese Stunde um Stunde in neuer Konstellation auf. Er nimmt

zuerst große Murmeln, die nicht in der Bahn rollen können und eine Sperre bilden. Das sind die Bademeister. Dann kommen die Kinder, alle kleinen Murmeln hintereinander aufgereiht, zum Rutschen dran. Sie bilden eine lange Schlange. Erst wenn die Bademeister die Rutsche freigeben, dürfen die Kinder mit lautem Geräusch losrollen (Abb. 1). Sie landen im großen Schwimmbecken (Abb. 2). Dazu hüpfte Teo aufgeregt herum und flattert mit dem Armen. Diese Erregung bzw. der Spannungsaufbau und die darauf erfolgende Abfuhr reduziert seine Angetriebenheit und Impulsivität, wir spielen das Wasserrutsche-Spiel viele Stunden. Und wir phantasieren, wie es in echt wäre, wenn wir gemeinsam in diversen Wiener Bädern rutschen würden.

Die Wasserrutsche verwandelt sich im Laufe der Zeit in sein Inneres, sie ist der Weg der Verdauung vom Mund durch seinen Körper bis ins WC. Teo »frisst angekackte Windeln, Müllsäcke und verdorbenes Essen«, alles muss in ihm steckenbleiben, bis er die Schleusen/Schließmuskel-Murmeln entfernt. Nun kommt alles wieder aus ihm heraus – in Murmelform und verdaut. Teo springt und flattert dazu, und furzt. Jede Stunde muss er nun auch auf die Toilette hinaus laufen. Ich soll vor der Klotüre stehenbleiben und ihn bewachen, damit ihn keiner stiehlt – und ihm keiner etwas stiehlt.



Die Urethralerotik

Eine besondere Rolle spielt die auf den Harn beziehungsweise auf das Urinieren bezogene Lust. Diese Differenzierung geriet im Laufe der Zeit in Vergessenheit und wurde meist als Form der Perversion verstanden (Quindeau 2014). Das primäre Ziel der Urethralerotik besteht im Lustgewinn beim Urinieren, aber auch wie bei der Analerotik, der Lust den Harn zurückzuhalten. Diese Entleerungsvorgänge können im klinisch-therapeutischen Bereich eine bedeutende Rolle spielen. Wer kennt nicht die Situation, dass PatientInnen, während einer Therapiestunde einen unaufschiebbaren Harndrang empfinden. Ilka Quindeau scheint der im Verständnis der Übertragung enthaltene Aspekt von Lust und Befriedigung von großer Bedeutung zu sein. Sie versteht diese Körperempfindungen nicht nur als Form von Widerstand und Abwehr.

Die Urethralerotik ist zudem eng mit der infantilen Genitalerotik verbunden. Beim Urinieren ist sich das Kind unweigerlich des Geschlechtsunterschiedes bewusst. Hier besteht die konfliktvolle Entwicklungsaufgabe für Mädchen und Jungen darin, die omnipotente Illusion der Bisexualität aufgeben zu müssen. Die körperliche Unversehrtheit beider Geschlechter muss aufgegeben werden und die Begrenztheit des eigenen Geschlechts tritt zutage. Die bisexuelle Illusion bleibt allerdings im Unbewussten weiterhin wirksam und zeigt sich bei der Urethralerotik etwa darin, dass die Lust zu urinieren bei Mädchen und Jungen phallische Bedeutung haben kann.

Eine weitere Bedeutung, die ebenfalls bei beiden Geschlechtern zu finden ist, ist die Vorstellung des Fließenlassens und der passiven Aufgabe von Kontrolle beim Urinieren. So machen kleine Kinder auch absichtlich ins Bett oder in die Hose, um Lust zu gewinnen. Späteres Bettnässen lässt sich nach Quindeau (2014) eher als unbewusstes Äquivalent zum Masturbieren verstehen. Die Fähigkeit des Fließenlassens wird später häufig auch auf die Tränen verschoben, hier kann das Weinen als das Aufgeben von Kontrolle gesehen werden.

Haut- und Blickerotik

Die Haut ist ebenfalls eine wichtige erogene Körperzone, die je nach subjektiven Befriedigungserfahrungen unterschiedlich erregbar ist. Aus der Erregbarkeit der Haut ergibt sich eine spezifische Berührungslust in aktiver und passiver Ausprägung. Streicheln und gestreichelt werden gehört zu den elementaren Formen des Lust- und Befriedigungserlebens. Von den Sinnesmodalitäten des Riechens, Schmeckens und Hörens geht ebenfalls eine erogene Wirkung aus, die sowohl in der infantilen, als auch in der erwachsenen Sexualität eine zentrale Bedeutung haben und auch kommerziell genutzt werden.

Analog zur Berührungslust verhält es sich mit der Schau- und Zeigelust. Das erotische Ziel der Schaulust besteht im Anschauen der Genitalien oder im Beobachten von Ausscheidungsvorgängen. Später löst sich die Erregbarkeit des Auges als sexualisiertes Sinnesorgan, das Sehen an sich kann lustspendend sein. So kann Schaulust etwa beim Lesen oder einem Kinobesuch in einem desexualisierten Zusammenhang befriedigt werden.

Komplementär zur Schaulust ist der Exhibitionismus, der oft zusammen mit der Schaulust auftritt. Freud (1915) führt dies darauf zurück, dass beiden dasselbe Sexualziel, nämlich sich selbst anzuschauen, zugrundeliegt. Die Lust beim Exhibitionismus ist mit einer temporären Zunahme des Selbstgefühls verbunden, die dadurch erreicht wird, dass andere das Subjekt anschauen. Während der Exhibitionismus in früher Kindheit bei beiden Geschlechtern auf ein Vorzeigen der Genitalien und anderer erogener Zonen abzielt, bleibt er nach Fenichel (1974) in der weiteren Entwicklung auf das Genitale fixiert. Der Exhibitionismus ist narzisstischer als alle anderen Partialtriebe, der vor allem in der Internetpornographie ausgelebt wird.

Fallvignette Teo:

Kehren wir zurück zu Teo, der mittlerweile in die Schule gekommen ist. Und den Geschlechtsunterschied entdeckt hat. Er möchte seine Pflegeeltern aufs WC und ins Bad begleiten, »Lullifurzimomispatzi« ist sein neues Begrüßungswort an mich. Die kognitiv beeinträchtigten Kinder in seiner integrativ geführten Klasse verfolgt er ebenfalls auf die Toilette, er will mit ihnen »Momis« und »Spatzis« anschauen. Er entkleidet sich manchmal im Unterricht, zeigt sein Genitale und will das der anderen sehen. Die SchulkollegInnen können sich nicht wehren, die Pädagoginnen sind rat- und machtlos. Auch mir greift er immer wieder, ganz beiläufig, auf die Brüste. Einen Rock ziehe ich schon seit längerem nicht mehr am Wochentag seiner Stunde an. Zu sehr ist er versucht, diesen zu lüpfen, um mein »Momi« zu sehen. Auch auf das Gesäß greift er mir, was ihn sehr erregt. Seine Annäherungsversuche spreche ich an, ich meine, dass er mir offensichtlich nahekommen und aufregende Sachen mit mir machen will. Dies wehrt er ab, indem er behauptet, ich stinke, weil ich Müll gefressen habe. Die Aufklärungsbücher interessieren ihn nun, meine Puppen sollen alle ausgezogen werden, um ihr Geschlecht sehen zu können. Er weiß mittlerweile, dass er nicht von seinen Pflegeeltern abstammt und die leiblichen Eltern ihn nicht versorgen konnten. Teo wirkt geordneter, der Realität offener und zugewandter.

Doch dann werde ich von seiner Lehrerin, Hortpädagogin und der Schuldirektorin kontaktiert: Eltern in seiner Klasse hätten sich zusammengetan und eine Beschwerde eingereicht. Es werde der Verdacht auf sexuellen Missbrauch geäußert, eine Helferkonferenz wird einberufen. Bei dieser wurde Teo als Täter

dargestellt, der seinerseits ein Opfer sein müsse. Meine Versuche, seiner Exhibitionslust Normalität zuzugestehen, wurden ignoriert und eine Interventionsstelle für Missbrauchsoffer beigezogen. Teo musste sich einer psychologischen Testung unterziehen, die eine Autismus-Spektrum-Störung diagnostizierte. So konnte die Fixierung auf das Genitale von der Schule besser eingeordnet werden.

Die Genitalerotik

Die Genitalerotik ist ebenso ursprünglich wie die orale oder anale, die erogenen Zonen bleiben nebeneinander bestehen. Im Laufe der kindlichen Entwicklung geschieht jedoch eine Verschiebung der Besetzung. Die anderen Körperteile geben ihre Erogenität an die Genitalien ab. Genitale Masturbation ist schon bei Säuglingen in der einfachen Reizung der Genitalien zu beobachten. In der phallischen Phase wird kindliche Masturbation nach Fenichel (1974) erstmals mit Phantasien verbunden, die sich auf Objekte beziehen. Gambaroff (1984) und Torok (1964) deuten die infantile Masturbation als Form eines Separationsverhaltens, mit dem sich das Kind von der Mutter löst. Die Masturbation dient dem kindlichen Wunsch nach Autonomie. So wird die infantile Sexualität als emanzipatorischer Akt aufgefasst, der für Mädchen noch wichtiger als für Jungen ist, da sich die Abgrenzung der Mädchen von der Mutter deutlich schwieriger gestaltet.

Quindeau (2014) betrachtet die Masturbation als »eine Form von Erinnerung, die die nicht wiedererreichbare Befriedigung bewahrt. Auch wenn die Masturbation immer aufs Neue den Verlust wiederbelebt, ermöglicht sie zugleich die Überwindung der Trennung« (S. 58). Dies geschieht nicht nur auf dem Weg der Phantasie, sondern auch handlungs- und körperbezogen. Es ist auch eine Form von »Umschrift« der elterlichen Zuwendung und Pflegeerfahrung, vom passiv Erlebten zum aktiv Wiederholten. Befriedigende Objektbeziehungen sind hier eine Voraussetzung für die Masturbation (Spitz 1961).

Freud konzeptualisierte die phallische Sexualität analog zur oralen, analen und urethralen Sexualität als Partialtrieb, also als Ausdrucksform infantiler Sexualität, die ja immer für beide Geschlechter gilt. Andererseits kennzeichnet die Phallizität auch die Identifizierung des Jungen mit dem Vater nach der Bewältigung des Ödipuskomplexes und in weiterer Folge die erwachsene männliche Sexualität. Diese Doppelstellung kam aus der einseitigen Fokussierung auf die männliche Entwicklung in Freuds Zeit zustande.

Zeitgenössische Autorinnen betrachten Phallizität als Form infantiler Sexualität, die sich bei Mädchen und Buben findet. In der Entwicklung hin zur erwachsenen Sexualität erfolgt bei beiden Geschlechtern die Integration der bisexuellen Anteile, der männlich-phallischen und der weiblich-rezeptiv/aufnehmenden Form. Die männlichen und weiblichen Anteile des Genitals können

männlich-klitoralen und weiblich-vaginalen Befriedigungsmodalitäten zugeordnet werden. Hier kommt es in der Debatte zu einem grundsätzlich bisexuellen Charakter der Sexualität.

Der Ödipuskomplex bildet den Höhepunkt und Abschluss der phallischen Phase der infantilen Genitalorganisation. Freud betonte die strukturbildende Rolle in der Persönlichkeitsdimension, da die Anerkennung der Begrenztheit des eigenen Geschlechts daraus resultiert. Gleichzeitig muss die Anerkennung der Generationendifferenz vom Kind bewältigt werden. Hinsichtlich der Genitalorganisation ist die Gleichzeitigkeit einer homosexuellen und heterosexuellen Objektwahl hervorzuheben. Freud unterscheidet einen positiven und einen negativen Ödipuskomplex, der, abhängig von der ursprünglichen Bisexualität des Kindes, zusammen einen vollständigen Ödipuskomplex bilden. Die positive Form beschreibt die Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil und Rivalität gegenüber dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, analog zum Ödipusmythos, in dem Ödipus seine Mutter Iokaste zur Frau nimmt und den Vater Laios tötet. In der negativen Form gilt die Liebe des Kindes dem gleichgeschlechtlichen Elternteil und die Rivalität dem gegengeschlechtlichen. »Der Knabe hat nicht nur eine ambivalente Einstellung zum Vater und eine zärtliche Objektwahl für die Mutter, sondern er benimmt sich auch gleichzeitig wie ein Mädchen, er zeigt die zärtlich, feminine Einstellung zum Vater und die ihr entsprechend eifersüchtig-feindselige gegenüber der Mutter« (Freud 1923, S. 261). Die Objektbeziehung zu beiden Elternteilen wird hier durch die Ambivalenz der Bisexualität deutlich.

Aus diesen Strebungen gehen bei der Auflösung des Ödipuskomplexes eine Mutter- und eine Vateridentifizierung hervor. Die Identifizierung mit dem Vater, im Fall des Jungen, hält das Mutterobjekt des positiven Komplexes fest und ersetzt gleichzeitig das Vaterobjekt des negativen Ödipuskomplexes. Die Identifizierung mit der Mutter verläuft analog. Der Mechanismus der Ersetzung einer ödipalen Objektbeziehung durch Identifizierung und Introjektion des früheren Objekts führt nach Freud schließlich zur Entstehung des Über-Ichs (1923). Das bedeutet, dass die aufgegebenen Liebesbeziehung gleichsam als Introjekt in der psychischen Struktur bewahrt bleibt. Mit dem Über-Ich wird nach Freud auch die Wahl des Liebesobjektes etabliert. Nach dem ödipalen Begehren der hetero- und homosexuellen Komponenten erfolgt die definitive Festlegung des Liebesobjektes zweizeitig – in der ödipalen Phase und in der Pubertät, wobei die erste Phase die zweite gleichsam vorzeichnet (Quindeau 2012).

Das Ende des Ödipuskomplexes sieht Freud für Mädchen und Jungen unterschiedlich. Während er beim Mädchen langsam versiege, weil sich kein Kind vom Vater erfüllen lässt, zerschelle der Ödipuskomplex beim Jungen an der Katrationsdrohung. Die libidinösen Strebungen werden verdrängt, sublimiert und in zärtliche Regungen verwandelt. Im Unbewussten bleibt der Ödipuskomplex weiterhin wirksam.

Fallvignette Florian:

Florian wurde mir mit 9 Jahren zu Beginn der 4. VS-Klasse von seinen Eltern vorgestellt. Der Bub, ein Einzelkind, habe Tics wie Augenzwinkern und Hüsteln, häufige Bauch- und Kopfschmerzen sowie massive Ein- und Durchschlafschwierigkeiten. Eine Durchuntersuchung am AKH habe keine organischen Probleme festgestellt, Psychotherapie wurde empfohlen.

Florian macht seinen Eltern seit seinem 4. Lebensjahr Sorgen. Da habe er begonnen, Bubengewand und -spielzeug abzulehnen und geäußert, seinen Körper nicht zu mögen. Er wolle ein Mädchen sein und sich fortan auch so kleiden. Die Eltern gaben diesem Wunsch zunächst ohne Bedenken nach, dies hatten sie auch schon von anderen Kindern gehört. Florians »Phase« dauerte jedoch an, nicht nur im Kindergarten, wo sein mädchenhaftes Äußeres akzeptiert wurde, sondern auch zu Schulbeginn wollte er Kleider tragen und sein langes blondes Haar schmücken. Dies war den Eltern unangenehm. Der Beginn der konflikthaften Diskussionen um Florians »tussihafte« Auftreten begann mit der Einschulung, da er enge Kleidung und glitzernde Outfits bevorzugte.

Im Anamnesegespräch erzählt die Mutter, eine zarte sportliche Frau, von einem Abortus, bevor sie 12 Monate später mit Florian schwanger wurde. Dieses ungeborene Kind sei ein Mädchen gewesen. Sie erklärt sich Florians Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, mit ihren eigenen Projektionen im Zusammenhang mit der Fehlgeburt. Sie selbst sei auch schon in Psychotherapie gewesen, es habe jedoch nichts hinsichtlich Florians Geschlechtsidentität beziehungsweise ihrer konflikthaften Einstellung dazu bewirkt. Sie hätte Angst vor dem Wechsel ins Gymnasium, denn da würde der Bub, der keiner sein möchte, nicht mehr mit »Samthandschuhen« behandelt werden. Spätestens dann müsse er sich in einer männlichen Peergroup behaupten. Derzeit hat Florian ausschließlich Mädchen als Freundinnen, mit denen er Modeschauen veranstaltet und Songcontest spiele. Auch am AKH wurde schon von späterer Suizidgefahr und möglicher Hormonbehandlung gesprochen sowie eine Sexualtherapie empfohlen. Der Vater von Florian sieht der Zukunft jedoch gelassener entgegen. Er wirkt sanft und macht einen ruhigen, gutmütigen Eindruck. Der Vater berichtet dann auch von Florians Trennungsängsten und Einschlafschwierigkeiten, die die Eltern als Panikattacken bezeichnen und die den Vater aus dem elterlichen Bett vertrieben hätten. Diese Problematik sieht er als vordringliches Therapieziel.

Florian wirkt in der Tat auf den ersten Blick wie ein Mädchen – langes, strohblondes Haar, rosa Kleid und goldene Flip-Flops. Nur seine pummelige, unter setzte Figur passt dann doch nicht so ganz ins Bild einer »Tussi«, wie ihn die Mutter angekündigt hat. Sein Zwinkertic, er reißt immer wieder groß die Augen auf, als ob er etwas Unheimliches zu sehen bekomme, stört und beschämt ihn. Florian erzählt mir auch von seinen Ängsten – unter Tags fürchtet er, am Schulweg gekidnappt

zu werden, in der Schule könnte ihm jemand am WC auflauern und wenn er eingeschlafen ist, hat er Angst vor Einbrechern. Mit dem Vater raufe er gerne, bei der Mutter hat er Angst, er könne ihr mit seinen Kräften wehtun.

Florian stellt sich selbst als Mädchen mit zwei Herzen dar. Ich bin sofort von dieser Symbolik berührt, schlagen doch offenbar zwei Herzen in seiner Brust (Abb. 3).

In der verzauberten Familie zeichnet er sich als Meerjungfrau, halb Mensch und halb Fisch (Abb. 4). Seine Mutter ist eine Hexe mit mächtigem Besen, der Vater eine Schlange mit spitzen Zähnen. Ich habe sofort die Assoziation, dass hier die Mutter den Penis besitzt, der Vater jedoch aggressive Vampirzähne. Beide Elternfiguren wirken bedrohlich auf mich, ich frage mich, wer hier wen verzaubert hat.

Auch im Blumenbild (Abb. 5) tritt das Thema unterdrückter Aggression zum Vorschein, hier hat die Rose keine Stacheln und steht im Schatten eines Nussbaumes. Der Bach wirkt wie ein Tornado auf mich, er scheint die



Abb. 3

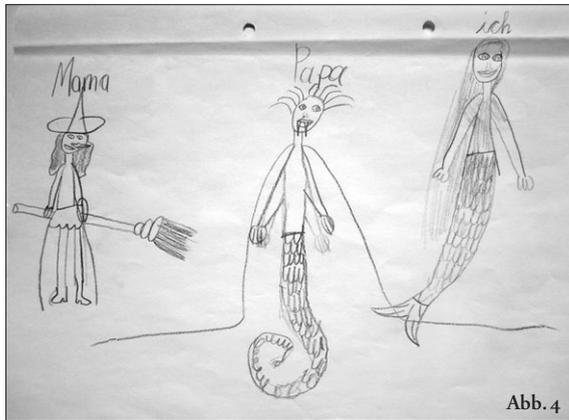


Abb. 4



Abb. 5

Baum-Blumen-Symbiose jedoch noch nicht erfasst zu haben. Am anderen Ufer wartet jedoch ein Busch. Ob da nicht etwas im Busch ist?

Florian bevorzugt in den Therapiestunden wilde Spiele, er will sich mit mir messen. Hier scheint er keine Angst haben zu müssen, sein weibliches Gegenüber zu verletzen. Wir spielen Dart, Tischfußball, Flipkick und Fußball. Um sich besser bewegen zu können, legt Florian seine Armbänder und Halsketten mit allerlei »Klunker« dran ab. Er trägt auch keine Ohrringe mehr. Zunehmend entsteht bei mir der Eindruck, dass er seine männlichen Anteile in der Therapie ausprobiert und Gefallen am Kräfteressen mit mir gefunden hat. Doch die Mutter schickt E-Mails und SMS, die von Konflikten ums Outfit und Schlafengehen handeln und die ich mit ihrem Sohn besprechen soll. Sie hält mich auf Trab und hat so einen Fuß im Therapiezimmer. Ich scheine die Exklusivität der Beziehung zwischen Florian und seiner Mutter zu bedrohen und denke mir mittlerweile, indem sie Florian »entmännlicht«, liegt sie nicht mit dem Sohn – wie bei Ödipus – im Bett, sondern mit einer Tochter. Die symbiotische Dynamik hätte nicht solche Brisanz. Doch wie steht es um den Vater und seine Rolle in diesem Mutter-Sohn-Drama?

In der Imagination »Berg« (Abb. 6) möchte Florian zunächst auf der rosa Wiese bleiben, zu hoch und unerreichbar erscheint ihm der Berg mit seinem mächtigen Gipfelkreuz. Mit einer Spitzhacke ausgestattet, beginnt er diesen dann doch zu erklimmen. Das spröde Gestein bricht unter den Hackenschlägen weg und er muss sich den Weg nach oben mühsam erkämpfen. Am Gipfel bläst ein eisiger Wind, er kann aufgrund dichten Nebels nichts sehen und möchte so schnell als möglich wieder weg. Also rutscht er am »Popo« den Berg hinunter und geht dann zu McDonalds, um mit seiner Mutter einen heißen Kakao zu trinken. In dieser Imagination scheint es Florian um die Bisexualität zu gehen. Er

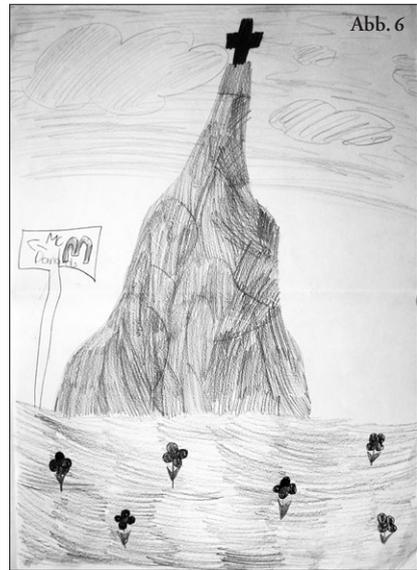


Abb. 6

will sich nicht für ein Geschlecht entscheiden müssen, die Weiblichkeit wirkt gemütlich und unecht, die Männlichkeit anstrengend und gefährlich. Florian zeigt, indem er den Berg ersteigen will, dass es in ihm ein Bedürfnis nach Männlichkeit gibt. Doch scheint dies keinen tragfähigen Untergrund zu bekommen, alles scheint zu bröckeln, er erfährt keinen Halt in seinem Bedürfnis. Mir drängt sich der Gedanke auf, dass wohl beide Eltern unbewusst den Wunsch, eine Tochter zu haben, an Florian weitergegeben haben und er sich nun, an der Schwelle zur Adoleszenz,

nicht entscheiden kann oder will. Vom Vater, der gutmütig auf all seine Wünsche nach mädchenhaften Outfits eingeht, bekommt er zu wenig männliche Angebote. Darum scheint die Identifikation so anstrengend und das Rivalisieren mit anderen Buben zu gefährlich für Florian zu sein.

Im Laufe der Therapiesitzungen entdeckt auch Florian die Glasmurmeln, er verwendet diese jedoch in Kombination mit einem Holzschild als Geschosse, die seine Armee gegen mich und meine Armee am Boden abfeuert. Spontan lasse ich

ihn das Motiv »Kugel« (Abb. 7) imaginieren: diese ist aus Stein, glatt und warm, so groß wie ein Fußball. Sie leuchtet in Pink, Türkis und Violett. Diese Kugel befindet sich in der Mitte eines unendlichen Raumes, sie ist auf einem Sockel befestigt. Die Kugel ist nicht vom Sockel zu trennen, es gibt dazu kein Werkzeug. Wozu



Abb. 7

auch sollte man die Kugel runter bekommen wollen? Der Boden des Raumes besteht aus Wolken, wenn man ein Loch gräbt, fällt man in die Unendlichkeit. Hier drückt der Bub seine Symbiose mit der Mutter aus. Würde er sich von ihr lösen, zerbricht die Ganzheit. Er fällt von der festen Verankerung in die Haltlosigkeit, was Florians Verlustängste erklärt. Im »zur Verfügung stellen« eines gut ausgestatteten Werkzeugkastens definiere ich meine Rolle in der Therapie fortan.

Die Urszene

Kurz möchte ich noch auf die Urszene eingehen, die der bereits erwähnten Anerkennung der Generationendifferenz zugrunde liegt. Da sexuelle Erregung unabhängig von der Reizaktivierung abläuft und durch Phantasien und Erinnerungen ausgelöst werden und durch sinnliche Wahrnehmung intensiviert werden kann, ist die kindliche Beschäftigung mit der Urszene nicht an real Erlebtes gebunden. Vor dem Hintergrund von Laplanches »allgemeiner Verführungstheorie« wird die Urszene hier als Prototyp sexueller Phantasien verstanden, die durch die »rätselhaften Botschaften« hervorgerufen werden. Die konkreten Wahrnehmungen der Interaktionserfahrungen der Eltern oder anderer Erwachsener werden genauso verarbeitet, wie die unbewusste Dimension der Eltern-Kind-Triade. Die Eltern müssen in ihrer

exklusiven Beziehung »in Ruhe gelassen« werden können. Das Kind muss sich von ihnen abwenden können, um den ödipalen Konflikt zu bewältigen. Diese Urszene-Phantasien bleiben jedoch ein Leben lang bestehen und verändern sich im Laufe der kindlichen und erwachsenen Entwicklung. Sie unterliegen einem permanenten Prozess nachträglicher »Umschriften« (Quinseau), analog den Erinnerungen.

Genitale Sexualität und Adoleszenz

Der Lebensabschnitt der Adoleszenz beinhaltet biologische und psychosoziale Veränderungen und hat für die psychosexuelle Entwicklung eine zentrale Bedeutung. Die körperlichen Reifungsprozesse mit dem Eintreten der Menstruation und dem Auftreten von Ejakulationen führen zur Neuorganisation der infantilen Sexualität.

Wesentliche Kernaufgabe ist die Ablösung von den primären Liebesobjekten und die Wiederbelebung sowie Bewältigung des ödipalen Konfliktes. Die Adoleszenz bietet somit die Möglichkeit einer »zweiten Chance« ungünstige Einflüsse der früheren Entwicklung zu kompensieren beziehungsweise zu modifizieren. Die Jugendlichen müssen sich von den primären Liebesobjekten loslösen und den erneut aktivierten ödipalen Konflikten auf andere Weise begegnen. Ziel ist, die narzisstischen und bisexuellen Strebungen zu überwinden, um der Heterosexualität und Objektliebe zum Durchbruch zu verhelfen und in der Suche nach außerfamiliären Liebesobjekten zu befriedigen (Eissler 1958; erwähnt werden muss allerdings, dass Eissler eine homosexuelle Objektwahl gar nicht erst in Betracht zieht).

Die Sexualität steht nun auch in einem interpersonalem Zusammenhang, denn das sexuelle Handeln und Erleben beruht nun auf Wechselseitigkeit. Die infantile Sexualität ist aufgrund des Inzesttabus ja autoerotisch. Der polymorph-perverse, vielfältige Charakter der infantilen Sexualität wird jedoch den gesellschaftlichen Ordnungsvorstellungen unterworfen, die erwachsene Sexualität wird mit der bis dahin unerreichten Lust, dem Orgasmus der genitalen Sexualität belohnt.

Nach Quinseau (2014) stellt die Adoleszenz keinen Neuanfang dar. Sie kann vielmehr als Knotenpunkt innerhalb des Entwicklungsverlaufs verstanden werden, an dem sich verschiedene Umschriften bündeln. Die »rätselhaften Botschaften« werden vor dem Hintergrund der körperlichen, insbesondere der genitalen Entwicklung neu interpretiert und können so zu neuen Antworten führen. Sozialisationserfahrungen können mit diesem Konzept als Einschreibungen in den Körper aufgefasst werden. Die körperlichen Veränderungen während der Adoleszenz werden so nicht nur als endogen-reifungsbedingt verstanden, sondern ebenso als abhängig von psychischen und sozialen Faktoren.

Der Psychoanalytiker Robert Stoller (1968) nennt die Summe der Erfahrungen, die im Zusammenhang mit der kindlichen Sexualität gemacht wurden, etwa das Zulassen von Sinnlichkeit, Erfahrungen von Bedürfnisbefriedigung und

zumutbaren Enttäuschungen einschließlich der damit verbundenen Ängste und Konflikte, Microdots. Unter diesen Microdots versteht Stoller die verdichteten biografischen Erfahrungen, die wie ein Drehbuch sexuelles Verlangen, Phantasien, Verhalten und auch sexuelle Perversionen organisieren. Die Erotik jeder Frau und jedes Mannes wird durch solche Microdots bestimmt, also auch die Vorliebe für einen bestimmten Typ. Microdots sind jedoch immer unbewusst und beziehen sich auf frühere Erfahrungen. Sie sind Liebesentwürfe, die vor allem in der Adoleszenz und in neuen Beziehungen modifiziert, fort- und umgeschrieben werden können. Sie werden in der Pubertät sexualisiert. Sehnsüchte, Wünsche und Ängste werden in dieser Zeit mit sexuellen Affekten angereichert. Die Effekte der frühkindlichen Sozialisation werden nun deutlich.

Fallvignette Roni:

Die 13-jährige Roni lebt zusammen mit ihren indischstämmigen Eltern. Sie hat keine Geschwister und sieht aus wie ein typisch indisches Mädchen mit ihrem langen, geflochtenen Zopf und dunklem Teint. Roni wurde vorstellig, da sie in der 1. Klasse Gymnasium, also mit 11 Jahren, eine derartige Außenseiterposition innehatte, dass die Eltern sie bereits die Schule wechseln ließen. Aber auch in der neuen Schule ging es ihr nicht gut und sie fand keinen Zugang zur Peergruppe. Ihre Noten wurden rapide schlechter, sie hatte am Sonntagabend stets Bauchschmerzen. Ein medizinischer Check ergab nichts Organisches.

Roni war ein Frühchen in der 33. Woche, mit 1300 Gramm so klein und zart, dass die Mutter lange Angst um ihr Gedeihen und Weiterleben hatte. Sie sei »lang und dünn wie ein Knochen« gewesen. Da es keine Verwandten in Wien gab, reduzierte Ronis Vater seine Arbeitszeiten, um seiner Frau bei der Kinderpflege zu helfen. Roni konnte erst spät gehen und sprechen, was auf ihre Zweisprachigkeit zurückgeführt wurde. Die gesamte Familie lebt isoliert, auch die Eltern haben keine Freunde. Roni lernt in ihrer Freizeit und hatte bisher immer sehr gute Noten. Der Besuch im buddhistischen Tempel am Wochenende ist der einzige Außenkontakt der Familie. Die Mutter weint viel im Erstgespräch, sie wirkt depressiv und spricht trotz ihrer langen Zeit in Wien kaum Deutsch.

Roni hatte bereits mit 9 Jahren ihre Menarche, sie ist nun ein eher starkes, körperlich weit entwickeltes Mädchen. Aufgrund einer muskulären Hypotonie kann sie weder Radfahren, noch schwimmen, auch das Laufen gehe nicht, weshalb sie im Turnunterricht ebenfalls eine Außenseiterposition einnimmt. Roni weigert sich Kleider und indische Saris an Festtagen zu tragen, sie kleide sich mit übermäßigem »Schlappergewand«, so die Eltern, was ihnen auch Sorgen für die Zukunft ihrer Tochter bereitet.

Schon in der ersten Stunde, in der ein nervöses Mädchen mit langem Zopf vor mir sitzt, bittet Roni mir am Ende ein YouTube-Video ihres Lieblingsängers

zeigen zu dürfen. Darin ist er als Gott mit 5 Tiergesichtern zu sehen. Roni ist ein Profi, was indische Gottheiten anbelangt. Ich kenne mich im weiteren Therapieverlauf oft nicht aus, ob sie mir einen Gott schon vorgestellt hat, oder nicht. Ihre Welt scheint eine völlig andere als meine zu sein.

So wie die Eltern, scheint auch Roni »am Sprung« zu sein. Entweder werde sie später in London, oder in Indien leben. Hier kann sie sich keine Zukunft vorstellen. Ihre Blume (Abb. 8) stellt eine Seerose dar, die am Wasser eines indischen Flusses treibt und auf der ein Gott sitzt. Westliche Musik mag sie nicht, westliches Essen schmeckt ihr nicht, meine Gesellschaftsspiele kennt sie alle nicht. Uns bleibt zu Beginn der Therapie nicht viel Gemeinsames, diese Schwierigkeit gibt es wohl auch mit den Jugendlichen in ihrer Klasse. Und Roni hinterlässt nach ihrer Stunde einen beißenden Geruch, den ich kaum ertrage.

In Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin kann die Mutter einen Deutschkurs besuchen, in Telefonaten mit dem Klassenvorstand versucht

dieser, die Isolation des Mädchens zu erfassen und die Klassengemeinschaft in Folge zu stärken. Auf die muskuläre Hypotonie wird erstmals im Unterricht Rücksicht genommen. Roni verändert ihr Outfit, sie hat weiblichere Leibchen an und benutzt zu meiner Erleichterung ein Deo.

In der Imagination »Tierfamilie« (Abb. 9) stehen eine Elefantenmutter und ihr Junges am Ufer der Donau und bespritzen sich mit Wasser. Dann kommt der Vater mit frischen Bananen im Maul und alle drei beginnen in der Wiese nahe dem Fluss zu essen. Im Hintergrund befindet sich ein großer Urwald aus dem ein Geräusch



Abb. 8



Abb. 9

zu hören ist – ein Ruf ähnlich einem Affenschrei. Das Elefantenjunge hebt den Kopf und sieht einen Dschungel-Jungen, der sich an Lianen schwingend auf sie zubewegt. Er hat bis auf einen Lendenschurz nichts an. Die Elefantenmutter ist geschockt und befiehlt dem Kind, mit gesenktem Kopf weiter zu essen und den Dschungel-Jungen zu ignorieren. Der Vater hat alles gesehen und versucht, die Mutter zu beruhigen. Sie essen weiter. Dann geht das Elefantenjunge alleine in den Fluss und wadet ihn langsam stromabwärts entlang, bis es um eine Kurve biegt und außerhalb der Sicht seiner Eltern stehenbleibt. Es sucht den Dschungel-Jungen, doch der bleibt verschwunden.

Roni, die nicht gut zeichnen kann und dies meist verweigert, möchte die Imagination, die sie sehr genossen hat, mit Ton darstellen. Sie macht eine Skulptur eines Elefanten, dabei plagt sie sich sehr und ist unzufrieden mit ihrem Ergebnis. Das sehe nicht wie ein Elefant aus, eher wie ein Alien. Ich sehe jedoch zwei Figuren darin (Abb. 10): die Linke strebt weg, die Rechte hält fest.

Dies ist ein schönes Symbol für die emotionalen Schaukelbewegungen in der Adoleszenz.



Abb. 10

Literatur

- Eissler, K. (1958): Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Problemen der Perversion. *Psyche – Z Psychoanal* 1966 (20): 561–583. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fenichel, O. (1974): *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Bd. I. Gießen: Psychosozial Verlag
- Fonagy, P. (2009): A Genuinely Developmental Theory of Sexual Enjoyment and Its Implications for psychoanalytic Technique. *J American Psychoanal Ass*, 56 (1): 11–36
- Fonagy, P., Target M. (2006): *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In GW V. Frankfurt/M.: Fischer
- Freud, S. (1909): Zwei Kinderneurosen. Studienausgabe Bd. 8. Frankfurt/M.: Fischer
- Freud, S. (1915): Triebe und Triebchicksale. In GW X. Frankfurt/M.: Fischer
- Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. In GW XIII. Frankfurt/M.: Fischer

- Gambaroff, M. (1984): Der Einfluss der frühen Mutter-Tochter-Beziehung auf die Entwicklung der weiblichen Sexualität. Reinbek: Rowohlt
- Laplanche, J. (1988): Die allgemeine Verführungstheorie. Tübingen: Edition Discord
- Lebersorger, K. J., Smolen, A. (2005): Freud für Eltern. In Burian-Langeegger, B. (Hrsg.): Doktorspiele. Die Sexualität des Kindes. Wien: Picus
- Passett, P. (2005): Ein psychoanalytisches Wiederlesen der »drei Abhandlungen«. In Quinseau I., Sigusch, V. (Hrsg.): Freud und das Sexuelle. Frankfurt/M.: Campus
- Quinseau, I. (2010): Die Entstehung des Sexuellen oder wie die Lust in den Körper kommt. *Imagination* 2010 (2): 5–18. Wien: Facultas
- Quinseau, I., Brumlik, M. (Hrsg.) (2012): Kindliche Sexualität. Weinheim/Basel: Beltz Juventa
- Quinseau, I. (2014): Sexualität. Gießen: Psychosozial Verlag
- Safouran, M. (1997): Die Übertragung und das Begehren des Analytikers. In Rybnicki, A. (2005): Von der Sexualität des Kindes und von der kindlichen Sexualität des Erwachsenen. In Burian-Langeegger, B. (Hrsg.): Doktorspiele. Die Sexualität des Kindes. Wien: Picus
- Spitz, R. (1961): Some early prototypes of ego defenses. In Spitz, R. (1976): Vom Dialog. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stoller, R. (1968): Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity. New York: Science House
- Torok, M. (1964): Die Bedeutung des Penisneides bei der Frau. In Chasseguet-Smirgel J. (Hrsg., 1974): Psychoanalyse der weiblichen Sexualität. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Zusammenfassung:

Die Autorin befasst sich mit der Entwicklung der infantilen und adoleszenten Sexualität. In komprimierter Form werden neben den bekannten Arbeiten Sigmund Freuds auch die »Allgemeine Verführungstheorie« von Jean Laplanche und Ilka Quinseaus Theorie vom »Primat des Anderen« als Grundlage der theoretischen Überlegungen herangezogen. Die Phasen der psychosexuellen Entwicklung sind sowohl durch Fallvignetten aus einer Spieltherapie als auch durch Imaginationen ergänzend dargestellt, zudem wird die Bedeutung der sozialen Interaktion zwischen Eltern und Kind im Kontext der körperlichen Entwicklungsprozesse beleuchtet.

Schlüsselwörter:

Allgemeine Verführungstheorie – Konzepte der kindlichen Sexualität – psychosexuelle Entwicklungsphasen – Primat des Anderen

Autorin:

Mag. Susanne Stefan

Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (KIP);

Sozialpädiatrisches Ambulatorium Fernkorngasse der VKKJ

Gemeinschaftspraxis, 1090 Wien, Schlickgasse 4/7

E-Mail: susanne.stefan@schlickgasse4.at

Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen

Teil I der Studienergebnisse – Daten zum Zeitpunkt
des Studienbeginns

Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber
Universität Innsbruck

I. Einleitung

1. Überblick Inhalt

In diesem Artikel sollen die ersten Ergebnisse einer naturalistischen Längsschnittstudie über die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen vorgestellt werden. Das Datenmaterial umfasst quantitative und qualitative Daten und ist relativ umfangreich. Es werden daher in diesem Artikel die Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes, also des Studienbeginns vorgestellt. Auch soll zuvor ein Einblick über die untersuchten Gruppen sowie die verwendeten Instrumente gegeben werden. Es werden bereits zu Beginn der Studie einige Resultate (Symptomatik, Beziehungsgestaltung, Vaterthema) sichtbar, die im Verlauf der Untersuchung weiterverfolgt werden sollen. Ein wichtiger Teil der Studie ist auch der Einsatz des KIP-spezifischen Motivs »Blume« im psychotherapeutischen Verlauf. Das Blumenmotiv, auch »Blumentest« (Leuner 1985), wurde dabei zu diagnostischen Zwecken halbjährlich über ein Jahr, also insgesamt dreimal eingestellt.

2. Überblick Forschungsstand

Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen steht in den letzten Jahren vermehrt im Interesse der Öffentlichkeit. Einerseits nehmen mehr Eltern Hilfe in Form von psychotherapeutischer Behandlung in Anspruch, andererseits lässt sich im klinischen Alltag (Wienand 2012, S. 279) eine zunehmende

Unsicherheit der Bezugspersonen in Bezug auf das Erziehungsverhalten beobachten. Auch wird diskutiert, ob es eine Zunahme an (schweren) Störungsbildern bei Jugendlichen gibt (Sevecke et al. 2014) und es steigt die Anzahl an Publikationen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. So führten Abass et al. (2013) eine Metaanalyse durch, in welche 11 psychodynamische Kurzzeitpsychotherapien mit Kindern und Jugendlichen Eingang fanden. Eine weitere Metaanalyse von Zhou et al. (2015) umfasste 52 Studien zu Depressionen bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Psychotherapierichtungen.

Die öffentliche Hand zollt dem Rechnung (TLP-Report 2012): In Tirol etwa wurden 2009 115 Minderjährige über das »Tiroler Modell«, ein Sachleistungsangebot für Psychotherapie der Tiroler Gebietskrankenkasse behandelt (die TGKK ist derzeit der größte Versorger im Bereich Psychotherapie, die kleineren Kassen holen allerdings auf). 2011 waren es schon 233 Kinder und Jugendliche, die über das Tiroler Modell behandelt wurden.

Im Jahr 2015 (Landesversammlung des TLP 2015) führte die Gebietskrankenkasse ein Zusatzkontingent für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein, es wurden 431 Kinder und Jugendliche nach dem Sachleistungsmodell behandelt. Zusätzlich etablieren sich immer mehr Gruppenangebote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Auch im Bereich der Säuglingspsychotherapie gibt es vermehrt Angebote an Gruppen und Eltern-Kind Psychotherapie. Einige davon (z. B. im Rahmen der »Frühen Hilfen«) werden über die öffentliche Hand finanziert (BM für Gesundheit 2014).

Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte 2014 eine Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen und legte darin wesentliche Inhalte für die Psychotherapie mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen fest. Außerdem wurde eine Weiterbildung durch entsprechende Curricula empfohlen.

Derzeit werden Ausbildungscurricula der verschiedenen Psychotherapieinstitute zur Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vom BM geprüft. Wer bei einem zertifizierten Ausbildungsverein ein Curriculum absolviert, darf den Weiterbildungstitel »Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in« tragen und wird dort in eine Liste eingetragen, die über das Bundesministerium abrufbar ist. Ziel ist das Führen einer Gesamtliste. Diese Standards sollen dazu dienen, die Qualität im Bereich der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu verbessern und abzusichern.

In der Forschung hinkt der Bereich Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie leider hinterher. Es wird in diesem Bereich insgesamt weniger geforscht und psychodynamische Methoden werden noch weniger beforscht als etwa CBT-Ansätze. Fonagy (2003, S. 131) bemängelt die abgehobene Einstellung

vieler Kinderpsychoanalytiker und empfiehlt Psychotherapieforschung, um zu einer Haltung des Fragens, der Ungewissheit und der Entwicklung (»questioning, uncertainty and progress«) zu kommen.

Eine mögliche Ursache für den immer noch bestehenden Mangel an Forschung bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und Psychoanalysen wird darin gesehen, dass kognitiv-behaviorale Verfahren häufiger an Universitäten (also an den Orten, an denen der Großteil der Evaluationsstudien durchgeführt wird) praktiziert werden. Tiefenpsychologische Lehrstühle im deutschsprachigen Raum sind unterrepräsentiert. Auch die geringe Präsenz tiefenpsychologisch fundierter Verfahren im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Klinischen Psychologie im deutschsprachigen Raum könnte ein Grund für das geringere Forschungsaufkommen sein (Krischer 2013, S. 88).

Dazu scheint es so zu sein, dass sich TherapeutInnen generell und vor allem psychodynamisch orientierte davor scheuen, sich über die Schulter schauen zu lassen (Seiffge-Krenke 2010). Der Schutz des therapeutischen Raumes wird häufig als gefährdet gesehen, aber auch eine mögliche Einflussnahme auf das Übertragungsgeschehen wird befürchtet.

Für die Psychotherapieforschung allerdings ist Beobachtung wichtig, vor allem die Beobachtung mit Hilfe von audiovisuellen Verfahren gewinnt an Bedeutung. Eine ausführliche Auseinandersetzung zum Thema videogestützte Psychotherapieforschung findet sich in einer aktuellen Publikation der Psychotherapieforschungsgruppe EMKONT der Universität Innsbruck (Bänninger-Huber 2016).

Im Bereich der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, in der Folge kurz SKJ-Psychotherapie genannt, sind diese Forschungstechniken besonders wichtig: es darf nämlich nicht vergessen werden, dass sich die psychotherapeutische Arbeit in vielen Punkten von der mit Erwachsenen unterscheidet. Setting, Indikation und Dauer der Therapie sind meistens anders. Dazu spielt das soziale Umfeld eine große Rolle. Das wirkt sich auch auf die Untersuchungsmethoden aus. Untersuchungen im SKJ-Alter sind unter Umständen »aufwändiger«. Es braucht kontrollierte Beobachtungen, Aufzeichnungen, sowie Bild- und Tonaufnahmen der Therapien. Dazu kommt, anders als in der Erwachsenenpsychotherapie, dass die Eltern ein Teil des therapeutischen Geschehens sind und daher mituntersucht werden sollten. Untersuchungen sind also aufwändiger auch im Sinne von »teurer«.

Der vorliegende Artikel soll sich intensiver mit der Psychotherapieforschung bei Jugendlichen beschäftigen. Jugendliche sind immer ein Spiegel der Gesellschaft in der sie leben und sollten daher im Bereich der Forschung vermehrt Interesse finden. Meistens geben Jugendkulturen Hinweise auf Trends in einer Gesellschaft (Reis 2016). Noch mehr sind Probleme von Adoleszenten dabei immer deutliche Seismographen für die Probleme einer Gesellschaft (Burian-Langegger 2005). Umso wichtiger ist die Beschäftigung mit Themen des Jugendalters: Wie

geht es den Jugendlichen mit ihren altersgemäßen Konflikten? Wie gehen sie mit den Elternbeziehungen um, wie mit den peers? Wo gibt es Belastungen und vor allem wann wird es zuviel?

Das Jugendalter stellt per se eine Übergangszeit dar, es ist der Weg vom Kind zum erwachsenen Menschen. Wir erleben in diesem Alter starke Veränderungsprozesse. Es ist eine Zeit im Leben eines Menschen, die besonders sensibel ist. Entsprechend sensibel müssen Jugendliche im therapeutischen Prozess »abgeholt« werden. Der Aufbau einer psychotherapeutischen Beziehung bei Jugendlichen gestaltet sich aber oft schwierig (Chiba 2013): entwicklungsbedingt gibt es Labilisierung und Widerstände, Angst vor Abhängigkeit bei gleichzeitigem Unabhängigkeitsstreben, Schwierigkeiten bei der Etablierung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsbündnisses (siehe hohe Abbruchrate von Therapien im Jugendalter weiter unten!), alterstypische Neigung zum Agieren und nicht zuletzt die Mehrfachrollen der TherapeutInnen, um nur einige Erschwernisse zu nennen.

Die Katathym Imaginative Psychotherapie mit ihren vielfältigen kreativen Möglichkeiten ist daher in der Jugendlichenpsychotherapie ein besonders gutes und brauchbares Instrument. Sie nimmt mit ihrer Möglichkeit der Symbolbildung im Rahmen der Imaginationen eine Art Brückenfunktion ein zwischen Kindsein und Erwachsenwerden, PatientIn und TherapeutIn, Reden und Nichtredenwollen ...

Die Psychotherapieforschung bemüht sich, die genannten Prozesse genauer zu untersuchen und zu verstehen. Dieser Wissenschaftsbereich gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt dadurch, dass von öffentlicher Seite vermehrt Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie gefordert werden. Was die KIP betrifft so liegen bisher für den Erwachsenenbereich zwei publizierte Studien vor (Wietersheim et al. 2001, Sachsse et al. 2016) sowie die ÖGATAP-Studie (im Druck).

Allerdings gibt es derzeit keine wissenschaftliche Studie im Bereich der KIP mit Jugendlichen. Es war daher ein Ziel dieser Arbeit einen ersten Forschungsbeitrag zu leisten. Dabei sollte die Wirksamkeit der Katathym Imaginativen Psychotherapie anhand der Symptomreduktion und der Verbesserung der Beziehungen der Jugendlichen untersucht werden. Auch sollte das KIP-spezifische Element der Imagination anhand des mehrmaligen Einstellens des Motivs »Blume« untersucht werden.

II. Methode

Die vorliegende Studie wurde als naturalistisch-prospektive Längsschnittstudie gestaltet. Eine klinische Gruppe von Jugendlichen wurde mit einer Kontrollgruppe nicht behandelter Jugendlicher verglichen. Einbezogen wurden auch die Eltern der Patientinnen und Patienten sowie diejenigen der Kontrollgruppe.

Insgesamt fanden vier Messzeitpunkte (drei plus eins) statt. Der erste Messzeitpunkt lag im Zeitraum der ersten fünf Psychotherapiestunden. Zwei weitere Messzeitpunkte fanden jeweils ein halbes Jahr später statt. Es gibt also drei reguläre Messzeitpunkte verteilt über ein Jahr.

Zusätzlich war eine katamnestiche Untersuchung ein halbes Jahr nach Ende der Psychotherapie geplant. Diese konnte allerdings nur mit 15 Jugendlichen durchgeführt werden, 10 Jugendliche hatten die Psychotherapie abgebrochen, die übrigen fünf waren ein halbes Jahr nach Therapieende nicht mehr erreichbar. Im Idealfall liegen also vier Messungen über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren vor.

Als Therapieabbruch wurde gewertet, wenn die Psychotherapie entgegen der Empfehlung von TherapeutInnenseite beendet wurde. Es gibt im Erwachsenenbereich Hinweise auf Abbruchraten zwischen 20 % und 50 % (Ruppert 2014), je nachdem ob Erstgespräche ohne weiteren Therapieverlauf mitgezählt wurden. Die hohe Zahl an Abbrüchen von 30 % und mehr ist auch im Jugendalter nicht unüblich.

Die Rekrutierung erfolgte ab März 2013. Angefragt wurden alle KIP-Therapeutinnen und Therapeuten mit abgeschlossener Ausbildung und eingetragenem Schwerpunkt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Österreich und Südtirol. Diese wurden schriftlich informiert und um Teilnahme gebeten. Außerdem wurde die Studie bei nationalen KIP-Seminaren, bei ÖGATAP Jour fixen, sowie am Institut für Erziehungshilfe (einer großen ambulanten Psychotherapieeinrichtung in Wien) mehrmals vorgestellt und die Teilnahme beworben. Die Rekrutierung endete im März 2015.

Schließlich erklärten sich 16 weibliche und 2 männliche Therapeutinnen und Therapeuten zur Teilnahme bereit. Die Mehrzahl der TherapeutInnen war in freier Praxis tätig. 10 waren sowohl in freier Praxis, als auch in einer Institution bzw. Klinik psychotherapeutisch tätig. Die TherapeutInnengruppe setzte sich aus 10 PsychologInnen, 3 ÄrztInnen und 3 PädagogInnen zusammen, 2 hatten andere Quellenberufe. Die therapeutische Tätigkeit wurde dabei im Durchschnitt seit 13 Jahren (variiert zwischen 5 und 24 Jahren) ausgeübt.

Die klinische Gruppe bestand aus 30 Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren, die zwischen März 2013 und März 2015 eine ambulante KIP Therapie begannen. Einschlusskriterium in die Studie war bei der klinischen Gruppe eine krankheitswertige Diagnose nach ICD 10. Ausschlusskriterien waren eine schizophrene oder schizoaffective Psychose und eine schwere neurologische Erkrankung. Da die Fragebögen als paper-pencil Tests ausgegeben wurden, war ein weiteres Ausschlusskriterium die deutliche Schwierigkeit zu lesen oder sich verbal auszudrücken.

Die PsychotherapeutInnen wurden gebeten, nach Achse 1 und Achse 6 des ICD-10/MAS (Remschmidt et al. 2012) zu diagnostizieren. In Tabelle 1 sind die verschiedenen Störungsbilder (= Achse 1) der Erstdiagnosen zu sehen:

Tabelle 1: Beschreibung der Störungsbilder in der Klinischen Gruppe

Es werden die absoluten und relativen Häufigkeiten dargestellt, N gibt dabei die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.

Störungsbild	Jungen	Mädchen	Gesamt
	(N = 9)	(N = 21)	(N = 30)
	N (%)	N (%)	N (%)
Angststörung	3 (33,3 %)	4 (19,0 %)	7 (23,3 %)
Depressive Störung	2 (22,2 %)	5 (23,8 %)	7 (23,3 %)
Essstörung	0 (0,0 %)	6 (28,6 %)	6 (20,0 %)
Anpassungsstörung	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)	3 (10,0 %)
Emotionale Störung	3 (33,3 %)	0 (0,0 %)	3 (10,0 %)
PTBS	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)	3 (10,0 %)
Hyperkinetische Störung	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	1 (3,3 %)

Am häufigsten waren als Erstdiagnose Angststörungen und depressive Störungen, wobei Jungen mehr Angststörungen und Mädchen mehr depressive Störungen hatten. Essstörungen kamen nur bei Mädchen vor. 17 Jugendliche hatten nur eine Diagnose, 13 Jugendliche hatten zwei oder mehr Diagnosen.

Im Bereich der globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (= Achse 6) waren 14 Jugendliche im Bereich 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung), 10 Jugendliche im Bereich 2 (leichte soziale Beeinträchtigung), 4 Jugendliche im Bereich 1 (mäßige soziale Funktion) und 2 Jugendliche im Bereich 4 (ernsthafte soziale Beeinträchtigung).

Für die Kontrollgruppe wurde zunächst versucht, entweder eine TAU (= treatment as usual) Gruppe oder eine Wartegruppe zu rekrutieren. Beides erwies sich trotz motivierter Zusammenarbeit von Kinder- und JugendpsychiaternInnen und psychotherapeutischen KollegInnen als schwer möglich. In Österreich werden kaum Jugendliche z. B. psychiatrisch nur medikamentös behandelt und es gibt so gut wie keine längeren Wartegruppen. Jugendliche, die akut keinen Psychotherapieplatz finden, werden oft in größeren Abständen an Ambulanzen behandelt oder an Beratungsstellen verwiesen, wo sie z. B. psychologische Beratung bekommen.

Es wurde daher entschieden, eine Kontrollgruppe von unbehandelten Jugendlichen zu wählen. Diese Gruppe bestand aus 46 Jugendlichen im Alter von 12–18 Jahren und konnte an vier verschiedenen österreichischen Schulen rekrutiert werden. Die Jugendlichen durften zum Zeitpunkt der Untersuchung keine psychotherapeutische oder psychologische Behandlung in Anspruch nehmen. Die Kontrollgruppe wurde dabei nach den Merkmalen Ähnlichkeit in Alter und Geschlecht rekrutiert, um eine gute Vergleichbarkeit mit der klinischen Gruppe zu gewährleisten.

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe der klinischen- und der Kontrollgruppe

Es werden die absoluten und relativen Häufigkeiten dargestellt, N gibt dabei die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.

	PatientInnen (N = 30)	Kontrollgruppe (N = 46)
Alter: MW (SA)	14,4 (1,9)	14,6 (1,8)
Geschlecht:	N (%)	N (%)
Männlich	9 (30,0%)	18 (39,1%)
Weiblich	21 (70,0%)	28 (60,9%)
Befragte Mütter:	28 (93,3%)	43 (93,5%)
Befragte Väter:	13 (43,3%)	39 (84,8%)
Wohnsituation:		
Bei den Eltern	14 (50,0%)	39 (86,7%)
Bei Mutter und Partner	2 (7,1%)	3 (6,7%)
Bei Vater und Partnerin	0 (0,0%)	1 (2,2%)
Bei Mutter alleine	10 (35,7%)	1 (2,2%)
Andere	2 (7,1%)	1 (2,2%)
Fehlend	2	1
Beziehungsform der Eltern:		
Leben zusammen	6 (20,0%)	6 (13,0%)
Getrennt/geschieden	14 (46,7%)	8 (17,4%)
Verheiratet	6 (20,0%)	32 (69,6%)
Nie zusammen gelebt	2 (6,7%)	0 (0,0%)
Durch Tod getrennt	1 (3,3%)	0 (0,0%)
andere	1 (3,3%)	0 (0,0%)
Frühere Behandlungen:		
Keine	17 (56,7%)	
Medizinisch	6 (20,0%)	
Psychotherapeutisch	3 (10,0%)	
Psychologisch	2 (6,7%)	
Andere	2 (6,7%)	

MW = Mittelwert; SA = Standardabweichung

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der klinischen- und der Kontrollgruppe bezüglich Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Beziehungsform der Eltern und bei der klinischen Gruppe frühere Behandlungen.

21 Patientinnen waren weiblich, 9 Patienten männlich. Die Kontrollgruppe verteilt sich mit 28 Mädchen und 18 Jungen ähnlich. Auch der Altersdurchschnitt

mit 14,4 für die PatientInnen und 14,6 für die Kontrollgruppe ist sehr ähnlich und damit gut vergleichbar. Interessant ist, dass prozentuell nahezu gleichviele Mütter in der PatientInnen und Kontrollgruppe teilgenommen haben (93,3 % und 93,5 %), die Befundlage bei den Vätern jedoch anders ist. Bei den befragten Vätern konnten in der PatientInnengruppe nur knapp die Hälfte (43,3 %) gewonnen werden, in der Kontrollgruppe sind es immerhin beinahe doppelt so viele (84,8 %). Auffallend ist, dass es in der PatientInnengruppe mehr getrennte Eltern gibt: Bei den PatientInnen geben 46,7 % an, dass die Eltern getrennt oder geschieden sind, während das im Vergleich nur bei 17,4 % der Kontrollgruppe der Fall ist. Zudem geben Jugendliche aus der PatientInnengruppe vermehrt an, »keinen oder wenig« Kontakt zum leiblichen Vater zu haben. Die Wohnsituation der Jugendlichen entspricht dabei den obigen Befunden: In der PatientInnengruppe wohnen »nur« 50 % bei beiden Eltern, in der Kontrollgruppe sind es 86,7 %.

Hier werden bereits im Bereich der soziodemographischen Daten Hinweise sichtbar, die später auch im Bereich der Symptombelastung und im Beziehungserleben deutlicher werden: Jugendliche, die alleinerziehend aufwachsen und wenig/keinen Kontakt zum leiblichen Vater haben, scheinen anfälliger für die Entwicklung psychischer Störungen zu sein. Interessant an dieser Stelle ist zu erwähnen, dass es bei 29 von 30 jugendlichen PatientInnen einen leiblichen Vater gibt (ein Vater ist verstorben), es aber wenig/keinen Kontakt zu vielen Vätern gibt und nur knapp die Hälfte der Väter der PatientInnen zu Beginn der Studie teilgenommen hat.

III. Durchführung

Das Konzept der Studie wurde vor Beginn der Ethikkommission der Universität Innsbruck vorgelegt, begutachtet und befürwortet. Eine Auflage der Ethikkommission war die vollständige Anonymisierung der Daten und der jederzeitige Ausstieg der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Studie. Es wurde daher die Zustimmung aller Eltern und Jugendlichen schriftlich eingeholt und die Eltern und Jugendlichen wurden vor Testbeginn über die Fragestellung und den Ablauf der Studie verbal und schriftlich informiert. Sie wurden außerdem darüber aufgeklärt, dass sie ihre Zustimmung jederzeit widerrufen und aus der Studie aussteigen können. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde Anonymität zugesichert. Um diese zu gewährleisten, wurden die Daten vollständig über ein Codiersystem verschlüsselt.

Zusätzlich musste die Begutachtung und Befürwortung der Studie durch einen Psychiater erfolgen. Dies wurde von Dr. Georg Sojka, Psychiater und Neurologe, Kinder- und Jugendpsychiater in Wien vorgenommen.

IV. Untersuchungsvariablen

Es wurde eine methodische Kombination aus quantitativen und qualitativen sowie KIP-spezifischen Messinstrumenten gewählt, um die Variablen Symptombelastung und Beziehungsgestaltung zu untersuchen.

I. Quantitativ

1.1 Symptombelastung:

Für die akute Belastung (letzte sieben Tage) wurde die »Symptomcheckliste-Symptom Check List« (Derogatis 1977) in der Langversion SCL-90-S über alle Messzeitpunkte eingesetzt. Dieser Fragebogen wurde an die klinische Gruppe und an die Kontrollgruppe ausgegeben.

Für die Symptombelastung der letzten sechs Monate wurde der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL 4–18 (Döpfner 1994b) in Parallelversion mit dem Fragebogen für Jugendliche YSR 11–18 (Döpfner 1994a) eingesetzt. Dieser Fragebogen wurde dabei über alle Messzeitpunkte durchgeführt und von beiden Jugendlichengruppen sowie deren Müttern und Vätern ausgefüllt.

1.2. Beziehungserleben

Hier wurde der Elternbildfragebogen EBF-KJ (Titze, Lehmkuhl 2010) bei allen Jugendlichen durchgeführt. Dieser Fragebogen gibt die internen Beziehungsrepräsentanzen aus Sicht der Jugendlichen zu Mutter und Vater der letzten fünf Jahre wieder und wurde daher nur zu Therapiebeginn bei beiden Jugendlichengruppen durchgeführt.

2. Qualitativ

2.1. Symptombelastung

Mittels halbstrukturierter Interviews wurde um eine Einschätzung des Beschwerdebildes von Seiten der Jugendlichen, der Mütter und der Väter gefragt. Hier wurde nur die klinische Gruppe befragt.

2.2 Beziehungserleben

Mittels halbstrukturierter Interviews wurde nach der Art der Beziehungen zu Mutter, Vater und Peers, gefragt. Diese Interviews wurden mit beiden Jugendlichengruppen durchgeführt.

3. KIP-spezifische Untersuchung

Um die Symptombelastung und das Beziehungserleben auch KIP-spezifisch zu untersuchen, wurde mit der KIP-Technik der Imagination gearbeitet. Aus den verschiedenen Motiven der KIP, die für die Imagination verwendet werden können, wurde das Motiv »Blume« in dieser Studie als Einstiegsimagination verwendet. Der so genannte »Blumentest« wurde ursprünglich von Leuner (1985) zu diagnostischen Zwecken verwendet. Es sollte nach Leuner damit über die Indikation zur KIP entschieden und auch eine Behandlungsprognose gestellt werden.

Das Blumenbild ist ein Motiv, das üblicherweise als erste Imagination eingesetzt wird. Es erlaubt erste diagnostische Einschätzungen, was das Strukturniveau angeht und gibt Hinweise auf Ich-Funktionen und die Qualität der Objektbeziehungen.

Es gibt seit einigen Jahren gute Erfahrungen von KollegInnen, den Blumentest als projektives Verfahren im Rahmen einer diagnostischen Abklärung einzusetzen (Schnallinger 2012). In der vorliegenden Studie wurde versucht, einen Schritt weiterzugehen. Der Blumentest wurde halbjährlich diagnostisch zusätzlich zu den anderen Testverfahren eingesetzt, im Idealfall also dreimal. Dabei wurde mit den teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten vereinbart, den Blumentest zu Therapiebeginn als erste Imagination und im weiteren Verlauf »zusätzlich« zu den laufenden Motiven des Therapieprozesses einzustellen.

In Berichten von teilnehmenden TherapeutInnen wurde die halbjährliche Testung nicht wie anfänglich befürchtet von den PatientInnen als irritierend erlebt, sondern es war offensichtlich bei den meisten Jugendlichen möglich, für die Testung kurzzeitig aus dem laufenden Prozess »aus- und wieder einzusteigen«.

Die Imagination zum Blumenbild wurde entweder auf Tonband aufgenommen oder schriftlich festgehalten, transkribiert und qualitativ ausgewertet. Das Datenmaterial zum Blumenmotiv befindet sich noch in der Auswertungsphase. Inhaltliche Details können daher leider erst zu einem späteren Zeitpunkt berichtet werden.

V. Ergebnisse

Es werden die quantitativen Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes-Studienbeginn sowie ein Teil der qualitativen Auswertung dargestellt.

1. Quantitative Daten

Die Beschreibung der soziodemographischen und klinischen Eigenschaften der Stichproben erfolgte anhand relativer und absoluter Häufigkeiten sowie mit Hilfe von Mittelwerten und Standardabweichungen. Die Fragebögen wurden entsprechend der Vorgaben der jeweiligen Testmanuale ausgewertet. Vergleiche

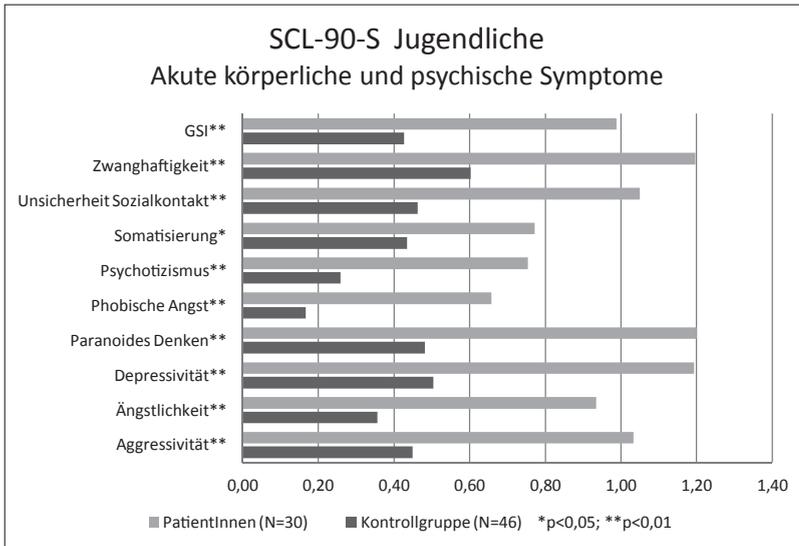
der PatientInnen- und Kontrollgruppe in Hinblick auf die Skalenwerte der Fragebögen erfolgten mittels Mann-Whitney-U-Tests. Dieser nicht-parametrische Test wurde auf Grund der nicht-normalverteilten Skalenwerte und der Gruppengrößen gewählt. Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe der Software IBM SPSS Statistics 21.0 durchgeführt.

Alle verwendeten Fragebögen sind erprobte und gut validierte Instrumente.

1.1. *Symptom Checkliste – SCL-90-S:*

Die SCL-90-S (Derogatis 1977) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen bis heute. Sie kann für Jugendliche ab 12 angewendet werden. Der Fragebogen umfasst 90 Items. Die Beurteilung erfolgt anhand einer fünfteiligen Likertskala: (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark). Neun Skalen beschreiben die Bereiche »Aggressivität/Feindseligkeit«, »Ängstlichkeit«, »Depressivität«, »Paranoides Denken«, »Phobische Angst«, »Psychotizismus«, »Somatisierung«, »Unsicherheit im Sozialkontakt« und »Zwanghaftigkeit«. Der GSI, als globaler Kennwert, misst die grundsätzliche psychische Belastung.

Diagramm 1: SCL-90-S



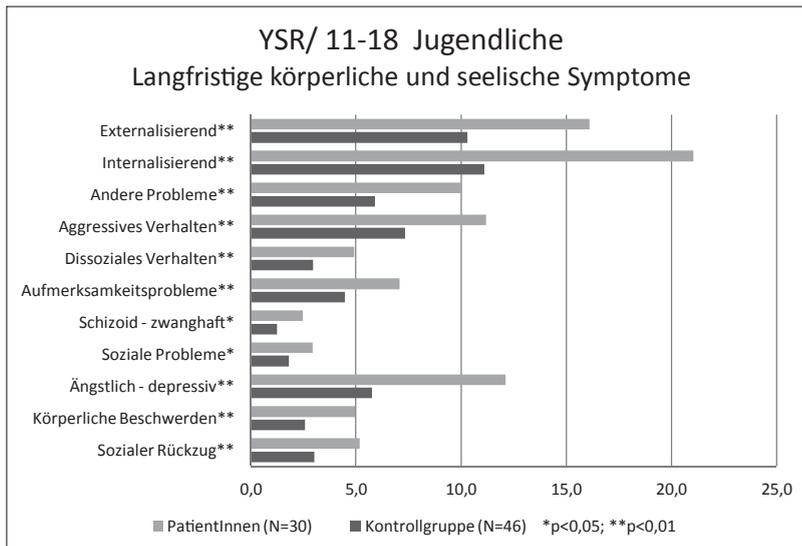
Bei der Auswertung der akuten körperlichen und psychischen Symptombelastung zeigten sich in allen Skalen hochsignifikante Unterschiede zwischen der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe. Einzig bei der Skala »Somatisierung« sind die Unterschiede »nur« auf dem 5 % Niveau signifikant. Das bedeutet, dass

die Jugendlichen der klinischen Gruppe zum Zeitpunkt des Psychotherapiebeginns in allen großen seelischen Belastungsbereichen (Angst, Depressivität, Aggressivität, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Somatisierung) bis hin zu schwereren Symptomen (paranoide, psychotische Hinweise) starke Beeinträchtigungen aufweisen.

1.2 Fragebogen für Jugendliche – YSR/11–18:

Der Fragebogen für Jugendliche – YSR/11–18 (Döpfner et al. 1994a) dient der Selbsteinschätzung von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten, somatischen Beschwerden sowie sozialen Kompetenzen durch Kinder und Jugendliche im Schulalter. Die Aussagen beziehen sich auf die letzten sechs Monate. Im ersten Teil werden Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen erfragt, der zweite Teil besteht aus 112 Items, in denen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben werden. Beurteilt wird anhand einer 3-teiligen Likertskala (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft manchmal/ein wenig zu und 2 = trifft oft/sehr oft zu). Es gibt 8 Syndromskalen: »Sozialer Rückzug«, »Körperliche Beschwerden«, »Angst/Depressivität«, »Soziale Probleme«, »Schizoid/Zwanghaft«, »Aufmerksamkeitsstörung«, »Dissoziales Verhalten«, »Aggressives Verhalten« und eine Zusatzskala »Andere Probleme«. Aus den Syndromskalen werden Skalen zu internalisierendem und externalisierendem Verhalten gebildet.

Diagramm 2: YSR/11-18 Jugendliche



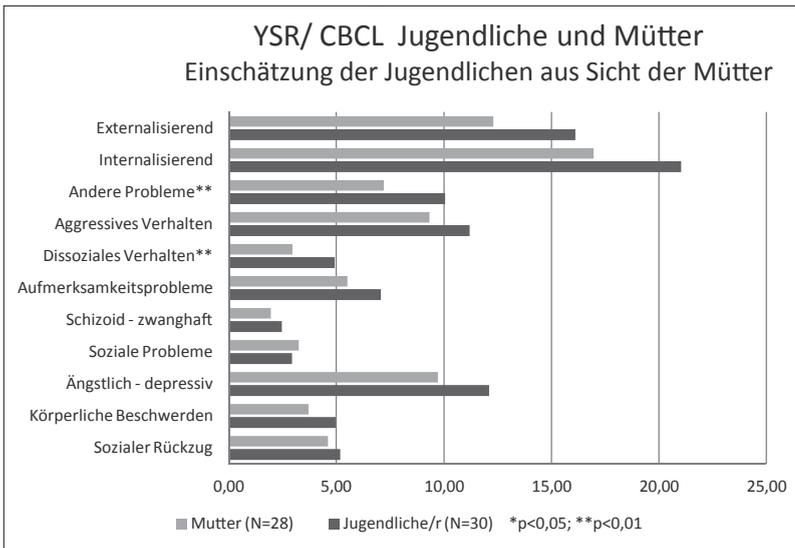
Die statistische Auswertung ergab bei neun Skalen hochsignifikante Gruppenunterschiede, bei zwei Skalen signifikante Unterschiede auf dem 5 % Niveau. Die

Jugendlichen aus der PatientInnengruppe geben mehr aggressives und dissoziales Verhalten an, sie erleben sich außerdem ängstlicher und depressiver als die Vergleichsgruppe. Dazu beschreiben sie mehr soziales Rückzugsverhalten, soziale Probleme und körperliche Beschwerden, sowie Probleme im Aufmerksamkeitsbereich. Außerdem geben sie mehr zusätzliche Probleme (etwa Schulangst, Schlafschwierigkeiten, Alpträume) an als die Kontrollgruppe. Auch die Unterschiede in den Skalen »schizoide-zwanghafte Tendenzen« und »soziale Probleme« sind auf dem 5% Niveau signifikant. Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen betreffen also nicht nur kurzfristige Belastungen (erfasst durch den SCL-90-S), sondern auch die Belastungen über einen längeren Bereich.

1.3 Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL):

Die Child Behavior Checklist (CBCL/ 4–18, Döpfner et al. 1994b) dient der Erfassung der oben genannten Bereiche aus Sicht der Eltern. Der Fragebogen umfasst dieselben Skalen wie der Fragebogen für Jugendliche YSR. Die Einschätzungen der Mütter und der Väter wurden getrennt ausgewertet und jeweils mit den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen verglichen. Diagramm 3 zeigt die Einschätzungen der Mütter im Vergleich zu den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen. Diagramm 4 zeigt die Einschätzungen der Väter im Vergleich zu den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen.

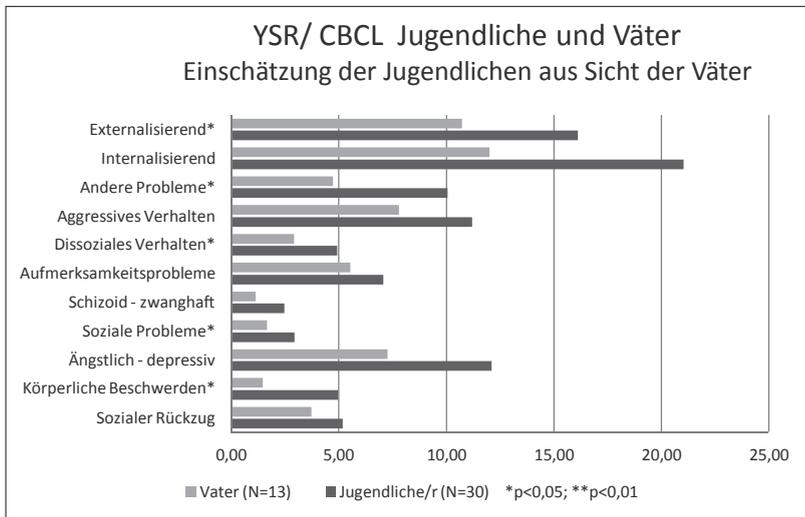
Diagramm 3: YSR/ CBCL – Mütter und Jugendliche/r



Die Einschätzungen der Mütter der Patientinnen und Patienten unterscheiden sich hoch signifikant in der Skala »Andere Probleme« (z. B. »isst schlecht«, »schläft schlecht«) und der Skala »Dissoziales Verhalten« (z. B. »lügt«, »stiehlt«). Die

Jugendlichen erleben sich also in den genannten Bereichen als signifikant stärker belastet als die Mütter dies wahrnehmen. In den anderen Skalen finden sich keine signifikanten Unterschiede. In diesen Bereichen stimmen die Mütter überwiegend mit den Jugendlichen überein. Insgesamt bedeutet dieses Resultat, dass die Mütter die Jugendlichen ähnlich wahrnehmen wie diese sich selbst, nämlich als belastet. Zusätzliche Belastungen in Form von »leichteren« somatischen Beschwerden (Schlafprobleme, Alpträume, Probleme mit dem Essen) und dissozialem Verhalten, das vielleicht eher außerhalb des Familienrahmens stattfindet, werden nicht wahrgenommen.

Diagramm 4: YSR/ CBCL – Vater und Jugendliche/r



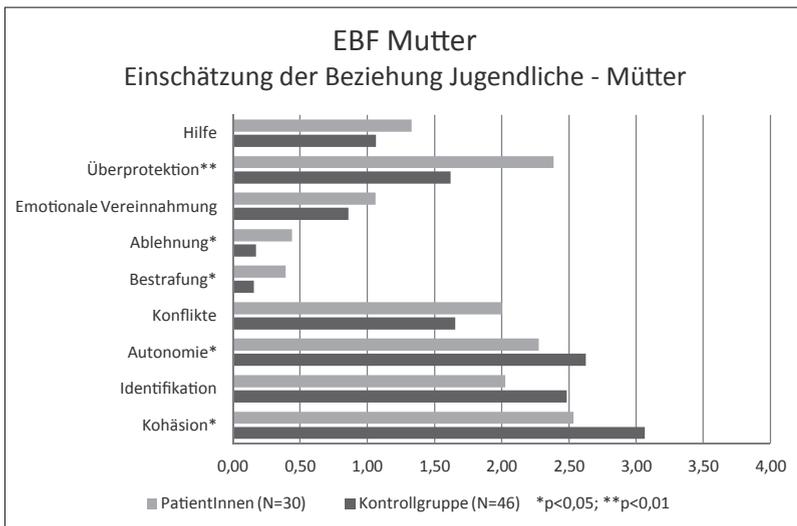
Wir finden Signifikanzen im Bereich der externalisierenden Skalen (Skala »Dissoziales Verhalten« und »Aggressives Verhalten« zusammengefasst) und im Bereich der Skalen »Andere Probleme«, »Dissoziales Verhalten«, »Soziale Probleme« und »Körperliche Beschwerden«. Auffallend ist, dass die Väter die Jugendlichen in den genannten Bereichen als signifikant weniger belastet einschätzen als die Jugendlichen sich selbst. Interessant ist auch, dass beide Elternteile die Bereiche »Andere Probleme« und »Dissoziales Verhalten« anders als die Jugendlichen wahrnehmen. Dissoziales Verhalten (Stehlen, Lügen, Vandalismus, Alkoholkonsum) findet häufig außer Haus statt und die genannten anderen Probleme (Schlafprobleme, Nägeln kauen, Alpträume) sind vielleicht zu »leicht« für die Eltern, um wahrgenommen zu werden. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Väter eine noch schlechtere Einschätzung des seelischen Zustandes ihres Kindes haben als die Mütter. Die Väter erleben die Jugendlichen auch in den Bereichen »soziale Probleme« und »körperliche Beschwerden« als signifikant weniger belastet als die Jugendlichen sich selbst.

Es stimmt nachdenklich, dass die Hälfte der Väter der PatientInnen »abwesend« ist, sei es durch Trennung, schlechten Kontakt und/oder Loyalitätskonflikte der PatientInnen mit der Mutter. Die andere Hälfte, die an der Studie teilgenommen hat, liegt in der Einschätzung über die Jugendlichen relativ daneben.

1.4 Elternbildfragebogen für Kinder und Jugendliche – EBF-KJ:

Der Elternbildfragebogen für Kinder und Jugendliche EBF-KJ (Titze, Lehmkuhl 2010) ist ein Fragebogen zur Qualität der Eltern-Kind-Beziehung aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen. Der EBF-KJ basiert auf der theoretischen Annahme, dass sich aus den Beziehungserfahrungen der Kinder mit Mutter und Vater im Laufe der Kindheit eine für jedes Elternteil spezifische internalisierte Beziehungsrepräsentation entwickelt. Diese Beziehungsrepräsentationen beeinflussen die Bewältigung von psychischen und sozialen Entwicklungsanforderungen und Krisen. Der EBF-KJ erfragt anhand von jeweils 36 Items für Mutter und Vater ein ausgewähltes Spektrum an familienpsychologisch und empirisch begründeten Ressourcen- und Risikofaktoren der Eltern-Kind-Beziehung. Diese umfassen das Ausmaß an (1) Kohäsion, die (2) Identifikation mit den Eltern und (3) die erlebte Autonomie (= Ressourcenskalen), weiters (4) Konflikte mit den Eltern, (5) unangemessene Bestrafung, (6) erlebte Ablehnung oder Gleichgültigkeit der Eltern, (7) emotionale Vereinnahmung und (8) Überprotektion durch die Eltern (= Risikoskalen). Als Zusatzskala wird lebenspraktische Hilfe für die Eltern erfragt. Beurteilt wird auf einer fünfteiligen Likertskala (0 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = selten).

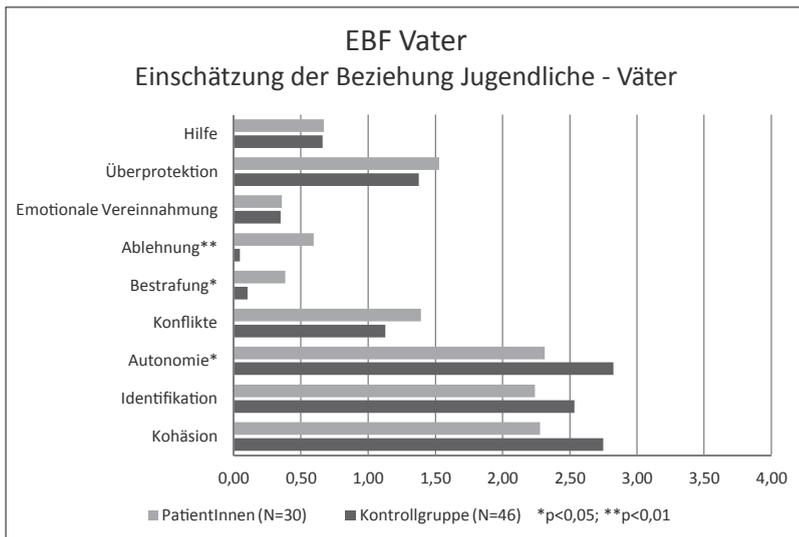
Diagramm 5: EBF Mutter



Bei den Einschätzungen der Mütter durch die Jugendlichen zeigen sich signifikante Unterschiede in 5 von 9 Skalen, wobei die Skala »Überprotektion« hochsignifikant ist. Im Bereich der Risikoskalen »Überprotektion«, »Ablehnung«, »Bestrafung« erleben die Jugendlichen ihre Mütter signifikant ängstlicher und besorgter als die Jugendlichen der Kontrollgruppe. Zusätzlich erleben sie signifikant mehr Ablehnung und Bestrafung durch die Mütter. Ungünstigerweise kommt hinzu, dass sie im Bereich der Ressourcenskalen »Autonomie« und »Kohäsion« signifikant weniger Unterstützung erleben als die Jugendlichen der Kontrollgruppe. Das bedeutet insgesamt für die PatientInnen mehr Verhalten von Seiten der Mütter, das restriktiv und belastend ist bei gleichzeitiger Gewährung von weniger Autonomie und Anlehnung (= Kohäsion). Diese Befunde lassen vermuten, dass Mütter von PatientInnen womöglich mit restriktivem Verhalten versuchen, die Jugendlichen zu führen und Struktur anzubieten, wo etwas fehlt: mangelnde Unterstützung durch den »Dritten«, den Vater. Eventuell gibt es auch einen Mangel an anderer sozialer Unterstützung. Dazu gibt es weniger Autonomie für die Jugendlichen. Auch anlehnendes, stützendes Verhalten von Seiten der Mütter ist geringer. Das könnte ein Hinweis auf einen eigenen Mangel der Mütter an Unterstützung und Anlehnung sein. Das ist für Jugendliche, die in der Pubertät einen Autonomiezuwachs erleben sollten, schwierig. Ein Mangel an elterlicher Autonomie mit gleichzeitiger Überprotektion kann zu seelischen Beeinträchtigungen führen, die dann auf einer anderen Ebene »abgearbeitet« werden müssen.

Bei der Einschätzung der Väter durch die Jugendlichen zeigen sich ähnliche Tendenzen wie bei der Einschätzung der Mütter, aber das Bild ist insgesamt

Diagramm 6: EBF Vater



»dünner«. Wie bei den Müttern finden wir Signifikanzen im Bereich der Risikoskalen »Ablehnung« und »Bestrafung« (Ablehnung dabei hoch signifikant!) und im Bereich der Ressourcenskalen einen Mangel an Autonomie. Die Schlussfolgerungen sind ähnlich wie bei den Müttern. Es kann nachvollzogen werden, dass Jugendliche bei restriktivem, strengem Erziehungsverhalten und gleichzeitiger Gewährung von wenig Autonomie in ein hohes inneres Spannungsfeld kommen. Sehr bedenklich und traurig stimmt die Einschätzung der jugendlichen Patientinnen und Patienten, dass sie sich von ihren Vätern sehr abgelehnt fühlen. Dabei könnte die andere Seite, nämlich die Seite der Väter sein, dass sie zu weit »draußen« sind, um einen guten Kontakt zu ihrem Kind zu halten.

2. Qualitative Daten

Um das Beschwerdebild und die Beziehungsqualität genauer zu erfragen, wurden halbstrukturierte Interviews über alle Zeitpunkte und bei allen Untersuchungsgruppen durchgeführt. Die Jugendlichen wurden zunächst gebeten, eine Selbsteinschätzung ihres Beschwerdebildes (»Wie geht es dir im Moment mit dem Thema, wegen dem du in Therapie gekommen bist?«) zu geben. Danach wurden sie um eine Einschätzung ihrer Beziehungen jeweils zu Mutter, Vater, FreundInnen und SchulkollegInnen gebeten (z. B.: »Wie geht es dir mit deiner Beziehung zu deiner Mutter, deinem Vater, deinen Freunden, Schul- bzw. Arbeitskollegen?«). Alle fünf Fragen sollten mit jeweils zwei bis drei Sätzen beantwortet werden.

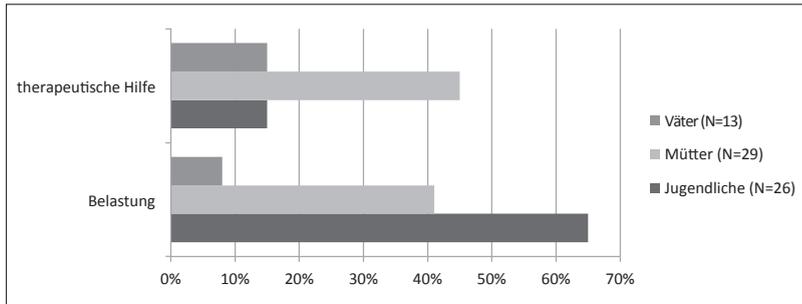
Dieselben Fragen über den/die Jugendliche wurden den Müttern und Vätern gestellt (»Wie geht es Ihnen momentan mit dem Thema, wegen dem Ihr Kind in Therapie gekommen ist?«, »Wie geht es Ihrer Tochter/Ihrem Sohn in ihrer/seiner Beziehung zu Ihnen, zum Vater, zu den Freunden, zu den Schul- bzw. Arbeitskollegen?«).

Die Interviews wurden, wie die quantitativen Messinstrumente, dreimal im Abstand eines halben Jahres wiederholt und inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2010). Für die katamnestiche Untersuchung ein halbes Jahr nach Ende der Psychotherapie wurden die Interviews schriftlich vorgelegt.

Die Auswertung der halbstrukturierten Interviews erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring (2010). Die Interviews wurden transkribiert und zunächst von zwei Raterinnen unabhängig voneinander bearbeitet. Dabei wurden folgende Interpretationsregeln (Mayring 2015, S. 72) eingehalten: 1. Paraphrasierung, 2. Generalisierung auf das Abstraktionsniveau, 3. Erste Reduktion, 4. Zweite Reduktion. Die Kategorien wurden im Konsensverfahren gebildet.

Bei der Einschätzung des Beschwerdebildes konnten bei allen drei Gruppen (Jugendliche, Mütter, Väter) beim ersten Messzeitpunkt jeweils zwei übereinstimmende Kategorien gefunden werden, nämlich »Erleichterung darüber, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen« und »fühle mich belastet«. Es erlebten sich zu Psychotherapiebeginn 65% der Jugendlichen und 41% der Mütter belastet,

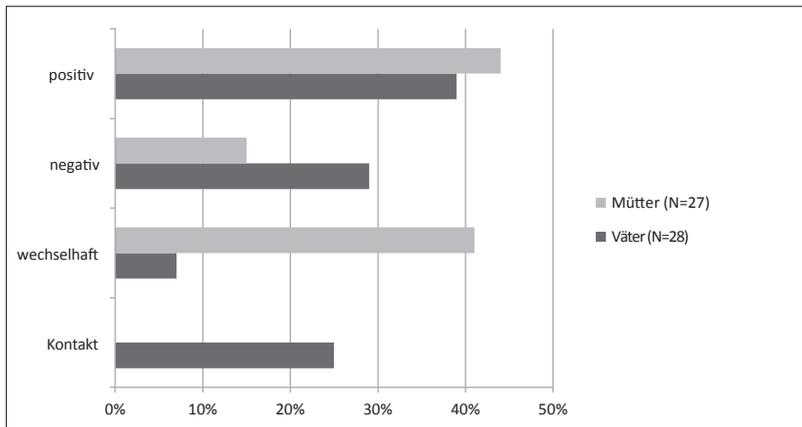
Abbildung 1: Einschätzung des Beschwerdebildes aus Sicht der PatientInnen und der Eltern.
Es wurde die relativen Häufigkeiten der teilnehmenden Gruppen in Prozenten abgebildet.
N gibt die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.



hingegen nur 8% der Väter. Froh über therapeutische Hilfe waren vor allem die Mütter mit 45%, die Jugendlichen und die Väter jeweils mit 15%.

Wie auch in der Auswertung der quantitativen Daten können wir eine hohe Belastung der Jugendlichen zu Therapiebeginn erkennen. Auch knapp die Hälfte der Mütter berichtet eine hohe Belastung. Es ist zu vermuten, dass es dabei um die Belastung des Jugendlichen geht, eventuell steckt aber auch eine eigene Belastung dahinter. Interessant ist, dass vor allem knapp die Hälfte der Mütter froh darüber ist, dass die/der Jugendliche Unterstützung durch Psychotherapie erhält. Wie bereits in der Interpretation der soziodemographischen und quantitativen Daten vermutet, ist die Rolle als Alleinerzieherin in der Pubertät besonders schwierig. Für eine gesunde Autonomieentwicklung ist der Vater wichtig. Wo es einen Stiefvater

Abbildung 2: Beurteilung der Beziehung zu Müttern und Vätern aus Sicht der PatientInnen
Es wurden die relativen Häufigkeiten der teilnehmenden Gruppen in Prozenten abgebildet.
N gibt dabei die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.



gibt, wird der vielleicht in diesem Alter nicht mehr akzeptiert. Die Psychotherapie steht hier in erster Linie in ihrer Funktion als unterstützend, trennend und triangulierend im Vordergrund.

Aus der Abbildung ist zu sehen, dass 44 % der klinischen Gruppe die Beziehung zur Mutter als »positiv«, 41 % als »wechselhaft« und 15 % als »negativ« beschreiben.

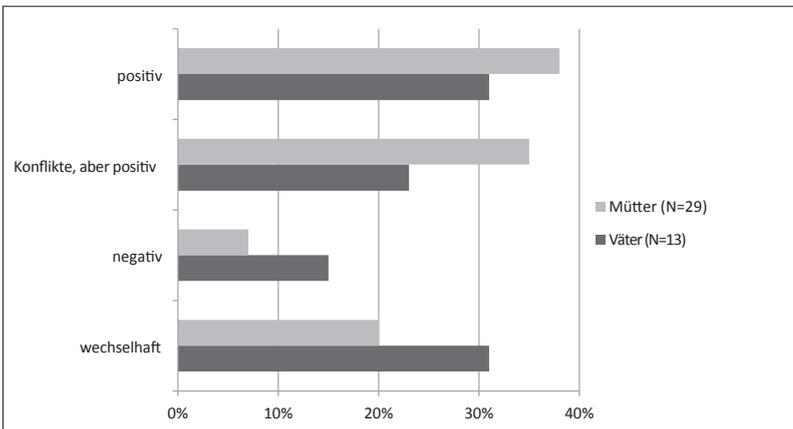
Die Beziehung zum Vater wird von den Jugendlichen ebenfalls meist als »positiv« (39 %) beschrieben, 29 % erleben sie als »negativ« und nur zwei Jugendliche (7 %) als »wechselhaft«, sieben Jugendliche erwähnen nur »Kontakt« (25 %). Diese sieben Jugendlichen erwähnen den Kontakt zu ihrem Vater ohne eine positive oder negative Bewertung zu geben (z. B.: »habe alle zwei Monate Kontakt« oder »er kommt zu Besuch und wir unternehmen etwas«). Insgesamt aber erwähnen 46 % der Jugendlichen, also insgesamt 13 Jugendliche, in irgendeiner Art und Weise (zusätzlich zu den oben genannten Kategorien) das Thema »Kontakt«: zwei Jugendliche beschreiben den Kontakt als positiv (»ab und zu sehe ich ihn, dann ist es gut«), vier Jugendliche hingegen erleben den Kontakt als negativ (»mit ihm ist es eine Katastrophe, er nimmt Drogen, ich will keinen Kontakt«) und wie oben erwähnt sieben Jugendliche erwähnen den Kontakt ohne Bewertung. Wir vermuten, dass die Wichtigkeit des Themas »Kontakt zum Vater« damit zusammenhängt, dass sehr viele Eltern der PatientInnengruppe getrennt leben und die Jugendlichen meist bei den Müttern leben.

Bei der Beurteilung der Beziehung zu den PatientInnen aus Sicht der Mütter und Väter wurden vier übereinstimmende Kategorien gefunden: »positiv«, »negativ«, »Konflikte, aber positiv«, »wechselhaft«. Insgesamt 73 % der Mütter und 54 % der Väter erleben die Beziehung zu ihrem Kind überwiegend positiv bzw.

Abbildung 3: Beurteilung der Beziehung zu den PatientInnen aus Sicht der Mütter und Väter

Es wurde die relativen Häufigkeiten der teilnehmenden Gruppen in Prozenten abgebildet.

N gibt dabei die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.



konflikthaft aber trotzdem positiv. Die restlichen Eltern erleben wechselhafte und manchmal auch negative Beziehungen zu ihren Kindern. Die Sicht der Eltern auf die Beziehung zu ihren Kindern ist aber überwiegend positiv.

Vergleicht man diese Einschätzungen mit denjenigen der Kinder (vgl. Abb. 2) so lässt sich erkennen, dass die Jugendlichen die Beziehung zu den Eltern nicht so positiv einschätzen. Dies gilt vor allem für die Beziehung zu ihren Vätern. Jugendliche leiden offensichtlich unter zu wenig oder gar keinem Kontakt zu den Vätern. Das kann durch die Trennung der Eltern oder auch durch Loyalitätskonflikte mit einem Elternteil verursacht sein. Psychotherapie kann dabei helfen, als triangulierendes Element zu wirken, ersetzt aber nicht den realen Kontakt zum Vater und das muss dementsprechend im therapeutischen Prozess zum Thema gemacht werden.

VI. Diskussion

Jugendliche Patientinnen und Patienten kommen mit gravierenden körperlichen und seelischen Belastungen in die psychotherapeutische Behandlung (KIP). Dieser Befund entspricht früheren epidemiologischen Studien, die zeigen, dass die Hälfte der psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter um das 14. Lebensjahr herum beginnt (Kessler et al. 2005). Ähnliche Befunde gibt es von Galambos & Krahn (2008) und von van Beek et al. (2012). Beide Arbeiten zeigen, dass die Prävalenz für depressive und Angststörungen bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen wesentlich höher ist als in anderen Altersgruppen. Auch strukturelle Störungen lassen sich bereits im Jugendalter erkennen (Huber et al. 2016).

Eine Erklärung dafür wäre, dass das Jugendalter eine Altersphase darstellt, in der unverarbeitete Konflikte durch erhöhte Regressionsneigung reaktiviert werden können (Thomashoff 2015). Das Jugendalter ist ein äußerst sensibler Entwicklungsprozess. Die üblichen hormonellen Veränderung, die Entwicklung des Triebgeschehens, der Prozess der Ablöse von den Eltern und des Findens der eigenen Identität sind große Aufgaben für Jugendliche. Zusätzliche Belastungen im engeren Umkreis wie Konflikte oder Trennung der Eltern können von Jugendlichen kaum mehr bewältigt werden.

Seiffge-Krenke et al. (2011) betonen ebenfalls die Rolle der Eltern bei der Entstehung von psychischen Störungen bei Jugendlichen. Dabei fällt auf, dass Eltern von jugendlichen PatientInnen oft einen falschen Eindruck von deren psychischer Befindlichkeit haben. Das führen die Autoren auf den beginnenden Ablöseprozess der Jugendlichen zurück sowie darauf, dass Jugendliche sehr gut ein Zeitlang unerwünschte Symptome verbergen können. Das deckt sich mit unseren Ergebnissen, wonach Eltern in der Symptom- und Beziehungseinschätzung teilweise ganz andere Vorstellungen als ihre Kinder haben (vgl. auch Krischer 2013). Dies könnte unter anderem auch darauf zurückzuführen sein, dass gewisse Symptome

oder problematische Verhaltensweisen häufig außerhalb des familiären Kontexts auftreten und so von den Eltern nur mangelhaft wahrgenommen werden können.

Dies scheint vor allem für die Väter zu gelten, die gemäß unserer Studie nur wenig und distanzierteren Kontakt mit ihren Kindern pflegen. Dies zeigt die Wichtigkeit einer konstruktiven Elternarbeit, die insgesamt zu einer Verbesserung der Symptomatik und des Beziehungserlebens führen kann. Vor allem die Rolle des Vaters scheint bei Jugendlichen wichtig zu sein. Dieses Thema soll bei den weiteren Auswertungen beobachtet und diskutiert werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Psychotherapie im Jugendalter eine wichtige Funktion hat: Sie bietet Entlastung für Eltern und Jugendliche, sie dient der Triangulierung, wo diese zuhause nicht möglich ist, sie bietet einen geschützten Raum zur Entwicklung von Autonomie und Identität und sie dient der Gesundheit und Verbesserung bei Symptombelastung und Beziehungskonflikten.

So meinen Midgley et al. (2009, zitiert nach Atzil-Slonim 2016, S. 281): »In psychotherapeutic work with youth, the goal is to help individuals who have deviated from a healthy developmental path return to the mastery of age-appropriate tasks and develop more adaptive relationships which may lead to symptom reduction«.

Die Beziehung scheint also der Schlüssel zur Symptomreduktion zu sein.

Midgley (2016) führt dazu noch genauer aus, dass Psychotherapie mit Jugendlichen zum Ziel hat, die Stimmigkeit der mentalen Beziehungsmodelle zu erarbeiten und zu verbessern. Damit werde die Fähigkeit der Affektregulation und die Fähigkeit des Schließens und Aufrechterhaltens positiver Beziehungen mit anderen verbessert. Der Erfolg einer Behandlung zeige sich in der Fähigkeit der Jugendlichen einer üblichen adoleszenten Entwicklung zu folgen (was schulische Themen und die peer group angeht), sowie einen Schritt der Trennung von den primären Bezugspersonen zu erreichen.

Die KIP ist wie bereits eingangs erwähnt, eine Methode die vor allem für Kinder und Jugendliche ein breites Spektrum in der Anwendung bietet. Sie ist unter anderem kreativ, konfliktzentriert, aber auch entwicklungsfördernd.

Die KIP in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (Dieter, J. 2013) schließt dabei eine Lücke zwischen Spieltherapie und therapeutischem Gespräch. Sie bietet die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit unbewussten Konflikten auf der Symbolebene und zum narzisstischen Erleben. KIP kann dabei sowohl als Haupttherapieform angewendet werden als auch in Kombination mit der Spieltherapie.

Für viele Jugendliche bietet die KIP dabei eine Chance, im Schutz des Symbols und im Raum der Kreativität wie es die Imaginationen ermöglichen, Konflikte zu bearbeiten, die im direkten Gespräch schwer zugänglich sind. Auch die therapeutische Beziehung und der therapeutische Raum erhält dadurch viel Schutz und kann von den Jugendlichen als sicher und unterstützend erlebt werden.

Eine erste Sichtung der Daten lässt vermuten, dass eine Reduktion des Belastungserlebens und der Symptomatik der jugendlichen Patientinnen und Patienten

erreicht werden kann. Die unterschiedlichen Einschätzungen der Beziehungen durch die Jugendlichen und deren Eltern dürften aber vermutlich länger bestehen bleiben.

Es wird derzeit an der Auswertung der quantitativen und qualitativen Daten der Messzeitpunkte 2, 3 und Katamnese gearbeitet. Es soll in weiterer Folge neben den Eindrücken der PatientInnengruppe auch das Erleben von Beziehungen der Kontrollgruppe dargestellt werden und beide Gruppen sollen miteinander verglichen werden. In einem eigenen Kapitel wird dabei ausführlich über die Auswertung des Blumenbildes im Verlauf eingegangen und mögliche Interpretationen dazu werden dargestellt.

Literatur

- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth J., S., Midgley, N. (2013): Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Short-Term Psychodynamic Models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52 (8): 863–875. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014>
- Achenbach, T. (1991a): Child Behavior Checklist for ages 4–18. University of Vermont monographs of the society for research in child development
- Achenbach, T. (1991b): Manual for the Youth Self-Report and 1991 YSR Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Atzil-Slonim, D., Wiseman, H., Tishby, O. (2016): Relationship representations and change in adolescents and emerging adults during psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 26 (3): 279–296. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1010627>
- Bänninger-Huber, E., Monsberger, S. (Hrsg.) (2016): Prozesse der Emotionsregulierung in psychoanalytischen Langzeittherapien. Innsbruck: iup (innsbruck university press)
- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Frühe Hilfen. Eckpunkte eines »Idealmodells« für Österreich. Zugriff am 15.10.2016. Verfügbar unter: http://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/Fruehe%20Hilfen_Eckpunkte%20Idealmodell.pdf
- Burian-Langeegger, B. (2005): Aggression und Trennungsangst – Krisen in der Adoleszenz. *Imagination* 3: 36–50. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Chiba, R. (2013): Was ist eine therapeutische Beziehung? Was ist heilsam in dieser Beziehung? Welches sind die Wirkfaktoren? Skriptum zum Weiterbildungscurriculum für Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der ÖGATAP 2013
- Derogatis, L. R. (1977): Symptom Checklist. Deutsche Version von Franke, H. (1995): Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Dieter, J. (2013): Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Skriptum zum Weiterbildungscurriculum für Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der ÖGATAP 2013
- Döpfner, M., Berner, W., Lehmkuhl, G. (1994a): Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik

- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W. (1994b): Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik
- Fonagy, P. (2003): The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy* 29 (2): 129–136. London: Brunner Routledge. Taylor & Francis Group
- Galambos, N.L., Krahn, H.J. (2008): Depression and anger trajectories during the transition to adulthood. *Journal of Marriage and Family* 70 (1): 15–27. DOI 10.1111/j.1741-3737.2007.00458.x, zitiert nach: Arzil-Slonim, D., Wiseman, H., Tishby, O. (2016): Relationship representations and change in adolescents and emerging adults during psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1010627>
- Huber, E., Bock, A., Hans, M., Wieser, E., Steinmayr-Gensluckner, M., Sevecke, K., Benecke, C. (2016): Emotionserleben, Emotionsregulation und strukturelle Störung bei Jugendlichen. *Psychotherapie Forum*. Open-Access-Publikation bei Springer. DOI 10.1007/s00729-016-0070-y
- Kessler, R. C., Berglung, P., Demler, O., Jin R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005): Puberty and the emergence of gender difference in psychopathology. Zitiert nach: Salzer, S., Streeck-Fischer, A. (2015): Die Psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM) für Adoleszente mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer
- Krischer, M. (2013): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse einer Pilot-Studie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 41(2): 87–97. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- Leuner, H. (1985): Lehrbuch der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. 3. korrigierte und erweiterte Auflage 1994. Bern: Hans Huber
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage 2015). Weinheim und Basel: Beltz
- Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Nestic-Vuckovic, T., & Urwin, C. (Eds.) (2009): *Child psychotherapy and research. New approaches, emerging findings*. New York: Routledge. Taylor & Francis Group
- Midgley, N. (2016): wörtliches Zitat aus einer E-Mail zur Frage der Wirksamkeit von Jugendlichenpsychotherapien am 18. 11. 2016.
- Reis, Oliver (2016): Drogengebrauch bei Jugendlichen – Epidemiologie und Entwicklungspsychopathologie. Vortrag anlässlich der Suchttagung am 30.9.2016 in Innsbruck
- Renschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.) (2012): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO – Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber. 6. Auflage
- Ruppert, C. (2014): *Abbrüche in der Psychotherapie*. Masterarbeit an der Zürcher Fachhochschule
- Sachse, U., Imruck, B., Bahrke U. (2016): Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP. Eine naturalistische Studie. *Ärztliche Psychotherapie* 2: 87–92. Stuttgart: Schattauer
- Schnallinger, R. (2012): »Der Blumentest« als projektives Verfahren in der kinderpsychologischen Diagnostik. *Imagination* 1–2: 162–171. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Seiffge-Krenke, I. (2010): Beyond efficacy. *Forum der Psychoanalyse* 26 (3): 291–312. Heidelberg: Springer
- Seiffge-Krenke, I., Nitzko, S. (2011): Wie wirksam sind analytische und tiefenpsychologisch fundierte Langzeitpsychotherapien bei Jugendlichen? Ein Vergleich der Einschätzung von

- Patienten, ihren Eltern und Therapeuten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 39 (4): 253–264. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- Sevecke, K., Schmeck, K., Krischer, M. (2014): Das dimensional-kategoriale Hybridmodell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 aus jugendpsychiatrischer Perspektive. Kritik und klinischer Ausblick. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 42(4): 279–283. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- Thomashoff, H. O. (2015): Vorwort zu: Neue Entwicklungen in der Adoleszenztherapie. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie 1. Stuttgart: Schattauer
- Tiroler Landesverband für Psychotherapie (2012): Report 2012 – Tiroler Landesverband für Psychotherapie. Schwerpunkt: Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Innsbruck: Eigenverlag
- Tiroler Landesverband für Psychotherapie (2015): Landesversammlung am 19.11.2015 in Innsbruck. Präsentation zu aktuellen Zahlen
- Titze, K., Lehmkuhl, U. (2010): EBF-KJ. Elternbildfragebogen für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe AG
- Van Beek, Y., Hessen, D. J., Hutteman, R., Verhulp, E. E., & van Leuven, M. (2012): Age and gender differences in depression across adolescence: Real or “bias”? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 973–985. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02553.x. Zitiert nach: Atzil-Slonim, D., Wiseman, H., Tishby, O. (2016): Relationship representations and change in adolescents and emerging adults during psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 26 (3): 279–296. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1010627>
- Von Wietersheim, J., Wilke, E., Röser, M., Meder, G. (2001): Die Kathym-imaginative Psychotherapie – Evaluationsstudie – erste Ergebnisse. In: Bahrke, U., Rosendahl, W. (Hrsg.): *Psychotraumatologie und Kathym-imaginative Psychotherapie*: 499–507. Lengerich: Pabst
- Wienand, F. (2012): KIP bei Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Ullmann, H., Wilke, E. (Hrsg.): *Handbuch Kathym Imaginative Psychotherapie*. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., Cohen, D., Giovanel, C., Liu, Y., Michael, K. D., Zhang, Y., Weiz, J., R., Xie, P. (2015): Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 14 (2): 207–222. DOI 10.1002/wps.20217

Zusammenfassung:

In diesem Artikel werden die Ergebnisse des ersten von insgesamt vier Messzeitpunkten (drei Messzeitpunkte und ein Katamnesemesszeitpunkt) einer naturalistischen Studie zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von KIP bei Jugendlichen dargestellt.

Die vorliegende Untersuchung verfolgt das Ziel, die Wirksamkeit von KIP bei Jugendlichen zu überprüfen. In einer Längsschnittstudie wurde eine klinische Gruppe von Jugendlichen mit einer Kontrollgruppe nicht behandelter Jugendlicher verglichen. Die Behandlungen wurden von erfahrenen KIP-Therapeutinnen und Therapeuten mit abgeschlossener Ausbildung in Österreich und Südtirol durchgeführt. Eingesetzt wurden verschiedene Instrumente (Fragebögen, halbstrukturierte

Interviews, das KIP-spezifische Motiv Blume) zur Einschätzung von Symptombelastung und Beziehungsgestaltung durch die Jugendlichen und die Eltern. Die Daten zum Behandlungsbeginn zeigen deutliche körperliche und seelische Belastungen der jugendlichen Patienten sowie eine Diskrepanz zwischen den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen und ihren Eltern. Eine erste Sichtung der Daten lässt vermuten, dass KIP eine effektive Therapieform darstellt, die eine Reduktion der Symptomatik und eine Verbesserung des Beziehungserlebens bei jugendlichen Patienten ermöglicht. Diese Ergebnisse sollen in einem weiteren Artikel erscheinen.

Schlüsselwörter:

KIP – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Psychotherapieforschung

Autorinnen:

Brigitte Fiala-Baumann, Mag.^a rer.nat.

Klinische- und Gesundheitspsychologin

Psychotherapeutin für KIP in freier Praxis, A-6020 Innsbruck, Mozartstraße 6

Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin der ÖGATAP

Dissertantin am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck

+43 699 10119031

csab1250@uibk.ac.at

praxis.mozart@hotmail.com

Eva Bänninger-Huber, Univ.-Prof. Dr.

Professorin für Klinische Psychologie, Universität Innsbruck

Psychotherapeutin und Leiterin der Forschungsambulanz des Instituts für Psychologie der Universität Innsbruck

Sprecherin des universitären Forschungszentrums Emotion-Kognition-Interaktion (EMKONT)

Past President European Chapter der Society for Psychotherapy Research (SPR)

Institut für Psychologie, A-6020 Innsbruck, Innrain 52

+43 512 50756011

eva.baenninger-huber@uibk.ac.at

Rezension

In ihrem kreativen Ausdruck menschlicher Seelenzustände kann man Literatur wie katathyme Imaginationen auf künstlerischem Niveau lesen. Indem sie eine Sprache für psychische Prozesse, für Konflikthafes und schwer Symbolisierbares findet, entlastet sie die Lesenden. Für die Erforschung der menschlichen Psyche war sie immer schon eine Fundgrube: Freud hat die Affinität zwischen Literatur und Psychoanalyse von Anfang an unterstrichen. Sie ist seither ein Diktum für unterschiedlichste Therapierichtungen, ganz besonders aber für psychodynamisch orientierte Verfahren. Deshalb möchte die Redaktion der »Imagination« in lockerer Folge auch literarische Neuerscheinungen rezensieren.

Don DeLillo:

Null K. Roman.

Aus dem amerikanischen Englisch von Frank Heibert.

Köln: Kiepenheuer und Witsch 2016. 280 S., 20,60 €

»Null K« (»Zero K« im amerikanischen Originaltitel) ist der jüngste Roman des vielfach preisgekrönten US-amerikanischen Autors Don DeLillo. Wie in seinen bisherigen Werken ist er auch diesmal beklemmend nah an aktuellem Zeitgeschehen – beklemmend, weil Science Fiction hier so tut, als würde sie gerade zum Zeitroman, oder anders herum, weil der Zeitroman so tut, als wäre er gerade noch Science Fiction. »In den Zeiten von Tscheljabinsk«, Teil eins, »In den Zeiten von Konstantinowka«, Teil zwei, dazwischen der ins Zeitlose ausschwingende Wiederhall der Sprachimplantate von Artis, der einstigen Anthropologin, nun eisgekühlt zwischengelagert zwischen dem auf Tscheljabinsk stürzenden Meteor (2013 Erdzeit) und der zerstörten ukrainischen Stadt Konstantinowka (2014 Erdzeit) – das technologisch veranlasste ewige Leben zwischen zwei Weltuntergangsszenarien: der Zerstörung der Erde durch eine, wie man so sagt kosmische Katastrophe und der Zerstörung der Erde durch eine, wie man so sagt humanitäre Katastrophe – Krieg. Das ist der zeitliche Rahmen, den DeLillo konstruiert, als Background für das Realisat von Null K, dem absoluten Temperaturnullpunkt (0 Grad auf der Kelvin-Skala), an dem Zeit unschädlich gemacht werden soll: Krankheit, Altern, Tod überwindend – eine urmenschliche Fantasie, die aber in dem Moment, in

dem sie technisch realisierbar scheint, grauen-voll wird. *Cryonics is an experimental procedure that preserves a human being using the best available technology for the purpose of saving his/her life*, heißt es, ordentlich gegendert, auf der Website der »Alcor Life Extension Foundation« – in der Realität hier und jetzt, nicht etwa nur im Roman-Kosmos eines womöglich irre gewordenen, in New York vor sich hin alternden Autors. Der siedelt diese ihrer technischen Umsetzbarkeit näher gerückte Sehnsucht nach dem ewigen Leben irgendwo in der kasachischen Wüste an, ein großteils unterirdisches Labor der Kryokonservierung, Glaskabinen voll von Leichen, die dem technischen Vollzug ihrer Auferstehung entgegenwarten, wie der einst in den Katakomben die Schädel und Knochen der Gläubigen dem Jüngsten Tag, *leere Gesichter in stillen Räumen beim stetigen Scan der Monitoren* (S. 27). – Als Leser, der, im vorigen Jahrhundert wohl, die Buchstabenkette entlangtastend den Kosmos der Narration bildhaft in sich entstehen ließ, möchte man fliehen vor dem Traktat dieser Bilder zu einem Ort innerer Vorstellungen, an dem man nicht sehen muss. Und wird mit DeLillos Ich-Erzähler in die Romanwelt geworfen, in der man sich nichts vorstellen kann, weil alles schon da ist. Der ganze Schrecken, der Jeff von riesigen Flatscreens – die Menschen dreimal so groß wie in »Wirklichkeit« – in die Netzhaut gebrannt wird. Nicht umsonst lässt DeLillo den Protagonisten die Bedeutung der Wörter beschwören – den Instant-Bildern die Kette der Signifikanten entgegensetzend, die (immer noch) (mehr als) eine Wahl lässt. *Am Ende des langen Gangs schaute ein Bildschirm aus einer Deckennische. Er reichte quer über die ganze Wand und entrollte sich langsam bis fast zum Boden. (...) Durch die Größe des Bildschirms ging die Wirkung weit über die Kategorie Fernsehnachrichten hinaus. (...) Alles lag direkt vor mir, auf Augenhöhe, unmittelbar und real. (...) Es war schwer, nicht hinzuschauen. Schließlich warf ich einen Blick hinter mich in den Gang, ob wohl jemand kam, noch ein Zeuge, ein Mensch, der neben mir stehen würde in der Bilder Flut und Griff. Und alles ohne Ton* (S. 15f). Sendungen authentischer Bilder von Drohnen aus Kriegsgebieten in Echtzeit übertragen? Sodass man dem Krieg, den Naturkatastrophen überall und ohne Zeitverzögerung zuschauen kann? Wieder deliriert der Autor, deliriert sein Protagonist nicht. YouTube sendet bereits. Und auch DeLillos Jeff weiß nie, ob was er sieht real ist oder photoshopbearbeitet; werden die gefakten Bilder gerade Wirklichkeit oder ist es umgekehrt? *Konnte es sein, dass es sich nicht um eine selektiv dargebotene Tatsachendokumentation handelt, sondern um etwas radikal anderes? Ein digitales Gewebe, dessen Teile sämtlich manipuliert und verstärkt wurden, komplett entworfen, bearbeitet, umgestaltet. (...) Das waren visuelle Fiktionen, die Lauffeuer und brennenden Mönche, digitale Bits, digitaler Code, alles computergeneriert, nichts davon echt. (...) und dann kamen sie um die Ecke gerauscht und rasten auf mich zu, die rennenden Männer und Frauen, Fleisch gewordene Bilder, aus dem Bildschirm geschwappt* (S. 156f).

Der Hyperrealität der Körper im digitalen Bilderschwarm entspricht auf der Seite der Zuschauer die Dissoziation von jeglicher Körperlichkeit: *Sehen und spüren*

Sie all das nicht intensiver als früher? Die Gefahren und Warnungen? Dass sich da etwas zusammenbraut, egal wie sicher Sie sich mit Ihrer tragbaren Elektronik fühlen. Mit der Sprachsteuerung, den Hyperlinks, durch die Sie sich vom Körperlichen abkoppeln können (S. 130). Die Geräte, die Sie benutzen, die Sie überall mit hinnehmen, von einem Raum zum andern, einer Minute zur andern: kein Entrinnen. Fühlen Sie sich manchmal entkörperlicht? All die kodierten Impulse, von denen Sie abhängig sind, um sich leiten zu lassen. All die Sensoren im Raum, die Sie beobachten, belauschen, Ihre Gewohnheiten aufspüren, Ihre Fähigkeiten messen. All die verknüpften Daten, durch die Sie in die Megadaten eingegliedert werden sollen (S. 244). Das Unsterblichkeits-Fantasma kryokonservierter Entleiblicher spitzt DeLillo auf den von den Superreichen der Globalwelt, den Göttern der Weltfinanz (S. 112) gehegten Kunstkapitalismus zu, der jetzt seinen entscheidenden Schritt ins nächste Paradigma tut: zu einer neuen Generation Erdkunst mit menschlichen Körpern, deren Beseeltheit außer Kraft gesetzt war (S. 20f). Hat die Kunst bisher den Menschen abgebildet, bildet jetzt der Mensch die Kunst ab. Halten wir uns noch ein paar Menschen. Stellen wir sie uns ins Wohnzimmer. Gekappte Monolithen aus einst lebendigem Fleisch, ausgestellt in den Schauräumen von Auktionshäusern oder den Schaufenstern hochgestochener Antiquitätenhändler im eleganten Teil der Madison Avenue. Oder ein kopfloses Paar, Mann und Frau, in einer Ecke der grandiosen Suite eines Londoner Penthouses, das einem russischen Oligarchen gehört (S. 236).

[A]ll die wackligen Komplikationen von Körper, Geist und persönlichen Umständen hinter sich lassen (S. 249) – das streben die Pioniere des Konvergenz-Projekts in DeLillos Romanwelt an, und gerade das Gegenteil davon will Psychotherapie. Genau mit all den *wackligen Komplikationen von Körper, Geist und persönlichen Umständen* haben wir es zu tun, wenn wir – zunehmend außergewöhnlich im Fluss des Tages – mit unseren Klienten mit ausgeschalteten electronic devices fünfzig nichtdigitale Minuten lang dem Austausch der Worte Raum geben. Nicht *der Bilder Flut und Griff* (S. 16), all die Flashbacks und Flashforwards der Romanfiguren, wie sie DeLillo als den traumatisierten und traumatisierenden Diskurs des unsymbolisierten und unsymbolisierbaren Konkreten fasst, sind dabei unser Instrument in der KIP. Ich schließe die Augen. Ich hörte ein Wort. Berg. Wiese. Haus. Ich höre, rieche, schmecke, verspüre leiblich, ja, und vielleicht: ich sehe – aber nicht diese – sondern katathyme Bilder, Bilder, die aus dem inneren Bedeutungsraum entstehen und die es so sonst nirgendwo gibt. Sie sind kein Abbild. Kein Film. Keine Version von etwas. Nichts, was hochgeladen, gewhatsappt, gepostet werden kann. DeLillos Roman gemahnt an diesen entscheidenden Unterschied.

Brigitte Spreitzer

Register 1991–2016

- Josef Christian Aigner: Postmoderne Sexualitäten – Entwicklungen und Verwicklungen 1/08
- Susanne Altweger: Gott schläft im Stein 1–2/12
- Susanne Altweger: »Die Person in der Person«, Das Innere Team nach Schulz von Thun in Kombination mit katathymen Bildern in Beratungsprozessen 2–3/15
- Brigitte Arlt-Schöpfli, Norbert Arlt: Archetypen der griechischen Mythologie in einer KIP-Therapie 2/02
- Ulrich Bahrke: Imaginationen in der Psychoanalyse – erläutert an einem Behandlungsfall einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung 3/97
- Ulrich Bahrke: Zum Begriff der Regression im Kontext Katathym Imaginativer Psychotherapie 3/03
- Ulrich Bahrke: Zur Förderung der Symbolisierungsfähigkeit im Behandlungsspektrum der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1/05
- Ulrich Bahrke, Karin Nohr: Katathym Imaginative Psychotherapie: Eine Positionsbestimmung 2/05
- Ulrich Bahrke, Karin Nohr: Katathym Imaginative Psychotherapie: Eine Positionsbestimmung 4/05
- Ulrich Bahrke: Übertragungskonzeptionen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 3/10
- Ulrich Bahrke: Migration – ein kultureller Prozess zwischen Chance und Risiko 1/15
- Eva Bänninger-Huber, Brigitte Fiala-Baumann: Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen. Teil 1 der Studienergebnisse – Daten zum Zeitpunkt des Studienbeginns 4/16
- Till Bastian: Ich und Er: Selbstreflexion zur männlichen Sexualentwicklung 1/94
- Waltraut Bauer-Neustädter: Der Weg zum Gefühl der Bewegung – Annikas Unendliche Geschichte 2/03
- Waltraut Bauer-Neustädter, Susanne Drewes: Spiegelneurone, Spiegel-Eier und das Zwillingdrama ... 1–2/12
- Waltraut Bauer-Neustädter, Susanne Drewes: Verloren im »Land der unbegrenzten Möglichkeiten« – Orientierungslosigkeit bei Spätadoleszenten 2–3/15
- Gaetano Benedetti, Maurizio Peciccia: Selbstbild, Therapeutisches Spiegelbild, Selbstobjekt und Übergangsobjekt im Traum und in der Imagination 3/00
- Nicole Berger-Becker: Woher komme ich? Wer bin Ich? Die Schatten der Vergangenheit und ihre Verarbeitung in der Imagination 2/14
- Konrad Bernard: Die gelenkte Alterprogression – ein Regieprinzip in der KB-Therapie bei Kindern und Jugendlichen 4/93
- Stefan Bienenstein: Fehlerkultur in der Psychotherapie 1/10
- Dieter Birnbacher, Leonore Kottje-Birnbacher: Ethische Probleme in der Ausbildung von Psychotherapeuten 2/98
- Brigitte Bischof: Autogene Psychotherapie 2/04
- Brigitte Bischof: Ziele Autogenen Trainings. Grundstufe der ATP 2/06
- Josef Bittner: Hingabe, Aufgabe, Abgabe – Metamorphosen von Gesundheit 4/92
- Josef Bittner: Zum Procedere des Therapeutenkolloquiums 1/95
- Josef Bittner: Zur Tiefe der Tiefenpsychologie 3/95
- Josef Bittner: Lust an der Herrschaft? Aspekte der Interaktion zwischen Klient, Therapeut und Symptom 3/97
- Josef Bittner: Anpassung Macht krank. 1/00
- Josef Bittner: KIP und Kino – Zur Dynamik unbewusster Prozesse 2/02
- Josef Bittner: Alles Spiegel – Mediale Berichte zu den Spiegelneuronen im Sommer/Herbst 2013 3/13
- Hedda Bittner-Weise, Hans Lauber: »Die gute Stunde, die erfolgreiche Behandlung« – Ein schulübergreifendes Interventionsmodell am Ambulatorium f. P.Th. d. Wr. GKK 3/04
- Ulrike Blom: Die interkulturelle Begegnung in der Psychotherapie 2/00
- Matthias Boesch: Du-Furcht und Begehren – Inter-subjektivität in der psychotherapeutischen Beziehung 4/00
- Matthias Boesch: Die Liebe in der Psychotherapie 3/07
- Angelika Bolz: Vom »Sternenwanderer« zum »Piratenkapitän«. Veränderungsmöglichkeiten eines 10-jährigen Buben mit einer reaktiven Entwicklungs-

- hemmung und daraus folgenden Schulschwierigkeiten 4/14
- Kathrin Angelika Bolz: »... Nachts ist die Kuh manchmal ein Stier« 1/16
- Clara Bretschneider: Orientierung im Grenzland 4/13
- Bernhard Brömmel: Sterbebegleitung einer stationären Karzinompatientin im Schnittpunkt unterschiedlicher Erwartungen 1/98
- Bernhard Brömmel: »Ich find's eh nett, wie Sie sich bemühen!« – Zum Umgang mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen 2/02
- Bernhard Brömmel: Wir brauchen Psychotherapie im Krankenhaus! Über Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation zwischen Psychotherapie und Medizin 3/04
- Bernhard Brömmel: Die Übertragung in der KIP und in der TFP. Oder: braucht die KIP die TFP? 4/05
- Bernhard Brömmel: »Was mir fehlt, ist nur ein bisschen Mut. Ich habe Angst, dass das Wasser eiskalt ist!« – Die Frau auf der Brücke. Über aggressives und destruktives Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, dargestellt in einem Spielfilm 3/09
- Bernhard Brömmel: König Blaubarts Schloss und andere geheimnisvolle Häuser – Über Störungen der Identität 2–3/15
- Elisabeth Brunner-Karré: Gespräch und therapeutische Beziehung in der KIP 1/99
- Elisabeth Brunner-Karré: »Heute setz' ich mich in Ihren Stuhl!« Von der therapeutischen Szene über die Beziehungsanalyse zur Mentalisierung 2/08
- Elisabeth Brunner-Karré: Der kreative Impuls als therapeutisches Agens 2–3/15
- Barbara Burian-Langeegger: Stieffamilie 1/15
- Barbara Burian-Langeegger: Virtuelle Spielräume 2–3/15
- Michael B. Buchholz: Worte hören, Bilder sehen – Seelische Bewegung und ihre Metaphern 1–2/12
- Monika Bürgi-Kraus: Multikultur und Imagination – Sprachliche und sozio-kulturelle Determinationen in der KIP 2/02
- Monika Bürgi-Kraus: »Das bessere Leben ist anderswo« – Auswirkungen von Migrations-Traumata auf die Identität und die Fähigkeit zur Symbolisierung und Mentalisierung 2–3/15
- Wilhelm Burian: Vom Trieb zur Interaktion 1/01
- Wilhelm Burian: Das Mödlinger Modell (Wie wirkt psychoanalytische Behandlung in der stationären Behandlung der Drogenabhängigkeit?) 3/04
- Barbara Burian-Langeegger: Adoleszenz 2/99
- Barbara Burian-Langeegger: Trauma und inneres Objekt 3–4/02
- Barbara Burian-Langeegger: Kinder zwischen den Institutionen – Die Arbeitsweise der Child Guidance Clinic, Wien 3/04
- Barbara Burian-Langeegger: Aggression und Trennungsangst – Krisen in der Adoleszenz 3/05
- Barbara Burian-Langeegger: Brüche in Biografien. Die transgenerationale Weitergabe von Kriegsfolgen, Migration und Gewalt 3/12
- Renate Chiba: Persönlichkeitsentwicklung und Gemeinschaftsförderung in der Tagtraumtherapie 1/97
- Renate Chiba: Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 2/99
- Peter Conzen: Fanatismus. Eine unheimliche Persönlichkeitsveränderung – Versuch einer tiefenpsychologischen Annäherung 2/16
- Kristina Cordes-Leyendecker: Der Pilger auf seiner Reise zu sich Selbst – Überlegungen zu einem Tagtraum-Motiv in der Schlussphase der Therapie mit der Katathym Imaginativen Methode 4/04
- Suzanne Claire Cottier: Was hat ein Eisbär in der Supervision verloren? Szenisches Verstehen mit Hilfe von Katathymen Imaginationen, Objekten und gestalterischen Mitteln in der Fallsupervision 2/01
- Suzanne Claire Cottier: Coaching: Führungsprozesse imaginativ begleiten 3/08
- Margret Flores d'Arcais-Strotmann, Harald Ullmann: Der Tagtraum unter der Lupe 1/02
- Elfrun Delanoy: Facetten der Depressivität und die hilfreiche Beziehung 4/12
- Heide Dellisch: Sexueller Mißbrauch und Inzest 3/93
- Heide Dellisch: Altern – Verlust und Gewinn 1/05
- Heide Dellisch: Symbole in der bildenden Kunst und ihre Bedeutung in der Psychotherapie (KIP) 1/07
- Michael Jay Diamond: Die interaktionelle Basis der hypnotischen Erfahrung – Über die Beziehungsdimension der Hypnose 2/93
- Jadranka Dieter: Bindungsforschung und ihre Bedeutung für die Katathym Imaginative Psychotherapie 2/99
- Jadranka Dieter: Symbolbildung und ihre Bedeutung für die Psychotherapie 1/00
- Jadranka Dieter: Stufen der Triangulierung – Die Bedeutung der Dyade und der Triade in Entwicklung und Psychotherapie 4/04
- Jadranka Dieter: Neue Entwicklungen der Bindungsforschung. Was leistet die Bindungstheorie für die Psychotherapie? 3/06

- Jadranka Dieter: Zu dritt im imaginären Raum – Ein intersubjektives Modell für die KIP 3/07
- Jadranka Dieter: Ich bin Ich und wer bist Du? – Begegnung und Anerkennung in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1/09
- Jadranka Dieter: Altersregression in der KIP. Neubetrachtung und Neubewertung eines bekannten Phänomens 1–2/12
- Jadranka Dieter: Ist jede Imagination hilfreich? – Von der Objektverwendung zur Verwendung der Imagination 2–3/15
- Wilfried Dieter: Katathym Imaginative Psychotherapie bei depressiven Störungen 4/93
- Wilfried Dieter: Das innere Bild von Mann und Frau – Geschlechtsspezifische Gegenübertragung in der Imagination 3/95
- Wilfried Dieter: Lernen durch Erfahrung mit Hilfe von Symbolen 3/96
- Wilfried Dieter: Symbole in Therapie und Kunst – Die Symbolbildung auf der paranoid-schizoiden und auf der depressiven Position 3/97
- Wilfried Dieter: Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Träumen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten 3/98
- Wilfried Dieter: Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten 3/99
- Wilfried Dieter: Die Bedeutung der Selbstpsychologie für die KIP-Behandlungstechnik – Zur Renaissance der Ideen von Heinz Kohut 4/00
- Wilfried Dieter: Die Katathym Imaginative Psychotherapie – eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode 3/01
- Wilfried Dieter: Wir brauchen die Kunst, um das Leben zu ertragen 2/02
- Wilfried Dieter: Katathym Imaginative Psychotherapie bei Angstneurosen 4/03
- Wilfried Dieter: Störungsspezifische KIP-Therapie der Depression 2/04
- Wilfried Dieter: Explizite und implizite KIP-Behandlungstechnik 1/06
- Wilfried Dieter: Lebendigkeit oder Erschießungskommando – Das analytische Dritte, die projektive Identifikation und die Kunst der KIP 4/07
- Wilfried Dieter: Bruchstücke einer Vater-Erinnerung – Hanscarl Leuner zum 90. Geburtstag 4/08
- Wilfried Dieter: In meinem All bist du mein fixer Stern – Rooms und Spaces als Schlüsselbegriffe in der Theorie Winnicotts und der KIP 3/09
- Wilfried Dieter: Übertragung und Gegenübertragung sind Saiten eines Instruments – Interview und Laudatio zum 80. Geburtstag von Professor Dr. Edgar Hättich 3/09
- Wilfried Dieter: Katathym Imaginative Psychotherapie bei narzisstischen Störungen. Teil 1: Grundlagen 4/11
- Wilfried Dieter: »Wer weiß denn, dass ich im Welt-raum bin?«. Die Bedeutung einer »impliziten« Behandlungstechnik für die KIP bei schwersten und frühesten Störungen der Symbolisierung« 1–2/12
- Wilfried Dieter: Katathym Imaginative Psychotherapie bei narzisstischen Störungen. Teil 2: Anwendungen 1/13
- Wilfried Dieter: Die wichtigsten Therapiekonzepte von Donald W. Winnicott und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der KIP 2/13
- Wilfried Dieter: Katathym Imaginative Psychotherapie bei Zwangneurosen 1/14
- Wilfried Dieter: Phantasie und Imagination – Ein Beitrag zu einer Theorie der Imagination 1/15
- Wilfried Dieter: Phantasie, Imagination und Übertragung 2–3/15
- Fritz Döcker, Petra Klampfl: Integrative Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer stationären Krisen-therapie auf einer sozialpsychiatrischen Aufnahmeabteilung – Teamintervention und Einzeltherapie 3/04
- Angelika Drews: Von der Verleugnung zur Verneinung 1/96
- Susanne Drewes, Waltraut Bauer-Neustädter: Spiegelneurone, Spiegel-Eier und das Zwillingdrama... 1–2/12
- Susanne Drewes, Waltraut Bauer-Neustädter: Verloren im »Land der unbegrenzten Möglichkeiten« – Orientierungslosigkeit bei Spätadoleszenten 2–3/15
- Traude Ebermann: AUTOSTOP – Fahren Sie mit? Fahren Sie mit! 1/99
- Traude Ebermann: Jahrhundert der Frauen – Ja, hunderte Frauen! 1/01
- Traude Ebermann: Auf der Suche nach der weiblichen Sexualität auch in der KIP 2/02
- Traude Ebermann: Symbolisierung von Aggression, Niki de Saint Phalle – und das (R-)evolutionäre des Motivs »Amazone« 1–2/12
- Traude Ebermann: Tanz der Geschlechter – neu belebt durch KIP, Hirn- und Genderforschung 3/13

- Traude Ebermann: Die lebenslange Entwicklung von Identität(en) – Kreative geschlechtsabhängige Lösungsversuche des persönlichen Rätsels 2–3/15
- Hannelore Eibach: Die Heilkraft im Schlangensymbol – Eine KB-spezifische Kreativität 1/93
- Hannelore Eibach: Neues Wagen von Lebenswegen, Lebenszielen und ihre Grenzen 4/97
- Hannelore Eibach: Imagination in der Psychotherapie mit körperlich schwer kranken Menschen 3/03
- Eva-Maria Einig, Iris Veit: Kooperative Psychotherapie: Das Herner Modell – Ein Praxisbericht 3/04
- Eva-Maria Einig: Ohne Selbstobjekte keine Kreativität – Picassos künstlerisches Werk und seine Frauenbeziehungen 1/05
- Eva-Maria Einig: Gerechtigkeit – Psychoanalytische Perspektiven eines strittigen Begriffs 1/08
- Stephan Engelhardt: »Über die innere Mongolei« – Zum Verständnis der menschlichen Fähigkeit der Symbolbildung 2/03
- Stephan Engelhardt: La dolce Vita – Oder das komische Drama des hysterischen Mannes 3/07
- Stephan Engelhardt & Isolde Morawitz: Wish You Were Here. Über den kreativen Prozess aus tiefenpsychologischer Sicht 3/06
- Stephan Engelhardt: Das Kunstwerk als Dokument eines Triebchicksals. Über Raffaels & Leonardos Leben und Werk oder Der Andere im Bild 1/11
- Stephan Engelhardt: Das Kunstwerk als psychischer Automatismus im therapeutischen Kontext 1–2/12
- Stephan Engelhardt: Bewegte Bilder – Die therapeutische Szene als Prozess der Mentalisierung 3/13
- Stephan Engelhardt: Der Andere und das Begehren – Das gemalte Bild als intersubjektiver Raum 2–3/15
- Rotraud Erhard, Marianne Martin: §§ für PsychotherapeutInnen in Österreich: Verschwiegenheitspflicht 1/95
- Hans Essers, Sebastian Krutzenbichler: Das Spiel der Liebe als (un)erwünschter Gast in den Räumen der Psychotherapie oder Übertragung als Spielball zwischen dem schafsgesichtigen Blechaffen und Darth Vader ES 2/11
- Gerda Felder: Das Wiederfinden der Lebensräume in der Imagination – Ressourcenorientierte Arbeit mit KrebspatientInnen 1/07
- Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber: Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen. Teil 1 der Studienergebnisse – Daten zum Zeitpunkt des Studienbeginns 4/16
- Elfriede M. Fidal: Psychoanalytische Betrachtung zur Verneinung im Rahmen der Therapie mit dem Katathymen Bilderleben 3/92
- Elfriede M. Fidal: Überlegungen zum Setting in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1/95
- Elfriede M. Fidal: Interview mit einem Schüler des Autogenen Trainings 2/95
- Elfriede M. Fidal: Abstinenz im psychotherapeutischen Prozeß 2/96
- Elfriede M. Fidal: Aspekte der Objektbeziehungstheorien 2/04
- Elfriede M. Fidal: Zeit, Raum und Erinnerung im psychotherapeutischen Prozess 1/10
- Elfriede M. Fidal: Good – bad – besser. Das psychotherapeutische Paar im Spannungsfeld zwischen Konstruktivität und Destruktivität 1/14
- Melitta Fischer-Kern, Elisabeth Jandl-Jäger: Neue Wege der Evaluation klinischer Zusammenarbeit 1/04
- Martina Fitzek, Regina Schnallinger: Das Symptom als kreative Lösung? Psychotherapeutische Spielräume bei Kindern mit psychosomatischen Erkrankungen 1/13
- Norbert Flamme: Ist Imagination überbewertet? Zur Gewichtung einzelner methodischer Aspekte (1): Die Kunst der Beendigung einer Psychotherapie 1/16
- Edith Frank-Rieser: Symbol als das Dritte – Symbolisierung als Beziehungsgeschehen: von transparenten und opaken Wirksamkeiten 4/08
- Johanna Franz: Wie Kunst verändern kann – Resonanzphänomene über Spiegelneurone 3/07
- Johanna Franz: Wie der Paarkonflikt in die Welt kam. Das mythologische Paar Adam und Lilith 2/14
- Georg Franzen: Ein Tagtraum des Malers Dante Gabriel Rossetti 1/06
- Georg Franzen: »Sonar« – Imaginationen im Kunstraum 1/08
- Georg Franzen: Imaginationen im Kunstraum: Die Grotte von Niki de Saint Phalle 1–2/12
- Georg Franzen, Regina Heimeshoff: Kunsttherapie und KIP – Eine Standortbestimmung 4/12
- Georg Franzen: Bezogenheit aus der Mitte – Friedensreich Hundertwasser 2–3/15
- Stefan Freidel: Die sich wandelnde Einstellung zum Lebensende am Beispiel des assistierten Suizids. Medizinethische und psychologische Aspekte 1/10
- Stefan Freidel: Der Tod als Motor der Psychotherapie oder Gibt es ein Leben vor dem Tode? 4/12

- Friedl Früh: Die Entdeckung des sexuellen Unbewusstes – wieder betrachtet 2/10
- Lilli Gast: Psychoanalyse als Denkbewegung – Eine Expedition in psychoanalytische Denkwelten 3/13
- G. Gastaldo, M. Ottobre, M. Prior: Autogene Psychotherapie in vier Stufen: Statistische Analyse von 2000 Fällen 2/95
- Mandana Gharari-Bofinger: Die symbolische Relevanz des Ödipusmythos 3/99
- Vladimir Aristos Gheorghiu: Suggestion, Suggestibilität, Suggestionalität 2/00
- Ines Glinig: »Sex bildern« oder die Befreiung des Begehrens? 1/07
- Ines Glinig: Grenzüberschreitungen. Sexuelle Gewalterfahrung und die verschlungenen Wege zu Begehren und selbstbestimmter Sexualität 1/14
- Felicitas Goodman: Rituelle Körperhaltungen und ekstatische Erlebnisse 2/96
- Graciela Greco, Beatrix Weber Bertschi: Türbilder – Bildertüren. Wohin führen Bildertüren? 2/02
- Graciela Greco: KIP in der Psychotherapie von Fertilitätsstörungen 1–2/12
- Graciela Greco, Beatrix Weber Bertschi: Begleitung des Migrationsprozesses mit KIP und psychodynamischen Techniken 1/16
- Georg Gröller: Das Ziel der Behandlung bei Lacan: Das Durchqueren des Phantasmas 2/06
- Rainer Gross: Psychose – Die Unmöglichkeit der Trennung 3/05
- Rainer Gross: Der Psychotherapeut im Kino 2/07
- Katharina Guttenbrunner: Giovanni Segantini – Die »tote Mutter«, Narzissmus und Divisionismus 2/05
- Steffen Häfner: Die Bilderwelt Franz Kafkas 4/07
- Michael E. Harrer: Wirkkonzepte in der Hypnosepsychotherapie 1/08
- Michael E. Harrer: Achtsamkeit und Hypnosepsychotherapie 1/10
- Matthias Hartmann: Psychotherapeutische Arbeit mit den gesunden Anteilen bei krebserkrankten Patienten 3/93
- Edgar Hättich: Kindheit, die Quelle der Genesung 3/92
- Edgar Hättich: Erfahrungen mit Musik in der KIP 2/02
- Volker Haude: Erste Erfahrungen mit der Katathym Imaginativen Psychotherapie in Türkisch – Eine Kasuistik 4/10
- Barbara Hauler: Ausgesetzt auf den Bergen des Herzens – Überlegungen zur Symbolik des Motivs Berg in der KIP 1/03
- Barbara Hauler: Geschlechtsunterschiede im therapeutischen Prozess 2/09
- Barbara Hauler: Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen. Über das schöpferische Potential von Überhängen 3/10
- Barbara Hauler: Krebs als Metapher 1–2/12
- Susann Heenen-Wolff: Die polymorph-perverse Lebenslust 3/12
- Regina Heimeshoff, Georg Franzen: Kunsttherapie und KIP – Eine Standortbestimmung 4/12
- Peter Heintel: Warum gibt es nur eine Gesundheit und so viele Krankheiten? 3a/92
- S. Hemke: Psychotherapie mit dem KB bei Torticollis spasmodicus – Behandlungsbeispiele 2/93
- Heinz Hennig: Imaginationen im multimodalen Ansatz einer analytischen Psychotherapie 3/96
- Heinz Hennig: Zum Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1/99
- Martina Hexel: Tiefenpsychologische Theorien über die Entwicklung des Kindes 1/96
- Martina Hexel: Traumatische Lebenserfahrungen und dissoziatives Verhalten bei Patienten mit Borderlinepersönlichkeitsstörungen, Angststörungen und Somatoformen Störungen 2/02
- Mathias Hirsch: Besonderheiten psychoanalytischer Therapie traumatisierter Patienten 3–4/02
- Markus Hochgerner: Trauer – Abschied – Trennung. Heilsame Vorgehensweisen mit psychosomatisch schwer erkrankten (oder: »Sag' beim Abschied leise: servus«) 3/05
- Daniela Hofmann: Mond im Meer – Lyrik als Ressource in der systemischen Arbeit mit (bindungs-)traumatisierten Menschen 2–3/15
- Hans Holderegger: Die Darstellung des Traumas in der therapeutischen Beziehung 3–4/02
- Doris Hönlgl: Lachen in der Psychotherapie – Die unterschiedlichen Facetten von Witz und Humor 2/11
- Doris Hönlgl: Das Mädchen in der Wand. Vom Handlungsdialog zur Symbolisierung 1–2/12
- Doris Hönlgl: Die KIP zwischen Struktur und Freiraum 2–3/15
- Walter Hollstein: Veränderung der Männlichkeit 1/94
- Christa-Maria Höring: »Schulangst« – ein lebenslanges Thema? KIP bei Lehrern mit Belastungsstörungen 3/11
- Christa-Maria Höring: Resonanz in Bild und Wort – das Tagtraumotiv »Orchester« und die Weiter-

- entwicklung über ein »Elfchen«. Zwei Anregungen zur Förderung der Symbolisierungsfähigkeit 3/12
- Günther Horn: Katathymes Bilderleben – und was noch? Eine Selbsthilfegruppe zum Zweck der eigenen Psychohygiene 3/94
- Günther Horn: Über die Bedeutung des Settings als Ausdruck des personalen Bezuges für neue Ansätze in der Kindertherapie 2/96
- Günther Horn: Die Abgestufte Altersregression – Informationen zur Organisation der B3-Seminare für interessierte DozentenkollegInnen, Co-LeiterInnen und interessierte TherapeutInnen 1/99
- Günther Horn: Bezugspunkte zwischen Psychotraumatheorie, Kinderpsychotherapie und Abgestufter Altersregression 4/05
- Gerald Hüther: Neurobiologische Auswirkungen von Angst und Streß und die Verankerung traumatischer Erfahrungen 3–4/02
- Eva Jaeggi: Psychotherapie zwischen Abstinenz und Bemutterung 4/97
- Eva Jaeggi: Der Beruf des Psychotherapeuten 1/05
- Elisabeth Jandl-Jäger, Melitta Fischer-Kern: Neue Wege der Evaluation klinischer Zusammenarbeit 1/04
- Elisabeth Jandl-Jäger: Qualitätsmanagement in der Psychotherapie 4/06
- Paul L. Janssen: Berufsgruppen und Methoden integrierende Teamarbeit – Standard in der stationären psychodynamischen Psychotherapie 1/04
- Horst Kächele: Ziele der Behandlung: Von Micro- über Meso- zu Macro-Outcome 2/06
- Ulrike Kadi: Ich seh' etwas, was du nicht siehst 1/02
- Mathilda Kainz: Matroschka – oder wie ich lernte, über die Bombe hinauszuschauen. Trauma und Konflikt 1/13
- Hans Kanitschar: Hypnose als Psychotherapie 4/95
- Hans Kanitschar: Imagination in der Hypnosetherapie im Vergleich zur KIP 3/99
- Hans Kanitschar: Der innere Bildschirm. Imagination und therapeutische Dissoziation in der Hypnosepsychotherapie 2/07
- Victor G. Kann: Grenzüberschreitung, Erkenntnis und Neubeginn oder: Der fremde Spiegel und die Lösung des Ganapati 3/96
- Hartmut M. Kanwischer: Ehrfurcht vor der Maske. Zur Bedeutung von Geheimnissen in Psychotherapien 4/05
- Hans-Peter Kapfhammer: Psychotherapie und Pharmakotherapie – ein synergistisches Unternehmen dargestellt am Beispiel der Behandlung depressiver Störungen 1/04
- Verena Kast: Das Symbol in der Psychotherapie 4/96
- Beate Katschnig: Der Einsatz der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie bei SchülerInnen mit verschiedenen persönlichen und leistungsbezogenen Schwierigkeiten 4/00
- Florian Katzlberger: Symbole sexueller Gewalterfahrung. Von der Darstellung zum potentiellen Raum 1–2/12
- Florian Katzlberger: Identität und Psychopharmaka – Psychodynamik der Kombination von Psychotherapie plus Medikation 2–3/15
- Hans Kaufmann: Gewährsein 3/93
- Jürgen Kellersmann: Über Freuds Text »Trauer und Melancholie« 2/13
- Otto F. Kernberg: Preliminary Communication. The Basic Components of Psychoanalytic Technique and Derived Psychoanalytic Psychotherapies 2–3/15
- Michael Kierein: Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie – das Psychotherapiegesetz 4/97
- Petra Klampfl und Fritz Döcker: Integrative Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer stationären Krisentherapie auf einer sozialpsychiatrischen Aufnahmeabteilung – Teamintervention und Einzeltherapie 3/04
- Edda Klessmann: Daheim und unterwegs 3/98
- Eva Koch: »Zeit heilt alle Wunden nicht ...« – Wenn ein Kind im Mutterleib oder während der Geburt stirbt 3/09
- Anna Koellreuter: Das Fremde zwischen Therapeutin und Klientin 2/08
- Eva Köpke: Möglichkeiten der tiefenpsychologisch fundierten Hypnosepsychotherapie in der Behandlung Drogenabhängiger 3/09
- Ulrike Körbitz: Wie uns die Veränderung die Verheerung zwischen AnalytikerIn und AnalysandIn verнадert 1/09
- Leonore Kottje-Birnbacher: Übertragungs- und Gegenübertragungsbereitschaften von Männern und Frauen 2/94
- Leonore Kottje-Birnbacher, Dieter Birnbacher: Ethische Aspekte der Psychotherapie 1/98
- Leonore Kottje-Birnbacher: Die Katathym-imaginative Psychotherapie als tiefenpsychologisch-systemische Therapie 4/98
- Leonore Kottje-Birnbacher: Einführung in die katathym-imaginative Psychotherapie 4/01
- Leonore Kottje-Birnbacher: Arbeit an der Paarbeziehung in Einzeltherapien mit KIP 2/02

- Leonore Kottje-Birnbacher: KIP in Beratung und Coaching 1/05
- Leonore Kottje-Birnbacher: Die Liebe in der Paartherapie mit KIP 2/09
- Leonore Kottje-Birnbacher: Imaginationen in Entscheidungssituationen 2–3/15
- Klaus Krippner: Neue Wege in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörungen mit der KIP 2/02
- Sebastian Krutzenbichler: Die Übertragungsliebe – Eine kritische Literaturschau 16 Jahre nach der Erstbetrachtung 2/08
- Sebastian Krutzenbichler, Hans Essers: Das Spiel der Liebe als (un)erwünschter Gast in den Räumen der Psychotherapie oder Übertragung als Spielball zwischen dem schafsgesichtigen Blechaffnen und Darth Vader ES 2/11
- Joachim Küchenhoff: Das Objekt, die Trennung und die Anerkennung des Anderen. Ziele psychoanalytischer Therapie 3/05
- Joachim Küchenhoff: Zeit, Erinnerung, Anderer: psychoanalytische Annäherungen 1/09
- Joachim Küchenhoff: Erinnerung und Neubeginn in der Psychotherapie 2/13
- Christoph Kuhn: Theodor Fontane spricht vor den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Fortbildungsseminars der DGKIP am 11. September 2014 in Berlin-Schmöckwitz 1/15
- Hannes Kuhn: Sublimierung und Katathym Imaginative Psychotherapie. Was hat sie in diesem psychotherapeutischen Verfahren zu suchen? 2/05
- Wolfgang Kuntze: Nur der Geliebten weiß' ich mein Leben 3/95
- Michael M. Kurzmann: Radikalisiertes Geschlecht. Über die Gefahren und Verführungen zu Fanatismus entlang männlicher Identitätsentwicklungen 2/16
- Wolfgang Ladenbauer: Imagination und Hypnose bei Krebs 1–2/92
- Wolfgang Ladenbauer: Einführung in die Psychosomatik des Halte-, Stütz- und Bewegungsapparates 3/94
- Wolfgang Ladenbauer: Die Grundlagen der analytischen Oberstufe des Autogenen Trainings 2/95
- Wolfgang Ladenbauer: Systematik der Techniken in der Begleitung katathymen Bilder (KB) 1/99
- Wolfgang Ladenbauer: Der andere (Anteil) im KB 2/00
- Wolfgang Ladenbauer: Hypnose und Bindungstheorie 2/01
- Wolfgang Ladenbauer: Hilfe! Psychische Erste Hilfe bei Unfällen – Ideen für hypnotische Techniken 3/01
- Wolfgang Ladenbauer: Musik-KB – Musik in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1/06
- Barbara Laimböck: Heilkunst und Kunst. Ärztinnen und Ärzte in der österreichischen Malerei des 20. Jahrhunderts – Eine sowohl künstlerische als auch tiefenpsychologische Reflexion 4/13
- Barbara Laimböck: Von der innigen Dyade zur inspirierenden Triade 2–3/15
- Barbara Laimböck: Liebe, Kunst und Psychotherapie 4/15
- Inge Lang: Empathie in Beziehung zu Intuition und Phantasie 3/92
- Inge Lang: Eine Randbemerkung zum »falschen Selbst« oder Zur »ausgeborgten« Vitalität und sexuellen Identität speziell strukturell ich-gestörter Klienten 3/96
- Inge Lang: Motivwahl und Durcharbeiten in der KIP 2/97
- Inge Lang: Durcharbeiten in der Psychoanalyse und in der KIP 3/98
- Otto Lang: Die Macht des Symbols 3/96
- Otto Lang: Der Moortümpel und die Brücke 1–2/92
- Otto Lang: Das Symbol als therapeutisches Agens 2/97
- Otto Lang: Emotionen in der Katathym-Imaginativen Psychotherapie (K.I.P.) und ihr Zusammenhang mit der Symbolik 2/97
- Wolfgang Lassmann: Unerwartetes erleben mit Bion 2/08
- Susanne Lastin, Isolde Morawitz: 30 Thesen zur Ausbildungssituation nach Kernberg und Implikationen für die ÖGATAP 3/03
- Hans Lauber, Hedda Bittner-Weise: »Die gute Stunde, die erfolgreiche Behandlung« – Ein schulübergreifendes Interventionsmodell am Ambulatorium f. P.Th. d. Wf. GKK 3/04
- Karin Lebersorger: Vom Küssen und Kämpfen – Phantasierte und reale Herkunftsgeschichten in ihrer Bedeutung für die kindliche Entwicklung 3/14
- Yves Le Bloch, Michael Stigler: Borderline-Patienten in der stationär-ambulanten Behandlungskette: ein niederschwelliger Ansatz 1/04
- Erich Lehner: Der Mann als aktiver Vater – Ein historisch neues Beziehungsangebot an Kind/er und Partnerin 3/14
- Hanscarl Leuner: Pesendorfers Angriff. Eine Richtigstellung 1–2/92
- Hanscarl Leuner: Beitrag der Katathym-imaginativen Psychotherapie zu einer progressionsorientierten, psychoanalytisch-systemischen Psychotherapie 2/94

- Walter Lindner: Was macht ein Künstler ohne KIP? 2/02
- Kristiina Linna-Lutz: Paartherapie mit KIP 3/16
- Rolf Werner Lippmann: Das Symboldrama bei der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten 2/94
- Andrea Loebenstein: Der Receiver des Telefons 4/96
- Mathias Lohmer und Corinna Wernz: Sexualität und Abwehrmechanismen 2/10
- Marga Löwer-Hirsch: Dynamik und Auswirkungen sexuellen Mißbrauchs in der Psychotherapie 4/98
- Marga Löwer-Hirsch: »Die Trennung der Liebenden« im intersubjektiven Kontext 3/05
- Marga Löwer-Hirsch: Traum und Spielraum – eine intersubjektive Betrachtung 2/11
- Brigitte Lueger-Schuster: Akutinterventionen nach traumatischen Ereignissen 3–4/02
- Helene Lytwyn: Effekte des Autogenen Trainings auf verschiedene Symptome 2/00
- Susanne Mahrer: Was der Glanz im Auge der Mutter für das Kind bedeutet. Gedanken zur therapeutischen Arbeit mit Eltern. Sehen und Gesehen-Werden als Metapher für gelingendes Leben 1–2/12
- Susanne Mahrer: »Ich träume vom Meer, da kann ich mich finden«. Über Bindungsmuster, die generationsübergreifend bestehen bleiben, über Mentalisierung und über kreative Wege der Identitätssuche 2–3/15
- Waltraud Malin: Die Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie nach Davanloo – Ein Beitrag zur Integration in den Kontext der traditionellen Psychoanalyse 2/02
- Christa Malitz-Picard: Fortsetzungsgeschichten in der KIP 3/06
- Angelika Märk: Dolmetschunterstützte Psychotherapie – die Landkarte als Symbol 3/14
- Marianne Martin: Der verlorene Ansatz 1/93
- Marianne Martin: §§ für PsychotherapeutInnen in Österreich: nützliches Wissen 4/94
- Marianne Martin: Imagination und Utilisation bei Raucherentwöhnung 1/96
- Verena Maxeiner: Wie können Imaginationen und kreative Medien bei der Arbeit in präventiven und nachsorgenden Institutionen eingesetzt werden? 2/02
- Harald Meller: Einmal Eldorado und zurück 4/97
- Harald Meller: Die psychotherapeutische Praxis – TRAUM und TRAUMA 3–4/02
- Harald Meller: Identität und Kooperation – Zusammenhänge und Widersprüche zwischen Sittenbild und Kulturprozess 3/04
- Felix de Mendelssohn: Zorn, Hass und Wut in Gruppen und Massen 3/05
- Dwora Miller-Florsheim: Verborgene Türen, geheime Schubläden – Ist die Enthüllung eines Geheimnisses ein Hindernis oder eine Möglichkeit für Veränderung in der Psychotherapie? 4/15
- Ingrid Mohr: Vom gestirnten zum gestalteten Himmel 3/95
- Bernhard Mohr: Ganzheitliches Erleben in der Katathym-imaginativen Psychotherapie 2/96
- Michaela Moratelli: Modell einer psychotherapeutischen Kindergruppe mit begleitender Elternarbeit 2/95
- Michaela Moratelli: Bindung – Autonomie – Aggression. Autogenes Training in einer Kindergruppe 2/99
- Isolde Morawitz: Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Straftätern am Beispiel der Forensischen Nachbetreuungambulanz Wien 1/03
- Isolde Morawitz, Susanne Lastin: 30 Thesen zur Ausbildungssituation nach Kernberg und Implikationen für die ÖGATAP 3/03
- Isolde Morawitz & Stephan Engelhardt: Wish You Were Here. Über den kreativen Prozess aus tiefenpsychologischer Sicht 3/06
- Isolde Morawitz-Haslauer: »Der Rest ist Schweigen«. Über frühe Traumata und deren Symbolbildung im therapeutischen Prozess 1–2/12
- Isolde Morawitz-Haslauer: »Maikäfer flieg – dein Vater ist im Krieg!« oder: Wie der Krieg unserer Eltern und Großeltern in uns Kindern und Enkeln weiterlebt 2/14
- Isolde Morawitz-Haslauer: »Geben Sie Gedankenfreiheit« oder wie aus Religion Gewalt wird 2/16
- Claudia A. Mühl: Vorwärts zu den Wurzeln – das KIP-Motiv der Baum in der Arbeit mit Jugendlichen 2/14
- Claudia A. Mühl: »Daist was los! Was ist dalos?« – Übertragung, Gegenübertragung und das Unbewusste in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 3/16
- Karin Nohr, Ulrich Bahrke: Kathatym Imaginative Psychotherapie: Eine Positionsbestimmung 2/05
- Karin Nohr, Ulrich Bahrke: Kathatym Imaginative Psychotherapie: Eine Positionsbestimmung 4/05
- Karin Nohr: »Meine Seele hört im Sehen«. Zum szenischen Charakter des therapeutischen Umgangs mit kathatymen Imaginationen 4/06
- Veronika Open-Duré: Vom Bild zum Symbol – Das Selbstbild in einem Kreisprozeß aus Bildern, Gegenständen und Kathatymen Imagination – Ein therapeutisches Modell zur Anwendung in der KIP 2/03

- Michaela Okorn: »Was liegt da in der Luft?« – Internationale Künstler beschäftigen sich mit einem leerstehenden Hotel – einem Symbol für ... 2–3/15
- Wolfgang Oswald: Hypnosepsychotherapie bei chronischen Psychosen 3/11
- Wolfgang Oswald: Hypnosepsychotherapie und »schwierige« Patienten: Drei Positionen zu Theorie sowie praktische Behandlungstechnik 4/16
- Aydan Özdaglar: Religion – Tradition – Kultur? Verständnisschwierigkeiten in der interkulturellen Therapie mit muslimischen ZuwandererInnen 1/09
- Jürgen Pahl: Regression, Progression und psychische Gesundheit – Die Begriffe und ihre Phänomenologie innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses 3/94
- Lisbeth Pelzl: Lost in Translation. Die Spur der Geschichten im muttersprachigen Wort 2/14
- Mathilde Pichler: Psychotherapie im Krankenhaus: Erfahrungen aus der psychosomatischen Ambulanz einer Internen Abteilung 2/98
- Mathilde Pichler: Macht und Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen 4/99
- Mathilde Pichler: Das psychosomatische (Erst-) Gespräch als Übergangsraum zwischen somatischer Behandlung und Psychotherapie 3/04
- Mathilde Pichler: Zwischen den Bildern. Überlegungen zum therapeutischen Prozess in der KIP 4/06
- Mathilde Pichler: Triebhaftes im Dornröschenschlaf. Zur Bedeutung des Sexuellen im psychodynamischen Gefüge 2/10
- Mathilde Pichler: Wenn der Körper spricht ... – Zum Symbolverständnis psychosomatischer Phänomene 1/11
- Mathilde Pichler: Über verschiedene Formen von Fanatismus im psychotherapeutischen Alltag 2/16
- Berta Pixner: Wie Märchen zur Diagnose führen 2/00
- Berta Pixner: Märchenmotive – ein Versuch neuer zusätzlicher Standardmotive für die KIP 2/01
- Berta Pixner: Märchen als Gestaltungselement in der therapeutischen Beziehung 1/02
- Berta Pixner: »In meinem Körper sind überall Schlangen ...« – Die Bildersprache der Psychose 2/02
- Berta Pixner: Märchen als KIP-Motive in der Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen 4/03
- Berta Pixner: Möglichkeiten und Grenzen der stationären Kurzpsychotherapie in einer psychiatrischen Abteilung 1/04
- Berta Pixner: Intersubjektivität und Begegnungsmomente in den Imaginationen 1/07
- Monika Pomberger-Kugler: Choreografiert KIP unser Gehirn? 3/13
- Hermann Pötz: Die Lust am Leiden und die Macht durch Opfertum – Über Masochismus 3/01
- Hermann Pötz: Die Lust am Leiden – Über Masochismus 2/02
- Hermann Pötz: Aufgaben und Ziele psychotherapeutischer Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation 3/04
- Hermann Pötz: Die Wirkungsweise des Autogenen Trainings – Ein Beitrag zur tiefenpsychologischen Konzeptualisierung der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie 4/04
- Hermann Pötz: Die Bedeutung des autogenen Prinzips für den psychischen Trennungsprozess 3/05
- Hermann Pötz: Die symbolische Ordnung der Kultur und Identität. Über das Menschenbild in der Moderne und seine Bezüge zu psychotherapeutischen Fragen 4/10
- Hermann Pötz: Wenn die Welt der Symbole zusammenbricht. Seelische Probleme infolge körperlicher Erkrankungen 1–2/12
- Hermann Pötz: Die Vermessung der inneren Welt: über das Verhältnis von Seele und Gehirn 2/13
- Hermann Pötz: Ethisch verantwortungsvolles Handeln in der Psychotherapie zwischen Über-Ich-Anforderung und Ich-Leistung 4/14
- Ilka Quindeau: Die Entstehung des Sexuellen oder wie die Lust in den Körper kommt 2/10
- C. Pratzka, W. Rosendahl, H. Hennig: Möglichkeiten und Grenzen der Katathym-imaginativen Psychotherapie bei der Behandlung von Alkoholikern 1/97
- Johannes Ranefeld: Hamlet ohne den Prinzen aufführen? 4/96
- Johannes Ranefeld: Schicksale der Lust 4/98
- Georg Rasch: Das Über-Ich – »Urheber aller Neurosen«? 3/99
- Georg Rasch: »... und das eine Mal wäre einmal zu viel« – Die Übertragungsliebe im Spannungsfeld zwischen Verbalisieren, Imaginieren, Agieren 2/05
- Georg Rasch: Die machtvolle Bedürftigkeit der frühen Objekte. Über die Auseinandersetzung mit aggressiven Selbst- und Objektpräsenzen mit Hilfe der Motivationsfrage 3/08
- Georg Rasch: Der Blick des Therapeuten und seine Wirkung 1–2/12
- Georg Rasch: Das Leid moderner Seele – Von der Schuld zur Verantwortung – Vom Regen in die Traufe 2–3/15

- Vivienne Rauber-Decoppet: Heilendes Atmen und Visualisieren – Psycho-Korporelle Energiearbeit 2/02
- Ingrid Reichmann: Körper und Bild – Körperbild 2/02
- Ingrid Reichmann: Trauma Arbeitslosigkeit 3–4/02
- Ingrid Reichmann: Bewegung in/durch Therapie 2/06
- Ingrid Reichmann: »Stellen Sie sich vor, Sie entwickeln sich«. Vom archaischen zum symbolischen Erleben 1–2/12
- Helga Reiter: Das frühe Ich und der träumende Andere 2/07
- Helga Reiter: Heureka! Die Lust am Erkenntnisgewinn 1/13
- Helga Reiter: Beobachten – Reflektieren – Verstehen. Über die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die psychotherapeutische Beziehung 2/13
- Helga Reiter: Vom »surviving space« nach Esther Bick zum »imaginativen Raum« in der KIP 2–3/15
- Inge Rieber-Hunscha: Zeitbewusstsein – Fokus und Ziel der Psychotherapie 2/06
- Karel Riegel: Structured Interview of Personality Organization (STIPO). Czech Version Validation Study as an Optional Approach to Research Testing of the "Katathym Imaginative Psychotherapie" (KIP) Effectiveness 2–3/15
- Lutz Rosenberg: Kraftquellen und Ressourcen in der KB-Therapie 2/98
- Lutz Rosenberg: Über Ordnung und Elefanten – Ein Hintergrundmodell für die KIP: Versuch einer Systematik 3/00
- Michael Rosner: Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte in der KIP 2/98
- Michael Rosner: Zur Anwendung der Theorie von John Steiners »Orte des seelischen Rückzugs« auf die KIP 1–2/12
- Michael Rosner: Die Rückeroberung der eigenen Provinz. Zur Dynamik von (familiärer) Kultur, Phantasie und Erinnerung 2/14
- Jörg Walter Roth: Das Katathyme Bilderleben als spirituelle/transpersonale Therapie 1/93
- Ulrich Sachsse: Zwischen Ver-nicht-ung und Ver-zwei-flung 2/98
- Hanni Salvisberg: Die zwei Seiten der Wirklichkeit – Wörtliche und symbolische Bedeutung 2/93
- Hanni Salvisberg: Zum Zugang zu Gedächtnisinhalten. Die Bedeutung der prozessualen Aktivierung für die Psychotherapie 4/05
- Renate Sannwald: Die Katathym Imaginative Psychotherapie in der Praxis des Kinder- und Jugendpsychiaters 1/00
- Renate Sannwald: Die Katathym Imaginative Psychotherapie einer Binge Eating Disorder – Eine Fall-darstellung 1/03
- Renate Sannwald: Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Katathym Imaginative Psychotherapie 2/11
- Renate Sannwald: Imaginative Psychotherapie bei Angststörungen in der Adoleszenz am Beispiel der Schulphobie 4/11
- Renate Sannwald: Die psychodynamische Psychotherapie von Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa 2–3/15
- Yuji Sasaki: On Makyō Phenomena During Autogenic Training 2/95
- Bettina Scharfetter: Warum wir denken wie wir denken. Über die Ursprünge der tiefenpsychologischen Denkungsweise 3/14
- Margit Scheuchel: Trance und hypnotische Beziehung als besondere Stärken einer Hypnosetherapie 1/02
- Margit Scheuchel: Hypnose 2/04
- Margit Scheuchel: Wenn der eigene Körper fremd wird. Erfahrungen mit Hypnosepsychotherapie bei Autoimmunerkrankungen (Multipler Sklerose) 3/08
- Anneliese Schigutt: Psychotherapie zwischen Erkenntnisweg, Pädagogik und Krankenbehandlung – Die Zukunft der Psychotherapie 2/01
- Raoul Schindler: Wieviel Krankheit braucht die Psychotherapie? 4/92
- Regina Schnallinger: »Der Blumentest« als projektives Verfahren in der kinderpsychologischen Diagnostik 1–2/12
- Regina Schnallinger, Martina Fitzek: Das Symptom als kreative Lösung? Psychotherapeutische Spielräume bei Kindern mit psychosomatischen Erkrankungen 1/13
- Monika Schnell: Imagination, Phantasie und Traum – Die Entwicklung des Imaginationsraumes und der Dialog mit dem Selbst 2/02
- Monika Schnell: Die Kraft der Bilder – Vom neurophysiologischen Phänomen zur bedeutungsvollen Innenwelt 4/03
- Monika Schnell: Das dynamische Prinzip der Phantasie... – Von der Imagination zum Spielraum 1/11
- Monika Schnell: Phantasieren – Assoziieren – Imaginieren. Gedanken zur ästhetischen Erfahrung in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1–2/12
- Claudius Schnieder-Stein: Suizidale Phantasien und Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der Psychotherapie chronisch suizidaler Patienten 4/95

- René Schramböck: In 100% der Fälle wird eine Krebszelle von einem Menschen begleitet 1/06
- René Schramböck: Im weißen Kleid mit dem weißen Schiff ins weiße Dorf. Sterbebegleitung mit KIP 3/08
- Josephine Schwarz-Gerö: Fütterungsprobleme – ein heterogenes und polyätiologisches Phänomen, das sich immer gleich präsentiert: »Das Kind isst nicht« 3/14
- Franz Sedlak: Katathymes Bilderleben und Gesundheit 4/92
- Franz Sedlak: Leistungsfähigkeit und seelisches Wohlbefinden: Überlegungen aus der Sicht der Triarchischen Intelligenztheorie 4/93
- Franz Sedlak: Autogene Psychotherapie (Autogenes Training) – Katathym Imaginative Psychotherapie – Hypnose – Wissenschaftliche Grundlagen, wesentliche Kriterien, Konzepte der Therapieführung 4/94
- Franz Sedlak: Strukturierung von Kolloquienarbeiten 4/94
- Franz Sedlak: Die Autogene Meditation des Leibes als Seins- bzw. Existenz Erfahrung 2/95
- Franz Sedlak: Neue Wege – Neue Motive in der KIP 3/95
- Franz Sedlak: Handreichung zur Fallbearbeitung und zur Abschlußarbeit der Therapieausbildung 4/95
- Franz Sedlak: Integratives Denken und Handeln als (nicht nur) pragmatische Konsequenz unserer Erkenntnisunsicherheit 1/96
- Franz Sedlak: Diagnostische Reflexionen in der KIP 3/97
- Franz Sedlak: Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung 4/99
- Franz Sedlak: Symbolische Notizen zur Erleichterung der Selbst- und Fremdbewertung von Falldokumentationen in der Kolloquiumsvorbereitung, in Supervisionsgruppen und in Fallkontrollseminaren 1/00
- Franz Sedlak: Die tiefenpsychologische Fundierung der Autogenen Psychotherapie 3/01
- Franz Sedlak: Verfremdung und Integration als Grundbewegung der therapeutischen Erkenntnisarbeit und die Methode der KIP 3/06
- Franz Sedlak: Die Begegnung von Erwartung und Überraschung im Symbol 2/08
- Franz Sedlak: Differenz, Dialog und (Ver-)Dichtung. Imaginationstherapie als kunstvolle Verschränkung von unmittelbarer Erfahrung und Gestaltung 3/10
- Franz Sedlak: Die Autogene Meditation des Leibes – die achtsame Grundstufe der Autogenen Psychotherapie 1/11
- Franz Sedlak: Die Coping-Dimension: Die imaginative Förderung von Resilienz 4/11
- Franz Sedlak: Die Brücke als Motiv und als Metapher für die Symbolarbeit 1–2/12
- Franz Sedlak: Förderung der Individualität – Ihre grundlegende Verankerung in der Autogenen Psychotherapie 4/13
- Franz Sedlak: Der Wert der Werte. Wertebewusstsein und Autogene Psychotherapie 1/14
- Franz Sedlak: Entwicklungen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie: Motive zur Förderung des Zeitbewusstseins und Zeiterlebens 4/14
- Maria Sedlak: Die Kommunikation im KB – eine Kombination von Therapiegespräch und Traumkommunikation 3/95
- Franz Sedlak: Die drei gesellschaftlichen Megatrends der Gegenwart als Herausforderung und Chance der Psychotherapie 4/15
- Angelica Seithe: Schöpferische Imagination und sprachliche Gestaltung 4/94
- Angelica Seithe: Kreativität als Ressource 4/96
- Angelica Seithe: Die Suggestion im Dienste des Ich 1/97
- Angelica Seithe: Die wechselseitigen Verbindungen von Körpererleben und Imagination 2/02
- Angelica Seithe-Blümer: Die Geburt der Metapher. Zur Psychologie ihrer Entstehung 1–2/12
- Angelica Seithe-Blümer: Die Themenschwerpunkte der Essgestörten und ihre Bearbeitung mit Hilfe der Imagination 4/14
- Angelica Seithe-Blümer: Kreativität – Rausch und Disziplin. Zur Psychologie kreativer Menschen und ihrer Gestaltungsprozesse 1/16
- Simon Severino: Liebe, Hass, Erkenntnis – Bion und das Mentale 4/07
- Anna Sieber-Ratti: Symbolisierung, Kreativität und Kunst. Die Semiotik im Tarot und in der Kunst von Niki de Saint Phalle 1–2/12
- Anna Sieber-Ratti: »Was der Mensch nicht sieht, das macht Amor sichtbar«. Katathyme Panoramen 3/12
- Anna Sieber-Ratti: Das erlöste Objekt oder Wo der Blick sich niederlässt – Die Bedeutung der »Augenprobe« als Ausgangspunkt für Mentalisierung und Symbolbildung 2–3/15
- Helene M. Socher: Aggression und Gewalt in der Schulklasse 1/98

- Gernot Sonneck: Das Burnout-Syndrom – Entstehung – Folgen – Bewältigung 4/92
- Brigitte Spreitzer: Literaturwissenschaftliche Theorien des Symbols – Symbole in der Literatur 3/10
- Brigitte Spreitzer: Die Sprachlichkeit des Bildlichen. Metapher und Symbol in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1–2/12
- Brigitte Spreitzer: Mensch, Krille, du flennst ja! Erzählen, Trauma, Literatur. Peter Pohls Jugendroman »Jan, mein Freund« 2/14
- Brigitte Spreitzer: Das alles bin ich – Durch Imagination mit Kreativität zu Identität 2–3/15
- Ulla Steger: Vom kahlen Rosenstrauch zur fruchttragenden Sonnenblume. Die Therapie einer Frau mit metastasiertem Brustkrebs 4/10
- Ulla Steger: Eine warme Brise kündigt den Frühling an – Die Arbeit mit der katathym-imaginativen Psychotherapie (KIP) in psychoonkologischen Seminaren 3/11
- Susanne Stefan: Von »Momis« und »Spatzis« – Sexualität in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen 4/16
- Claudius Stein: Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie – Von der Umkehr des Täter-Opfer-Verhältnisses 3/97
- Claudius Stein: Imagination in der Krisenintervention 1/01
- Claudius Stein: »Sie können es nicht ungeschehen machen« – Grenzen und Chancen des psychotherapeutischen Prozesses nach Traumatisierungen 1/03
- Claudius Stein: »Beruf PsychotherapeutIn«: Zwischen Größenphantasien und Versagensängsten 3/03
- Claudius Stein: Krisenintervention als ein Modell interdisziplinärer Zusammenarbeit 3/04
- Claudius Stein: »Selbstmord ist die Abwesenheit des Anderen«. Ziele der Behandlung suizidaler Klienten 2/06
- Claudius Stein: Wenn der Schmerz zu groß wird. Trauer und Depression. Trauerprozesse in Film und Imagination 2/07
- Beate Steiner: Aspekte der Behandlung mit der KIP bei Krebspatienten 2/02
- Beate Steiner: Zum Umgang mit feindseligen Symbolgestalten 4/08
- Beate Steiner: Scham, Affektregulierung und Identität 2–3/15
- Beate Steiner: Was geschieht, wenn Eltern nicht »gut genug« sind? 3/16
- Rosemarie Steinhage: Das Trauma des sexuellen Mißbrauchs 2/94
- Christoph Stettler: Die Baracken von Rivesaltes – Gedanken zum Verhältnis von Wahrheit und Bild 4/03
- Michael Stigler: Von der gesunden Achtung und der inzestuösen Mißachtung des »Einen« und seines »Anderen« 3/92
- Michael Stigler: Der chronische Schmerzpatient 4/93
- Michael Stigler: Koordinierte psychodynamische und deskriptive Diagnostik 4/95
- Michael Stigler: Psychotherapieforschung: Methoden und Ergebnisse 1/97
- Michael Stigler, Yves Le Bloc'h: Borderline-Patienten in der stationär-ambulanten Behandlungskette: ein niederschwelliger Ansatz 1/04
- Michael Stigler: Die KIP-Technik des »Körpers in Haltung und Bewegung« 4/15
- Franz Strunz: Bergsteigen und Träume 3/94
- Franz Strunz: Woody Allen und Ingmar Bergman 1/95
- Gerhard Stumm: Psychotherapeutische Schulen und Vereine: Zwischen Wertschätzung, Gleichgültigkeit, Abwertung und Fanatismus 1/09
- Angela Teyrowsky: Wer bin ich – und wenn ja wieviele? – Transidentität – (keine) kreative Lösung? 2–3/15
- Jens Tiedemann: Scham-Wut als Ursache von Fanatismus und Gewalt 2/16
- Wolfgang Till: Homosexuelle Männer: Zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit – zwischen Aktivität und Passivität 1/94
- Karin Tordy: Wie werden wir empfangen? Psychologische Aspekte zur Eizellspende 3/14
- Volker Tschuschke: Zum Stand der Psychotherapie – Allgemeine oder schulgebundene Psychotherapie? 1/01
- Eva-Dorota Uhrová: KIP und Kunst – Suche (oder Sehnsucht) nach der Struktur 2/02
- Dorota Uhrová: Ist Kreativität das »Salz« der Psychotherapie? 2–3/15
- Harald Ullmann, Margret Flores d'Arcais-Strottmann: Der Tagtraum unter der Lupe 1/02
- Harald Ullmann: Die narrative Dimension der Katathym Imaginativen Psychotherapie 2/02
- Harald Ullmann: KIP und Hypnose in Konkurrenz – Gemeinsamkeiten und Unterschiede 2/05
- Harald Ullmann: Die Ros' ist ohn' warum ... Über das Eigenleben emotionsgetragener Symbole 4/08
- Harald Ullmann: Die metaphorische und narrative Dimension der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) – Über den Zusammenhang von Symbol, Drama und Metapher 2/09

- Harald Ullmann: **Imagination in der Psychotherapie – Zur Positionsbestimmung der KIP** 4/10
- Harald Ullmann: **Zum Sinn und Unsinn von Metaphern in der Psychotherapie. Möglichkeitsräume des Symboldramas** 1–2/12
- Harald Ullmann: **Der Tagtraum als Wegbereiter des Neuen – Zum vielfältigen Potenzial an Geschichten in der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP)** 3/13
- Harald Ullmann: **Wie Konflikte zu neuen Geschichten führen: die »Zentrale Beziehungsgeschichte« in der KIP** 2–3/15
- Iris Veit und Eva-Maria Einig: **Kooperative Psychotherapie: Das Herner Modell – Ein Praxisbericht** 3/04
- Rolf Verres: **Subjektive Steuerungs- und Erkenntnisprozesse in der Gesundheitsforschung** 3/93
- Marika Vogelsinger: **Kombination von KIP-Therapie, Marionettenspiel und kreativen Techniken in der Kinder- und Jugendlichentherapie** 3/11
- Christine Walder: **»If you want your dream to be ...« – Überlegungen zu den Berührungspunkten von Spiritualität und KIP** 4/11
- Christine Walder: **Heilsames Lesen und Schreiben. Zur Verbindung von Poesietherapie und Bibliotherapie mit der KIP** 1–2/12
- Heinrich Wallnöfer: **Autogenes Training als Psychotherapie** 1–2/92
- Heinrich Wallnöfer: **Das Phänomen Hypnose** 1/93
- Heinrich Wallnöfer: **Nachruf auf Univ.-Prof. univ. med. Dr. Alois Moritz Becker** 3/09
- Heinrich Wallnöfer: **I. H. Schultz und die Psychoanalyse** 3/11
- Henriette Walter: **Stellenwert der Hypnose in der Therapie** 2/93
- Henriette Walter, Brigitte Anderl, Marianne Martin: **Weiterbildungscurriculum für zahnärztliche Hypnose und Kommunikation** 1/96
- Henriette Walter: **Neu in Österreich – ZahnärztInnen lernen Hypnosetechniken** 4/94
- Reinhard Walter: **Die Vielfalt in mir** 3/94
- Reinhard Walter: **Der kleine Stern der Ewigkeit** 4/95
- Beatrix Weber Bertschi, Graciela Greco: **Türbilder – Bildertüren. Wohin führen Bildertüren?** 2/02
- Beatrix Weber Bertschi: **KIP-Bildmotive für die Kurztherapie bei Müttern nach traumatisch erlebter Geburt. Zur Geburtsverarbeitung – mit Falldarstellung** 1–2/12
- Beatrix Weber Bertschi, Graciela Greco: **Begleitung des Migrationsprozesses mit KIP und psychodynamischen Techniken** 1/16
- Susanne F. Wernegger: **Body-Image-Störung als persistentes Symptom nach überwundener Adipositas** 1/97
- Corinna Wernz, Mathias Lohmer: **Sexualität und Abwehrmechanismen** 2/10
- Peter Widmer: **Schlängliches** 1/95
- Renate Wimberger: **Überlegungen zur Dauer von Psychotherapien und der Verleugnung von Sterben und Tod in der Therapie** 1/98
- Sylvia Wintersperger: **Wann ist das Trauma zu Ende? Wege und Ziele in der Traumatherapie** 2/06
- Hans-Jürgen Wirth: **Narzissmus und Machtmissbrauch in der Psychotherapie** 2/09
- Alexis Konstantin Zajetz: **Burnout: Ursachen, Neurobiologie und Therapie** 4/13
- Philip Zindel: **Eine hypnoanalytische Methode zur aktiven Introjektion des Therapeuten bei tief gestörten Patienten** 4/96
- Philip Zindel: **Hypnose im Spannungsfeld zwischen Machtphantasien und abstinenter Nähe** 4/99
- Sylvia Zwettler-Otte: **Über die Bedeutung von Deckerinnerungen in der KIP** 1/94
- Sylvia Zwettler-Otte: **KIP als tiefenpsychologisches Verfahren oder Die rote Kappe des Bahnhofsvorstandes** 1/95
- Sylvia Zwettler-Otte: **Gespräch mit Prof. Dr. Otto Lang zu seinem 70. Geburtstag** 2/97
- Sylvia Zwettler-Otte: **Die Fresken des Goldegger Rittersaales als katathyme Bilder** 2/97
- Sylvia Zwettler-Otte: **»Iuvat vivere!« – Psychoanalytische Überlegungen zur Lust** 4/98
- Sylvia Zwettler-Otte: **Suggestive und analytische Elemente der Psychotherapie** 4/99
- Sylvia Zwettler-Otte: **Bilder sind Netze, was auf ihnen erscheint, ist der haltbare Fang« (Elias Canetti) – Über die schöpferische Seite des Unbewussten** 3/16
- Ralf Zwiebel: **Gegenübertragung, Präsenz und Einsicht** 2/11
- Curriculum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 2/99
- Tagungsband Open Space Interlaken 4/09

