

# Imagination

2/2000

*Wolfgang Ladenbauer*

**Der andere (Anteil) im KB**

*Ulrike Blom*

**Die interkulturelle Begegnung in der Psychotherapie**

*Berta Pixner*

**Wie Märchen zur Diagnose führen**

*Vladimir Aristos Gheorghiu*

**Suggestion, Suggestibilität, Suggestionalität**

*Helene Lytwin*

**Effekte des Autogenen Trainings auf verschiedene Symptome**

## Offenlegung gemäß Mediengesetz, 1. Jänner 1982

### Nach § 25 (2):

**Imagination** (vormals „Ärztliche Praxis und Psychotherapie“) ist zu 100 % Eigentum der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training 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. Josef Bittner, 2. Vorsitzende: Dr. Ingrid Reichmann, Schriftführer: Dr. Claudius Stein, Kassierin: Dr. Mathilde Pichler, Ausbildungsleiter: Dr. Hans Kanitschar  
Weitere Vorstandsmitglieder: Dr. Barbara Burian-Langegger, Dr. Norbert Chimani, Dr. Victor Kann, Dr. Christian Korbel, Mag. Irmgard Stütz, Mag. Dr. Eva-Maria Thaler.

### Nach § 25 (3): keine

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

## Impressum

**Imagination** (vormals: „Ärztliche Praxis und Psychotherapie“) ist das offizielle Organ der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP).

**Herausgeber und Eigentümer:** Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie, Kaiserstraße 14/13, 1070 Wien, Tel. 01/523 38 39, Fax: 01/523 38 39-10.

**Schriftleitung:** Dr. Josef Bittner

**Redaktionsanschrift:** Landhausgasse 2/44, 1010 Wien

**Erscheinungsweise:** Viermal jährlich

**Verlag:** Facultas Universitätsverlag, Berggasse 5, 1090 Wien, Tel.: 01/310 53 56

**Druck:** WUV Universitätsverlag

**Layout und Satz:** Gerhard Krill, 1070 Wien

**Bezug:** Für Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie im Jahresmitgliedsbeitrag eingeschlossen. Abonnements und Einzelhefte können über jede Buchhandlung oder über die ÖGATAP, Kaiserstraße 14/13, 1070 Wien, bezogen werden. Jahresabonnements öS 200,-, Einzelpreis öS 60,-.

**Inseratenannahme:** Facultas Universitätsverlag

**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

---

# Imagination

## Inhalt

22. Jahrgang, Nr. 2/2000

### Editorial 3

*Wolfgang Ladenbauer*

**Der andere (Anteil) im KB. Überlegungen zu den Techniken Einfühlung, Identifikation, Rollenübernahme (Rollenwechsel), Rollentausch und Doppeln in der Begleitung katathymer Bilder 5**

*Ulrike Blom*

**Die interkulturelle Begegnung in der Psychotherapie 34**

*Berta Pixner*

**Wie Märchen zur Diagnose führen 41**

*Vladimir Aristos Gheorghiu*

**Suggestion, Suggestibilität, Suggestionalität: Versuch der Einordnung suggestionaler Phänomene unter Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Psychotherapie 48**

*Helene Lytwin*

**Effekte des Autogenen Trainings auf verschiedene Symptome und auf einzelne Streßverarbeitungsmaßnahmen bei Erwachsenen im normalen Alltag 59**

*Franz Sedlak*

**Anmerkung zum Artikel von Sylvia Zwettler-Otte in Imagination 4/1999 81**

**Buchbesprechung 85**



---

## Editorial

Es geht los. Das Gerangel um den Vertrag, besser gesagt, um die Verträge mit den Kassen. Jetzt werden die verschiedenen Methoden und Ausbildungsinstitutionen ihre Vorzüge ins rechte Licht rücken um bar der klinischen Erfahrungswerte – denn von diesem Bereich her wissen wir, daß die Effektivität therapeutischer Methoden sich nicht immer so verhält, wie das in den Büchern steht – sich als Sieger in diesem Wettkampf zu küren. Einen Vorgeschmack, welche Argumentationslinien auf uns zukommen werden, findet sich in einem Programm der Wiener Ärztekammer: „Unser Anliegen ist es auch, den Sozialversicherungsträgern eine deutliche Botschaft zu senden: Psychotherapeutische Medizin ist eine – wenn nicht sogar die erste Brücke, den Menschen als Ganzes zu behandeln und nicht wie bisher entweder als Organträger an Reparaturärzte oder als psychisch Gekränkte an Psychotherapeuten zu verweisen... Denn psychotherapeutische Medizin ist unvergleichbar qualifizierter und effektiver als die beiden ihr zugrundeliegenden (Organmedizin und ‚Beziehungsmedizin‘) Richtungen.“ (Hervorhebung J. B.)

Es wäre verführerisch, auf diesen semantischen Quantensprung (Psychotherapie – „Beziehungsmedizin“) der Autoren Odehnal und Bartl in ähnlicher Weise zu reagieren, aber das würde bloß zu einer unproduktiven Eskalation der ohnehin schon vorhandenen Differenzen führen. Solche Äußerungen qualifizieren sich von selbst. Travnicek würde sagen: „Der Stierkampf – a matte Sache: Ärztekammer gegen ÖBVP gegen BÖP gegen Hauptverband: das nenn ich Brutalität.“

Wie immer diese Kämpfe ausgehen werden, es wird schwer sein, das Richtige zu tun.

Außer Sie halten es mit der „Neuroanalytischen Psychologie“ aus Zürich. In einem Schreiben vom 22. Mai heißt es:

„Lieber Herr Bittner. Was ist richtig? Ist Ihre Beziehung richtig? Ist Ihr Beruf richtig? Ist das Leben, das Sie führen, richtig? Es gibt vier Möglichkeiten, die Frage zu beantworten.

1. Es ist richtig weil Sie müssen.
2. Es ist richtig, weil Sie wollen.
3. Es ist richtig, weil Sie können.
4. Es ist richtig, weil es Ihre Bestimmung ist.

Nach welcher der vier Möglichkeiten Sie sich entscheiden, hängt davon ab, in welchem Hirnbereich Sie entscheiden (Instinkthirn, Affekthirn, instrumentelles und emphatisches Vernunftthirn) ...

Was soll wo durch wen bestimmt sein? Die Antwort ist: die Informationen sind im Gehirn (DNA) gespeichert“.

Das ist ein echtes Zitat und entstammt nicht einer imaginativen Raserei meinerseits.

Wenn es am Beginn dieses Editorials heißt: Es geht los, so bezieht sich das nicht nur auf schwierige berufspolitische Verhandlungen und Streitigkeiten sondern auch auf den beginnenden Sommer, mit all seinen Hitzten, Wünschen und Verführungen.

Zum Schluß noch die gute Meldung: im „Standard“ konnte man jüngst unter „zu Zweit“ folgende Annonce lesen:

„Meine Analytikerin glaubt zwar nicht, dass wir uns über ein Inserat kennenlernen werden, aber vielleicht liegst Du auch gerade (Mi, ca. 02:00) wach und sehnst Dich nach mir. (Bin) verschmüst, leidenschaftlich, will mich tiefenpsychologisch ausbilden lassen und viel ‚Sonne‘ ins Leben bringen ...“

Weitere sommerliche Imaginationen wünscht Ihnen

Ihr  
Josef Bittner

## **Der andere (Anteil) im KB**

### **Überlegungen zu den Techniken Einfühlung, Identifikation, Rollenübernahme (Rollenwechsel), Rollentausch und Doppeln in der Begleitung katathymer Bilder**

**Wolfgang Ladenbauer**

In meiner Systematik<sup>1</sup> der therapeutischen Techniken in der Begleitung katathymer Bilder (KB) habe ich eine grobe Einteilung getroffen. In ihr geht es um die Aktivität des Therapeuten, nämlich um eine eher passive Haltung im Sinne freier Begleitung einerseits und andererseits um eine eher aktivere Haltung mit dem Ziel, Einfluß auf die Imagination zu nehmen. Diese aktivere Haltung kann eingesetzt werden, um nur im Strukturellen, d. h. die äußere Form der Imagination zu verändern, also ohne jegliche inhaltliche Vorgaben oder Ziele. Die zweite Möglichkeit verändert auch inhaltlich und stellt damit eine deutlichere Einflußnahme dar.

Ich unterscheide bei der rein strukturellen Einflußnahme die einfache Aufforderung und die Ermutigung sowie die Veränderung auf der Zeitebene, der Raumbene, der Sinnesebene, der Trancetiefe oder der Beziehungsebene.

Die Beziehungsebene betreffen die bekannten Grundstufentechniken: Füttern, Nähren, Versöhnen, Bannen, Erschöpfen und Mindern. Hierher gehören auch die Mittelstufentechniken Fokussieren und Konfrontieren. In diese Stufe würde ich auch die Aufforderung zum Aushalten und Ertragen von Bedrohlichem, Unangenehem, Peinlichem etc. rechnen, da dies eine spezielle Art der Konfrontation darstellt und schon eine gewisse Belastbarkeit des Patienten voraussetzt.

Als Erweiterung dieser Techniken, die ohne inhaltliche Einflußnahme auf eine rein strukturelle, formale Veränderung auf der Beziehungsebene des KB hinzielen, habe ich noch hinzugefügt: Einfühlen, Identifikation, Rollenwechsel (Rollenübernahme), Rollentausch und Doppeln. Genau diese Techniken stelle ich in dieser Arbeit vor mit Beschreibungen, mit technischen Hinweisen, Beispielen und Indikationen.

Vorausschickend sei bemerkt, daß sich alle diese Techniken immer nur nach dem Kontext und entsprechend den Strukturniveaus einsetzen lassen. Die aufsteigende Reihung in meiner Aufzählung von Einfühlung bis Rollentausch entspricht einer nötigen Entwicklung des Strukturniveaus, einerseits als Voraussetzung, andererseits als Chance für Festigung und als Weiterentwicklung im Sinne eines strukturbildenden Prozesses. Das Doppeln läßt sich auf allen Strukturniveaus einsetzen.

Der Einsatz dieser Techniken, die teilweise aus dem Psychodrama (PD) kommen, stellt also eine Bereicherung in unserem Repertoire dar, um den Patienten neue Erfahrungen zu ermöglichen, die entweder strukturbildend, strukturverändernd oder nachreifend sind. Gemäß den bereits erreichten Fähigkeiten der Strukturniveaus können diese Techniken dann zur Festigung und anschließend zum Neuerwerb neuer Fähigkeiten (z. B. der Symbolisierung) und Bewältigungsstrategien dienen.

Diese Techniken beeinflussen nicht direkt den Inhalt der KBs, sie entsprechen aber durch Veränderungen auf der Beziehungsebene den Thesen und Überlegungen der Objektbeziehungstheorie. Somit bekommen sie m. E. durch deren Bedeutung für die moderne tiefenpsychologische Psychotherapie einen hohen Stellenwert auch in der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP).

## **Einfühlen:**

Das **Einfühlen** in ein Symbol kann direkt oder indirekt nachgefragt werden, etwa mit:

- Wie geht es denn dieser Blume?
- Wie könnte sich diese Blume jetzt fühlen?
- Was glauben Sie denn, wie es dieser Blume geht?
- Was hat denn Ihr Gegenüber für einen Gesichtsausdruck?
- Wie schaut denn der drein?
- Was haben denn seine Augen für einen Ausdruck?
- Was strahlt denn diese Person für eine Stimmung aus?

Die Frage „Wie wirkt denn diese Blume auf Sie?“ lenkt hingegen die Aufmerksamkeit von der Blume weg auf den Patienten, allerdings natürlich im Sinne einer ersten Wechselwirkung.



**Bedeutung:**

Dieses Einfühlen ist schon eine reifere Leistung des psychischen Apparats und der Beziehungsfähigkeit, die sowohl auf der Objektstufe als auch auf der Subjektstufe verstanden werden kann und auch eine Bedeutung auf der Übertragungsebene hat. Es ist dies die erste, noch relativ ich-ferne Auseinandersetzung des Patienten mit dem Anderen oder eben dem anderen Anteil seiner selbst. Ich verwende diese Technik relativ häufig und setze sie meist bereits beim Blumenbild ein. Bei schweren depressiven Störungen oder Persönlichkeiten auf Borderline-Niveau vermeide ich anfangs diese Technik genauso wie überhaupt die Blume als erstes KB-Motiv.

Dann jedoch stellt das Üben dieser empathischen Fähigkeit eine Möglichkeit für den therapeutischen Fortschritt dar, der über diese Empathiefähigkeit später zu Beziehungsfähigkeit und Objektkonstanz führt. Bei stabiler therapeutischer Beziehung ist der Patient bereit, auf das Andere hinzuschauen und damit den Blick von sich auf andere zu erweitern, ein Du wahrzunehmen. Als übendes Vorgehen führt dies über die im folgenden besprochenen Techniken von Einfühlung bis Rollentausch zum Effekt des Erwerbs höherstruktureller Leistungen des Ich. Damit geht auch der Erwerb und die Verbesserung der Symbolisierungsfähigkeit einher. Deren Entwicklung stellt ja auch den Weg vom diffusen Ich über das Du bis hin zum Erleben eines Dritten dar, in unserem Fall primär der Patient und die Imagination, dann auch der Therapeut. Das Objekt wird dann nicht mehr nur als das Objekt gesehen, sondern auch mit all seinen anderen symbolischen Bedeutungen, als Entwicklung von der symbolischen Gleichsetzung bis zur Fähigkeit der symbolischen Repräsentanz.

**Identifikation:**

Die nächste, ich-nähere Stufe ist die **Identifikation**. Nach meiner Erfahrung stellt sie sich relativ häufig durch den Patienten selbst ein, kann aber auch vom Therapeuten vorgeschlagen werden. Dies setzt voraus, daß der Patient zwischen sich und anderen unterscheiden kann, daß er erlebte sichere Identität besitzt.

Die Formulierungen zur Identifikation könnten lauten:

- Wie fühlen Sie sich anstelle dieser Person?
- Bleiben Sie nur in dieser Identifikation und in den Gefühlen als diese Person.  
Was spüren Sie denn da an Stelle dieser Person?
- Wie würde es Ihnen denn anstelle dieser Blume gehen?
- Wie würden Sie sich jetzt als diese Blume fühlen?

- Bleiben Sie doch weiter in dieser Identifikation und beschreiben Sie mir, wie es dieser Blume denn da genau geht, wie sie sich jetzt fühlt, was sie denn gerne möchte.
- Stellen Sie sich vor, daß Sie jetzt anstelle dieser Blume wären: wie würden Sie sich denn so fühlen? Was würden sie denn da jetzt brauchen/wollen?

Der Inhalt der Identifikation betrifft also nur den anderen (Anteil), die Frage nach Beziehung oder Kommunikation ist weiterhin noch nicht gestellt. Ein erster Anstoß zu Beziehung ist der Vorschlag, sich am Ende der Imagination vom anderen, zum Beispiel von der Blume, zu verabschieden.

### **Rollenübernahme:**

Der **Rollenwechsel** (die **Rollenübernahme**) stellt eine spezielle Art des Beziehungswahrnehmens dar. Hier steht primär nämlich nicht so sehr die Klärung einer Beziehung im Vordergrund als die Rolle des Anderen, die andere Rolle, die andere Funktion, in die der Patient wechselt. Er übernimmt spontan oder vom Therapeuten aufgefordert die Rolle einer anderen Person, eines anderen imaginierten Objektes. Abweichend vom Psychodrama (PD)<sup>2</sup> möchte ich hier vorschlagen, daß wir diese Technik der Klarheit halber statt Rollenwechsel als **Rollenübernahme** bezeichnen. Tausch und Wechsel sind vom Wort her leicht zu verwechseln. Im PD war der Rollenwechsel ursprünglich nur aus dem Rollenrepertoire des Patienten gemeint, während heute und in der KIP (im Sinne seiner 3. Dimension) die progressive szenische Ausweitung für alle Rollen, auch bisher fremde, miteinbezogen wird. Der Patient wechselt also nicht nur seine Rollen innerhalb seines Repertoires, sondern er übernimmt auch völlig neue Rollen. Somit wird das Repertoire erweitert durch neue Rollen, durch Lösen fixierter Rollen oder Wiedererwerb verschütteter Rollen.

Die Begriffe wurden früher, auch von Moreno selbst, teilweise widersprüchlich verwendet. Mittlerweile hat man sich meist darauf geeinigt, daß Rollenspiel ein übergeordneter Begriff ist, während Rollenwechsel und Rollentausch klar unterscheidbare Techniken des Psychodrama sind. Allerdings hat auch Leuner die Begriffe nicht immer klar getrennt und auch in der Methodendarstellung<sup>3</sup> des PD ist mir die Unterscheidung nicht ganz eindeutig, wenn ich lese: „Der Rollentausch ist mehr als der Tausch des Protagonisten in die Rolle eines anderen. Wir unterscheiden dabei zwischen Rollenübernahme, Rollentausch und Rollenwechsel. Wenn ein Patient eine Rolle übernimmt, um zu lernen, wie es ist, in dieser Rolle zu sein, dann ist das Rollenspiel oder Rollenübernahme.“ Wie ich

unten noch zeigen werde, ist der Übergang zwischen Rollenübernahme und Rollentausch fließend und die Unterscheidung oft nicht eindeutig, was aber keine therapeutische Konsequenz oder Relevanz hat.

Der Patient wird bei der Rollenübernahme nicht zu einer speziellen anderen Person wie im Rollentausch, sondern er übernimmt eine Rolle. Er bleibt also er selbst, nur eben in einer neuen Rolle. Er wird damit nicht konkret eine andere Person, Tier oder sonstiges Objekt, sondern schlüpft nur wie ein Schauspieler in dessen Rolle. Er übernimmt in der konkreten Szene lediglich die Funktion des Königs, des Bettlers, des Löwen, der Mutter etc. Der Patient übernimmt eine allgemeine Rolle einer bestimmten sozialen Funktion oder die Rolle einer konkreten Person. Je konkreter die Rolle einem bestimmten Objekt zuzuordnen ist, desto mehr kann es zu einem Übergang von Rollenübernahme zum Rollentausch kommen.

Rollenübernahme setzt voraus, daß man eine entsprechende Rolle in seinem Repertoire hat oder sie aus vorhandenen Elementen zusammenfügen, schaffen kann (role-creation). Das Repertoire beginnen schon Kinder durch spielerisches Ausprobieren, durch Wahrnehmen anderer, durch Lernen am Vorbild, durch imaginative Fähigkeiten, durch Identifikation etc. zu erlernen. Bei der Rollenübernahme ist es möglich, in einer Art projektivem Prozeß einen Rollenwechsel mit Gegenständen, Personen, Gefühlen, Gedanken, Traumbildern, Objekten zu vollziehen, indem man sich in sie hineinversetzt und in seiner Imagination die Vorstellung dieser Rolle inszeniert.

### **Der Begriff „Rolle“:**

In diesem Zusammenhang möchte ich kurz auf den Begriff „Rolle“ eingehen. Moreno<sup>4</sup> betrachtet den Menschen immer in seinen Wechselbeziehungen: „das Individuum kann niemals abstrahiert werden, sondern steht immer in Zusammenhang mit anderen Individuen“, wodurch die Rolle(n), die der Mensch in diesem Zusammenhang hat, von großer Bedeutung ist (sind). Die Funktion der Rolle, meint Moreno<sup>5</sup>, „besteht unter anderem darin, das Unbewußte vom Sozialen her zu erschließen und Gestalt und Ordnung hineinzubringen“.

Neimann und Hughes<sup>6</sup> nennen 6 verschiedene Verwendungsweisen des Rollenbegriffs:

- grundlegender Faktor des Sozialisierungsprozesses
- kulturelles Verhaltensmuster
- soziale Norm
- tatsächliches Verhalten
- aktivierter Status
- Indikator einer Gruppenzugehörigkeit

Moreno<sup>7</sup> selbst sieht 4 verschiedene Bedeutungen der Rolle:

- kollektives soziokulturelles Stereotyp als soziologische Kategorie, wie zum Beispiel bei Berufstereotypen von Lehrer, Arzt, Politiker, Gendarm oder Rollenstereotypen von Vater, Mutter.
- vorgegebenes individuelles Handlungsmuster entspricht den Theaterrollen.
- individuell gestaltetes und abrufbares Handlungsmuster als sozialpsychologische Dimension des Rollenbegriffs als Ergebnis der Synthese aus allen Erfahrungen privater, sozialer und kultureller Art. Jeder besitzt eine Reihe solcher individueller Handlungsmuster.
- tatsächliches Handeln in einer aktuellen Situation, also die Manifestation der Persönlichkeit in der Handlung.

Leeb<sup>8</sup> gliedert die Rollen in

- psychosomatische: Trinkender, Genießender
- psychodramatische: Phantasierolle im kindlichen und therapeutischen Spiel
- soziale: Beruf, Vater, Mutter, Bruder, Schwester
- transzendente: der Weise, der Religiöse, der Prophet, der Verzeihende

Rollen sind zusammenfassend nach Moreno Systeme, die erstens einen Zweck haben, die zweitens verschiedene Handlungen miteinander in Verbindung setzen und sich dadurch von anderen Handlungsverbindungen unterscheiden und drittens mehr (z. B. juristisch festgelegt) oder weniger (daher umso freier gestaltbar) genormt sind. Moreno verwendet statt der Begriffe Persönlichkeit oder Ich den Begriff der Rolle, weil dieser für ihn konkreter ist als die Summe von Erwartungen und Zuschreibungen. Die Rollenausübung geht dabei der Genese des Selbst voraus. Die Rollen entstehen also nicht aus dem Selbst, sondern das Selbst entsteht aus den Rollen. Das Selbst ist dann aber mehr als die Summe der Rollen.<sup>9</sup>

„Der Mensch wird im Psychodrama als *Rollenspieler* gesehen. Rolle ist das funktionale Verhalten, mit dem der Mensch in einem bestimmten Augenblick auf eine bestimmte Situation reagiert, an der andere Menschen oder Objekte beteiligt sind. Die Rolle ist somit Nahtstelle zwischen Individuum und Gesellschaft und kann zur Kulturkonserve werden. In der Dialektik von Rollenübernahme und Rollengestaltung (role-taking und role-making) betont das Psychodrama die Gestaltungsseite des Handelns – in der Terminologie von G.-H. Mead das ‚I‘ gegenüber dem ‚Me‘. Rollenhandeln ist eine Synthese von individuellem und kollektivem Verhalten. Alles menschliche Handeln ist an die Ausübung von Rollen gebunden.“<sup>10</sup>

*Rollenspiel* ist nun der übergeordnete Begriff, *Rollenwechsel* (Rollenübernahme) der Wechsel innerhalb der verschiedenen Rollen des eigenen Rollen-

repertoires, *Rollentausch* die Übernahme der Rolle eines anderen mit folgendem Wechselspiel, *Rollenzuweisung* geschieht zum Beispiel durch ein Gruppe, *Rollennahme* ist ein interaktionaler Prozeß in der Entwicklung (bestehend aus *Rollenübergabe* durch die Mutter und Rollenempfang durch das Kind), der zu *Rollenerwartungen* führt.

### **Bedeutung:**

Bei der Rollenübernahme kann der Patient zum Polizisten, Räuber, Liebhaber usw. werden, ist dabei aber immer noch er selbst. So ist es ihm möglich, sich selbst in anderen Rollen, also Funktionen, Fähigkeiten, Rechten, Pflichten, Eigenschaften, Gehaben, sozialen Stellungen und deren Implikationen, Kommunikationen oder eben auch Beziehungen zu erleben, auszuprobieren, kennenzulernen. Dies eröffnet neue Perspektiven, konfrontiert mit alten Mustern oder unbewußten Konflikten, ermöglicht Problemlösungen, Lösungen von Rollenfixierungen und Behebung von Rollendefiziten oder bringt emotionale Veränderung, Expansion und Autonomiegewinn.

Diese Technik ermöglicht und schult die Fähigkeit, bestimmte Rollen zu übernehmen, aber auch sich von ihnen zu lösen. Durch diese Fähigkeit ergibt sich oft eine neue, verändernde Erfahrung auf dem Hintergrund eines neuen Musters und daraus die Möglichkeit zur Konfliktlösung, Ressourcen-Aktivierung, kreativen Entfaltung und zum Probehandeln, in Summe also entsprechend allen 3 Dimensionen<sup>11</sup> der KIP.

Auch in der Entwicklung des Kindes ist das spielerische Lernen durch Rollenübernahme wichtig, um die Funktionen der Rolle kennen, verstehen und handhaben zu lernen und als Fähigkeit bei Bedarf zur Verfügung zu haben, als Fähigkeit zu Inkorporation, Introjektion, Identifikation, also zu Verinnerlichung, zu Internalisierung, zu Ausbildung verschiedener Objektrepräsentanzen. Durch Rollenübernahme und Rollentausch kommen neue Objektrepräsentanzen dazu, die die eigene Struktur bereichern, anreichern, erweitern, festigen, konsolidieren.

### **Technik:**

Aufforderungen zur Rollenübernahme könnten etwa so formuliert werden:

- Stellen Sie sich vor, Sie wären jetzt selbst Mutter, Vater, Lehrer, Polizist, Priester ...
- Könnten Sie sich vorstellen, jetzt einmal die Rolle Ihres Gegenüber zu übernehmen?
- Vielleicht wäre es möglich, jetzt die Rolle eines Polizisten zu spielen?
- Stellen Sie sich doch vor, jetzt in die Rolle einer Mutter zu schlüpfen!

- Probieren Sie doch jetzt versuchsweise die Rolle eines Lehrers aus!
- Wie fühlen Sie sich in der Rolle des/der/eines/einer ...?
- Ich lade Sie ein, jetzt einmal sich selbst in der Rolle des Jägers zu erleben.
- Wollen Sie vielleicht einmal selbst ausprobieren, wie es einem Politiker in so einer Situation gehen könnte? Dann stellen Sie sich doch einfach vor, Sie befinden sich als Politiker in dieser Situation.
- Wie könnte es denn jetzt weiter gehen, wenn Sie ein Polizist, Casanova, ein Magier oder eine Hexe wären?
- Stellen Sie sich doch jetzt vor, daß die Szene weitergeht, nur daß Sie jetzt eine Schauspielerin, eine Hexe, ein wildes Tier oder ein Psychotherapeut wären!

Bei der Rollenübernahme ist es notwendig, vor Beendigung der Imagination den Patienten die übernommene Rolle wieder abgeben zu lassen. Sonst würde er wie ein Schauspieler die Bühne verlassen, der sich gefühlsmäßig noch immer in der Rolle und im Stück befindet. Beim Rollentausch erscheint mir das Aussteigen aus der Rolle noch viel wichtiger. In meiner Studienzeit erlebte ich einen Kollegen, der als Schilehrer viel Erfolg bei den Frauen hatte, nach Rückkehr auf die Uni jedoch mit demselben Verhalten fürchterlich auf die Nase fiel. Die Eigenschaften der alten Rolle paßten nicht mehr in den neuen Kontext.

### **Beispiele:**

Im Rahmen der KIP-Intensivseminare kommt es regelmäßig zur Rollenübernahme, wenn in den Dreiergruppen geübt wird, wobei einer die Rolle des Therapeuten, ein anderer des Patienten übernimmt. Selbst die Rolle des Beobachters ist eine Rolle.

Für eine Seminarteilnehmerin stellte es eine wichtige und aufschlußreiche Erfahrung dar, sich einmal in der Rolle eines Mannes erleben zu können. Einer anderen wiederum war es sehr wichtig, sich einmal mit den Eigenschaften eines Silberlöwen erleben zu können.

Eine spontane Rollenübernahme ereignete sich, als eine Patientin im KB eine Tänzerin sah und dann von selbst diese Tänzerin wurde, d. h. sie blieb sie selbst mit ihrer Persönlichkeit, ergänzt aber gleichzeitig mit der Rolle und den Fähigkeiten dieser Tänzerin, die genußvoll zu indischer Sitar-Musik tanzte. Somit verstärkte sie die Intensität des lustvollen Erlebens, spürte sich mit diesen neuen Fähigkeiten und konnte aus der ungewohnten Erfahrung heraus neue Ansätze und andere Anteile erleben; konnte ihre sexuellen Impulse wahrnehmen und zu ihrer Erotik stehen.

Einer jungen bulimischen Patientin gebe ich das Motiv „Ball“ vor, als es in der Therapiephase um Autonomie und Loslösung geht. Mein damaliges Protokoll liest sich so:

Die Patientin ist spontan 13–14 Jahre alt. Haus in ihrem Heimatort, daneben eine Grube. Der Ball kann springen. Fällt durch einen Kamin, sie wäscht ihn ab, damit er wieder lebendig wird. Er springt wieder lustvoll umher. Sie fühlt sich sehr angezogen und scheint sich schon mit dem Ball zu identifizieren, so daß meine Idee zum Rollentausch schon durch die Patientin vorbereitet ist. Ich schlage ihn zur besseren Differenzierung also gleich vor. Ganz als Ball fühlt sie sich noch viel besser und hüpfte lustvoll herum. Sie spürt die Luft und die Wolken, wobei sie das Weiche genießt, das Feuchte aber wegen der Kühle stört. Weich und hart am Boden. Sucht sich dann ein Nest. Im elterlichen Garten bei Felsen, Käfern und Heuschrecken. Es ist gut, doch kann sie die Muskeln nicht ganz entspannen. In einem Vogelnest wiederum ist es zu wenig warm. Im nächsten Nest ist sie dann allein, schließlich fühlt sie sich in einem Fuchsnest mit dem Fuchs in der Zweisamkeit wohl. Dort lasse ich sie die Gefühle nochmals spüren, lasse sie dann wieder sie selbst werden (sie ist dann von selber erwachsen) und als solche die Szene nochmals kurz anschauen. Sie schaut aber den dunklen Wald an und empfindet ihn als schützend.

Ohne jetzt näher auf Psychodynamik, Übertragung und Symbolik einzugehen, scheint es mir ein klares Beispiel für eine Rollenübernahme, für das Erleben in der Rolle des Balles, einer Symbolgestalt mit vorher noch nicht gekannten Eigenschaften und Fähigkeiten. Diese neue Rolle stellte im weiteren eine wichtige Erfahrung und einen therapeutischen Schritt dar. Die Indikation zum Einsatz dieser Technik stellte sich ja auch fast von selbst, als die Patientin sich offensichtlich schon mit dem Ball identifizierte, sein Springen als lustvoll erlebte. Die Rollenübernahme war dann nur noch ein kleiner Anstoß von mir und zeigte, daß sie in dieser neuen Rolle zu verändertem und veränderndem Erleben selbstständig fähig war, was schon auf der imaginativen Ebene neue Erfahrungen und Auseinandersetzungen brachte. Die Fähigkeit zur Rollenübernahme zeigt auch das Strukturniveau dieser Patientin. Sie kann schon Objekt und Subjekt getrennt erleben, in ihrer Tendenz zur vagen Identifikation sehe ich allerdings noch einen Hinweis, daß das Erleben der Identität noch etwas diffus ist. In diesem Sinne stellt die Rollenübernahme auch einen strukturbildenden Schritt zur Identitätsfestigung dar.

Bei einer anderen Patientin geht es in einer Phase der Therapie um ihre Ängste vor Abhängigkeit und vor Kontrollverlust. Schon als Kind war es ihr wichtig, daß man ihr zuhört und daß alles nach ihrem Willen geht. Nach dieser Assoziation stelle ich ihr das KB-Motiv „Kindheitsfoto“ ein. Dazu mein Protokoll:

Portrait nach dem 1. Schultag. Die Mutter fotografiert, Vater und Bruder sind dabei. Der Vater ist stolz, sie jedoch möchte lieber seinen Arm um die Schulter und in die Luft geschmissen werden. Dann in der Klasse, sie in der letzten Bank. Die Lehrerin fragt sie nach dem Namen und sagt ihr, wie schön ihre Schultasche sei, die sie schon seit Monaten bei sich im Bett hatte.

In der folgenden Therapiestunde bringt die Patientin das reale Foto mit. Im Blick der Fotografierten sieht sie Trauer, Angst und Sehnsucht. Sie würde am liebsten dieses Kind an sich drücken. Dies setze ich sofort in ein KB um:

Sie geht hin und hockert sich neben das Kind, wird aber noch nicht wahrgenommen. Als das Bild weiter stockt, schlage ich einen Rollentausch vor, um die Bedürfnisse und Ängste des Kindes kennen zu lernen. Nach erfolgter Rollenübernahme (Hier geht es primär um das Erleben des Kindes in Anwesenheit der Erwachsenen, um eine Altersregression, die durch die Rollenübernahme ermöglicht wurde.) will sie als Kind an der Hand genommen werden, von der Schule abgeholt werden, daß man ihr bei den Aufgaben hilft, über die Dinge des Lebens erzählt, wie das Wachsen der Gräser, das Scheitern der Sonne, die Welt der Erwachsenen. Sie will ernst genommen werden, will über eine grüne Wiese gehen. Nach dem Rückwechsel in die Erwachsene lasse ich sie noch einfühlen in die Bedürfnisse der Kleinen. Im Nachgespräch ist sie sehr bewegt und nachdenklich, auch über ihre eigenen kindlichen Anteile, aber ebenso, daß sie sich mehr Zeit für ihre realen Kinder und diese auch ernster nehmen sollte. Zugleich wird ihr dann auch klar, daß dies auch auf die kindlichen Anteile ihres Mannes zutrifft.

Ein sehr aufschlußreiches und beglückendes Erlebnis hatte einmal eine sehr reife Kollegin in ihrer Lehrtherapie beim KB-Motiv „Sumpfloch“, wobei man das lustvolle Genießen immer auch als Widerstand vor dem Auftauchen von Bedrohlichem deuten könnte. Dazu meine Notizen:

Ein Schlammloch, in das sie im Sitzen ihre Füße steckt. Dann legt sie sich in einen warmen Bach, der in das Sumpfloch fließt. Vorher waren Frösche beim Bach zu sehen. Im warmen Wasser wird sie zugleich Baby und Mutter. Durch stets wechselndes Abfragen wird daraus ein oszillierender Rollenwechsel, wobei sie sehr beglückend und voll archaischer Gefühle die Verschmelzung aus beiden Rollen heraus erleben konnte. Die Idee war nicht von mir gekommen, sondern zwischen uns im imaginären Raum entstanden, als sie in der Verschmelzung eben nicht mehr unterscheiden konnte und ich in dieser Form darauf eingegangen bin, um das Erleben noch zu intensivieren.

Beide gehen dann aus dem warmen Wasser und legen sich auf eine Decke in die Sonne. Das Baby ist eingewickelt und schläft.

Ein Wassermann taucht auf und wirkt weise, grün und gescheit auf sie, als er aber auf ihre Fragen keine Antworten gibt, auch arrogant. Er ist gut, aber doch auch böse. Er bleibt dann am Schlamm sitzen, bis ihn ein großer Kopf in den Schlamm hinunter holt.

Das Baby wacht dann auf und wird gestillt. Hier kommt es wieder zum oszillierenden Rollenwechsel und zu Verschmelzungsgefühlen.



Eine Form der Rollenübernahme stellt auch das altbekannte Motiv „Einstieg in den Körper“ dar, nämlich die Übernahme der Rolle eines Winzlings, der jetzt den eigenen Körper außen und innen erkunden kann.

### **Rollentausch:**

Rollentausch und Rollenwechsel unterscheiden sich prinzipiell dadurch, daß beim **Rollentausch** wirklich die Rollen getauscht werden. Der Patient schlüpft also nicht nur in die Funktion einer anderen Rolle, sondern er wird wirklich die andere Person, eine bestimmte andere Person. Indiziert ist diese Technik daher nur bei ausreichender Fähigkeit zu sicherer Objekt-Subjekt-Trennung.

Durch den Einsatz eines Rollentausches im PD soll ein intensiverer Einblick in die Interaktionen eines Patienten mit seinen Bezugspersonen gewonnen werden sowie das Ziel angestrebt werden, eine Einfühlung in die Rolle des Gegenüber zu erreichen und eine neue Identitätserfahrung zu machen. Der Protagonist macht gleichsam eine Reise in die Welt des anderen, mit den Worten von Moreno ist Rollentausch damit „eine Technik der Sozialisation und der Selbstintegration“.

Im modernen auch tiefenpsychologisch ausgerichteten PD werden dabei die entsprechenden Gesichtspunkte wie Objekt- und Subjektstufe, Übertragung und Widerstand berücksichtigt, entsprechend der KIP, in der alle diese Aspekte im Vordergrund stehen. Dies zeigt auch der Ausschnitt aus der PD-Methodendarstellung<sup>12</sup>: „Der Rollentausch ist eine der wichtigsten Techniken. Durch den Tausch wird das Zusammenspiel erleichtert und zudem der Zugang zu vor- und unbewußten Inhalten geschaffen. Von der Antagonistenrolle aus läßt sich die Abwehr ein Stück umgehen, aber auch das eigene Verhalten von einer anderen Perspektive aus erleben. Diese praktische Dezentrierung und Fremdwahrnehmung vermittelt Einsicht, besseres gegenseitiges Verstehen und Annehmen auch eigener abgespaltener, projizierter Anteile, indem es verhärtete Positionen lockert ... Ich und Du werden unterschieden, die soziale Realität wird nach unterschiedlichen Perspektiven differenziert wahrgenommen.“

Jedem Rollentausch liegt eigentlich auch ein Rollenwechsel zugrunde, nur daß hier zwei zum Rollenhandeln fähige Subjekte die Rollen aktiv im Spiel des PD tauschen oder ein Subjekt mit einem anderen imaginativ im Tagtraum tauscht. Der Prozeß des Rollentausches im PD unterscheidet sich von dem des Rollenwechsels aufgrund der wechselseitigen Prozesse der gegenseitigen Beeinflussung. Im Rollenwechsel hingegen sind nur Selbstbeeinflussungsprozesse

möglich. Im KB hingegen ist die gegenseitige Beeinflussung von zwei leiblichen und konkreten Subjekten nicht in dieser Form möglich, wodurch sich eben der Rollentausch in diesen beiden Methoden unterscheidet.

So ein Rollentausch findet natürlich nicht in einem Vakuum statt, sondern ist eingebettet in die soziale und kulturelle Umgebung. Es ist daher nicht nur das Bewußtsein und das Unbewußte des Patienten betroffen, sondern auch seine bewußten und unbewußten Fantasien über das Objekt, mit dem er die Rolle tauscht. Ergänzt wird dies noch mit der Tatsache, daß das Unbewußte zweier oder mehrerer Menschen mit einem System gemeinsam-unbewußter Zustände verquickt ist, einerseits im Sinne des Archetypus, andererseits aber auch als Ergebnis gemeinsamer Entwicklung, wie zum Beispiel bei Eheleuten, bei Eltern und Kindern oder in einer Gruppe.

### **Bedeutung:**

Der Patient hat hier die Gelegenheit, den Anderen selbst zu erleben, sich als der Andere zu erleben. Im PD, woher diese beiden Techniken ursprünglich stammen, würde man sagen, daß der Protagonist, der Spieler, der Hauptdarsteller mit einem Mitspieler, dem Antagonisten, seine Rolle tauscht. Daraus ergibt sich, daß ab diesem Moment der Protagonist auch wirklich der Antagonist ist und als dieser handelt, redet, denkt, erlebt und fühlt. Er übernimmt nicht nur eine andere Rolle, sondern er wird zu dieser konkreten anderen Person. Der Protagonist wird zu diesem speziellen Antagonisten. Im PD steht dabei die reale Beziehung primär im Vordergrund, während im KB daneben auch die Subjektstufe und die Symbolebene, das Unbewußte und die Übertragung bedeutsam sind.

Durch einen Rollentausch ergibt sich auch die Möglichkeit, aus den Augen und dem Erleben eines anderen, sich selbst, also den Protagonisten, den Patienten wahrnehmen zu können. Im Erleben und in der Darstellung durch einen anderen von außen kommt es für den Patienten zu oft frappanten, faszinierenden, klärenden und verändernden Erfahrungen seiner selbst.

Weiters handelt es sich auch um eine Klärung von Beziehungen (mit Interaktion, Kommunikation, Gefühlen etc.) durch den Rollentausch vorerst auf der Objektebene. Rollenübernahme hingegen findet prima vista vor allem auf der Subjektebene statt, denn der Protagonist übernimmt nur ein anderes Rollenverhalten und bleibt im Grunde er selbst. So kann er in der Rollenübernahme aus der Rolle des Bösewichts in die Rolle des Gendarmen wechseln, während er beim Rollentausch wirklich für diese Zeit zum anderen Menschen wird. Bei der Rollenübernahme *übernimmt* der Patient zum Beispiel die Rolle einer Mutter, beim Rollentausch *wird* er zu *seiner* Mutter.

Selbstverständlich ist bei beiden Techniken Objekt- und Subjektstufe (und Übertragungsebene) bedeutungsvoll, doch die ursprüngliche Gewichtung liegt bei der Rollenübernahme offensichtlich mehr auf der Subjektstufe und beim Rollentausch primär auf der Objektstufe, dann auch im weiteren im Sinne der Introjekte und Objektrepräsentanzen genauso auf der Subjektstufe. Als Folge beider Techniken wird der Patient durch neue Objektrepräsentanzen bereichert, wodurch es zu einer Erweiterung seiner Fähigkeiten und Ich-Leistungen kommt. Dies stellt im Sinne der Objektbeziehungstheorie einen strukturbildenden Prozeß dar.

Beim Rollentausch erlebt sich der Patient nun wirklich als der andere mit allen möglichen Aspekten und Folgen, als weitere Möglichkeit auch sich selbst aus den Augen des anderen (Annäherung an eine Fremdwahrnehmung und Fantasie über sie) und schließlich die Beziehung und Kommunikation der beiden zueinander, wodurch auch Projektionen deutlich werden können. Diese vielfältigen Möglichkeiten zeigen das breite Spektrum der Indikationen, also von Einsatz und Effektivität dieser Technik auf.

Im PD ist der Rollentausch u. a. indiziert<sup>13</sup>:

- Wenn dem Patienten Gefühl und Verständnis für die Position des anderen und für seine Reaktion in der Situation fehlen mit dem Ziel, sich in genau dieser Szene in der Rolle, also als der andere, zu fühlen.
- Wenn der Patient seine eigene Haltung nicht bemerkt, also erleben soll, wie diese Haltung aus der Position eines anderen wirkt.
- Wenn der Patient aus seiner fixierten Abwehrhaltung nicht herauskommt und so der stockende Handlungsablauf, die fixierten Bilder wieder in Gang kommen sollen.

In der KIP ist nun der Rollentausch indiziert bei fixierten Bildern, zur Konfrontation mit der eigenen Fantasie<sup>14</sup> über den anderen, zur Beziehungsklärung, zur Differenzierung der Eigen- und Fremdwahrnehmung (mit Möglichkeit zur Überprüfung der eigenen bewußten Fantasien über den anderen (Anteil) oder Bewußtmachen eigener unbewußter Fantasien / Anteile), zur Anreicherung und zum Erleben neuer Aspekte, zur Musterunterbrechung, zum Erlebenlassen der eigenen und fremden Grenzen und Ganzheit, zum Erleben von regressiven, auftankenden Szenen und von progressiven<sup>15</sup> Möglichkeiten im Sinne der 3 Dimensionen der KIP, zum Üben und Aushaltenlassen von Bedrohung, Angst und Aggression.

In zwei Objekten, dem Patienten und seinem Gegenüber, kann sich auch die Ambivalenz eines Patienten wiederfinden. Im Rollentausch wird es nun möglich, beide Seiten dieser Ambivalenz zu erleben. So zum Beispiel hat ein Seminarteilnehmer selbst den deutlichen Impuls zu Nähe gespürt, als er sich dem aus

dem Wald tretenden Hirschen annähern wollte. In der Rolle des Hirschen merkte er dann die mögliche Bedrohung durch diese Annäherung und das folgende Bedürfnis nach sicherer Distanz.

Inflationäre Verwendung jedoch kann zur Abnutzung der oft überraschenden (und unter anderem dann auch deswegen so wirksamen) Technik führen, aber auch als Widerstand (auch des Therapeuten in der Gegenübertragung!) verstanden werden, wenn eventuell der Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben und den eigenen Konflikten ausgewichen werden soll.

### **Technik:**

Im PD spielt beim Rollentausch der Protagonist den Antagonisten und der Antagonist den Protagonisten. Sie übernehmen also die jeweils andere Rolle und schlüpfen in dessen Identität. In der Imagination hingegen wird nur der Patient zum Anderen, steigt also aus eigener Rolle und Erleben aus und sieht und erlebt sich selbst von außen mit allen Sinneswahrnehmungen als Gegenüber, ohne daß jetzt jemand anderer ihn selbst spielen muß. In der Imagination ist – wie bekannt – einfach mehr möglich als in der körperlichen Realität.

Im PD kann nun der Rollentausch zwischen dem Protagonisten und einem Mitspieler, einem Hilfs-Ich oder einem verkörperten Gegenstand stattfinden. Wichtig ist, daß beim Rollentausch immer nur der Protagonist mit jemand anderem tauscht und nicht zwei Mitspieler untereinander! Möglich ist weiters nicht nur das mehrmalige Hin- und Her-Tauschen mit demselben Mitspieler, sondern auch mit verschiedenen, dann allerdings ganz klar getrennt immer nur aus der Rolle des Protagonisten heraus. Wie es überhaupt wichtig ist, stets wieder in die eigene Rolle zurückzukehren und eine Szene oder ein ganzes Spiel immer nur zu beenden, wenn der Protagonist und alle Mitspieler wieder ihre ursprünglichen Rollen eingenommen haben. Diese prinzipiellen Regeln gelten genauso für das Begleiten der KBs!

Fürs KB bedeutet dies technisch, daß wir in der Imagination den Patienten einladen oder auffordern können, mit einer anderen Person, aber auch mit einem Tier oder mit einer anderen Symbolfigur zu tauschen. Diese Aufforderung kann so lauten:

- Ich möchte Sie einladen, sich doch einmal vorzustellen, sich in den anderen hineinzusetzen, indem Sie ganz einfach mit ihm die Rolle tauschen und dann er sind, während Sie sich selbst nun als Gegenüber erleben können.
- Ich möchte Ihnen an dieser Stelle vorschlagen, daß Sie jetzt mit Ihrem Gegenüber die Rolle tauschen, daß Sie also jetzt zum XY werden und nun diese Situation als XY erleben. Wie fühlen Sie sich jetzt als XY? Sie sind jetzt

der XY. Wie erleben Sie sich und diese Szene denn jetzt aus der Rolle des XY heraus, als XY? Und schauen Sie sich doch einmal als XY um. Wie schauen denn jetzt Sie selbst aus? Wie schauen Sie denn jetzt drein? Wie wirkt denn Ihr Gegenüber auf Sie, der Sie ja jetzt XY sind?

Der Formulierungen gibt es viele, zu beachten ist vielleicht, daß es sinnvoller und günstiger erscheint, den Patienten zuerst sich in der neuen Rolle, in der neuen Person ausreichend erleben zu lassen und dies durch Nachfragen noch zu intensivieren. Um nicht zu überfordern oder verwirren, empfiehlt es sich, sich zuerst auf das Erleben des anderen zu beschränken. Dann frage ich ausführlich nach dem Wahrnehmen der Situation und erst anschließend nach dem nunmehrigen Gegenspieler, der er ja er selbst ist. Dazu gehört nicht nur das Erleben seiner selbst aus der Sicht des anderen, sondern das Wahrnehmen der gesamten Beziehung und Interaktion in einer sich im folgenden entwickelnden imaginativen Szene.

Schwierigkeiten des Patienten, sich ganz in der neuen Rolle zurecht zu finden, kann man an seinen Reaktionen und Formulierungen merken. Sagt er zum Beispiel: „Ich sehe mich dort stehen“, so läßt sich dies leicht umbenennen, wenn man abändernd wiederholt: „Sie sehen also dort den Hans stehen“ und fortsetzt: „Wie schaut denn der Hans jetzt aus?“

Kommt es im Rahmen eines Rollentausches zu einer Altersregression, was gar nicht so selten ist, so ist dies in die Interventionen mit einzubeziehen. Zum Beispiel kann sich der Rufname ändern, etwa von Elisabeth auf Sissy. Doch diese Aspekte kennen wir ja auch sonst aus der Altersregression. Man bedenkt sie nur eventuell wegen der komplizierter werdenden Umstände im Rollentausch nicht gleich. Im Zweifelsfall kann man ja bei Bedarf nachfragen. Als günstig / notwendig würde ich es auch hier erachten, nach erfolgtem Rücktausch in die eigene Person vor Beenden des KB auch die Altersregression wieder explizit rückgängig zu machen, also vorzuschlagen, daß der Patient nicht nur wieder er selber wird, sondern auch wieder in sein momentanes Alter zurückkehrt.

So kompliziert dies auch erscheint, den Patienten ist dies bei richtigem Zeitpunkt im therapeutischen Prozeß fast ausnahmslos auf Anhieb und ohne Schwierigkeiten möglich. Im Zweifelsfall kann man es noch durch den Hinweis erleichtern, daß ja in der Fantasie wirklich alles möglich sei (und mit dem eingestreuten Wort „wirklich“ dessen Mehrdeutigkeit nutzt).

Der „richtige“ Zeitpunkt der Intervention zum Rollentausch ist nach einiger Übung leicht zu finden. Meist ist es der Zeitpunkt, wo es darum geht, die Position des anderen mit seinem Denken, Fühlen und Handeln kennen zu lernen, oder wenn die Situation durch den anderen bedrohlich wird und mindernde

oder konfrontative Techniken ausgereizt sind. Das Retour ergibt sich, wenn der Patient genug weiß, spürt, erfahren hat. In einem Seminar meinte eine Teilnehmerin zur Wahl des Zeitpunktes, dieser habe sich wie von selbst angeboten, er sei völlig selbstverständlich gewesen. Wenn ein Patient schon einmal einen Rollentausch erlebt hat, besitzt er diese Fähigkeit in zukünftigen KBs problemlos mit nur kurzer Aufforderung.

Beiden Methoden gemeinsam ist es, daß ein Rücktausch jederzeit möglich ist, ja, daß es häufig vom Therapeuten initiiert zu einem Hin- und Her-Tauschen der Rollen kommen wird. Zu betonen ist nochmals die Gemeinsamkeit von KIP und PD, daß man als Therapeut unbedingt darauf achten soll, daß das Spiel, körperlich oder imaginativ, auf jeden Fall vom Patienten als er selbst beendet werden muß! Der Patient steigt also immer aus Bild oder Spiel als er selbst aus, in seiner eigenen Rolle und in seiner eigenen Person. Es ist wohl offensichtlich, daß dies so sein muß, und was für Folgen es haben könnte, wenn der Patient als jemand anderer aus dem Spiel oder Bild aussteigt und in den Alltag zurückkehrt.

Weiters ist die Rückkehr in die eigene Rolle wichtig und auch zur Übersicht nötig, wenn in einer Szene der Protagonist zuerst mit einer Person die Rolle tauscht, dann mit einer anderen. Dazwischen muß er immer in seine eigene Rolle zurückkehren, um anschließend einen weiteren Rollentausch vollziehen zu können. Eine Rollendiffusion wäre sonst die sichere Folge.

Die Rückkehr in die eigene Person erfolgt manchmal auch spontan durch den Patienten selbst, wenn ihm die Situation in der Haut des anderen zu heiß, zu bedrohlich, zu fad, zu lästig oder zu peinlich wird.

Die Wichtigkeit des (rechtzeitigen) Rücktausches wurde mir erst unlängst wieder klar, als ich von einem Kollegen erfuhr, was ihm anlässlich eines Rollentausches passierte. Dieser dauerte allerdings relativ lange ohne Rück- oder Hin- und Her-Tausch. Der Kollege tauschte mit einem Freund die Rollen. Beide gingen sie nebeneinander her. Währenddessen erlebte er, wie der andere, also eigentlich er selbst, immer älter wurde. Als es dann zum Rücktausch kommen sollte, fand er sich selbst nicht mehr in der ursprünglichen Form wieder und bekam existentielle Ängste. Das blanke Entsetzen und Grauen packte ihn, da er seine ursprüngliche Hülle nicht mehr fand, um wieder er selbst zu werden. Er erlebte einen Moment von Angst vor Auflösung, vor Existenzverlust, vor Verlust der Kohärenz des Selbst. Seine Ich-Stärke ermöglichte ihm dann eine gute Lösung durch Veränderung des Bildes, indem er sich und seinen gealterten Körper hinter den Freund stellte, dessen Schultern hielt und zugleich gemeinsam den Alten anschaute. Dadurch und nicht durch die Hilfe der überforderten Therapeutin kam es dann zum erlösenden Rücktausch in den eigenen Körper im momentanen Alter und Zustand.

---

In dem Moment, in dem die Therapeutin die Veränderung des ursprünglichen Protagonisten merkt, muß sie darauf eingehen, muß sie reagieren. So kann sie zum Beispiel nach einer kurzen Nachfrage, wie dies aussieht und wirkt, sofort einen Rücktausch vorschlagen. Dieser ist in diesem frühen Moment vermutlich noch problemlos möglich und läßt die Veränderung des Patienten und im Patienten in der eigenen Haut (Rolle) spüren. Damit werden Fragmentierungs- und Auflösungsängste vermieden und sogar noch ein Schritt zur Festigung der Selbstkohärenz gemacht.

Sicher kann diese Situation auch durch die Übertragungsbeziehung zur noch nicht sehr erfahrenen Therapeutin in dieser Übungssituation entstanden sein und wird bei tragfähiger therapeutischer Beziehung vielleicht weniger leicht entstehen können. Möglich ist sie aber allemal und zeigt, wie wichtig der Rücktausch ist. Andererseits stellte dieses Erleben vielleicht auch eine wichtige Erfahrung im Leben des Kollegen dar, die mit „optimaler therapeutischer Führung“ nicht erlebt worden wäre. Dennoch meine ich, daß wir Therapeuten uns erst auf diese Techniken mit Patienten einlassen sollten, wenn wir in ihrer Handhabung wirklich sicher und erfahren genug sind.

Die Gemeinsamkeiten vieler Psychotherapiemethoden sind zahlreich und oft nur hinter einer anderen Terminologie versteckt. So gibt es beim PD weiteres an Ähnlichkeit oder Übereinstimmung mit den Katathymen Bildern. Am Beginn des psychodramatischen Spieles, also der szenischen Darstellung kommt es immer vorerst zur Einrichtung der „Bühne“, auf der gespielt werden soll. Dann erst wählt der Protagonist die Mitspieler aus und „kleidet sie ein“, das heißt, er erklärt ihnen die Rollen, die sie in seinem Spiel zu spielen haben. Es ist dies ein Einweisen in Eigenschaften und Beziehungen aller handelnden Personen, Dinge oder Begriffe durch den Protagonisten.

Genauso wird am Beginn des KB meist auch zuerst die „innere Bühne“ geschaffen und dann erst die handelnden Personen oder Dinge beschrieben in ihrer augenblicklichen und für den Patienten gültigen Art. Und meist dann erst betritt in beiden Methoden der Protagonist so richtig die Bühne<sup>16</sup>. Und im Aufarbeiten der psychodramatischen wie der katathymen Bilder gilt das Beachten der drei Ebenen von Objektstufe, Subjektstufe und Übertragung.

Dennoch will ich hier klar auch die Unterschiede der beiden Methoden betonen, mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz und verschiedenen Strategien und Techniken. In dieser Arbeit habe ich mehrmals das Gemeinsame betont und doch zugleich dargestellt, daß selbst die gleichen Techniken andere Möglichkeiten und Anwendungen haben. So habe ich auch den Begriff

„Rollenübernahme“ statt Rollenwechsel bevorzugt, einerseits um die Verwechslungsgefahr zu verringern, andererseits auch um zu zeigen, daß hier nicht nur das eigene Rollenrepertoire gemeint ist, sondern auch das Erwerben neuer Fähigkeiten und Erkenntnisse im Sinne der 3. Dimension der KIP. Weiters habe ich den Unterschied im Rollentausch hervorgehoben, wo es im PD zur gegenseitigen Beeinflussung der beiden Spieler kommt, während in der KIP ja die zweite leibliche Person fehlt und die gegenseitige Beeinflussung imaginativ erarbeitet werden muß. Zugleich bietet das imaginative Erleben einer anderen Rolle, übernommen oder getauscht, viele Möglichkeiten, die der Leiblichkeit verwehrt sind, so können wir fliegen, uns auflösen oder uns als jede Art von Tier mit all dessen Eigenschaften erleben, wengleich das PD in solchen Momenten ja auch auf die Imagination zurückgreifen kann.

### **Beispiele:**

Leuner<sup>17</sup> bringt in seinem Lehrbuch (S. 119f) ein schönes Beispiel für einen Rollentausch, durch den eine Lehrerin nach Erleben der Gefühle einer Schülerin sich selbst als Lehrerin gegenüber deutliche Wandlungen in Ansichten und Verhalten erreichte. Leuner charakterisiert dabei den Rollentausch: „Ein phantasiertes Wechselgespräch kann durch einen Rollentausch im KB eine Erweiterung erfahren, analog dem Rollentausch im Psychodrama Morenos. Voraussetzung ist naturgemäß, daß der Patient sich ein Wechselgespräch vorzustellen vermag. Aber auch wenn das nicht der Fall ist, bietet der Rollentausch doch die Möglichkeit der Identifikation mit dem Gegenüber oder dem ‚Gegner‘ (und damit eine Erweiterung des Horizontes eigener Einsichten). Die optische Wahrnehmung im KB, Gestik und Mimik des Gegenübers und naturgemäß im Rollenspiel der eigenen Person zu beobachten, ist förderlich. Die Realitätsnähe derartiger Szenen ist für den Betreffenden meist überraschend und kann einen hohen Grad an Evidenz und deshalb Überzeugung haben.“

### **Übergang (Rollenübernahme – Rollentausch):**

Der Rollentausch nicht mit einer Person oder Funktion, sondern mit einer Symbolgestalt stellt oft einen Übergangsbereich zwischen Rollenübernahme und Rollentausch dar. Es ist keine direkte Übernahme sozial klarer Rollen, sondern das Sich-Erleben zum Beispiel als Löwe, wildes Tier oder Reh, das aus dem Wald kommt usw. Petzold<sup>18</sup> meint, daß mit Hunden, Katzen, Bäumen und Blumen ein Rollentausch nicht möglich sei, sondern lediglich ein Rollenspiel (wieder so eine sprachliche Verwirrung!), da eine echte dialogische Begegnung nicht erfolgen könne. Die folgenden Beispiele werden allerdings zeigen, daß es sehr wohl



zur Interaktion mit dialogischer Auseinandersetzung kommen kann.

Die Unterscheidung kann tatsächlich manchmal schwierig sein. Es ist aber nicht unbedingt notwendig oder therapeutisch relevant, ob der Patient jetzt nur in die Rolle geschlüpft ist oder sich als dieses Objekt erlebt. Ich glaube, daß man als Therapeut rasch merkt, ob ein Patient nun als eigene Person nur eine andere Gestalt angenommen hat und doch die eigene Persönlichkeit ist, oder ob er ganz der andere wurde. Der Übergang ist fließend und die exakte Zuordnung hat therapeutisch keine Konsequenz, da es immer um den Patienten und seine bewußten und unbewußten Anteile, Beziehungen, Fähigkeiten und Interaktionen geht.

Nach meiner Erfahrung ist diese Form des Rollentausches die häufigste in der KIP, da es hier ja vor allem um die Arbeit auf der Symbolebene geht. Dies bringt es mit sich, daß wir uns nicht nur mit realen, konkreten Personen auseinandersetzen, sondern mit allen möglichen Objekten und Beziehungen auf der Symbolebene, also mit Symbolen und Symbolgestalten in der Imagination. Zur Auseinandersetzung bietet sich daher auch der Rollentausch mit diesen Symbolgestalten an, mit Hund und Katze, mit Löwe und Tiger, mit Schlange und Kröte. Doch ist es eben nicht nur die Übernahme von Rollen, also Funktionen aus dem eigenen Repertoire, sondern genau so auch das Wechselspiel und die Wahrnehmung und Interaktion mit einem selbst als Gegenüber, was ich als Charakteristikum für einen Rollentausch nennen würde.

### **Beispiele:**

In einer Lehrtherapie mit einer sehr aggressionsgehemmten Kollegin gab ein/e Rollenübernahme/tausch den entscheidenden Anstoß, nachdem dieses Problem direkt und imaginativ schon oft Thema gewesen war: Ein Vogel fliegt unter einem Sternenhimmel, unter ihm befindet sich eine tiefe trockene Schlucht, wie ein Riß in einer sonst ebenen Graslandschaft. Der Vogel fängt eine Maus und läßt diese dann tot zu ihren Füßen fallen. Sie steigt dann auf einem schmalen Pfad die steile Wand in die Schlucht ab, wobei sie sich teilweise mit beiden Händen festhalten muß. Den weiteren Verlauf dieses KB zitiere ich im folgenden mit Erlaubnis der Kollegin mit ihren eigenen Worten:

Ich hänge in einer Felswand, über mir der blaue Himmel, unter mir ein tiefer Abgrund. Ich möchte hinunter, hinunter auf den Grund der Schlucht, in der ich mich befinde.

Am Himmel kreist ein großer, dunkler Adler.

Ich kralle mich an Felsvorsprünge fest, habe Angst, daß die Steine unter mir nachgeben könnten. Jeder Schritt, jede Bewegung ist gefährlich, mein Spielraum ist eingeengt.

Da stürzt der Raubvogel plötzlich auf mich herab, fällt mich an und hackt mit seinem scharfen, gebogenen Schnabel auf meine Hände ein. Dann läßt er wieder von mir ab, um mich von neuem zu attackieren. Ich kann mich nicht wehren, habe Angst, den Halt zu verlie-

ren, loszulassen, abzustürzen. Völlig hilflos hänge ich in der Wand, versuche mich unter den fortgesetzten Angriffen des Vogels weiterzubewegen, fühle mich ohnmächtig.

Da höre ich die Aufforderung: „Und nun wechseln Sie die Rollen. Sie sind jetzt der Adler, der angreifende, aggressive Adler.“ Ich stutze, spüre: „Nein, das kann ich nicht, das bin ich nicht. Niemals könnte ich so etwas tun. Diese Rolle paßt einfach nicht zu mir.“ Doch der Therapeut läßt nicht locker, und so lasse ich mich nur sehr widerwillig auf den Rollentausch ein.

Ich spüre die Kraft des Vogels, die Beweglichkeit, die Macht, und das bereitet mir unsagbare Freude. Auch die Gestalt, die sich da mühevoll am Felsen festkrallt, zu attackieren, erfüllt mich – zu meinem eigenen Erstaunen – mit großer Lust. Ich spüre, ich könnte auch vernichten, wenn ich wollte, aber ich will nicht töten, sondern nur Angst machen, will meine Stärke zeigen. Und es macht ungeheuren Spaß, immer wieder anzugreifen, loszulassen, anzugreifen.

Da erfolgt die neuerliche Aufforderung des Rollentausches.

Wieder hänge ich in der Wand, wieder greift der Vogel an. Doch diesmal fühle ich mich nicht mehr hilflos, ich spüre Kraft und Wut, ungeheure Wut, habe überhaupt keine Angst abzustürzen, packe den Vogel – als er sich zum Angriff nähert – beim Kragen, halte ihn ganz fest und schüttle ihn, bis er völlig kraftlos ist. Diesmal weiß ich, jetzt könnte ich töten, wenn ich wollte, aber ich will eben nur meine Kraft und Stärke zeigen und lasse los. Der Vogel flattert erschöpft zu Boden, und mir gelingt der Abstieg nun leichter.

Unten angelangt setze ich mich ein paar Meter vom Adler entfernt ins Geröll, wir blicken uns mit gegenseitigem Respekt an, und irgendwie spüren wir eine innere Verbundenheit.

Nach diesem Bild ist mir erstmals spürbar klar geworden, daß ich nicht nur Opfer, sondern auch Täter bin, nicht nur hilflos, schwach, arm, ängstlich und ohnmächtig, sondern auch stark, mächtig, sadistisch, kraftvoll und vernichtend. Es schien, als würden die Ketten des Immer-Gut-Sein-Müssens gesprengt, die mich in meiner wehrlosen Position hielten. Es war für mich wie ein plötzliches Aufwachen im Entdecken der anderen, bisher nicht wahrgenommenen Seiten in mir. Ich hatte mir immer viel darauf eingebildet, gut, lieb, nett und hilfsbereit zu sein. Daß es da auch die Kehrseite der Medaille geben könnte, daran hatte ich nicht gedacht und daß diese, meine „Schattenseiten“ sogar akzeptiert werden könnten, das wäre mir schon gar nicht in den Sinn gekommen. Aber gerade durch diese Akzeptanz konnte ich nun das Böse, Aggressive, aber auch Starke und Kraftvolle in mir erleben, entdecken und lieben lernen. Das Wissen um den Facettenreichtum meiner Persönlichkeit, um hell und dunkel, erweitert meine Möglichkeiten, macht mich und mein Leben bunter.

Zum Rollentausch: Da erfolgt der Vorschlag des Rollentausches. Zunächst sträubt sich alles in mir. „Wie könnte ICH jemals ein so aggressives Tier sein?!“ Doch während ich noch zaudere, wird die Aufforderung wiederholt. Erst durch diese Ermutigung des Therapeuten wird es mir möglich, mich auf diesen Versuch einzulassen und nicht wie sonst vor Unangenehmem zu flüchten. Ich fühle, hier darf ich sein, wie ICH bin, und nicht wie MAN zu sein hat. So kann ich mir erlauben, meine strengen eigenen Moralvorstellungen zu lockern und finde Zugang zu einer neuen Erlebniswelt.

Ein weiteres Beispiel aus einer Therapie mit einer etwa 30-jährigen Patientin, ebenfalls mit ihren eigenen Worten nacherzählt. Bei ihr ging es um eine sexuelle Problematik, daher stand beim Motiv „Sumpfloch“ nicht so sehr das

Schmutzige, Anale im Vordergrund, sondern auch das, was – wie bei diesem Standardmotiv intendiert – eventuell angstbesetzt aus diesem Sumpfloch auftauchen könnte:

Ich stehe im Sumpf, es reicht bis knapp unter die Knie. Es ist eine große weite Fläche, und in einiger Entfernung ist links von mir eine Baumgruppe, die sich dann auch rechts weiter fortsetzt. Die Bäume sind hoch und haben schlanke Stämme.

Ther.: Wie sieht der Platz aus, wo Du Dich befindest?

Ich spüre den Boden, fester Lehmboden. Sehen kann ich ihn nicht, weil die Masse schwarz und dünnflüssig ist.

Ther.: Riechen?

Kann ich nichts. Greife es an: schwer und dick, aber auch warm, fällt in schweren, großen Patzen wieder hinunter; verteile es auch auf meiner Hand – angenehm.

Mit dem Fuß schleudere ich nun die Masse hinaus. Es fliegt hoch hinauf und breitet sich aus, fällt wie Regen herunter, oder wie Tropfen von einem Springbrunnen.

Lustig, macht Spaß.

Ther.: Was möchtest Du gerne tun?

Habe vorher schon Lust gehabt, auf die Bäume zu werfen. Waren anfangs näher. Es wäre lustiger, wenn jemand da wäre, mit dem ich eine Schlamm Schlacht, Wasserschlacht machen könnte.

Ther.: Schau einmal, ob da jemand auftaucht (Doppelbedeutung)!

Pause

Das Moor beginnt zu blubbern, Blasen steigen auf. Der Boden schwankt. In der Mitte der Fläche werden die Bewegungen immer intensiver und bewegter. Es wallt hoch, brodeln und kommt zum Ausbruch.

Eine große Kröte kommt hoch, langsam, aber mit riesigen Bewegungen kommt sie auf mich zu. Es graust mir vor ihr, häßlich anzusehen. Ihr Vorderteil ist giftiggrün, der Hinterleib ist gelb-grün-braun. Sie hat große Augen – weiß-schwarze Pupillen – starker Kontrast.

Ich kann plötzlich nicht mehr mit dem Schlamm werfen, obwohl ich es gerne täte.

Diese Kröte bleibt stehen.

Ich sehe sie nun von der Seite (links). Sie sitzt auf ihren Hinterbeinen und stützt sich auf die Vorderbeine auf. Blick ist nach oben gerichtet. Sie ist nun kleiner geworden – eher ein Frosch. Sitzt starr und schaut unbeweglich aus.

Ther.: Möchtest Du schauen, spüren, wie sich der Frosch fühlt, indem Du einmal der Frosch bist?!

Ich zögere lange, weil er so starr ist, und habe Angst, nicht wieder herauszukommen.

Schlüpfte dann doch in seine Haut.

Die Haltung ist starr – ich kann mich nicht bewegen. Ich sitze auf einem weißen Steinsockel (quadratisch), gerade so viel Platz, daß man sitzen kann. Ich selbst bin auch in einer Steinhülle, es ist unbeweglich. Ich beginne nun zu pressen, die Steinhülle bricht auf, und der Rücken- und der Bauchteil fallen ab. Mit den Vorderfüßen versuche ich den Kopf abzu drücken, blase wie bei einer Gipsmaske hinein, um ihn loszulösen. Es ist schwierig und mühsam. Endlich ist er herunter. Der Kopf dröhnt, ist dann befreiend. Ich kann mich nun besser bewegen. Dehne mich, strecke mich, lege mich mit dem Bauch auf den Sockel und strecke die Beine von mir, lasse sie locker hinunter hängen, fühle die Sonne am Rücken, wohlige.

Ther.: Schau mal, was die M. macht.

Sie spritzt mit dem Schlamm etwas herum und ihre Augen funkeln etwas. Sie schaut so lustvoll– „Wer beginnt mit dem Werfen“.

Ther.: Rücktausch der Rollen.

Das Bild erstarrt – ich weiß nicht, wo ich bin, wo ich mich befinde – längere Pause – kann die Situation / das Bild nicht begreifen, bin schon wieder unfähig zu handeln, stehe wie angewurzelt da.

Ich bin wieder ich selbst.

Ich sehe dann den versteinerten Frosch auf dem Sockel sitzen. Ich gehe auf den Sockel zu und versetze ihm einen Tritt, so daß er umfällt und der Frosch in hohem Bogen in den Sumpf fällt. Dabei zerbricht die Schale. Ich höre ihn jämmerlich quaken. Er ist kleiner geworden (tatsächliche Froschgröße) und kommt langsam hinter mir nach. Sein rechtes Hinterbein zieht er nach. Ich drehe mich zwar um, aber ich will ihm nicht mehr helfen.

Bevor der Verdrängungsmechanismus wieder voll in Gang kommt und damit die große bedrohliche Kröte zum kleinen Frosch wird und dann vielleicht ganz verschwindet, galt es eine Auseinandersetzung mit dem Symbol, dem bedrohlichen Objekt oder eigenen Anteil zu ermöglichen. Der Rollentausch ermöglichte dies und damit die zweimalige Lösung einer Erstarrung, eines fixierten Bildes. Das gestalterische und verbale Nachbearbeiten klärte dann einige weitere Aspekte der Symbolbedeutungen und des Prozesses.

Ein weiteres Beispiel aus einer Therapie einer jungen Frau, die gerade von ihrem Chef gekündigt werden sollte.

Im KB mit dem Motiv „Löwe“ sieht sie in Schönbrunn im Käfig einen wütenden brüllenden Löwen. Sie selbst ist draußen auch wütend, weiß aber nicht, warum. Erst nach einem Rollentausch mit dem Löwen kann sie den gerichtet aggressiven Anteil leben, indem sie über einen Baum aus dem Käfig springt und ihren dort befindlichen Chef zuerst anbrüllt, dann beutelt und in ein Eck schmeißt. Nach dem Rücktausch will sie für den Löwen die Freiheit.

Ist das Rollenübernahme oder Rollentausch? Eher ersteres, da sie die Rolle des Löwen übernimmt und in dieser Rolle ihren Anteil auslebt, ohne daß es zur Reflexion der Gefühle des anderen oder der Beziehung in beiden Richtungen ging.

Anders ein zweites KB derselben Patientin etwa ein Jahr später, in dem es beim Rollentausch auch um die Auseinandersetzung zwischen beiden Rollen geht. Sie hat gerade eine große persönliche Enttäuschung hinter sich und scheint in einer wichtigen Situation aus Angst vor Risiko unehrlich gewesen zu sein. Ich gebe ihr fürs KB das Motiv „gefährliches Tier“ vor.

Ein Grizzlybär auf einem Felsplateau schaut in Höhlen nach Eßbarem, da er hungrig ist. Er erwischt einen weißen Hasen und frißt ihn. Die Patientin selbst befindet sich auf einem Baum. Der Bär entdeckt sie und ist wütend. Zuerst geht er weg, damit sie herunter steigt, was

sie auch tut. Dann kommt er zurück zu ihr. Nach einigem Hin und Her weiß sie nicht, was er will und was sie soll. Es kommt zu einem Stillstand. So schlage ich einen Rollentausch vor. Als Bär beutelt sie die Patientin, diese am „Schlawittel“ haltend. Ich fordere sie dann auf, sich doch einmal anzuschauen, was sie als Bär denn an dieser jungen Frau so wütend macht. Der Bär will fair sein, was er von ihr nicht annimmt oder spürt. Andererseits weiß sie als Bär, daß diese junge Frau ja sie selbst ist und ist daher gehemmt. Daher schlage ich den Retour-Tausch vor. Daraufhin kommt es zu einem Rangeln zwischen den beiden, selbst als sie vom Plateau in einen See fallen und wieder an Land sind. Sie spürt mehr Wut als Angst, aber es macht auch Spaß. Keiner kann gewinnen. Am Schluß kniet sie auf ihm und würgt ihn.

Dieses Bild ist in seiner Bedeutung auf Objekt- und Subjektstufe recht offensichtlich, weiters spielt natürlich die spielerische Rangelei als Integrationsversuch des abgespaltenen Anteils wie auch die Übertragungsebene eine Rolle, wenn man an mein Aussehen (groß, Bauch, Bart...) denkt. Es zeigt auch die weitere Entwicklung ihrer Symbolisierungsfähigkeit zur Fähigkeit einer symbolischen Repräsentation mit Objekt- und Subjektunterscheidung .

## **Doppeln:**

Eine weitere, mit dem PD gemeinsame Technik, die im KB aber meines Wissens eher selten eingesetzt wird, ist das **Doppeln**. Im PD heißt sie auch Doppelgängertechnik oder eigentlich Doppel-Ich-Technik. Man versteht darunter die Verbalisation von Vorbewußtem oder Konfrontativem durch den Therapeuten oder einen Mitspieler, der sich wie ein Doppelgänger hinter den Protagonisten stellt. Zum besseren Hineinversetzen in den Protagonisten nimmt man meist dabei dessen Körperhaltung und Mimik, Verhalten und Sprache ein. Dann spricht man als Hilfs-Ich, als Doppelgänger das aus, was der Protagonist nicht auszusprechen vermag oder sich nicht bewußt zu machen wagt. Der Doppelgänger wird dabei vom Patienten meist als seine eigene innere Stimme erlebt. Im PD nennt man nur den kurz dauernden, eventuell aber auch wiederholten Einsatz dieser Technik das „Doppeln“, während der eigentliche „Doppelgänger“ den Protagonisten das ganze Spiel zu seiner Unterstützung begleitet und meist sogar von ihm selbst vorher für diese Rolle ausgewählt wurde. Die Verbalisation beim Doppeln findet in der Ich-Form statt, so daß sie nicht als Deutung von außen, sondern als eigene innere Stimme erlebt werden kann.

Im PD bezeichnet man eine Sonderform des Doppelns als Echo-Technik, bei der der letzte Satz des Patienten echoartig wiederholt wird. Nicht echoartig, sondern einfühlsam und Verständnis signalisierend, wird diese Technik bei uns in der KIP als Mittel eingesetzt, um die Regression und Trancetiefe zu verstärken.

Diese Form des Doppeln verwenden wir sogar recht häufig in der Begleitung der KBs, wenn wir das vom Patienten soeben Gesagte mit denselben oder ganz ähnlichen Worten wiederholen. Damit sprechen wir wie sein Doppelgänger einfach mit unserer Stimme zugleich wie mit seiner eigenen inneren Stimme etwas nach. Bisher wurde diese Begleittechnik nicht explizit dem Doppeln zugerechnet, und auch ich führe sie unter den passiven Begleittechniken<sup>19</sup>. Im PD (s. u.: Punkt 1) jedoch ist es eine Möglichkeit des Doppeln.

Zum Doppeln im engeren Sinne zähle ich das einfühlende und das klärende Doppeln, das deutet und/oder provoziert (Punkt 2 + 3).

Das Doppeln im KB wird von mir als eine deutende, konfrontative, eventuell auch provokative Technik verstanden, bei der der Therapeut wie beim Doppeln im PD anstatt des Patienten, als seine innere Stimme, als ein Teil des Patienten spricht. Er spricht dabei insgeheim Gedachtes oder Gefühltes aus. Doppeln wird dabei vom Patienten auch als Unterstützung in seinen Absichten und Gefühlen empfunden. Es wird so zum Anstoß einer weiteren Entwicklung, indem unbewußte oder vorbewußte Motive und Impulse sowie latente Gefühle angesprochen werden. Das Doppeln könnte in diesem Fall eventuell mit der Deutung verglichen werden, die bereits während der Imagination gegeben wird. Dabei ist auf die Ich-Form, die primärprozeßhafte Formulierung und auf die Möglichkeiten der Arbeit auf der Symbolebene zu achten. Die Verschlüsselung im Symbol ermöglicht ja die Auseinandersetzung auch mit sehr bedrohlichem Material, das durch die Symbolisierung in seiner Bedrohung nicht so offensichtlich ist. Dasselbe trifft auch auf das Doppeln zu, wenn es in die Symbolebene integriert und ins imaginative Erleben eingebaut ist.

Der Therapeut lenkt beim Doppeln die Assoziationen des Patienten in bestimmte Richtungen. Oder er animiert durch unvollständige Sätze zum Fortsetzen, zum Weiterführen der Gedanken und Gefühle, des Erlebens und der Wahrnehmungen. Ein begonnener Satz „Ich habe Angst, daß ...“ als Doppelgänger gesprochen, läßt den Patienten die Empathie des Therapeuten spüren und andererseits der eigenen Angst nachgehen und nachspüren. Entsprechendes gilt für: „Ich schweige, weil ...“ oder „Ich wünsche mir, daß ...“, wodurch der Anstoß gegeben wird, auch diesen anderen Anteil zuzulassen und aufzuspüren.

Das Doppeln in allen drei Formen eignet sich für Patienten aller Strukturniveaus, eignet sich daher auch für frühgestörte Patienten. Das Doppeln ist dabei eine Möglichkeit zu erleben, ohne erst im Nachgespräch zu verbalisieren, mit der Sicherheit, daß der Patient sich vom Therapeuten verstanden fühlt, und daß die Deutung bereits auf der imaginativen Ebene wirksam wird. Das Doppel

ist dabei für die Symbolebene genauso wirksam und wichtig wie für die Übertragungsebene.

In Summe verstehe ich also das Doppeln als eine nicht nur deutende und konfrontierende Technik, sondern auch als regressionsfördernd, stützend, einführend, behutsam, klärend, anstoßend oder provokativ, je nach Einsatz und Formulierung, immer aber so, daß der Patient sich vom Therapeuten über den Umweg der eigenen inneren Stimme verstanden fühlt.

### **Technik:**

Einige Formen des Doppelns im PD können auch auf die KB-Begleitung angewendet werden:

- 1) Stützendes Doppeln („Echo“): durch wortwörtliches Wiederholen von Worten, Sätzen oder Satzteilen fühlt sich der Patient oft verstanden, ernst genommen und getragen, wodurch nicht nur der Rapport verbessert, sondern meist auch die Entspannung vertieft wird. Diese Form des Doppelns entspricht der Verstärkung, dem Bestärken, dem Zustimmung und ist eine häufig verwendete Möglichkeit des Versicherns der empathisch-schützenden Begleitung, einer passiven Begleittechnik. Diese Technik kann aber auch eben durch die Wiederholung zu einer Vertiefung der Entspannung und damit Intensivierung des imaginativen Erlebens führen.<sup>20</sup>
- 2) Einführendes Doppeln: wenn ein bestimmtes Gefühl evident wird, vom Patienten aber nicht ausgesprochen werden kann, so kann der Therapeut dies für ihn tun: „Ich bin so wütend!“ Hierher zähle ich auch das Doppeln einer Ambivalenz, wenn diese dem Therapeuten deutlich wird, vom Patienten aber nur als der eine Anteil gezeigt wird, z. B.: „Ich bin nicht nur traurig, sondern auch...“ Hier wird vom Therapeuten also die Ich-Form verwendet.
- 3) Klärendes Doppeln: bei Stocken kann durch Nachfragen Anstoß zu weiterer Entwicklung gegeben werden, und zwar hier in Form des Doppelns: „Ich fühle mich jetzt so ...“ oder „Es geht mir schlecht, weil ...“. Bei dieser Form der Exploration erfolgt die Klärung indirekt über das Doppeln. So wird die sekundärprozeßhafte Wirkung des „Warum“ weniger oder gar nicht wirksam.

### **Beispiel:**

Bei einem Patienten, der bei einer für mich offensichtlichen Bedrohung durch ein Symbol in seinem Sprachduktus stockte und noch keinen Zugang zu den Gefühlen fand, half es einmal sehr, als ich ihn mit den Worten doppelte: „Ich habe Angst, daß. ...“. Er folgte meiner Einladung, indem er erst diese Angst wahrnehmen konnte und dadurch sich dann in der Folge auch mit dem Warum,

Wovor und Wieso auseinandersetzen konnte. Ihm war es vorher nicht möglich gewesen, im Elefanten auch seinen Vater und ihn betreffend nicht nur die Bewunderung, sondern auch die Bedrohung wahrzunehmen. Und im Anschluß daran kam die Erkenntnis, daß seine eigene Dickhäutigkeit nicht nur Schutz, sondern auch Bedrohung darstellen könne.

Bei einem anderen Patienten, der in einer unangenehmen Situation stammelte, herumredete, nicht die richtigen Worte fand, konnte ich gut zusammenfassend deuten, indem ich genau das Peinliche ansprach: „Es ist mir so peinlich!“

Ein weiterer Patient imaginierte zum Motiv „Abfahrtszene auf einem Bahnhof“ die Abreise aus seiner Heimatstadt nach Wien, wobei es zu einer spontanen Altersregression zu seinem Studienbeginn kam. Er beschrieb, daß er sich glücklich fühlte, und doch rannen ihm unentwegt die Tränen aus den Augen. Das Doppeln nach seinem Satz „Ich bin so glücklich“ erfolgte durch mich mit „... und doch weine ich gleichzeitig!“ brachte ihn in Kontakt mit dieser bisher unberührten Seite. Diesen Aspekt konnte er bereits während der Imagination erleben und sich durch ihn weiter im Bildfluß leiten lassen. Die Besprechung seiner Tränen nach der Imagination hätte sicher keine so tiefe Wirkung gehabt.

Bei einer Patientin, bei der ich an der Mimik deutlich erkennen konnte, mit welcher Abscheu sie sich mit ihrem Gegenüber, einem räudigen Hund, auseinandersetzte, konnte das Doppeln: „Mir graust!“ den Anstoß geben, das Spüren dieses Gefühls zuzulassen. Dies ermöglichte ihr wichtige Erkenntnisse, die wiederum Voraussetzung für Veränderungen in ihrem Leben waren.

Durch das Doppeln: „Ich weiß nicht, was ich will!“ konnte ich einmal Anstoß geben, daß die unschlüssige Patientin, die alles hin und her wendete, aktiv wurde, quasi im Widerstand auf meine provozierende „Deutung“ während der Imagination.

Die unterstützende Bekräftigung eines Gefühls mit dem Wort „genau“ vermittelt das Gefühl des Verstandenwerdens, vertieft den Entspannungszustand und intensiviert das folgende Erleben. Wenn die therapeutische Beziehung stimmt und im KB ein guter Rapport besteht, setze ich dieses „genau“ immer wieder ein, bin allerdings vorsichtig, damit dieses Zustimmung zum Erleben durch den Therapeuten für den Patienten nicht zu viel Einflußnahme wird.

## **Zusammenfassung:**

Insgesamt handelt es sich bei diesen Techniken in der Begleitung katathymer Bilder um – je nach Formulierung – Einladungen, Vorschläge oder Aufforderungen



gen mit einem aufsteigendem Maß an struktureller Einflußnahme, wobei die ersten vier (Einfühlung, Identifikation, Rollenübernahme und Rollentausch) deutlicher nur auf der Ebene der äußeren Struktur eingreifen. Sie beeinflussen also nicht den Inhalt der Bilder, sondern fordern unter anderem auf, sich immer intensiver und differenzierter mit anderen Anteilen auf Objekt- und Subjektebene auseinanderzusetzen. Dies setzt ein immer höher werdendes Strukturniveau mit besser gewordener Ich-Stärke und Objekt Konstanz voraus. Dies führt aber auch therapeutisch übend zu struktureller Nachreifung und kann somit auch als strukturbildender Prozeß verstanden und somit genutzt werden.

Diese Techniken stellen also auch eine Möglichkeit dar, direkt auf der imaginativen und symbolischen Ebene dem Patienten die Chance zu bieten, sein Repertoire an Ich-Leistungen zu verbessern und zu erweitern oder im Sinne der Funktionsniveau wieder zu erwerben.

Der Prozeß verläuft dabei immer über das Wahrnehmen, Stabilisieren und Festigen einer Position, einer Fähigkeit, zum Erweitern durch einen neuen Schritt. Es ist dies also auch eine Schritt für Schritt übende und aufbauende Entwicklung entlang der Gliederung der Strukturniveaus. Diese die Beziehungsstrukturen betreffenden Techniken werden daher auch Schritt für Schritt in aufsteigender Reihenfolge eingesetzt, wobei im Laufe einer Therapie irgendwann der Zeitpunkt kommt, an dem dann die nächste Technik erstmalig als neuer Schritt eingesetzt werden kann, um anschließend durch Üben diese neue Fähigkeit und das neue Niveau zu stabilisieren. Diese Techniken ermöglichen dabei die Entwicklung dyadischer und triadischer Wahrnehmung. Durch Rollenübernahme und Rollentausch kommen dann verschiedene neue Objektrepräsentanzen dazu, die die Struktur bereichern, anreichern, erweitern, festigen.

Das Doppeln ist ein klärender oder konfrontativer Schritt, der jedoch ebenfalls nicht den Inhalt des Bildes beeinflusst, sondern interpretierend und deutend, anstoßend und provokativ zu innerer Einsicht und Veränderung führt. Das Doppeln kann auf allen Strukturniveaus eingesetzt werden, vor allem in seiner stützenden Ausprägung.

In Summe gilt es also bei teilweise doch so wirksamer – wenn auch nur struktureller – Einflußnahme, diese Beeinflussung zu reflektieren. Diese Techniken sollen daher – wie alle anderen auch – nur gezielt und sorgfältig eingesetzt werden. Voraussetzung ist die Analyse von therapeutischem Prozeß und Übertragung-Gegenübertragung, sowie ein ausreichender Erwerb der technischen („handwerklichen“) Fähigkeiten, die am günstigsten innerhalb der Ausbildungsgruppen oder in speziellen Seminaren gelernt und geübt<sup>21</sup> werden können und sollen.

## Anmerkungen

- 1 W. Ladenbauer: Die Techniken in der Begleitung katathymer Bilder. In: *Imagination* 1/1999
- 2 Psychodrama ist eine Psychotherapiemethode, die Moreno aus dem Stegreiftheater entwickelte. Moreno gilt übrigens als der Begründer der Gruppentherapie. Die erste therapeutische Gruppe der Welt fand bereits 1913 in Wien am Spittelberg als Selbsthilfegruppe von Prostituierten statt.
- 3 Siehe K. Ottomeyer 1992
- 4 J. L. Moreno: *Who shall survive*, 1932. Deutsch: *Die Grundlagen der Soziometrie*. Opladen, Köln 1954 (2.Aufl. 1967)
- 5 J. L. Moreno: *Das Stegreiftheater*. Beacon, New York. 1923
- 6 J. L. Moreno: *The problem of the concept of role – A re-survey of literature*, 1951. In: *Social Forces* 30 (Zit. n. K. E. Zeintlinger: *Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur Psychodramatischen Therapie nach J. L. Moreno*. Diss. Uni Salzburg 1981)
- 7 J. L. Moreno: *Das Rollenkonzept, eine Brücke zwischen Psychiatrie und Soziologie*. *Integrative Therapie* 1/2, 1979: 14-23 (engl. 1961)
- 8 W. Leeb: *Psychodrama in der psychiatrischen Rehabilitation*. In M. Vorweg & T. Alberg (Hrsg.): *Psychodrama*. Barth, Heidelberg 1991
- 9 siehe K. Ottomeyer 1992
- 10 K. Ottomeyer & M. Wieser: *Informationspapier über die methodenspezifische Ausrichtung des Psychodramas, Rollenspiels und der Soziometrie* (Wien, 1992, eingereicht zur Anerkennung des Verfahrens beim Psychotherapiebeirat)
- 11 zusammengefaßt in: H. Leuner, H. Hennig, E. Fikentscher (Hrsg.): *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*. Schattauer, Stuttgart, 1993: 3
- 12 siehe K. Ottomeyer 1992
- 13 nach K. E. Zeintlinger: *Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur Psychodramatischen Therapie nach J. L. Moreno*. Diss. Uni Salzburg 1981
- 14 beim Rollentausch tauscht man ja nicht wirklich mit der objektiven Realität des anderen, sondern mit der subjektiven Fantasie, wie man sich bewußt und unbewußt den anderen mit allen Persönlichkeitsmerkmalen vorstellt. Damit werden wiederum Aussagen und Erfahrungen über die eigenen (ubw.) Anteile gemacht.
- 15 durch das Erleben nicht nur neuer Fähigkeiten der anderen Rolle wie bei der Rollenübernahme, sondern auch durch das Erleben der fantasierten Persönlichkeitsanteile und Fähigkeiten des anderen, die oft eigene verdrängte oder ungelebte Anteile darstellen können.
- 16 Dies gestalte ich oft durch die Frage: „Und wo befinden Sie sich eigentlich?“ Wobei diese Formulierung mittels Doppelbedeutung des Wortes „befinden“ einerseits ein vorgabefreies Nachfragen („Wo stehen Sie denn“ hätte als inhaltliche Vorgabe das Stehen. Und „Wo sind Sie denn?“ ist viel weniger elegant.), andererseits ein Bahnen der sinnlichen Wahrnehmung (das Befinden!) darstellt!
- 17 Hanscarl Leuner: *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie*. Huber, Bern, 3. Aufl. 1994. (1. Aufl.: *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*, 1985)
- 18 H. Petzold & U. Mathias: *Rollenentwicklung und Identität*. Junfermann, Paderborn, 1982: 241
- 19 W. Ladenbauer: Die Techniken in der Begleitung katathymer Bilder. In: *Imagination* 1/1999

- 20 vgl. W. Ladenbauer: Die Techniken in der Begleitung katathymen Bilder. In: Imagination 1/1999
- 21 Als Übungsmotive bieten sich Motive an, bei denen das Auftreten von Personen oder anderen definierten Objekten wahrscheinlich ist, so zum Beispiel: Blume, Begegnung auf einer Wiese, Ich-Ideal, eine bestimmte Bezugsperson, sowie alle Objekte, die bei den Motiven Waldrand, Sumpfloch oder Höhle aus diesen herauskommen können.

### **Zusammenfassung:**

Beim therapeutischen Begleiten katathymen Bilder unterscheiden wir eher passive und aktive Haltungen und Techniken. Die aktiven Techniken werden vor allem für Veränderungen der Struktur eingesetzt. Eine wesentliche Möglichkeit der Beeinflussung der Struktur der Imagination stellt die Veränderung auf der Beziehungsebene dar. Dies ermöglichen die auch aus dem Psychodrama bekannten und teilweise entlehnten Techniken: Einfühlung, Identifikation, Rollenübernahme (Rollenwechsel), Rollentausch und Doppeln. Sie werden in dieser Arbeit erklärt und an Beispielen anschaulich gemacht.

### **Stichworte:**

KIP, Psychodrama, Einfühlung, Identifikation, Rolle, Rollenübernahme, Rollenwechsel, Rollentausch, Doppeln, Begleittechniken

### **Anschrift des Autors:**

Dr. Wolfgang Ladenbauer  
1070 Wien, Burggasse 6-8/9  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Psychotherapeut (AT, HY, KIP, PD)  
Dozent der ÖGATAP für AT, HY, KIP  
Lehrtherapeut der Ärztekammer

# Die interkulturelle Begegnung in der Psychotherapie

Ulrike Blom

Menschen verlassen ihre Heimat aus sozialen, wirtschaftlichen oder politischen Gründen. Für manche bedeutet das Leben in der Fremde eine Herausforderung mit dem Wunsch, Neues kennenzulernen. Für andere steht die Hoffnung auf eine Chance und bessere Zukunft im Vordergrund. Für viele ist es die einzige Möglichkeit zu überleben. Das Leben in der Fremde ist aber immer ein Abschied von Gewohntem und Trauer über das, was in der Heimat zurück gelassen wurde (Molinari, 1995).

Die Trennung von der Ursprungsfamilie, den Freunden, die Anpassung an eine ungewohnte, sprachfremde Umgebung und der Aufbau einer neuen Existenz stellen dabei große Belastungen dar.

Unser Denken, Fühlen und Handeln wird von der Erziehung und dem soziokulturellen Ort geprägt, an dem wir leben und aufgewachsen sind. Zu Hause, in seiner Ursprungskultur gehört der Fremde zu einer sozialen Gruppe, deren Geschichte, Sprache und Symbolwelt er teilt, deren Normen und Verhaltensweisen er kennt und die bestimmt, wie Affekte geäußert und Triebwünsche befriedigt werden dürfen. Dort weiß er, wer er ist.

Mit der Migration und dem Wegfall seiner sozialen Gruppe fehlt das emotionale und kognitive Echo, das die psychosoziale Identität bestätigt. Hagen Löwenberg spricht davon, dass der Wechsel des kulturellen Lebensraumes und die damit verbundene Trennung von der vertrauten Gruppe häufig zum Verlust der Ich-Stabilität führt. Sowohl in der äußeren Realität als auch auf der inneren Bühne der MigrantInnen begegnen sich unterschiedliche Kommunikationsmuster, Normen, Verhaltensweisen und Sprachwelten. Die äußere, veränderte Realität und die Antwort der inneren, sich notwendigerweise auch verändernden Realität, beeinflussen die alten und konstituieren neue innere Strukturen. Ich, Es und Überich müssen in neue, veränderte Beziehungen miteinander gebracht

werden. Über die Interaktion mit der neuen Kultur erfolgt die Restrukturierung der inneren Welt, wie Kohte-Meyer (1999) es beschreibt. Dazu benötigen die MigrantInnen einen potentiellen Raum (Winnicott, 1979), der ihnen als Übergangsort zur neuen äußeren Welt dient. Für Grinberg und Grinberg (1990) hat besonders die erzwungene Migration das Ausmaß eines Traumas, das ein Individuum in einen Zustand der Desorganisation bringt. Migration ist ein lebenslanger Prozess. Er verläuft in Phasen und beginnt bereits lange vor der tatsächlichen Migration. Schwierigkeiten in der seelischen Bewältigung des Migrationsprozesses können zu Identitätsstörung, Identitätskrisen und Leistungseinschränkung der Ich-Funktionen führen (Kohte-Meyer, 1993).

Für die interkulturelle Begegnung in der Psychotherapie muss der therapeutische Raum um die Migrationserfahrung und die kulturelle Dimension erweitert werden. Die Schwierigkeiten dieser Begegnungen ergeben sich auch aus der psychischen Situation der Migranten-PatientInnen, ihrem fremd- und sich-selbst-fremd-geworden-sein, was ich anhand einer kurzen Fallvignette zeigen möchte.

Frau A. ist 26 Jahre alt, lebt seit 4 Jahren in Österreich. Sie kommt aus Tunesien, ist Mohammedanerin, hat ein Stipendium und studiert Deutsch in Wien. Sie klagt über Angstzustände, Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Sie kann nicht mehr lernen, sich nicht mehr auf den Stoff konzentrieren, selbst die einfache Hausarbeit fällt ihr schwer. Sie berichtet weinend, dass sie nicht mehr weiter weiß, ihre Situation ist aussichtslos. In den letzten Wochen drängen ihre Eltern auf Rückkehr, viel zu lange ist sie schon von zu Hause fort. Es wird für sie langsam Zeit, einen Ehemann zu finden und zu heiraten. Frau A. möchte aber ihr Studium hier beenden. Doch sie kann sich nicht gegen den Vater stellen, sich auflehnen und gegen seinen Willen weiter hier bleiben. Sie will nicht zurückkehren, um mit einem Mann, den die Familie sicher bereits für sie ausgesucht hat, verheiratet zu werden, der dann bestimmt, ob sie arbeiten darf oder zu Hause bleiben muss. „Aber als Frau alleine im Ausland zu leben, das wirft ein schlechtes Licht auf die Familie. Die Familienehre steht auf dem Spiel“, erklärt sie mir. Vor mir sitzt eine zierliche, sehr gepflegte Frau in einem schwarzen Hosenanzug. Der rote Lippenstift ist ein starker Kontrast zu den geröteten Augen und dem blassen Gesicht. Sie sitzt aufrecht und gerade, fast ein wenig steif. Frau A. ist immer bemüht, deutlich und grammatikalisch richtig zu sprechen. Ich habe den Eindruck, sie möchte nichts falsch machen und Haltung bewahren.

Frau A. wollte immer schon studieren und arbeiten, am liebsten im Ausland, und kein traditionelles Leben als Hausfrau an der Seite eines Mannes führen. Die Eltern unterstützten die Ideen der Tochter, die immer eine gute Schülerin

war, selbst gegen den Willen der Großfamilie. Auch wenn sie einverstanden waren, konnten sie sich mit ihrem Fortgehen trotzdem nur schwer abfinden. Aber es sollte ja nur für ein paar Jahre sein.

Frau A. wuchs in der Großstadt auf. Bis zu ihrer Übersiedlung nach Wien hat sie gemeinsam mit ihrem 4 Jahre jüngeren Bruder immer zu Hause bei den Eltern gelebt. Jetzt wohnt sie allein in einer Garconniere. Sie betont, dass sie sich hier schnell eingelebt hat. Sie hat nur österreichische Freundinnen, den Kontakt zu ihren Landsleuten lehnt sie ab. Vor einem Jahr lernte sie durch eine Freundin einen österreichischen Studenten kennen, in den sie sich verliebt hat, wie sie sagt. Sie trafen sich aber nur heimlich, denn eine unverheiratete Frau darf sich alleine mit keinem Mann zeigen. Die Musik aus ihrer Heimat und die tunesische Küche mochte er nicht. Auch ihre Art, sich zu kleiden, gefiel ihm nicht. Er half ihr beim Studium, sagt sie stolz, vor allem die Rechtschreibfehler korrigierte er und zeigte ihr in vielen Lebensbereichen, wie sie sich richtig zu verhalten hat. In dieser Zeit zog sie sich mehr und mehr von ihren Freundinnen zurück. Sie träumte von einer Hochzeit, denn für sie war es Liebe auf den ersten Blick. Ihr Freund sprach von Zusammenleben, aber ans Heiraten dachte er nicht. Dazu kam, dass eine Eheschließung nur möglich wäre, wenn er zum Islam übertritt. Ihr Vater würde nur bei einer Heirat einer Verlängerung ihres Aufenthaltes zustimmen. Aber dieser Weg ist für sie versperrt. Damit gibt es für sie und diese Beziehung keine Hoffnung. Frau A. schwankt zwischen Verzweiflung und Resignation. Eine Lösung findet sie nicht. In den Stunden kämpft sie mit Wut, Trauer und Hoffnungslosigkeit. Wohin soll sie gehen oder zurückkehren? Ihre tunesische Identität, von der sie sich innerlich so weit entfernt hat, existiert nur mehr in Form von Druck, und eine österreichische ist fern und unerreichbar.

„Der Migrant ist Konflikten ausgesetzt, die zum Teil Ausdruck der Reaktivierung der neurotischen Kindheitskonflikte sind, häufiger aber Ausdruck eines Aktualkonflikts, beide bedingt durch den Akt der Migration, den der Migrant als Illoyalität gegenüber den Eltern und Geschwistern erlebt, als einen Akt der Aggression und des Verrats, einen Verstoß gegen die verinnerlichten Selbstideale und das gesellschaftlich und kulturell Unbewußte. Fügen sie sich den Anforderungen des Gastlandes und passen sich den dort geltenden Normen, Idealen und gesellschaftlichen Anforderungen an, kommen sie nicht selten mit dem eigenen Überich und Ich-Ideal-Anforderungen in Konflikt, die im Widerspruch zu den neuen Normen und Idealen stehen können.“ (Arjomandi, 1998).

Ihre Schilderungen vom Leben in der Heimat vermitteln mir das Bild einer Frau, die sich durchsetzt und weiß was sie will, das aber zusammenbricht, wenn

sie von ihrer gegenwärtigen Situation spricht. Nichts ist mehr spürbar von der Kraft, die sie dazu gebracht hat, die Heimat zu verlassen, um ihren eigenen Weg zu gehen. Das „prä migratorische“ und das „post migratorische“ Selbst ist nicht mehr dasselbe, aber eine Brücke zwischen den beiden gibt es noch nicht. Ich habe zwei Bilder von Frau A.

Ich entschlief mich zur Imagination mit Fotos, in der ich schon ein wenig Erfahrung sammeln konnte. Bisher gab ich, wie in der KIP, nur Grundstufenmotive vor.

Warum nehme ich den Umweg über Fotos und arbeite nicht gleich mit der KIP?

- Für die meisten Migranten-PatientInnen ist die therapeutische Situation ungewohnt und verunsichert sie. Die Fotos geben Struktur und Sicherheit. Man könnte sie mit dem Motiv des geschützten Raumes vergleichen, den die PatientInnen emotional betreten, wieder verlassen können und den sie, in Form ihres Fotos, real vor Augen haben.
- Bei der Imagination kann das Gefühl von Hilflosigkeit und dem Ausgeliefertsein entstehen. Die eigenen Fotos sind den PatientInnen vertraut, sie geben das Gefühl von Kompetenz.
- Die Sprache ist Zugang zur Emotionalität, Phantasie und Symbolen, die aber in der fremden Sprache erst neu erschlossen werden müssen. Daher stellt die Sprachbarriere ein großes Hindernis für die Imagination dar. Es fällt den Migranten-PatientInnen oft schwer, sich in der fremden Sprache auszudrücken, besonders wenn es um Emotionen geht. In der Regression kann die sprachliche Verständigung unterbrochen sein.
- Die Introspektion oder der psychische Ursprung emotionaler Probleme und Konflikte ist vielen Migranten- PatientInnen fremd. Konflikte werden oft Ereignissen zugeschrieben, die außerhalb ihrer Person liegen (Pfeiffer 1995). Eine Imagination macht für sie keinen Sinn. In diesem Fall können Fotos eine hilfreiche Brücke sein.
- In der gemeinsamen Bearbeitung der Fotos habe ich die Möglichkeit, das durch schmerzliche Brüche in der Kontinuität des Lebens abgespaltene Erleben zu thematisieren, in Worte zu fassen und damit integrierbar zu machen.

Fotos halten Situationen und Erinnerungen fest. Bei der Betrachtung werden sie wiederbelebt und mit den dazugehörigen Gefühlen wieder erlebt. Im geschützten Raum der Therapie versuchen wir sie nun gemeinsam in Worte der „fremden“ Sprache zu fassen.

Das Foto ist ein Knotenpunkt, in dem Realität, Erinnerung, Phantasie, bewusste und unbewusste Ebene zusammenlaufen und miteinander verknüpft sind. Sie stellen für die PatientInnen einen sicheren Übergang von der Real- zur Symbol-ebene dar. Bei dieser Form der Arbeit treffen die PatientInnen zu Hause die Auswahl und entscheiden, welches Foto zu dem vorgegebenen Motiv passt. Dabei kommt den selbst gemachten Fotos eine besondere Bedeutung zu.

Ich ersuche Frau A. ein Foto von sich selbst mitzubringen, das in ihrer Heimat kurz vor ihrer Abreise aufgenommen wurde. Frau A. bringt eine Aufnahme, die ihr Bruder von ihr vor ihrer Universität gemacht hat. Sie trägt einen langen Rock, darüber eine weite Bluse, in der sie fast ein wenig verloren wirkt. Das traditionelle Kopftuch macht sie farblos und lässt sie in meinen Augen unattraktiv erscheinen. Damals, meint sie traurig, war sie noch eine anständige Frau. Erinnerungen und Gefühle kehren zurück.

In der anschließenden Imaginationen mit dem Foto entsteht das Symbol des Kopftuchs. Sie hatte eine Tante, die sie sehr bewunderte, eine selbstbewusste starke Frau, die immer ihren Willen durchsetzte und als einzige in der Familie das Kopftuch trug. Frau A. trug das Kopftuch seit ihrem 14. Lebensjahr. Sie erinnert sich, dass sie es erst hier abgelegt hat, weil es ihrem Freund nicht gefiel. Doch besonders am Anfang fühlte sie sich ohne das Kopftuch unbekleidet und verletztlich.

„Durch die Migration und Trennung vom traditionellem Kulturraum und Hinwendung an den neuen kulturellen Raum kann dem Migranten etwas Wesentliches, Bewusstheit und Verfügbarkeit von szenischen Fantasien und Rollenidentifikationen verloren gehen. Diese Rollenidentifikationen erlaubten Triebbefriedigung im alten sozialen Rahmen und waren Teil der alten Ich-Identität.“ (Ardjomandi, 1998). Ich habe den Eindruck, mit dem Kopftuch hat sie nicht nur das äußere Zeichen, sondern auch die innere Verbindung zu ihrer tunesischen Identität abgelegt.

Frau A. geht es besser. Die Kopfschmerzen klingen ab, aber die Angst bleibt. Sie kann wieder lernen. Jetzt spricht sie zum ersten Mal von den Schwierigkeiten, sich in Österreich einzuleben, von dem Gefühl der Ablehnung, das sie besonders am Anfang spürte. Ärger, Wut, Trauer und Einsamkeit werden nun mitteilbar. Frau A. entdeckt, dass sie dazugehören und ihrem Freund gefallen wollte, sich anpasste und dabei unterdrückte, was tunesisch an ihr ist. Sie klagt sich immer wieder an, sich selbst und ihrer Familie untreu geworden zu sein, mit den alten



Traditionen gebrochen zu haben, ein Leben zu führen, das sich mit ihrer Erziehung und den Werten und Vorstellungen ihrer Eltern nicht vereinbaren lässt. Als sie sich in einer der nächsten Stunden wieder mit Selbstvorwürfen quält, schlage ich ihr vor, sich einmal die „alte Frau A.“ vom Foto vorzustellen und einmal abzuwarten, was die denn sagen und beklagen würde. Es entsteht ein Dialog, in dessen Verlauf die beiden sich aussprechen und zu meiner Verwunderung nach und nach Verständnis füreinander zeigen.

Die interkulturelle Begegnung fand nun als aktive Auseinandersetzung auf ihrer inneren Bühne im geschützten Raum der Therapie statt. In der Folge verschwand langsam die Angst. Die Gründe für die Migration im lebensgeschichtlichen Zusammenhang wurden für sie deutlicher und verständlich. Frau A. ist sich nun sicher, dass sie nicht zurückkehren wird. Sie plant, dem Vater ihren Wunsch, das Studium hier beenden zu wollen, mitzuteilen.

In der Therapie ging es bei Frau A. um die Wiederbelebung und Stärkung ihrer prämigrationischen Ressourcen, die ihr durch die Migrationserfahrung nicht mehr zugänglich waren. Die Fotos stellten eine Verbindung zwischen dem alten und dem neuen Selbst her. Wenn es uns in Therapie gelingt, uns auf das Fremde einzulassen, indem die/der TherapeutIn sich in der containing function im Sinne Bion (1990) dem Patienten verstehend zur Verfügung stellt, wird es möglich, die Migrationserfahrung zu bearbeiten und in den lebensgeschichtlichen Zusammenhang zu integrieren.

## Literatur:

- Bion W. R. (1990): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Ardjomandi M. E. (1998): Konflikt und Trauma. A. Schlösser, K. Höhfeld (Hrsg.): Psycho-sozial, S. 309–322
- Grinberg, L. und Grinberg, R. (1990): Die Psychoanalyse der Migration und des Exils. München/Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Kohte-Meyer (1993): Ich bin Fremd, so wie ich bin, Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose. In Streek, U. (Hrsg.): Das Fremde in der Psychoanalyse. Erkundungen über das „andere“ in Seele, Körper und Kultur. München: Pfeiffer, S. 119–132
- Kohte-Meyer (1999): Kultur Migration Psychoanalyse. Tübingen: Edition diskord, S. 71–98
- Pfeiffer, W. M. (1994): Transkulturelle Psychiatrie. Stuttgart: G. Thieme Verlag
- Molinari, D. (1995): Interkulturelle psychoanalytische Therapie. Möhring, P./Aspel, R. (Hrsg.): Brandes und Apsel, S. 74–92
- Winnicott, D. W. (1979): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta

**Schlüsselwörter:**

Migrationsprozeß, Identität, Restrukturierung, Imagination mit Fotos, Integration

**Zusammenfassung:**

Der Wechsel des kulturellen Lebensraumes kann zum Verlust der Ich- Stabilität führt. Migration ist ein lebenslanger Prozess der in Phasen verläuft. Schwierigkeiten in der Bewältigung des Migrationsprozesses können zu Identitätskrisen führen. Durch die Imagination mit Fotos war es möglich, die Migrationserfahrung zu bearbeiten und in den lebensgeschichtlichen Zusammenhang zu integrieren.

**Anschrift der Autorin:**

Dr. Ulrike Blom  
Märzstraße 43/11  
A-1150 Wien

# Wie Märchen zur Diagnose führen

**Berta Pixner**

## **Einleitung**

Seit einiger Zeit beschäftige ich mich mit Märchen, sowohl in der Einzel- als auch in einer Gruppentherapie mit psychiatrischen PatientInnen. Die Beobachtungen, die ich dabei machen konnte, stimmen zum Teil mit Hinweisen aus der Literatur (Dieckmann, 1991; Kast, 1995) überein, zum Teil differieren sie aufgrund der speziellen Persönlichkeitsstörungen psychiatrischer PatientInnen.

In diesem Zusammenhang möchte ich aufzeigen, wie Märchen in der KIP als diagnostische Hilfe eingesetzt werden können. Die Wahl des Lieblingsmärchens oder eines Märchens, an das man sich besonders gut erinnern kann, bzw. das Motiv, das aus einem Märchen herausgegriffen wird, steht in direktem Bezug zu einer wichtigen Lebens- und Persönlichkeitsproblematik, die Zeichnung dazu zeigt den aktuellen Stand der Persönlichkeitsentwicklung in Bezug auf diese Problematik. Zwei Fallvignetten sollen diese Möglichkeiten illustrieren.

## **Beobachtungen**

Das gewählte (Lieblings-)Märchen führt in ein wichtiges Lebens- und Persönlichkeitsproblem oder in eine aktuelle Problemsituation, der ebenfalls ein Persönlichkeitsproblem zugrundeliegt, und der damit verbundenen Befindlichkeit. Auch wenn verschiedene Märchen bearbeitet werden, werden immer wieder die Aspekte herausgegriffen, die mit der persönlichen aktuellen oder Lebensproblematik verbunden sind.

Als TherapeutIn bekomme ich damit auf verblüffend raschem Weg einen diagnostischen Hinweis über die wesentliche Persönlichkeitsproblematik des/der PatientIn bzw. über das, was an aktueller Problematik ansteht, bis hin zu einer psychiatrischen bzw. Persönlichkeitsdiagnostik. Dies dient gleichzeitig als

Hinweis, in welche Richtung die Persönlichkeitsentwicklung weitergehen soll, was in der Therapie zu bearbeiten ist.

Welche Problematik in der Persönlichkeitsentwicklung wichtig ist, zeigt mir einerseits die Wahl des Märchenmotivs, denn die verschiedenen Märchen beschäftigen sich unterschiedlichen Lebensthemen, z.B. Ablösung vom Elternhaus (Hänsel und Gretel), Entwicklung der Sexualität (Dornröschen), Ablösung aus der Mutterbindung (Rotkäppchen), Entwicklung von einer symbiotischen zu einer reifen Beziehung (Froschkönig) usw. und andererseits, welche Szene aus dem Märchen aufgegriffen wird (Anfang, Ende, am Wege), in der Imagination auftaucht und in der Zeichnung festgehalten wird, zeigt den Stand der Entwicklung dieser Problematik bzw. die Fixierungen auf.

Durch die bildliche Darstellung der Zeichnung wird auch mir als TherapeutIn das Problem „anschaulich“ und „begreifbar“. Ohne es zunächst in Worte fassen zu müssen, bekomme auch ich ein Bild von dem, was den/die PatientIn beschäftigt und berührt und kann mich durch die verdichtete symbolische Darstellung direkt emotional berühren lassen. Das „Verstehen“ findet primär auf einer emotionalen, dann erst auf der kognitiven Ebene statt. Diese Berührung hat eine andere, ganzheitlichere Qualität als die des verbalen Verstehens. Auch für die PatientInnen ist die Arbeit mit der Bildersprache des Märchens ein Medium, in das sie emotional direkt hineingezogen werden, dem sie sich weniger entziehen können als einem Gespräch, d. h. es wird primär ein emotionaler Zugang geschaffen, in zweiter Linie dann durch die Besprechung ein kognitiver.

## **Warum gerade Märchen?**

Die Märchensprache ist eine Symbolsprache, eine Bildersprache. Sie hat daher einen direkten Zugang zu frühen Gefühlen, die nicht von der Logik, sondern der Empfindung getragen sind, und spricht auch frühe Vorstellungen und Unbewußtes an. Märchen sind daher für die KIP, in der wir in den Imaginationen auf der Symbolebene arbeiten, ein ideales Medium. Außerdem gibt die Imagination Ich-Aktivität, weil im Bild mit den Emotionen selbst umgegangen wird und Einfluß genommen werden kann, das bewirkt eine Veränderung im Ich, nämlich einen Ich-Stärke-Zuwachs (Kast, 1988). Die Bilder aus dem Märchen können die eigenen beeinflussen und verändern. Man kann sich an den Imaginationen der anderen „anstecken“.

Fixierte Bilder (Leuner, 1994) und Vorstellungen können auf der imaginativen Ebene schon alleine durch das Anhören von Märchen in Bewegung gebracht

werden. Denn die Märchen bieten sowohl einen Entwicklungsweg an und sind gleichzeitig Modellfall für den Umgang mit der bestimmten Problematik, die sie beschreiben. Es gibt einen Beginn des Problems, es gibt die Schwierigkeiten, die das Problem schafft, und mit denen umgegangen wird und es gibt eine Lösung des Problems. Das Aufzeigen dieses Weges und einer möglichen Lösung regt an, gibt Hoffnung. Durch das Anschauen der Bilder des Märchen wird auch ein Stück Distanz zum eigenen Problem hergestellt (Kast, 1995), was hilft, das eigene Problem betrachten zu können und Anregung für einen anderen Umgang zu finden. „Märchen führen in eine Welt hinein, in der phantastische Wendungen möglich sind, sie sprechen unser Grundpotential an Hoffnung auf Veränderung an. Das Bild der eigenen Situation kann sich wieder öffnen, die Befangenheit kann dem Gefühl, etwas gestalten zu können, etwas bewirken zu können, weichen.“ (Kast, 1995). Damit ist auch eine therapeutische Wirkung verbunden.

Psychiatrische PatientInnen sind in Aspekten ihrer emotionalen Entwicklung oft nicht weit von Kindern entfernt, d.h. der emotionale Umgang, die mangelnde Abwehr, etc. sind ähnlich. So wie Märchen Kindern helfen (Bettelheim, 1980), einen emotionalen Umgang und Verarbeitung wichtiger Themen zu finden, wirken sie ähnlich bei psychiatrischen (unreifen) Persönlichkeiten. Kinder werden auch häufig von ihren Ängsten und Aggressionen „überschwemmt“. Die Märchen bieten Modellfälle eines möglichen Umgangs mit schwierigen Lebensproblemen und den damit verbundenen belastenden Emotionen. Sie helfen bei der Verarbeitung durch das imaginative Miterleben und haben dadurch einen wichtigen therapeutischer Effekt.

Oft werden mit dem Erzählen des Märchens die dazugehörigen Kindheitsgefühle, die damals beim Zuhören aufgetreten sind, aktualisiert. So erzählte eine Patientin, die in einer schweren depressiven Phase in den Imaginationen keine Bilder sehen konnte und gefühlstarr war, daß durch das Einstellen ihres Lieblingsmärchens wieder Bilder auftauchten und die Kindheitsgefühle emotional anklagen.

Dadurch daß die Märchen einen Entwicklungsprozeß beschreiben (der Beginn der Geschichte und der Ausgang der Geschichte mit gutem Ende) wird der/die PatientIn mit seinen/ihren Imaginationen auch in einen Prozeß gestellt, d.h. es gibt eine Entwicklung, einen Weg, den das Märchen zeigt. Das gibt Hoffnung, denn erstens zeigt es, daß es einen Weg heraus gibt und zweitens zeigt das Märchen den möglichen und notwendigen Lösungsweg. Auch das ist ein wichtiger therapeutischer Effekt. Märchen befassen sich mit Lebensthemen, die allen Menschen gemeinsam sind. Es sind Lebensthemen, die von allen Menschen durchschritten und bewältigt werden müssen. Daher findet sich auch jeder

Mensch in Aspekten jedes Märchens wieder, d. h. wenn man in einer Gruppe mit Märchen arbeitet, wird sich zwar jeder auf unterschiedliche Weise, aber er wird sich angesprochen fühlen und es wird eine emotionale Betroffenheit geben.

Märchen sind die Sammlung jahrhundertelanger „Lebenserfahrung“ vieler Menschen, sie stellen nicht ein Einzelschicksal dar, die Helden verkörpern die wesentlichen Gemeinsamkeiten des Umgangs mit dem Lebensproblem, das das Märchen beschreibt. Allen Menschen sind diese Lebensthemen gemeinsam, alle Menschen mußten sie durchschreiten, es sind Erfahrungen, die jeder Mensch in seinem Leben machen muß, auch mit den damit verbundenen Schwierigkeiten, was Hoffnung gibt, denn man ist nicht mehr mit seiner schwierigen Lebenssituation alleine, sondern in der Gemeinsamkeit der gesamten Menschheit – heute und der Vergangenheit. (Kast, 1987). Auch das ist ein therapeutischer Effekt.

## **Märchenarbeit in der Gruppe**

Märchenarbeit in der Gruppe ist eine Form von Gruppenselbsterfahrung mit einem „Objekt“ dazwischen (Kast, 1995). Das Märchen gibt Anregung dazu, wie psychische Prozesse weitergeführt werden können. Es ermöglicht ein Nachdenken über sich selbst im Spiegel des ganzen Märchens oder einzener Märchenmotive, es ermöglicht Selbsterkenntnis und gibt Anregung zur Veränderung einer Lebenssituation. Man kann ein eigenes Problem im Spiegel des Märchens sehen – narzißtisch geschützt. Man kann sein Problem in der Projektion auf das Märchenmotiv „bearbeiten“. Man kann anhand des Märchens auf das eigene Leben zu sprechen kommen. Das Märchen ist emotionell weiter von unserem Erleben entfernt als der Traum, für den wir uns doch meistens verantwortlich fühlen; das Märchen ist aber emotionell nicht so weit weg, daß es uns nicht berührte.

Die Gruppenteilnehmer werden nach ihrem Lieblingsmärchen oder einem Märchen, das ihnen besonders gut in Erinnerung geblieben ist, gefragt. Ein Märchen wird ausgewählt und vorgelesen. Es folgt eine kurze Entspannungsanleitung und Imagination. Danach zeichnen die TeilnehmerInnen Bilder zu ihren Imaginationen. Anschließend werden die Zeichnungen und die Imaginationen miteinander besprochen. Wir bleiben bei dieser Besprechung auf der Symbolebene, gelegentlich fließen Anmerkungen zur Thematik des Märchens ein. Die Imaginationen bleiben bei den einen mehr an die Märchenbilder angelehnt, bei den anderen werden Bilder mit persönlichen Problemen

zur Thematik dieser Märchenstelle evoziert. Bei psychiatrischen PatientInnen passiert das häufig, weil die Abwehr weniger stark ist. Jeder kann verschiedene Aspekte des Märchens herausgreifen, meistens wird auch anstatt der Hauptproblematik des Helden/Heldin die persönlich wichtigere Problematik, die im Märchen vielleicht nur eine Nebenrolle spielt, herausgegriffen.

### **Beispiele zur Illustration:**

Im ersten Beispiel bringt die Märchenwahl Hinweise in Bezug auf die Persönlichkeitsdiagnostik und die therapeutische Arbeit.

Hr. V. stellt zu dem Märchen vom „Aschenputtel“ in seiner Zeichnung ein Blutmeer dar. Es ist das Symbol seines Überschwemmtwerdens von aggressiven und depressiv-destruktiven Affekten. Die Abwehr dieses Patienten ist gefährdet. Mit Spannungen kann er nur schlecht umgehen. 2 Monate zuvor hatte er sich vom 5. Stock seiner Wohnung gestürzt. Problematisch ist für ihn seine unabgegrenzte symbiotische Beziehung zur Mutter. Sein Märchenvorschlag wäre „Schneewittchen“ mit dem vergifteten Apfel gewesen, was thematisch dasselbe anspricht wie das, was er bei „Aschenputtel“ aufgegriffen hat. Im Märchen Aschenputtel sind auch die Schwestern durch die symbiotische Beziehung zur Mutter körperlich gefährdet. Aschenputtel zeigt die gelungene Ablösung (Trauer am Grab der Mutter) und die Möglichkeit der Verinnerlichung eines guten Mutterbildes. Die Zeichnung von Hrn.V. zeigt auch seine Aufgabe und die Aufgabe der therapeutischen Arbeit: vom „Blutmeer“ zu dem differenzierten Umgang mit Aggressionen und Affekten zu kommen, zu den „Bluttropfen“. Er muß lernen, seine Spannungen zu spüren und aufzufangen, was derzeit auch in der Therapie mit Borderlinepatienten als wichtiges Therapieziel betrachtet wird (M. Linehan). Für ihn war es in dieser Therapiegruppe wichtig, zu diesen Gefühlszuständen, die er in der Spannung hat, ein Symbol zu finden (Zeichnung). Die Erzählung des Fersenabhackens hat ihn beunruhigt und war angsterregend. Als er das Bild seiner emotionalen Überschwemmtheit gezeichnet hatte, konnte er diesen Zustand, für den er vorher keine Vorstellung hatte, symbolisieren.

Ein weiteres Beispiel soll illustrieren, wie uns der Aspekt, der im Märchen herausgegriffen wird, direkt in die zentrale Lebensproblematik und den Entwicklungsstand der Persönlichkeit hineinführt.

In der Zeichnung stellt Fr. G. die Szene aus dem „Froschkönig“ dar, in der die Prinzessin den Frosch gegen die Wand wirft.

Nach vielen Jahren psychotherapeutischer Behandlung ist Fr. G. nun so weit, daß sie den „Frosch“ an die Wand knallen kann. Ihr zentrales Thema ist, sich selbst annehmen und lieben zu können und sich von den Vorgaben der Eltern, im speziellen der Mutter, die sie immer kritisiert hat, abzulösen. In dem Märchen geht es um Beziehungen. Jellouschek (1985) interpretiert den „Froschkönig“ als Entwicklungsgeschichte einer Beziehung vom einander brauchen zum einander lieben. In einer reifen Beziehung müssen Konflikte ausgetragen werden können, Beziehungen müssen dies aushalten können, erst dann gibt es eine echte Annäherung. Überdies zeigt es die Entwicklung der Prinzessin von einer verwöhnten, verantwortungslosen, dem Vater gehorchenden zu einer sich abgrenzenden, durchsetzungsfähigen eigenständigen Person.

### **Literatur:**

- Bettelheim, Bruno (1980): Kinder brauchen Märchen. DTV  
 Dieckmann, Hans (1991): Gelebte Märchen. Lieblingsmärchen der Kindheit. Kreuz Verlag  
 Jellouschek, Hans (1985): Der Froschkönig. Ich liebe dich, weil ich dich brauche. Kreuz Verlag  
 Kast, Verena (1981): Wege aus Angst und Symbiose im Märchen, Kreuz Verlag, Olten  
 Kast, Verena (1984): Familienkonflikte im Märchen. DTV  
 Kast, Verena (1987): Mann und Frau im Märchen. DTV  
 Kast, Verena (1988): Wege zur Autonomie. DTV  
 Kast, Verena (1995): Märchen als Therapie. Die Bedeutung von Märchen im therapeutischen Prozeß. DTV  
 Leuner, Hanscarl (1994 ): Lehrbuch der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Verlag Hans Huber  
 Lutz, Christiane (1996): Das Männliche im Märchen. Bonz Verlag  
 Mallet, Carl-Heinz (1995): ... und rissen der schönen Jungfrau die Kleider vom Leib. Männlichkeitsmodelle im Märchen. Walter Verlag

### **Zusammenfassung:**

Die Arbeit mit Märchen liefert wesentliche diagnostische Hinweise für die Therapie. Sie führt auf raschem Weg in die wichtige Lebens- und Persönlichkeitsproblematik hinein und zeigt den aktuellen Stand der Persönlichkeitsentwicklung auf. Sie ist für die Katathym-Imaginative Psychotherapie als Methode, die mit Symbolen arbeitet, eine ideale Möglichkeit sowohl für den diagnostischen als auch therapeutischen Prozeß.



**Schlüsselwörter:**

Märchen, Diagnose, Lebens- und Persönlichkeitsproblematik.

**Anschrift der Autorin:**

Dr. Berta Pixner, 1010 Wien, Schottenring 33/7  
Psychotherapeutin (KIP, GT) und Klinische Psychologin an der psychiatrischen  
Abteilung im KFJ-Spital und in freier Praxis.

# **Suggestion, Suggestibilität, Suggestionalität: Versuch der Einordnung suggestionaler Phänomene unter Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Psychotherapie**

**Vladimir Aristos Gheorghiu**

Die Suggestion ist besonders durch ihre Verknüpfung mit hypnotischen Geschehnissen bekannt geworden. Sie ist jedoch auch unabhängig von Hypnose als alltags-relevante Erscheinung zu verstehen. Suggestionen sind schließlich allgegenwärtig:

- Alle psychischen und psycho-physiologischen Abläufe (Wahrnehmung, Gedächtnis, Psychomotorik usw.) können auf suggestivem Wege beeinflusst werden.
- Jeder Mensch beeinflusst sein Leben lang sich selbst und seine Mitmenschen. Erscheinungsformen und Ausmaß suggestions-konformer Reaktionen sind stark Kontext-bedingt und durch inter-individuelle Unterschiede gekennzeichnet.
- In jedem Lebens- und Tätigkeitsbereich, der auf zwischenmenschlichen Beziehungen beruht, kommt eine Vielfalt von verbalen und non-verbalen Ausdrucksformen direkter und indirekter Suggestionen zur Anwendung.

Einer der ersten Bereiche, in dem die Bedeutung von Suggestionen erkannt wurde, ist der der psychotherapeutischen Interventionen (Überblick bei Benesch, 1995; Bernheim, 1884; Janet, 1919; Kretschmer, 1975; Stokvis & Pflanz, 1961).

In starkem Widerspruch zur Alltags- und therapeutischen Relevanz suggestionaler Phänomene gibt es in der psychologischen und medizinischen Literatur noch wenig Anhaltspunkte für eine angemessene Morphologie und Ortsbestim-

mung dieser Phänomene sowie zur Eruierung ihrer psychologischen Grundlagen. Der Begriff, soweit überhaupt angeführt, wird entweder als Beeinflussungs- oder Kommunikationsvorgang so unspezifisch gefaßt, daß Unterschiede zu verwandten Begriffen nicht mehr erkennbar werden, oder aber so eng, daß schließlich nur eine bestimmte Suggestion ins Auge gefaßt wird, z. B. der direkte Beeinflussungsmodus (s. Schumaker, 1991; Schwanenberg, 1993).

Zur Überwindung der begrifflichen Verwirrungen erscheint es sinnvoll, erst einmal einen Bereich zu umschreiben, dessen Bestandteile auf wesentliche Aspekte der angenommenen suggestionalen Phänomene hinweisen. Man könnte ihn mit dem allgemeinen und quasi neutralen – nicht vorbelasteten – Konzept **Suggestionalität** bezeichnen (Gheorghiu, 1996, 2000 a, b). Auf Grundlage von Alltags-Erfahrungen, therapeutischen und anderen Anwendungsbereichen sowie aus Forschungs-Ergebnissen ließe sich folgende Einteilung der „**Domäne der Suggestionalität**“ vornehmen:

## **I. Die suggestive Situation (oder Suggestion) und ihre Auswirkungen: der phänomenale Ansatz.**

Allgemein betrachtet, könnte man die suggestive Situation als *eine einseitige (Richtungs- bzw. Bedeutungs-)Zu-Weisung verstehen, die auf der Grundlage eines Unterschiebungs-Vorgangs zur Geltung kommen kann. Die hierdurch entstehende Einflußnahme kann eine Vielfalt quantitativer und qualitativer Änderungen aller psychischen Abläufe gewähren. Der Betroffene muß in dem Kontext, in dem sich diese Zu-Weisung herauskristallisiert und auf ihn anregend wirkt, potentiell auch über die Alternative des Anders-Reagieren-Könnens verfügen. Das Ausklammern virtueller Alternativen zugunsten der einseitigen Zu-Weisung beruht weder auf Reflexions- noch auf Reflex-Mechanismen und entzieht sich einer bewußten Kontrolle.*

Die suggestiven Zuweisungen kristallisieren sich aus verschiedenen inter-, intra- oder extra-individuellen Aufforderungs-Kontexten heraus, die zunächst als potentielle Auslöser-Konstellationen in Betracht zu ziehen sind. Das Individuum (Suggendus) kann, muß aber nicht sich auffordern lassen. Setzen sich die Suggestionen-Inhalte durch, kann eine vorübergehende oder anhaltende, oberflächliche oder tiefgreifende Beeinflussung erfolgen.

Durch suggestionale Prozesse können Urteile, Stimmungen, Entscheidungen, Handlungsweisen usw.: *a) initiiert oder annulliert, b) akzentuiert oder diminuiert bzw. c) konserviert oder transformiert werden.*

Mit Hilfe dieser bipolaren Kategorien läßt sich ein Gesamtbild suggestions-(mit)bedingter Erscheinungen erstellen (Überblick bei Gheorghiu, 2000b).

## II. Suggestibilität und ihre Einflußfaktoren: der allgemeine und differential- psychologische Ansatz:

Unter Suggestibilität wird in der Regel ohne weitere Erläuterungen a) die allgemeine Tendenz, auf Suggestion zu reagieren bzw. b) der individuelle Grad dieser Reaktionsbereitschaft verstanden. Der Begriff wurde gegen Ende des vorigen Jahrhunderts geprägt (u. a. von Forel, 1889) und sollte primär – wie noch heute in der amerikanischen Fachliteratur üblich – auf die Empfänglichkeit für Suggestion unter hypnotischen Bedingungen hinweisen. Jedoch bereits zur damaligen Zeit wurde diese einseitige Verknüpfung in Frage gestellt. Besonders durch den Einfluß Binets, der zu diesem Themenbereich ein beachtenswertes Buch veröffentlicht hat (*La suggestibilité*, 1900), wurde Suggestibilität zur Bezeichnung des individuellen Grades der Ansprechbarkeit auf Suggestion, die auch unabhängig von Hypnose erfaßt wird.

Betrachtet man Suggestibilität als Bestandteil der **Suggestionalität**, wären folgende Bezugssysteme zu berücksichtigen: 1) **die psychologischen Grundlagen**, 2) **die Suggestionierbarkeit**, 3) **die Einflußfaktoren**, die die Reaktionsbereitschaft gegenüber suggestiven Reizsituationen begünstigen bzw. beeinträchtigen können.

**Zu 1)** Angesichts der Tatsache, daß jeder Mensch seine Bewertungen, Gefühle, Entscheidungen usw. immer wieder auch unabhängig von reflektorischen und reflexartigen Vorgängen einleitet, entwickelt oder ändert, ist davon auszugehen, daß das Herauskristallisieren und das Wirksamwerden verschiedenartiger suggestiver Zuweisungen durch komplexe psychologische Dispositionen ermöglicht wird, wie z. B. durch:

- die Disposition, entsprechend dominanter Annahmen, Motive, Zielsetzungen zu handeln, die den Menschen als gerichtete Person auch befähigen, konkurrierende Alternativen ohne rationale Auseinandersetzungen zu eliminieren.
- die Fähigkeit, inneren und äußeren Gegebenheiten nach subjektiven Wirklichkeits-Kriterien Bedeutungen zuzuschreiben oder Umdeutungen einzuleiten.
- die Disposition, kognitive Täuschungen zuzulassen und gewähren zu lassen.
- die Eigenschaft zur Entscheidungsfindung zugunsten handlungsorientierter Lösungen, die keiner bewußten Auseinandersetzung bedürfen.

- die Fähigkeit, Ausgleichsmechanismen (Abwehr-Strategien mit einbezogen) einzusetzen, die nicht bewußtseinsfähig oder auch nicht bewußtseinspflichtig sind.

**Zu 2)** Die **Suggestionierbarkeit** bezieht sich auf die individuelle Empfänglichkeit für suggestive Situationen. Mit diesem Begriff wird im Unterschied zu dem unter Punkt 1) erwähnten, mehr generellen psychologischen Aspekt die differential-psychologische Komponente der Suggestibilität zum Ausdruck gebracht.

Zur Überprüfung der Suggestionierbarkeit unabhängig von Hypnose wurden in den Anfängen psychologischer Forschung eine Reihe von empirischen Untersuchungen durchgeführt (Binet, 1900; Seashore, 1895; Sidis, 1898). Eine Weiterentwicklung erfolgte durch Eysenck & Furneaux (1945) und Stukat (1958). Erst in den letzten Jahren wurde diese Forschungsrichtung wieder aufgegriffen (Überblick bei Gheorghiu, Netter, Eysenck, Rosenthal, 1989; Gudjonsson, 1992). Allerdings zeigen zahlreiche korrelations-statistische Untersuchungen, daß sich die in diesem Bereich angebotenen unterschiedlichen Testverfahren kaum in eine allgemein akzeptierte empirisch fundierte Klassifikation überführen lassen. Zu unterschiedlich waren die Ergebnisse einzelner Untersuchungen. Auch die durch Eysenck & Furneaux (1945) bekannt gewordene Unterscheidung zwischen einer sog. „primären“ und „sekundären“ Suggestibilität ließ sich nicht aufrecht erhalten (s. u. a. Evans, 1967). Einigermaßen sicher gestellt werden konnte bis jetzt, daß Suggestibilität – im Sinne des hier verwandten Begriffs „Suggestionierbarkeit“ – kein einheitliches Phänomen ist und daß Kinder relativ suggestionierbarer sind als Erwachsene.

Im Gegensatz zu den Untersuchungen zur Hypnotisierbarkeit sind die Forschungs-Bemühungen zur Suggestionierbarkeit unabhängig von Hypnose – sie wird häufig als „Wach-Suggestibilität“ bezeichnet – unterrepräsentiert geblieben. Traditionsgemäß wird der Grad der Suggestionierbarkeit bestimmt, indem die Reaktionsbereitschaft auf verschiedene Suggestions-Formen bei der Beeinflussung von Wahrnehmungs-, motorischen und Gedächtnis-Prozessen erfaßt wird (Überblick bei Hübner, 1994). Vertretbar wäre aber auch eine Taxonomie, wie sie ursprünglich von Binet (1900) verfolgt wurde, die – vordergründig – alltags- und praxis-relevante Erscheinungsformen der Suggestionierbarkeit ins Auge faßt. Es wäre eine Konzeptualisierung der Suggestionierbarkeit denkbar, die u. a. von folgenden komplementären Syndromen der Beeinflussung ausgeht:

- (a) **Einbildungs-Erscheinungen** wie z. B. die Tendenz, fiktive oder virtuelle Gegebenheiten als tatsächliche zu deuten (Gheorghiu, Netter, Tichi, 1989;

Gheorghiu, Koch, Hübner, 1994; Gudjonsson, 1992). Für Psycho-Therapeuten wäre es z. B. von Interesse, in Erfahrung zu bringen, wie ausgeprägt diese Tendenz bei ihren Patienten ist und inwiefern sie eher mit Imaginations- als mit erhöhten Täuschungs-Abläufen einher geht. Ferner interessiert der Zusammenhang mit placebo-konformem Reagieren (Classen, Feingold & Netter 1983) sowie mit neurotischen Erscheinungs-Formen, z. B. hypochondrischen Verhaltensweisen.

(b) **Nachgiebigkeits-Erscheinungen** wie z. B. die Tendenz, anhand von Schein-Argumenten, apodiktischen Behauptungen, verführerischen Aufforderungssituationen usw. zu reagieren. Unter diese Kategorie wären auch verschiedene Formen der sozialen Beeinflussung einzuordnen, wie sie z. B. in Untersuchungen zur Persuasibilität und Konformität erfaßt wurden (Überblick bei McGuire, 1989). Der Psycho-Therapeut könnte hierdurch u. a. zusätzliche Informationen über Compliance-Tendenzen seiner Klientel erhalten.

(c) **Involvierungs-Erscheinungen** derart, wie sie sich aus Aufgaben ergeben, die ein „Hineinversetzen“ in ein bestimmtes Rollen-Verhalten verlangen, dessen Auswirkung sich als meßbar erweist. Hierzu gehören auch die Manifestationen hypnotischen Involvierens, deren unterschiedliche Ausprägungen als Grad der **Hypnotisierbarkeit** bezeichnet werden. Diese ist – soweit sie auf verschiedenen Suggestionen-Items basiert – als eine besondere Kategorie des übergeordneten Konstrukts der **Suggestionierbarkeit** zu betrachten (s. auch in diesem Zusammenhang Kirsch, 1997; Peter, 1996; Weitzenhoffer, 1989).

(d) **Nachahmungs-Erscheinungen**, wie sie z. B. durch den Einfluß von sukzessiven oder simultanen Modell-Situationen evoziert werden. Nicht automatisch entstehende Nachahmungstendenzen wurden bereits zu Beginn der psychologischen Forschung als Suggestibilitäts-Erscheinungen betrachtet und zum Gegenstand von Untersuchungen gemacht (Überblick bei Allport, 1968). Neuere Versuche zum Einfluß suggestiver Nachahmungs-Situationen weisen auf deutliche inter-individuelle Unterschiede hin (Feingold, 1982). Erkenntnisse über den Grad der „Imitabilität“ sowie auch das Wissen über „anti“-imitative Verhaltensweisen (Reaktionen in die dem Modell entgegengesetzte Richtung) erlauben dem Psycho-Therapeuten u. a. eine bessere Selektion der von ihm einsetzbaren Verfahren in der Einzel- oder Gruppentherapie.

Zu 3) Die facettenreichen **Gegebenheiten**, die die Reaktions-Bereitschaft gegenüber impliziten und expliziten suggestiven Richtungs- und Bedeutungs-Zuweisungen beeinflussen, könnte man grob wie folgt einteilen:

**Ambiguitäts- und Ungewißheits-Verhältnisse:** Je größer die Unbestimmtheit der Reizsituation und die vom Individuum erlebte Ungewißheit, desto mehr wächst in der Regel die Möglichkeit der Einflußnahme. Dies ist bekannterweise besonders zu Beginn der Therapie der Fall, wenn es dem Patienten an Anhaltspunkten für brauchbare Entscheidungen fehlt und wenn für ihn sowieso noch alles neu ist. **Kongruenz-Verhältnisse:** Je stärker die Vertrauensbasis zwischen Patient und Therapeut, desto effizienter erweist sich auch die ausgeübte Beeinflussung. Die Optimierung der Suggestionierbarkeit hat sehr viel damit zu tun, inwieweit ein beidseitiges Vertrauensverhältnis aufgebaut wird. Demzufolge schreibt der Patient seinem Therapeuten auch mehr Prestige, Glaubwürdigkeit bzw. „Suggestivität“ zu. Die Wahrscheinlichkeit, daß sich die suggestiven Richtungs-Zuweisungen des Therapeuten durchsetzen, ist höher, wenn er mehr Rücksicht auf die (Psycho-)Logik des Klienten und seine Interessen, Bedürfnisse und Erfahrungen nimmt. Ihre Auswirkungen halten auch länger an. Außerdem gilt, daß die Reaktions-Bereitschaft zunimmt, wenn der Therapeut kongruent mit vorliegenden oder kultivierten Erwartungs-Haltungen agiert. Das gleiche trifft zu, wenn das, was der Therapeut sagt, seinem Klienten plausibel erscheint. Je stimmiger – auch bei einer „Als-ob“-Situation – die suggestiven Behauptungen und Erläuterungen sind, desto wahrscheinlicher ist auch ihr Einwirken. Eine große Rolle spielt dabei sicherlich die Fähigkeit des Therapeuten, suggestive Elemente mit rationalen Vorgehensweisen zu kombinieren. Das Kongruenz-Verhältnis bezieht sich nicht weniger auf die affektive Resonanz zwischen den beiden Akteuren der Therapie. Ihre Bedeutung in Hinblick auf das Durchgreifen von Suggestionen wurde besonders von Stokvis & Pflanz (1961) hervorgehoben.

**Psychosoziale Verhältnisse:** Hiermit sind Einflußfaktoren gemeint, die sich hauptsächlich aus Interaktions-Prozessen des Individuums mit seinem sozialen Umfeld bilden wie Gruppen-Druck, soziale Erwünschtheit und Bestätigung, konformes Verhalten sowie andere Formen sozialer Bewährung. Ihr relativ hoher Stellenwert für die Beeinflussung des Menschen wurde in vielerlei Hinsicht, auch mit Blick auf therapeutische Auswirkungen, von Cialdini (1997) und Frank (1981) erörtert. Schließlich ist der Therapeut selbst Teil dieser interaktiven Geschehnisse und wird seinerseits von seinem Patienten unentwegt mit beeinflusst.

### III. Technologie der Suggestion und ihre Anwendungsgebiete: der pragmatische Ansatz:

Hierbei geht es primär um die Frage nach der Art und Weise, auf die suggestive Bedeutungs- und Richtungs-Zuweisungen vermittelt werden sollen. Dies geschieht insbesondere via Suggestions-Verfahren, die gezielt eingesetzt werden, um z. B. dem Patienten zur Gewinnung brauchbarer Einsichten und Verhaltensweisen zu verhelfen. Um möglichen Ausweichungs-Tendenzen entgegen zu treten und somit das Einwirken suggestiver Hinweis-Reize überhaupt zu ermöglichen und zu begünstigen, werden sowohl direkte als auch indirekte Suggestionen / Suggestions-Verfahren angewandt. Die direkten sind zum einen dadurch gekennzeichnet, daß die Intention der Beeinflussung nicht verdeckt gehalten wird (ob dies in der konkreten Situation von der Zielperson auch so wahrgenommen wird, ist ein anderes Problem). Zum anderen verweisen sie unmittelbar, ohne Umschweife (direkt) auf die erwünschte Reaktion. „Sie werden jetzt und auch später keinen Schmerz empfinden“. „Ihre Augen schließen sich nun von selbst“. Zur Überprüfung der Suggestionierbarkeit werden z. T. noch heute direkte Suggestions-Verfahren eingesetzt wie z. B. der klassische Körperschwankungs-Test („Sie spüren immer stärker den Drang, nach hinten zu fallen.“).

Bei den indirekten Verfahren versucht man dagegen, die Beeinflussungs-Absicht möglichst zu kaschieren. Die intendierte Reaktion wird daher mittelbar (indirekt) weitergeleitet. Als Vermittler suggerierter Richtungs-Zuweisungen dienen verschiedene „Vehikel“. Dies sind überwiegend:

a) **kognitive Vehikel** wie z. B. *imaginative Verfahren, Metaphern, Symbole, Vergleiche*, („Wenn Sie weiterhin so gelassen und ruhig ein- und ausatmen, entspannen sich mehr und mehr auch Ihre Ängste und lösen sich wie von selbst auf.“ „Da zeigen sich im Film einige Einengungen im Koronar-Bereich, die bekommen wir schon wieder hin. Der Rest der Herzkranzgefäße ist aber noch ganz gut in Ordnung“.), vorgeschobene Beweisführungen, psychologische Konstruktionen, Sprachmuster (Mehrdeutigkeit, vage Formulierungen, Schein-Alternativen, Pseudo-Kausalitäten wie z. B. in Form von „Wenn-dann“-Verknüpfungen („Wenn Sie das Prickeln in Ihrer Hand wahrnehmen und ihr Arm sich leichter anfühlt, bewegt er sich ganz von selbst nach oben“ (Arm-Levitation). (Für Details s. auch Gheorghiu & Hübner, 1994; Hammond, 1990).).



b) **affektive / kognitive Vehikel**, z. B. in Form von Selbsterfahrungs-Erlebnissen, „Aha“-Einsichten, Rollenverhalten, Entspannungsübungen.

c) **Verhaltens-Vehikel**: *verschiedenartige Modell-Situationen, Rituale* (als Träger von Bedeutungs-Zuschreibungen oder als Hilfsmittel zum Erlernen brauchbarer Spielregeln), *ludische Vorgehensweisen* sowie die *aktive Einbeziehung des Patienten bei der Durchführung bestimmter Prozeduren*.

d) **dingliche und prozedurale Vehikel** wie Leer-Präparate und technische Hilfsmittel oder Anwendungsverfahren, die an sich keine therapeutische Relevanz besitzen, denen aber im Kontext der psycho-therapeutischen Intervention gezielt eine spezifische Heilwirkung zugeschrieben werden kann. Das gleiche gilt auch für Substanzen oder Anwendungs-Procedere, z. B. psycho-therapeutische Verfahren, deren Wirkmechanismus noch relativ unbekannt ist (Utilisieren des Placebo-Anteils).

Die indirekten Suggestions-Vehikel sind zum Großteil bereits aus Alltags-Erfahrungen bekannt, ihre Ausdrucksformen sind vielfältig und z. T. auch komplexer, als hier angegeben werden konnte. Sie bilden in verschiedenen Kombinationen ein wertvolles Instrumentarium in den Händen aller Psycho-Therapeuten. Dabei versteht sich, daß sich in der Praxis die Grenze zwischen direkten und indirekten Verfahren durchaus als durchlässig erweist. Nicht weniger fließend sind die Übergänge von suggestiven zu imaginativen oder rationalen Verfahren.

Für den (Psycho-)Therapeuten trägt das Einsetzen von direkten und indirekten Suggestions-Verfahren dazu bei,

- die Gerichtetheit der Person zu unterstützen und folgerichtig durch Auflösung oder Reduktion von Ungewißheit und Instabilität ihre Reaktionsbereitschaft zur Durchsetzung ihrer Bedürfnisse und Beweggründe zu begünstigen;
- über die Reduktion vorhandener Freiheitsgrade das Individuum auf ökonomischerem Wege zu eindeutigen Beurteilungen und Handlungsweisen gelangen zu lassen;
- latente psychische und psycho-physiologische Dispositionen auf diesem Wege überhaupt erst verfügbar zu machen und zu nutzen.

#### IV. Das Wesen der Suggestionalität: der theoretische Ansatz.

Es gibt hierzu sehr widersprüchliche Auffassungen (s. Allport, 1968; Gheorghiu, 1989). Angesichts des gebietsübergreifenden Charakters suggestionaler Phänomene läßt sich ihr Stellenwert und ihre Funktion im Selbstorganisations-Geschehen nur aufgrund integrativer psychologischer Ansätze realisieren (Gheorghiu & Kruse, 1991; Gheorghiu & Wallbott, 1994). Das setzt aber voraus, daß Theorien und Ergebnisse der Kognitions-, Sozial- sowie der Streß- und Coping-Psychologie, z. B. Attributions-Phänomene, kognitive Täuschungen, soziales Lernen, Entscheidungs- und Abwehr-Strategien auch in Hinblick auf ihre Zusammenhänge mit Suggestions-Vorgängen in die theoretische und methodologische Konfrontation mit einbezogen werden sollten. Bisher werden sie weitgehend unabhängig von Suggestions-Prozessen erläutert. Die ständige Zunahme praktischer Erfahrungen verlangt eine angemessene theoretische Fundierung, die dann die Rolle von Suggestions-Verfahren innerhalb psychotherapeutischer Interventionen verständlicher und überzeugender herausstellen kann. Zu den theoretischen Auseinandersetzungen gehören auch Fragestellungen über ethische Implikationen der Möglichkeiten und Grenzen suggestionsbedingter Beeinflussung.

#### Literatur:

- Allport, G. W. (1968): The historical background of modern social psychology. In: G. Lindzey & E. Aronson (eds.). *The handbook of social psychology*. Menlo Park, CA.: Addison-Wesley.
- Benesch, H. (Hrsg.) (1995): *Enzyklopädisches Wörterbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.
- Bernheim, H. (1884): *De la suggestion et des ses applications à la thérapeutique*. Paris: Doin
- Binet, A. (1900): *La suggestibilité*. Paris: Schleicher Frères
- Cialdini, R. B. (1997): *Die Psychologie des Überzeugens*. Bern: Huber.
- Classen, W., Feingold, E., & Netter, P. (1983): Influence of sensory suggestibility on treatment outcome in headache patients. *Neuropsychobiology*, 10, 44 – 47.
- Evans, F. J. (1967): Suggestibility in the normal waking state. *Psychological Bulletin*, 67, 114 – 129.
- Eysenck, H. J., & Furneaux, W. D. (1945): Primary and secondary suggestibility. An experimental and statistical study. *Journal of Experimental Psychology*, 35, 485 – 503.

- Feingold, E. (1982): Untersuchungen zur sensorischen Suggestibilität sowie zum Zusammenhang zwischen sensorischer Suggestibilität und der Placebo-Ansprechbarkeit im Schmerzbereich. Mainz: Dissertation.
- Forel, A. (1889 / 5. Aufl. 1907): Der Hypnotismus. Stuttgart: Verlag Ferdinand Enke.
- Frank, J. (1981): Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gheorghiu, V. (1989): The development of research on suggestibility: Critical considerations. In: Gheorghiu, V., Netter, P., Eysenck, J. H., & Rosenthal, R. (eds.): Suggestion and suggestibility: Theory and research. Berlin: Springer.
- Gheorghiu, V. (1996): Die adaptive Funktion suggestionaler Phänomene. Zum Stellenwert suggestionsbedingter Einflüsse. *Hypnose und Kognition*, 13, 1 + 2.
- Gheorghiu, V. (2000 a): Die Domäne der Suggestionalität: Versuch der Konzeptualisierung suggestionaler Phänomene. *Experimentelle und klinische Hypnose. Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Hypnose*. XVI, 1.
- Gheorghiu, V. (2000 b): Die Begriffe Suggestion, Suggestibilität und Suggestionalität. In: Stumm & Pritz (Hrsg.) *Wörterbuch der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Gheorghiu, V. & Hübner, M. (1994): Entspannungs- und Suggestionsverfahren in der Zahnheilkunde. In: Petermann, F. & Vaitl, D. (Hrsg.). *Handbuch der Entspannungsverfahren*, Bd. 2, (226–257). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union
- Gheorghiu, V., Koch, E., & Hübner, M. (1994): A group scale for the influence of suggestion on sensory judgements. *Hypnos*, XXI, 1, (38–49).
- Gheorghiu, V., & Kruse, P. (1991): The psychology of suggestion: an integrative perspective. In: Schumaker, J. (ed.) *Human suggestibility: advances in theory and research, an application*, 59–75. New York: Routledge.
- Gheorghiu, V., Netter, P., Eysenck, J. H., & Rosenthal, R. (1989) (eds.): *Suggestion and suggestibility: Theory and research*. Berlin: Springer.
- Gheorghiu, V., Netter, P., & Tichi, H. J. (1989): A test of sensory suggestibility, its dependence on experimental context, and its relation to other tests of deception. In: McConkey, K., & Bennet, H. (eds.): *Cognition in Individual and Social Contexts*, (507–517), Amsterdam, New York, Oxford, Tokyo: North-Holland.
- Gheorghiu, V., & Wallbott, H. G. (1994): Suggestion and attribution of meaning: A cognitive and social psychological perspective. *Comunicazione scientifica di psicologia generale*, 12 (117–140).
- Gudjonsson, G. H. (1992): *The Psychology of Interrogations, Confessions and Testimony*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hammond, D. C. (ed.) (1990): *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York: Norton & Co.
- Hübner, M. (1994): *Einflußfaktoren suggestionsbedingter Verhaltensweisen*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Kirsch, I. (1997): Hypnotic suggestion: A musical metaphor. In: *American Journal of Clinical Hypnosis*, 39, 4, 271–282.
- McGuire, W. J. (1989): A meditational theory of susceptibility to social influence. In: Gheorghiu, V., Netter, P., Eysenck, J. H., & Rosenthal, R. (1989) (eds.). *Suggestion and suggestibility: Theory and research*. Berlin: Springer.
- Peter, B. (1996): Normale Instruktion oder hypnotische Suggestion: Was macht den Unterschied? In: *Hypnose und Kognition*, 13 (1 + 2), 147–163

- Pfeiffer, W. (1993) (Hrsg.): Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. Berlin: Akademie Verlag.
- Schwanenberg, E. (1993). Suggestion. In: Schorr, A. (Hrsg.). Handwörterbuch der Angewandten Psychologie. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Schumaker, J. (1991) (ed.). Human Suggestibility. New York: Routledge.
- Seashore, C. E. (1895). Measurement of illusions and hallucinations in normal life. *Studies from the Yale Psychological Laboratory*, 2, 1–67.
- Sidis, B. (1898). The psychology of suggestion. New York: Appleton.
- Stokvis, B. & Pflanz, M. (1961). Suggestion. Stuttgart: Hippokrates.
- Stukat, K. G. (1958). Suggestibility: A factorial and experimental analysis. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

# Effekte des Autogenen Trainings auf verschiedene Symptome und auf einzelne Stressverarbeitungsmaßnahmen bei Erwachsenen im normalen Alltag

Helene Lytwin

Als eine bereits lang erprobte und bewährte Methode der körperlichen und psychischen Entspannung erweist sich die Technik der Grundstufe des Autogenen Trainings des Berliner Professors Dr. Johannes Heinrich Schultz (1884 – 1970).

Er entwickelte das Autogene Training auf Grundlagen der Hypnose in den zwanziger Jahren und stellte das Konzept 1926 erstmals einer medizinischen Öffentlichkeit vor, was damals durch seine Annahme, daß Leib und Seele eine Einheit darstellen, im Widerspruch zur gängigen Lehrmeinung stand (Binder, H., Binder, K., 1993). Dennoch fand das Autogene Training speziell nach dem zweiten Weltkrieg eine rasche Verbreitung im europäischen und nordamerikanischen Bereich.

Anfänglich war es eher den Medizinern vorbehalten, Kurse abzuhalten, um diverse psychosomatische Erkrankungen besser in den Griff zu bekommen. Mit Zunahme der psychologischen empirischen Forschung auf dem Gebiet der Entspannung wurde es auch zusehends mehr Teil einer psychologischen und psychotherapeutischen Anwendung.

Die Wirkungsweise der Grundstufe des Autogenen Trainings beruht auf 6 körperbezogenen autosuggestiven Übungsformeln, die eine schrittweise „*organismische Umschaltung*“ von einem *ergotropen*, d. h. *aktivitätsgerichteten* bis zu einem *erholsamen*, *trophotropen* Zustand des Organismus herbeiführen.

Die einzelnen Formeln beziehen sich auf das bewußte Körperempfinden der Schwere in Armen und Beinen zur Entspannung der Willkürmuskulatur, des bewußten körperlichen Empfindens von Wärme ebenfalls in Armen und Beinen

zur Entspannung der Gefäßmuskulatur, *Atem- und Herzübung* zum passiven Erleben der Atmung und des Herzrhythmus im Sinne einer trophotropen Umschaltung, der *Sonnengeflechtsübung* zur besseren Regulation der Bauchorgane und der *Stirnkühleübung* zur Entspannung der Stirnmuskulatur.

Neben diesen körperbezogenen Übungsformeln schließt die Grundstufe mit der sogenannten *formelhaften Vorsatzbildung*, der Möglichkeit, je nach einem weiteren körperlichen oder psychischen Bedarf eine Formel mit eigenem Wortlaut zu bilden und diese in einer Sitzung des Autogenen Trainings miteinzubeziehen.

Das Autogene Training mit seiner Wirkung der körperlichen und psychischen Entspannung erweist sich nicht nur als gute Methode angenehmer Erholung, sondern hat auch einen wesentlichen Einfluß auf verschiedenste psychische Bereiche (G. Gerber, F. Sedlak, 1990; R. Doubrawa, 1992; H. Binder, K. Binder, 1993; H. Kraft, 1996; G. Krampen, 1996; G. Krampen, 1997; J. C. Quick, J. D. Quick, D. L. Nelson and J. J. Hurrell, 1998; H. Mensen, 1999) wie auf die Persönlichkeitsentwicklung, auf kognitive Veränderungen in Richtung einer Verbesserung von Gedächtnisleistungen, und es ermöglicht auch einen verbesserten Umgang mit Stresssituationen. Damit ist auch ein wesentlicher Einfluß auf die Verringerung psychosomatischer Beschwerden zu beobachten.

Da das Autogene Training einen guten Effekt auf verschiedenste Bereiche ausübt, bezieht sich der Schwerpunkt dieser Studie auf die genaue Wirkungsweise des Autogenen Trainings auf einzelne psychische, somatische und psychosomatische Gebiete.

Das Thema Stress im Sinne von Distress, welcher durch Überforderung eine negative Auswirkung auf das menschliche Befinden ausübt, ist deswegen von so großer Bedeutung, da es nach wie vor einen wesentlichen Stellenwert bezüglich verschiedener Gesundheitsfragen in unserer Gesellschaft (M. Kastner, 1994) einnimmt.

In den USA beispielsweise befanden sich 1990 (Sauter, Murphy u. Hurrell, 1998) arbeitsbezogene psychische Störungen und Stress unter den 10 Toprisiken für berufliche Gesundheit.

Die Ursachen der Stressentstehung sind häufig vielfältig. Sie reichen von physikalischen Bedingungen wie beispielsweise Lärm, hohe Temperatur usw. bis zu Arbeitsüberlastung, Rollenkonflikten und interpersonellen Überforderungssituationen hin.

Da die Arbeits- und Lebensbedingungen als auch persönliche Ressourcen wie beispielsweise bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (R. Schwarzer, 1993) der ein-

zelen Teilnehmer, die das Autogene Training in einem Kurs erlernen, sehr heterogen sind, war es für diese Studie wichtiger, nicht die einzelnen Stressoren und die persönlichen Ressourcen zu untersuchen, sondern die Art der Bewältigung der streßauslösenden Situationen unter der Wirksamkeit des Autogenen Trainings im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die nicht Autogenes Training erlernte bzw. ausübt.

Für die Kontrollgruppe wurden freiwillige Teilnehmer von Hobbymalkursen ausgesucht, da es wahrscheinlich erschien, daß diese Art von kreativer Tätigkeit vergleichsweise mit dem AT Eustress, d. h. psychisches Wohlbefinden, beim einzelnen bewirken und somit einen positiven Transfer auf die Streßbewältigung auslösen könnte. Andererseits könnte aber diese Freizeitaktivität, die nicht bewußt auf Entspannung hinzielt, auch zusätzlichen Streß durch eine ehrgeizige Einstellung (Wettbewerbssituation) beim einzelnen Teilnehmer auslösen (J. C. Quick, J. D. Quick, D. L. Nelson and J. J. Hurrell, 1998) und daher zu schlechteren Ergebnissen führen.

In der Literatur zeigen sich auch Zusammenhänge zwischen dem Erleben von Distress und der Entstehung bzw. dem Auslösen verschiedenster körperlicher Symptome, die auf längere Sicht zu chronischen Erkrankungen (W. Müller-Limmroth, 1988) führen können.

Daher erscheint ein empirischer Vergleich zweier Gruppen – weitgehend gesunde Erwachsene, die AT in Kursen erlernen und praktizieren, mit gesunden erwachsenen Teilnehmern von Hobbymalkursen – bezüglich einer Veränderung einzelner eventuell vorhandener verschiedener psychischer, somatischer und psychosomatischer Beschwerden und des Verlaufs des Umgangs mit Streßsituationen von wesentlichem Interesse für die Entwicklung von geeigneten gesundheitlichen Vorbeugemaßnahmen.

### **Die zentralen Fragestellungen dieser Studie sind:**

1. In welchem Ausmaß unterscheiden sich die beiden Gruppen (AT-Kurs-Teilnehmergruppe als Untersuchungsgruppe, Hobbymalkurs-Teilnehmer als Kontrollgruppe) im Verlauf von 10 Stunden der AT-Kurs-Zeitspanne bezüglich einzelner Streßbewältigungsmaßnahmen?
2. In welchem Ausmaß unterscheiden sich die beiden Gruppen (UG und KG) im Verlauf von 10 Stunden der AT-Kurs-Zeitspanne bezüglich psychischer, somatischer und psychosomatischer Beschwerden?

## **Methoden**

### **Stichprobe**

Für die erste Fragestellung nahmen anfänglich freiwillig insgesamt 68 zufällig ausgesuchte weibliche und männliche weitgehend psychisch und körperlich gesunde Erwachsene an dieser Studie teil.

26 Erwachsene besuchten vollständig den Grundkurs des Autogenen Trainings, wobei aber nur 20 von 26 Kursteilnehmern die einzelnen Fragebögen zu beiden Meßzeitpunkten vollständig bezüglich der ersten Fragestellung beantworteten.

In der zweiten Gruppe, der Kontrollgruppe, nahmen 42 Personen aus einzelnen Malkursen an dieser Fragebogenerhebung teil. Es wurden aber zu den beiden Meßzeitpunkten nur von 29 Personen die einzelnen Fragebögen vollständig bearbeitet.

So kamen in die engere Bewertung für diese Fragestellung nur Fragebögen von insgesamt 49 Personen.

Die beiden Grundstufenkurse des Autogenen Trainings der Haupt-Versuchsgruppe wurden nach fachgeprüften Kenntnissen der Methode nach Schultz durchgeführt. Die jeweils 4 Malkurse der Kontrollgruppe wurden unter fachlicher Anleitung von 3 Mallehrer/innen abgehalten.

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung wurde die gleiche Stichprobe wie vorher erwähnt herangezogen. 17 Personen der AT-Gruppe nahmen vollständig bei dieser Fragestellung an der Erhebung teil, während 3 Personen nicht vollständig die jeweiligen Fragebögen ausfüllten und daher nicht alle Subskalen dieser Personen gleichermaßen zur Verrechnung kamen. In der Kontrollgruppe fiel von den 29 Teilnehmern ein Teilnehmer aus. So befanden sich in der Hauptversuchsgruppe 17 bzw. 18 bzw. 19 Teilnehmer und in der Kontrollgruppe 28 Personen, die an dieser Studie sich beteiligten. Insgesamt nahmen an der zweiten Fragestellung 45 bzw. 46 bzw. 47 Personen teil.

### **Untersuchungsplan**

Für die Hauptuntersuchungsgruppe (UG) befanden sich insgesamt 26 erwachsene freiwillige Teilnehmer aufgeteilt in jeweils zwei Grundkursen des Autogenen Trainings.



Die Dauer des Grundkurses für Autogenes Training betrug jeweils 10 Stunden.

Die erste Fragebogenerhebung wurde am Beginn und die zweite Erhebung am Ende des Kurses nach 10 Stunden durchgeführt.

Die Kontrollgruppe (KG) dieser Untersuchung, die aus 29 freiwilligen erwachsenen Teilnehmern bestand, nahm an verschiedenen Malkursen mit einer Kursdauer von 10 und mehr Stunden mit anderen Personen teil. Jeder der Teilnehmer der Kontrollgruppe befand sich aber nur in einem Malkurs der vier angebotenen Kurse. Von den vier angebotenen Kursen nahm eine jeweils unterschiedliche Anzahl von Teilnehmern pro Kurs – 6, 9, 6 und 8 Personen – an dieser Untersuchung teil.

Die erste Fragebogenerhebung wurde vergleichsweise mit der Gruppe A ebenfalls am Beginn und die zweite Erhebung ebenfalls gleich der Gruppe A nach dem Besuch von 10 Stunden durchgeführt, auch wenn einzelne Malkurse länger dauerten.

### **Erhebungsinstrumente**

Bei der ersten als auch bei der zweiten Erhebung wurden die gleichen Fragebögen zur Überprüfung des Verlaufs verwendet.

Zur Erfassung der Bewältigung von Stress in der ersten als auch in der zweiten Erhebung bei UG und bei KG wurde der *Stressverarbeitungsfragebogen* von W. Janke, G. Erdmann und W. Boucsein (SVF; 1984) herangezogen.

Dieses Verfahren erfasst mit 114 Items 19 Stressverarbeitungsmaßnahmen, die als „habituelle“ Persönlichkeitsmerkmale aufgefaßt werden und unabhängig von der Belastungssituation über die Zeit relativ stabil bleiben.

Die 19 Stressverarbeitungsmaßnahmen sind:

Bagatellisierung, Herunterspielen durch Vergleich mit anderen, Schuldabwehr, Ablenken von Situationen, Ersatzbefriedigung, Suche nach Selbstbestätigung, Situationskontrollversuche, Reaktionskontrollversuche, Positive Selbstinstruktion, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Vermeidungstendenz, Flucht-tendenz, Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression und Pharmakaeinnahme.

Für die Beurteilung der Veränderung verschiedener psychischer, somatischer und psychosomatischer Beschwerden oder Symptome wurde die Änderungssensitive Symptomliste von G. Krampen (AT-SYM; 1991a) verwendet.

Sie besteht aus 6 Skalen mit 48 Items, die die körperliche und psychische Erschöpfung, Nervosität und innere Anspannung, psychophysiologische Dysregulation, Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten, Schmerzbelastungen und Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle erfasst. Auch wird aus den 6 Skalen ein Gesamtwert für die Problembelastetheit und Beschwerden bestimmt. Zusätzliche Beschwerden können ebenfalls extra vom Probanden beschrieben werden.

## Ergebnisse

Für die Berechnung wurden die *standardisierten T-Werte der Rohtestergebnisse* der einzelnen Skalen der Untersuchungsgruppen gemäß der jeweiligen Testhandbücher (SVF, W. Janke, 1985; AT-SYM, G. Krampen, 1991) verwendet.

Zur Überprüfung der ersten und zweiten Fragestellung wurde eine *einfaktorielles Varianzanalyse mit Meßwiederholung von SPSS Version 8* (A. Bühl, P. Zöfel, 1999) unter Windows verwendet.

Als Voraussetzung zur Durchführung einer Varianzanalyse wurde mit dem *Levene-Test* die Homogenität der Fehlervarianz überprüft.

Als post-hoc-Test zur Überprüfung der Mittelwertdifferenzen wurde bei beiden Fragestellungen der *Newmann-Keuls-Test* verwendet.

Bei der Befragung der Streßverarbeitungsmaßnahmen mit dem SVF gab es folgende Resultate:

### Bedürfnis nach sozialer Unterstützung:

Der *Levene-Test* für das Bedürfnis nach *sozialer Unterstützung* weist auf Homogenität der Fehlervarianz hin (A10 ( $F_{1/47} = 1,612$ ,  $p = 0.210$ ), B10 ( $F_{1/47} = 2,148$ ,  $p = 0.149$ ))

Bei der Varianzanalyse zeigte sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Verlauf und der Gruppe ( $F_{1/45} = 4,955$ ,  $p = 0.031$ ).

Der Post-Hoc-Vergleichstest von *Newman-Keuls* weist auf folgende signifikante Differenzen hin:

Zwischen der Hauptuntersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe zeigt sich zum ersten Meßzeitpunkt ein signifikanter Mittelwertsunterschied ( $W = 3,9$ ,

df = 45, p = .05) indem die Hauptuntersuchungsgruppe ein eindeutig größeres *Bedürfnis nach sozialer Unterstützung* als die Kontrollgruppe angibt. Es zeigt sich auch eine signifikante Verbesserung bei der Hauptuntersuchungsgruppe zwischen dem ersten und dem zweiten Meßzeitpunkt ( $W = 2,943$ , df = 45, p = .05). Das heißt, daß das AT wirksam das *Bedürfnis nach sozialer Unterstützung* bei der Hauptuntersuchungsgruppe reduzieren konnte, so daß die Hauptuntersuchungsgruppe mit der Kontrollgruppe bezüglich dieser Streßverarbeitungsmaßnahme vergleichbar wurde.

**Tab. 1: Bedürfnis nach sozialer Unterstützung**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
A10	1	52,80	7,70	20
	2	47,21	10,50	29
	Gesamt	49,49	9,77	49
B10	1	49,15	8,82	20
	2	48,14	11,50	29
	Gesamt	48,55	10,40	49

A10 = Bedürfnis nach soz. Unterstützung/1. Meßzeitpunkt

B10 = Bedürfnis nach soz. Unterstützung/2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

### Fluchttendenz:

Der *Levene-Test* für die *Fluchttendenz* weist ebenfalls auf Homogenität der Fehlervarianz hin: A12 ( $F(1/47) = 0,068$ , p = 0.79), B12 ( $F(1/47) = 0,111$ , p = 0.74)

Bei der Varianzanalyse zeigte sich ein signifikanter Effekt bezüglich des Verlaufs ( $F(1/45) = 4,462$ , p = 0.040), was auf eine eindeutige Abnahme der Fluchttendenz unabhängig von der jeweiligen Gruppe beim 2. Meßzeitpunkt hinweist.

**Tab. 2: Fluchttendenz**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
A12	1	50,25	10,07	20
	2	53,03	9,60	29
	Gesamt	51,90	9,79	49
B12	1	47,15	8,83	20
	2	51,59	8,80	29
	Gesamt	49,78	8,99	49

A12 = Fluchttendenz/  
1. Meßzeitpunkt

B12 = Fluchttendenz/  
2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

### Soziale Abkapselung:

Auch für die Durchführung der Varianzanalyse zur Überprüfung der abhängigen Variablen *soziale Abkapselung* ist die Voraussetzung der Homogenität gegeben; Levene-Test: A13 ( $F(1/47) = 0,836$ ,  $p = 0,365$ ), B13 ( $F(1/47) = 0,054$ ,  $p = 0,817$ )

Die Varianzanalyse zeigt einen signifikanten Haupteffekt zwischen der Hauptuntersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe. Die Hauptuntersuchungsgruppe gibt zu beiden Meßzeitpunkten eindeutig weniger an, mit *sozialer Abkapselung* auf Streß zu reagieren ( $F(1/43) = 4,667$ ,  $p = 0,036$ ).

Es gibt auch einen signifikanten Wechselwirkungseffekt zwischen der Gruppe und dem Verlauf. Der Newman-Keuls-Test zeigt eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der *sozialen Abkapselung* zwischen dem ersten und dem zweiten Meßzeitpunkt bei der Hauptuntersuchungsgruppe ( $W = 4,076$ ,  $df = 45$ ,  $p = .05$ ). Signifikant häufiger reagierte die Kontrollgruppe mit *sozialer Abkapselung* gegenüber der Hauptuntersuchungsgruppe sowohl zum ersten Meßzeitpunkt ( $W = 3,70$ ,  $df = 45$ ,  $p = .05$ ) als auch gegenüber der Hauptuntersuchungsgruppe zum zweiten Meßzeitpunkt ( $W = 3,70$ ,  $df = 45$ ,  $p = .05$ ).

**Tab. 3: Soziale Abkapselung**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
A13	1	47,85	8,44	20
	2	51,31	10,43	29
	Gesamt	49,90	9,73	49
B13	1	43,75	8,93	20
	2	51,41	9,90	29
	Gesamt	48,29	10,16	49

A 13 = Soziale Abkapselung/  
1. Meßzeitpunkt

B 13 = Soziale Abkapselung/  
2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

Generell erweist sich die Hauptuntersuchungsgruppe durch das AT gegenüber der Kontrollgruppe bezüglich der *sozialen Abkapselung* im Vorteil. Die Hauptuntersuchungsgruppe kapselt sich nicht so stark ab wie die Kontrollgruppe, was speziell auf die fördernde kommunikative Wirkung des AT hinweist.

### Gedankliche Weiterbeschäftigung:

Der *Levene-Test* weist auch bezüglich der Variable *Gedankliche Weiterbeschäftigung* auf Homogenität der Fehlervarianzen hin: A14: ( $F(1/47) = 2,777$ ,  $p = 0,102$ ),

B14 ( $F_{1/47} = 0,012$ ,  $p = 0.914$ ).

Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt bei der Varianzanalyse bezüglich des Verlaufs ( $F_{1/45} = 6,122$ ,  $p = 0.017$ ). Es gab somit eine signifikante Verbesserung durch eine Abnahme zwischen dem ersten und dem zweiten Meßzeitpunkt der gedanklichen Weiterbeschäftigung als Streßreaktion.

**Tab. 4: Gedankliche Weiterbeschäftigung**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
A14	1	47,80	7,27	20
	2	49,86	10,27	29
	Gesamt	49,02	9,14	49
B14	1	44,15	10,77	20
	2	48,14	11,51	29
	Gesamt	46,51	11,28	49

A14 = Gedankliche Weiterbeschäftigung/1. Meßzeitpunkt

B14 = Gedankliche Weiterbeschäftigung/2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

### Selbstbemitleidung:

Auch bei der Variable *Selbstbemitleidung* wies der *Levene-Test* auf Homogenität der Fehlervarianzen hin. A16 ( $F_{1/47} = 0,732$ ,  $p = 0.396$ ), B16 ( $F_{1/47} = 0,004$ ,  $p = 0.948$ )

Einen signifikanten Haupteffekt gab es bei der Varianzanalyse beim Verlauf ( $F_1 = 5,995$ ,  $p = 0.018$ ).

Unabhängig von der jeweiligen Gruppe verringerte sich eindeutig während des Verlaufs die *Selbstbemitleidung*.

**Tab. 5: Selbstbemitleidung**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
A16	1	49,45	8,85	20
	2	46,14	10,73	29
	Gesamt	47,49	10,04	49
B16	1	46,70	9,70	20
	2	45,45	9,23	29
	Gesamt	45,96	9,35	49

A16 = Selbstbemitleidung/1. Meßzeitpunkt

B16 = Selbstbemitleidung/2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

## Aggression:

Der Levene-Test wies auch bezüglich der *Aggression* entsprechende Homogenität auf. A18 ( $F_{1/47} = 0,399$ ,  $p = 0,531$ ), B18 ( $F_{1/47} = 0,443$ ,  $p = 0,509$ )

Einen signifikanten Haupteffekt gab es bei der Varianzanalyse hinsichtlich des Verlaufs. Es verringerte sich die *Aggression* signifikant als Reaktion auf Streß beim zweiten Meßzeitpunkt ( $F_{1/45} = 13,680$ ,  $p = 0,001$ ).

Die signifikante Wechselwirkung zwischen Verlauf und Gruppe ( $F_{1/45} = 6,776$ ,  $p = 0,012$ ) zeigt folgende Ergebnisse, die mit dem Newman-Keuls-Test berechnet wurden:

Keinen signifikanten Unterschied gab es zwischen der Hauptuntersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe beim Meßzeitpunkt 1. Beide Gruppen waren hinsichtlich dieser Streßreaktion vergleichbar. Während es bei der Kontrollgruppe zu keiner signifikanten Reduzierung zwischen dem ersten und dem zweiten Meßzeitpunkt kam, zeigte sich bei der Hauptuntersuchungsgruppe zwischen den beiden Meßzeitpunkten eine signifikante Abnahme ( $W = 3,57$ ,  $df = 45$ ,  $p = .05$ ) der *Aggression*. Weiters unterschied sich die Hauptuntersuchungsgruppe durch den geringeren Aggressionswert beim 2. Meßzeitpunkt signifikant von der Kontrollgruppe des zweiten Meßzeitpunktes ( $W = 2,7$ ,  $df = 45$ ,  $p = .05$ ).

**Tab. 6: Aggression**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
A18	1	49,55	7,85	20
	2	48,34	9,95	29
	Gesamt	48,84	9,09	49
B18	1	43,60	6,92	20
	2	47,31	8,08	29
	Gesamt	45,80	7,77	49

A18 = Aggression/1 Meßzeitpunkt

B18 = Aggression/2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

Bei den übrigen Streßverarbeitungsmaßnahmen wie *Bagatellisierung*, *Herunterspielen durch Vergleich mit anderen*, *Schuldabwehr*, *Ablenkung von Situationen*, *Ersatzbefriedigung*, *Suche nach Selbstbestätigung*, *Situationskontrollversuche*, *Reaktionskontrollversuche*, *Positive Selbstinstruktion*, *Vermeidungstendenz*, *Resignation*, *Selbstbeschuldigung* und *Pharmakaeinnahme* gab es keine signifikanten Ergebnisse bei den beiden Gruppen und den beiden Meßzeitpunkten.

## Ergebnisse der AT-SYM:

### Körperliche und psychische Erschöpfung:

Der *Levene-Test* bei der Variable *Körperliche und psychische Erschöpfung* wies auf Homogenität hin. C1 ( $1/45 = 0,011$ ,  $p = 0.917$ ), D1 ( $F1/45 = 0,099$ ,  $p = 0.755$ )

Die darauf durchgeführte Varianzanalyse zeigt einen Haupteffekt bezüglich des Verlaufs ( $F1 = 11,283$ ,  $p = 0.002$ ).

Es erweist sich somit eine signifikante Verringerung der körperlichen und psychischen Erschöpfung.

Es gibt auch eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Verlauf und der Gruppe ( $F1/43 = 4,111$ ,  $p = 0.049$ ).

Die Anwendung des Newman-Keuls-Tests brachte somit folgende Ergebnisse:

Keinen signifikanten Unterschied gab es zum Meßzeitpunkt 1 zwischen der Hauptuntersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe bezüglich der körperlichen und psychischen Erschöpfung. Beide Gruppen waren zu Beginn der Kurse diesbezüglich vergleichbar. Die Hauptuntersuchungsgruppe konnte jedoch die körperliche und psychische Erschöpfung zwischen den beiden Meßzeitpunkten ( $W = 5,16$ ,  $df = 43$ ,  $p = .05$ ) und auch signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe beim zweiten Meßzeitpunkt ( $W = 3,895$ ,  $df = 43$ ,  $p = .05$ ) erfolgreich reduzieren.

Generell konnte somit die Methode des AT zur eindeutigen Verringerung der körperlichen und psychischen Erschöpfung mit diesen Ergebnissen bestätigt werden.

**Tab. 7: Körperliche und psychische Erschöpfung**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
C1	1	54,53	9,26	19
	2	52,93	9,54	28
	Gesamt	53,57	9,36	47
D1	1	47,16	11,06	19
	2	51,11	9,83	28
	Gesamt	49,51	10,41	47

C1 = Körperliche und psychische Erschöpfung/1 Meßzeitpunkt

D1 = Körperliche und psychische Erschöpfung/2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

### Nervosität und innere Anspannung:

Auch bei *Nervosität und innerer Anspannung* konnte die Homogenität der Fehlervarianz bestätigt werden (C = 1,538,  $p = 0.221$ ), D2 ( $F1/45 = 0,235$ ,  $p = 0.630$ ).

Bei der Varianzanalyse zeigte sich ein signifikanter Effekt bezüglich des Verlaufs ( $F_{1/43} = 9,053$ ,  $p = 0.004$ ). Zum zweiten Meßzeitpunkt zeigte sich eine eindeutige Abnahme der Nervosität und inneren Anspannung.

**Tab. 8: Nervosität und innere Anspannung**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
C2	1	54,42	12,01	19
	2	51,32	10,62	28
	Gesamt	52,57	11,18	47
D2	1	47,21	10,28	19
	2	49,79	11,83	28
	Gesamt	48,74	11,19	47

C2 = Nervosität und innere Anspannung/1. Meßzeitpunkt

D2 = Nervosität und innere Anspannung/2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

### Psychophysiologische Dysregulation:

Die Homogenität der Fehlervarianz der Variablen *Psychophysiologische Dysregulation* durch den Levene-Test konnte bestätigt werden.

C3 ( $F_{1/45} = 0,001$ ,  $p = 0.974$ ), D3 ( $F_{1/45} = 0,001$ ,  $p = 0.972$ )

Das Ergebnis der Varianzanalyse zeigt ebenfalls einen signifikanten Haupteffekt bezüglich des Verlaufs ( $F_{1/43} = 10,681$ ,  $p = 0.002$ )

Es gab somit einen signifikanten Rückgang der *psychophysiologischen Dysregulation* zwischen den beiden Meßzeitpunkten.

**Tab. 9: Psychophysiologische Dysregulation**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
C3	1	57,21	8,98	19
	2	55,21	9,29	28
	Gesamt	56,02	9,12	47
D3	1	50,74	7,45	19
	2	53,00	8,35	28
	Gesamt	52,09	7,99	47

C3 = Psychophysiologische Dysregulation/1. Meßzeitpunkt

D3 = Psychophysiologische Dysregulation/2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe



### Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten:

Der Levene-Test bei Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten weist ebenfalls auf Gleichheit der Fehlervarianzen hin. C4 ( $F_{1/47} = 0,013$ ,  $p = 0,909$ ), D4 ( $F_{1/47} = 0,099$ ,  $p = 0,755$ )

Die Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt des Verlaufs ( $F_1 = 9,053$ ,  $p = 0,004$ )

Somit zeigt sich eine eindeutige Verbesserung der Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten beim 2. Meßzeitpunkt.

**Tab. 10: Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
C4	1	53,67	10,22	18
	2	53,86	10,41	28
	Gesamt	53,78	10,22	46
D4	1	47,94	12,35	18
	2	50,71	12,12	28
	Gesamt	49,63	12,15	46

C4 = Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten/1. Meßzeitpunkt

D4 = Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten/2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

### Schmerzbelastungen:

Auch bezüglich der *Schmerzbelastungen* konnte der *Levene-Test* Homogenität der Fehlervarianzen bestätigen. C5 ( $F_{1/44} = 0,647$ ,  $p = 0,426$ ), D5 ( $F_{1/44} = 0,332$ ,  $p = 0,568$ )

Die Varianzanalyse weist auch auf einen signifikanten Haupteffekt des Verlaufs hin.

( $F_{1/42} = 9,770$ ,  $p = 0,003$ ). Es zeigen sich somit eindeutige Veränderungen der *Schmerzbelastungen* im Verlauf der beiden Meßzeitpunkte.

Eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Variablen Zeit und Gruppe ( $F_{1/42} = 15,431$ ,  $p = 0,000$ ) zeigt folgende Ergebnisse mit dem Newman-Keuls-Test:

Die Hauptuntersuchungsgruppe weist signifikant größere Schmerzbelastungen auf als die Kontrollgruppe zum Meßzeitpunkt 1 ( $W = 3,039$ ,  $df = 42$ ,  $p < .05$ ). Im Verlauf der beiden Meßzeitpunkte zeigt sich weiters bei der Hauptversuchsgruppe eine signifikante Abnahme der *Schmerzbelastungen* ( $W = 3,349$ ,  $df = 42$ ,  $p < .05$ ).

Die Methode des ATs erwies sich somit auch zur Bekämpfung von Schmerzbelastungen als recht erfolgreich.

**Tab. 11: Schmerzbelastungen**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
C5	1	58,78	8,68	18
	2	54,64	7,18	28
	Gesamt	56,26	7,97	46
D5	1	52,50	9,04	18
	2	55,36	8,12	28
	Gesamt	54,24	8,51	46

C5 = Schmerzbelastungen/  
1. Meßzeitpunkt

D5 = Schmerzbelastungen/  
2. Meßzeitpunkt

1 = Untersuchungsgruppe

2 = Kontrollgruppe

### Gesamtwert für die Problembelastetheit und Beschwerden:

Auch für den *Gesamtwert der Problembelastetheit und Beschwerden* konnte mit dem Levene-Test entsprechende Homogenität der Fehlervarianzen festgestellt werden. CG ( $F_{1/43} = 0,391$ ,  $p = 0,535$ ), DG ( $F_{1/43} = 0,262$ ,  $p = 0,612$ )

Die Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Verlauf ( $F_{1/41} = 16,987$ ,  $p = 0,000$ ). Es zeigt sich somit eine signifikante Veränderung der Problembelastetheit und Beschwerden im Verlauf der beiden Meßzeitpunkte.

Auch zeigte sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Verlauf und der Gruppe. ( $F_{1/41} = 4,456$ ,  $p = 0,041$ ). Mit dem *Newman-Keuls-Test* ließen sich somit folgende Resultate feststellen:

Keinen signifikanten Unterschied gab es zwischen den beiden Gruppen zum Meßzeitpunkt 1, was auf eine vergleichbare Situation der beiden Gruppen hinsichtlich der *Problembelastetheit und der Beschwerden* zu Beginn der jeweiligen Kurse hinweist.

Bei der Hauptuntersuchungsgruppe zeigt sich eine signifikante Verbesserung zwischen den beiden Meßzeitpunkten ( $W = 10,79$ ,  $df = 41$ ,  $p < .05$ ), was eindeutig die erfolgreiche Wirksamkeit des AT auf *Problembelastetheit und Beschwerden* bestätigt.

Es gab jedoch keinen signifikanten Unterschied bei der Kontrollgruppe zwischen den beiden Meßzeitpunkten, was für eine geringere Wirkung der Malkurse auf die Beeinflussung der *Problembelastetheit und Beschwerden* sprechen kann.

Es zeigte sich auch kein signifikanter Unterschied der Hauptversuchsgruppe und der Kontrollgruppe zum 2. Meßzeitpunkt.

Es zeigt sich zwar zwischen den Gruppen zum Meßzeitpunkt 1 verglichen mit dem Meßzeitpunkt 2 kein signifikantes Ergebnis, jedoch zeigt sich eine signifikant größere Entwicklung innerhalb der Hauptuntersuchungsgruppe unter Einbeziehung des AT zur Reduzierung der *Problembelastetheit und Beschwerden*, was auf eine Tendenz einer bewußteren Problembewältigung durch das AT hinweisen könnte und vielleicht auf längere Sicht eine erfolgreichere Methode im Umgang mit verschiedensten psychischen Schwierigkeiten und Beschwerden darstellt.

**Tab. 12: Gesamtwert für Problembelastetheit und Beschwerden**

	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	N
C6	1	57,00	23,96	17
	2	52,11	21,30	28
	Gesamt	53,96	22,20	45
D6	1	39,18	28,25	17
	2	46,36	21,91	28
	Gesamt	43,64	24,43	45

C6 = Gesamtwert für Problembelastetheit und Beschwerden/1. Meßzeitpunkt  
 D6 = Gesamtwert für Problembelastetheit und Beschwerden/2. Meßzeitpunkt  
 1 = Untersuchungsgruppe  
 2 = Kontrollgruppe

Kein signifikanter Effekt zeigte sich in dieser Untersuchung in der Subskala: *Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle*.

## Schlußfolgerungen

Zusammenfassend zeigt sich in einigen Stressverarbeitungsmaßnahmen eine signifikante Verbesserung unter Einbeziehung der Methode des Autogenen Trainings.

Das Bedürfnis nach *sozialer Unterstützung* nahm eindeutig bei der Gruppe, die am AT-Kurs teilnahm, ab, obwohl diese ursprünglich eindeutig häufiger als die Kontrollgruppe angab, in Stresssituationen *soziale Unterstützung* zu benötigen.

Damit konnte bestätigt werden, daß das AT durch die beruhigende Wirkung auch tiefere Schichten der Persönlichkeit (H. Mensen, 1999) beeinflußt und somit zu einer besseren Selbstfindung und Selbstwerdung im entspannten Versenkungszustand (H. Binder, K. Binder, 1993) beim einzelnen bewirken kann.

Daraus läßt sich auch eine Entwicklung in Richtung psychischer Stabilität und Selbstständigkeit und dadurch eine Zunahme der Kompetenzerwartung (R. Schwarzer, 1993, S. 47), die jene Erwartung charakterisiert, eine spezifische Bewältigungshandlung auch tatsächlich selbst ausführen zu können, erkennen.

So kann in bestimmten Stressituationen eine soziale Unterstützung für den einzelnen mit einer entsprechenden Kompetenzerwartung eventuell unnötig werden.

Ein weiterer signifikanter Effekt zeigte sich bei der Stressbewältigungsreaktion *soziale Abkapselung*. Zu beiden Meßzeitpunkten reagierten die AT-Kurs-Teilnehmer mit signifikant niedrigerer *sozialer Abkapselung* gegenüber der Kontrollgruppe, was eindeutig den dialogisch-kommunikativen Charakter des Autogenen Trainings im Sinne von „Wer es gelernt hat, im AT vom Ich zu lassen, wird sich immer besser auf das Du einlassen.“ (F. Sedlak in: G. Gerber und F. Sedlak, 1990, S. 152) bestätigt.

Die *Gedankliche Weiterbeschäftigung* als auch die *Selbstbemitleidung* als Stressbewältigungsmaßnahme verlor beim zweiten Meßzeitpunkt in beiden Gruppen signifikant an Bedeutung als Reaktion auf Stress. Es läßt sich daher Folgendes vermuten:

Da in beiden Gruppen sowohl durch das AT als auch durch die Hobbymal-kurse die einzelnen Teilnehmer zu einer bestimmten kognitiven Leistung durch erhöhte Aufmerksamkeit herausgefordert und angehalten werden, scheinen die problematischen Stressbewältigungsstrategien wie *gedankliche Weiterbeschäftigung* und *Selbstbemitleidung* mehr in den Hintergrund zu treten. Auch könnte ein gewisses Erfolgserlebnis, wie das allmähliche Beherrschen des AT und das künstlerische kreative Schaffen von Bildern durch eigene Anstrengung einen motivational fördernden Einfluß auf die persönliche Einstellung auslösen, indem der einzelne durch sein positiv aktives Verhalten belastenden Situationen besser und psychisch ausgeglichener entgegentreten kann.

Es zeigt sich auch eine signifikante Abnahme der *Aggression* bei den AT-Kurs-Teilnehmern zwischen dem ersten und dem zweiten Meßzeitpunkt und eine signifikante Abnahme der *Aggression* der AT-Kurs-Teilnehmer gegenüber der Kontrollgruppe beim zweiten Meßzeitpunkt.

Dieses Ergebnis bestätigt die Wirkung des ATs hinsichtlich der „Resonanzdämpfung der Affekte“ bzw. „Resonanzdämpfung überschießender Affekte“ (H. Kraft, 1996, S. 38)

Wie wichtig die adäquate Bewältigung von *Aggression* bzw. Ärger ist, zeigen verschiedene Studien, daß unterdrückter Ärger ebenso wie häufig geäußelter Ärger zu gesundheitlichen Schäden führen kann (Hodapp u. Schwenkmezger, 1993; Weber, 1990 in: R. Schwarzer, 1993, S.46). Es erscheint daher in der Lebensführung nach R. Schwarzer sehr wichtig, darauf zu achten, daß wenig Ärger erlebt wird. Wenn jedoch Ärger empfunden wird, soll er, statt ihn zu

unterdrücken oder auszuleben, gezielt reguliert werden (R. Schwarzer, 1993, S. 46).

Diese Regulation kann speziell durch die Methode des AT durch bewußte Muskelentspannung erfolgen, da Aggression bzw. das Erleben von Ärger mit einer intensiven Muskelanspannung einhergeht, durch die Ruheformel als auch durch spezielle selbst gebildete Formeln der formelhaften Vorsatzbildung zur kognitiven Veränderung aggressiver Einstellungen, wie es in dieser Studie als auch in anderen Studien mit Kindern (A. Pszywyj, 1982; M. Goehr, 1997) gezeigt wurde.

Sowohl die *körperliche als auch die psychische Erschöpfung* konnte mit dem AT nachweislich signifikant reduziert werden. Dieses Ergebnis betont somit eine der Hauptwirkungen des AT durch den vegetativen Funktionswandel vom ergotropen Leistungszustand zum trophotropen Erholungszustand zu kommen, um ein immer stabiler werdendes Gleichgewicht im vegetativen Nervensystem zu erreichen. Dieses Gleichgewicht ist in weiterer Folge verantwortlich für die allmähliche Entstehung von Erholung, Entspannung, Ruhigstellung, Resonanzdämpfung der Affekte, Angstabbau und Beeinflussung unwillkürlicher Körperfunktionen (H. Binder, K. Binder, 1993; Y. Watanabe, F. Halberg, G. Cornelissen et al., 1996). Somit ist diese Wirkung ein wichtiger Faktor zur gezielten Abnahme von diversen psychosomatischen Beschwerden.

Die signifikante Reduktion der *psychophysiologischen Dysregulation* und der *Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten* bei beiden Gruppen könnte ebenfalls mit einer kognitiven Veränderung hinsichtlich der mehr in den Vordergrund getretenen Aufmerksamkeit, sich einerseits mit dem AT und andererseits sich vermehrt mit der kreativen Tätigkeit des künstlerischen Schaffens zu beschäftigen, im Zusammenhang stehen. Es könnte sowohl eine passende Ablenkung von den einzelnen subjektiv erlebten Beschwerden sein und als wertvolle Anregung zur besseren Handhabung psychischer und somatischer Beschwerden dienen. Der Nachteil würde darin liegen, daß es eventuell bei dieser Art von Ablenkung speziell bei den Hobbymalkurs-Teilnehmern zu keiner bewußten Bearbeitung und Lösung der einzelnen Probleme und Beschwerden auf längere Sicht kommen würde. Unter Umständen kommt es mit Beendigung der kreativen Tätigkeit im normalen Alltag wieder zu den vorher genannten Schwierigkeiten. Auch bei den AT-Kursteilnehmern könnte es, obwohl sie bewußter durch die Methode des AT auf ihr Körperbefinden eingehen, beim Nachlassen der Durchführung des AT zu Rückfällen kommen. Jedoch stimmt das gute Ergebnis speziell der Abnahme von Leistungsschwierigkeiten mit Erfahrungen des AT aus der Literatur überein (H.

Mensen, 1999; B. Hoffmann, 1987). Es kann durch den Einsatz von AT zur Verbesserung von Leistungen durch Ausschalten von Fehlern und Störungen kommen (B. Hoffmann, 1987).

Auch Verhaltensschwierigkeiten wie zum Beispiel beim Auftreten von Ängsten lassen sich mit dem AT besser in den Griff bekommen (B. Hoffmann, 1987).

Ob nun die beiden Methoden im normalen Alltag außerhalb des Kurszeitraumes weiterhin vergleichbar diesen günstigen Effekt auf die *psychophysiologische Dysregulation* und die *Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten* ausübt, könnte nur durch eine Wiederholungsbefragung nach einem längeren Zeitraum geklärt werden. Jedenfalls sind beide Methoden geeignet, die *psychophysiologische Dysregulation, Verhaltens- und Leistungsschwierigkeiten* über einen kürzeren Zeitraum von 10 Wochen signifikant günstig zu beeinflussen.

Auch die signifikante Abnahme der *Schmerzbelastungen* unter dem AT bestätigt eine der Hauptwirkweisen dieser Methode. Übereinstimmend mit der Literatur können bestimmte Formen von Schmerzen, die durch das vegetative, zentrale oder periphere Nervensystem, durch Emotionen, Umwelteinflüsse und durch die Art der Persönlichkeit ausgelöst oder auch verstärkt werden, durch das AT entsprechend gemindert bzw. beseitigt werden. (H. Binder, K. Binder, 1993; B. Hoffmann, 1987).

Es ist dabei wichtig, jeweils auf die Ursache des Schmerzes zu achten, um keinen gesundheitlichen Schaden durch eine dahinterliegende organische Erkrankung, durch eine voreilige Behandlung mit dem AT zur Schmerzbeseitigung herbeizuführen.

Die Wirkung der Schmerzlinderung beruht dabei auf der bewußten Vorstellung von Kühle oder Wärme und gegebenenfalls auch auf entsprechender Muskelentspannung des schmerzhaften Körperteils.

Schmerzen, die vordergründig durch Emotionen ausgelöst werden, erfahren einen guten Effekt durch die Resonanzdämpfung der Affekte, welche eine adäquate Distanzierung unpassender Affekte, die schmerzfördernd sind, bewirkt und damit Schmerzen lindern kann. Umwelt- und Persönlichkeitseinflüsse können wiederum durch die Anwendung entsprechender selbst gebildeter Formeln während des Versenkungszustands im AT besser bearbeitet werden, um eine verbesserte Schmerzsituation für den einzelnen zu schaffen.

Das Ergebnis dieser Studie bestätigt somit auch, daß die bewußte Beschäftigung für die Abnahme von Schmerzen unter AT im Vorteil gegenüber kreativen Methoden wie Malen ist, da diese nicht gezielt regulierend auf das psychische und körperliche Geschehen eingehen, um Schmerzen verschiedenster Ursache zu lindern bzw. abzubauen.

Allgemein zeigte sich bei beiden Teilnehmergruppen eine vergleichbare Problembelastetheit als auch ein vergleichbares Ausmaß an Beschwerden bei der Erhebung zum ersten Meßzeitpunkt. Eine signifikante Verbesserung zeigte sich bei der Gruppe, die am AT teilnahm, im Verlauf der beiden Meßzeitpunkte, was die Wirkung der Methode des AT sowohl auf körperliche als auch auf psychische Belastungen übereinstimmend mit der Literatur bestätigen konnte. Keinen signifikanten Unterschied gab es jedoch zwischen den beiden Gruppen beim 2. Meßzeitpunkt.

Dieser nicht signifikante Unterschied aus der Sicht der AT-Gruppe läßt sich eventuell dadurch erklären, daß nach Beendigung des AT-Kurses erst die Basis geschaffen wurde.

Erst nach mehreren Monaten regelmäßiger Anwendung sind die besten Übungseffekte beim AT zu erwarten (H. Binder, K. Binder, 1993, S. 76).

Dieser Umstand könnte zu einer weiteren Verbesserung der Problem- und Beschwerdensituation der ehemaligen AT-Kursteilnehmer bewirken, was sich durch eine Wiederholungsbefragung zu einem späteren Zeitpunkt möglicherweise feststellen ließe.

Der Unterschied hinsichtlich einer Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation durch Reduzierung von Problemen und Beschwerden bei der Kontrollgruppe zwischen den beiden Meßzeitpunkten war ebenfalls nicht signifikant, was für eine geringere Wirkung der einzelnen Malkurse auf eine bewußte Beeinflussung der Problembelastetheit und Beschwerden hinweisen könnte.

Generell konnte jedoch mit diesem Resultat eine signifikante Verbesserung der Lebenssituation durch das AT durch die signifikante Abnahme diverser Schwierigkeiten bestätigt werden.

Es zeigt sich mit diesem Ergebnis eine Übereinstimmung positiver Auswirkungen auf etliche psychosomatische Leiden mit etlichen anderen Studien (A. Pszywyj, 1982, S. 59 – 60; H. Binder, K. Binder 1993; H. Kraft, 1996; Y. Watanabe, F. Halberg, G. Cornelissen et al., 1996), die verschiedene Störungen und Erkrankungen unter der Anwendung von AT untersuchten.

Das Malen als kreative Methode in Freizeitkursen erwies sich in der Kontrollgruppe im Vergleich zur AT-Gruppe nicht so erfolgreich in der Veränderung ungeeigneter Streßreaktionen und bei verschiedensten psychischen und psychosomatischen Belastungen.

Es liegt somit die Vermutung nahe, daß das bloße Malen zwar eine gute Ablenkung von psychischen und körperlichen Problemen darstellt und kurzfristig Eustress erzeugen kann, aber zu keiner bewußten Auseinandersetzung der psy-

chischen und körperlichen Selbstwahrnehmung und Selbstfindung hinführt und daher eher geringere effektive Veränderungen auf längere Sicht zu erwarten sind.

Warum das AT so positive Effekte hervorbringt und somit mehr als eine bloße Entspannung sein kann, wie diese Studie es bekräftigen konnte, läßt sich mit folgenden Eigenschaften des ATs nach Sedlak (1990, S.156–157) erklären:

*„Vertrauensvolle Hingabe (durch Loslassenkönnen) an das Sein, Stärkung und Erweiterung der Ich-Sphäre, prospektive, antizipierende Dimension, Biotonusregulation auch im Sinne einer erhöhten Spannkraft, die Möglichkeit, zu Erkenntnis über sich selbst zu gelangen und der dialogische Wesenszug des AT, der ein Loslassen von sich selbst und ein Einlassen auf anderes ermöglicht.“*

So erweist sich das AT mit seinen vielfältigen Wirkungen und Eigenschaften auf Körper und Seele sowohl zur Förderung des Abbaus ungeeigneter Streßreaktionen als auch zur Abnahme von psychosomatischen Beschwerden und psychischen Problemen im Sinne einer guten psychischen Gesundheitsvorsorge als geeignete Vorbeugung zur Unterstützung und Förderung der Lebensqualität bei gesunden Erwachsenen im normalen Alltag.

## Literatur:

- Binder, H., Binder, K. (1993): Autogenes Training – Basispsychotherapeutikum.
- Bühl, A., Zöfel, P. (1999): SPSS Version 8 Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Bonn: Addison-Wesley-Longman Verlag GmbH
- Doubrawa, R.: Was bewirkt das Autogene Training. In: Autogenes Training und Progressive Relaxation, 1992, (9), S. 3 – 4.
- Gerber, G., Sedlak, F. (1990): Autogenes Training mehr als Entspannung, S. 149 – 157.
- Goehr, M. Roepcke, B. Pistor, K. et al. (1997): Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1997, 46 (4), S. 288 – 303.
- Hoffmann, B. (1987): Handbuch des Autogenen Trainings, München.
- Janke, W., Erdmann, G. und Kallus, W.: Streßverarbeitungsfragebogen (SVF) nach W. Janke, G. Erdmann und W. Boucsein, Handanweisung, Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe 1985
- Kastner, M. (1994): Personalpflege: der gesunde Mitarbeiter einer gesunden Organisation, München: Quintessenz
- Kraft, H. (1996): Autogenes Training, S. 28 – 30.
- Krampen, G. (1991): Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA), Göttingen, Toronto, Zürich, Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe
- Krampen, G. (1996): Evaluation of the effectiveness of Autogenic Training. In Gerontopsychology, in: European Psychologist, Vol. 1, Nr. 4, S. 243 – 254.



- Krampen, G.: Autogenes Training vor und begleitend zur methodenübergreifenden Einzelpsychotherapie bei depressiven Störungen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1997, 45 (2), S. 214 – 232.
- Mensen, H. (1999): Das Autogene Training. München
- Müller-Limmroth, W. (1988): Arbeit und Streß, Stuttgart. S. 27 – 29.
- Pszywyj, A. (1982): Autogenes Training in Klinik, Praxis und Erziehung. dbv-Verlag für die Technische Universität Graz
- Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D. L. and Hurrell J. (Ed.) (1998): Preventive Stress Management in Organizations. Washington D. C.
- Sauter, S., Murphy, L. u. Hurrell, J. (1990): Prevention of work related psychological distress: A national strategy proposed by the National Institute of Occupational Safety and Health. In: American Psychologist, Vol. 45, S. 1146 – 1158.
- Schwarzer, R. (1993): Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart Berlin Köln: Verlag W. Kohlhammer, 3. Aufl.
- Watanabe, Y., Halberg, F., Cornelissen, G. et al. (1996): Chronobiometric assessment of Autogenic Training effects upon blood pressure and heart rate, In: Perceptual and Motor Skills. 83, 1395 – 1410.

### **Zusammenfassung:**

Dargestellt werden die Untersuchungsergebnisse der Wirksamkeit des Autogenen Trainings auf verschiedene Streßverarbeitungsmechanismen, auf verschiedene psychische und somatische Probleme und psychosomatische Beschwerden bei einer Zufallsstichprobe von gesunden weiblichen und männlichen Erwachsenen im normalen Alltag. Zur Überprüfung der Wirkung des Autogenen Trainings auf verschiedene Streßreaktionen wurden 20 freiwillige Kursteilnehmer von zwei Autogenes-Trainings-Anfängerkursen herangezogen und mit 29 weiblichen und männlichen Malkursteilnehmern, die das Autogene Training nicht durchführten und ebenfalls freiwillig an dieser Studie teilnahmen, verglichen. Die erste Erhebung fand jeweils vor Beginn der einzelnen Kurse statt, und die zweite erfolgte nach 10 Stunden, nach Beendigung des Kurses für Autogenes Training, für beide Untersuchungsgruppen. Die einzelnen Effekte der Streßreaktionen wurden bei beiden Gruppen mit dem Streßverarbeitungsfragebogen (SVF) zu beiden Meßzeitpunkten erfaßt. Die Ergebnisse zeigten, daß das Autogene Training erfolgreich signifikant das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, sozialer Abkapselung und Aggression als Streßreaktion entsprechend verändern konnte. Beide Gruppen wiesen eine vergleichbare signifikante Abnahme der Streßreaktionen: Gedankliche Weiterbeschäftigung, Selbstbemitleidung und Fluchttendenz auf. Keine Veränderungen zeigten die übrigen

Streßverarbeitungsmaßnahmen des Fragebogens. Der Effekt des Autogenen Trainings auf die psychische, somatische und psychomatische Beschwerdesituation wurde mit den gleichen Stichproben zu gleichen Meßzeitpunkten mit der änderungssensitiven Symptomskala (AT-SYM) erfaßt. Die Stichprobengröße der beiden Gruppen änderte sich jedoch durch die nicht vollständige Bearbeitung aller Subskalen. Das Autogene Training zeigt eine signifikant positive Wirkung auf körperliche und psychische Erschöpfung und Schmerzbelastetheit. Vergleichbare signifikante Verbesserungen bei beiden Gruppen zeigten sich bei Nervosität und innerer Anspannung, psychophysiologischer Dysregulation, Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten und der gesamten Problembelastetheit und Beschwerden. Kein signifikanter Effekt fand sich bei der Subskala: Probleme der Selbstbestimmung und -kontrolle. Die Vorzüge dieser Wirkungen des Autogenen Trainings als gute psychische Gesundheitsvorsorgemaßnahme zur Unterstützung der Lebensqualität bei gesunden Erwachsenen im normalen Alltag werden hervorgehoben.

## **Anmerkung zum Artikel von Sylvia Zwettler-Otte in Imagination 4/1999**

**Franz Sedlak**

Dieser Leserbrief sollte schon in Imagination 1/2000 abgedruckt werden, was durch einen Redaktionsirrtum unterblieb. Dies gibt mir aber die Möglichkeit, die interessanten Gedanken aus Bittners Aufsatz „Anpassung Macht krank“ (Imagination 1/2000) am Schluss meiner Ausführungen miteinzubeziehen.

Zunächst ist der Autorin zu gratulieren, in ihrem Artikel (Imagination 4/99) schafft sie eine anmutige Verbindung von Argumenten und Gleichnissen, von Überlegungen und Bildern. Wichtig auch der zum Vorschein kommende Respekt vor der Autonomie der Person, ebenso auch der Respekt vor der Vielseitigkeit und Effektivität der KIP, die eine bewusste Instrumentierung verlangt. Dennoch bleibt ihre Schlussfolgerung am Ende ihres Artikels etwas kühn. Sie zitiert Michelangelo: „Es scheint mir, dass je mehr sich Malerei der Bildhauerei nähert, desto besser ist sie, und die Bildhauerei ist umso schlechter, je näher sie der Malerei kommt.“ Daraus folgert Zwettler, die zuvor die Bildhauerei mit der Psychoanalyse mit ihrem wegnehmenden, behauenden Charakter und die Malerei mit dem suggestiven, manipulativen und hinzufügenden Therapievorgehen assoziiert hat, kühn: „Je mehr sich die Therapie analytischer Elemente bedient, desto besser ist sie; je mehr sich die Psychoanalyse suggestiver Elemente bedient, desto schlechter ist sie.“ Einige moderierende Fragen dazu seien erlaubt.

1. Ist nicht beiden Kunstformen, der Malerei und der Bildhauerei, gemeinsam, dass die Gestaltwerdung die Wegnahme des Vorhandenen, d. h. des Materials bzw. des Hintergrundes, verlangt?

In der Bildhauerei ist der Hintergrund gleichsam das vorhandene Material, in der Malerei der Untergrund, dessen Leere reduziert wird. In der Bildhauerei vollzieht sich die Wegnahme sichtbar im Außen, aber sie muss vorher schon im inneren Entwurf zuhanden sein, so wie bei der Malerei (diese ist, wie gesagt,

Wegnahme und Hinzufügung in einem). Ist – abgesehen davon, dass die Trennung von Hinzufügen und Wegnehmen möglicherweise noch dem kausal-linearen Paradigma entspricht und nicht dem modernen Komplexitätsverständnis – Malerei gleich Malerei? Naturalismus, Realismus, Impressionismus, Surrealismus, Expressionismus? Was fügen sie – zum Gegebenen dazu, was nehmen sie entgegen?

2. Die Selbstorganisation (Autopoiese), die in der Welt der Natur (Popper'sche Welt I), in gewisser Weise auch – wie systemische Therapieformen zeigen – in der Welt der zwischenmenschlichen Beziehungen (Popper'sche Welt II) zu beobachten ist, ist nicht ohne weiteres in der Welt der Kultur, der geistigen Setzungen (Popper'sche Welt III) anzunehmen – sonst könnte man sich viel Geld für die Aus- und Fortbildung von Lehrern und Lehrerinnen bzw. für die Bildung von Schülern und Schülerinnen ersparen (dies betrifft auch freiere Formen wie Montessori-Ansätze, auch sie funktionieren nicht ohne gewisse Vorgaben). In einem einfachen Vergleich: Man kann einen Menschen begleiten, so dass er oder sie entspannter, ausgewogener, flexibler und bewegungsfreudiger, stimmiger wird, aber er oder sie wird dennoch nicht schon dadurch lateinamerikanische Tänze beherrschen (selbstverständlich heisst dies nicht, dass jeder lateinamerikanische Tänze beherrschen soll). Dennoch sei hier nochmals betont, dass mir das Bekenntnis zur Individualität und individuellen Freiheit der Gestaltung sehr sympathisch ist, jedenfalls mehr als jeder noch so gut gemeinte therapeutische Missionarismus. Aber das impliziert nicht die Missachtung einer lernenden, gebenden Beziehung, wie sie ja auch im Bereich der Kunst stattfindet.

3. Ist die Dichotomie zwischen suggestiv und analytisch im Sinne einer Hegel'schen Dialektik in einem lebendigen Prozess von Geben und Nehmen synthetisch überhöhbare? Das therapeutische Paradigma der (kontrollierten) Begegnung zwischen lebenden, autonomen Personen ist geprägt von der Wirkung des einen auf den anderen (ohne dass hier suggestive Machtansprüche bestehen müssen), aber auch vom Bemühen um das Verstehen des anderen, um das Herausschälen seines/ihres Eigentlichen. Entspricht die geschilderte Dichotomie nicht einem eher schon klassischen Verständnis von Suggestion (A wirkt machtausübend auf B)? Gibt es aber nicht doch auch die gegenseitige Wirkung des Vorverständnisses (hermeneutischer Zirkel), die thematische reziproke Apperzeption, die Fokussierung der Aufmerksamkeit in einer Subjekt-Subjekt-Situation, die Idiosynkrasie der Interpunktion zwischenmenschlicher Transaktionen – auf beiden Seiten der therapeutischen Beziehung? Ist es auszuschließen, dass die eigene, therapeutische Zurückhaltung des Therapeuten/ der

Therapeutin vom Patienten/ von der Patientin nicht als Respekt vor der Autonomie, sondern als Reinszenierung der kindlichen Defiziterfahrung interpretiert wird? Die vorgefasste – wegnehmende – Haltung des Bildbehauens ist diese Voraus-Gabe nicht ebenfalls zu hinterfragen und in einem lebendigen – gebenden und nehmenden – Prozess auszuhandeln? Dies entspräche der Forderung jeder seriösen Wissenschaft(sanwendung) nach Selbstreflexivität. Dies entspricht aber auch der von Bittner zu Recht geforderten Positionierung des Wissens (Imagination 1/2000), die nicht nur in der therapeutischen Anwendung Abstinenz vom Wissensmonopol-Anspruch verlangt, sondern auch gegenüber der Therapietheorie selbst – im Geiste eines konstruktiven Skeptizismus – geübt werden muss. Ebenfalls zu Recht betont W. Dieter in einer Buchrezension (Imagination 1/2000), dass die KIP eine tiefenpsychologische Methode ist, die der Psychoanalyse viel verdanke. Mit diesem Naheverhältnis ist aber auch gleichzeitig jene Unabhängigkeit betont, die gegeben ist, sonst hätte der Psychotherapiebeirat niemals die KIP als eigene Methode anerkannt.

Die innere Triangulierung, von der Bittner (a. a. O.) spricht, kennzeichnet nicht nur die kindliche Entwicklung, sondern – analog gesetzt – auch die des KIP-Anfängers: Da gibt es den Kandidaten selbst, dann die Mutter KIP und den strengen Vater Psychoanalyse. Auch die Anpassung an diesen „Macht krank“, wenn sie rigoros, unhinterfragt verlangt wird, während die Mutter gerade noch für einige praktische Handhabung gut genug ist (und Bittners Zitat zur Darstellung des Kafka'schen Vätertyranns wird hier zur eindringlichen Mahnung). Wieder zu Recht stimuliert Dieter (a. a. O.) zu mehr Forschergeist in der KIP. (Im Vergleich: Auch die Mutter KIP darf denken, studieren).

Wir alle verdanken der Psychoanalyse unschätzbar viel, aber wir müssen uns aus der väterlichen Umklammerung langsam lösen, „flügge“ werden und uns emanzipieren, denn „Anpassung Macht krank“.

Am 1. 4. 2000 eröffnete ich einer Arbeitsgruppe, dass die KIP umgenannt würde, sie hieße nun PATT, nämlich „Psychoanalytische Traumtherapie“.

Die KIP-selbstbewussten, empörten Reaktionen in Richtung „Wir sind doch eine eigenständige Methode!“ konnten nur mit Mühe und dem Hinweis, dass ich mir einen Aprilscherz erlaubt hatte, gebremst werden. Sie zeigten mir aber, dass die Emanzipation trotz aller Verbundenheit mit dem strengen Vater gelingt.

Ich freue mich auf einen Gedankenaustausch. Jedenfalls hat mich der Artikel von Zwettler-Otte durch seine intensive Art recht aufgeschlossen dafür gemacht.

**Anschrift des Autors:**

Min.-Rat Mag. DDr. Franz Sedlak  
Leiter der Schulpsychologie-Bildungsberatung in Österreich,  
Psychotherapeut: Verhaltenstherapie, Klientenzentr. Psychotherapie,  
Individualpsych. Analytiker u. Gruppentherapeut, Autogene Psychotherapie,  
Katathym Imaginative Psychotherapie, Logotherapie u. Existenzanalyse.  
Gesundheitspsychologe, Klinischer Psychologe, Supervisor, Universitätslektor  
A-1235 Wien, Färbermühlg.13/7/1, Tel/Fax:+43-1-8654689 sowie  
BM für Unterricht und kult. Angelegenheiten, A-1014 Wien, Freyung 1,  
Tel.: +43-1-53120-2580, Fax: 2599

## Buchbesprechung

Christoph Gassmann

**Träume erinnern.**

**Eine Gebrauchsanweisung**

125 Seiten

Düsseldorf, Walter Verlag 2000

ISBN 3-530-300059-4

Christoph Gassmanns Traumbuch ist anders, als was gewohnterweise über Träume geschrieben wird: „handwerklich“ ist vielleicht die beste Bezeichnung. Keine Theorien, keine geisteswissenschaftliche Betrachtungen, Philosophien, sondern ganz praktische Tipps und Tricks, so wie es der Untertitel ankündigt: eine Gebrauchsanweisung. Was kann ich tun, um meine Träume besser zu erinnern? Was soll ich mit meinen Träumen anfangen, wenn ich mich nicht in den Kerker einer Schule begeben will? Wie kann ich die Entwicklung meiner Träume verlässlich beobachten und verfolgen, ja sie sogar objektivieren? Welche Spiele kann ich mit ihnen anfangen, damit sie noch lebendiger werden?

Der Autor spricht aus einer beeindruckenden, intensiv gepflegten eigenen Erfahrung – er weiß, wovon er spricht. Für ihn ist das Träumen zuerst ein intensives Erlebnis, das er gewissermaßen „autogen“ wirken lässt, einfach aus der bewußten Begegnung mit ihm heraus. Eine Stärke dieses Büchleins – vielleicht gleichzeitig in gewisser Hinsicht auch eine Schwäche – liegt darin, dass praktisch alle illustrierenden Träume aus seiner eigenen, persönlichen Erfahrung stammen, mit wenigen Ausnahmen, die aus der Literatur gegriffen wurden. Also sind sie sicher echt und zeugen von der Praxisnähe der Anregungen. Ich hätte mir zum Vergleich und zur Bestätigung auch Erfahrungen von Patienten gewünscht. Das war aber nicht Gassmanns Absicht, und es ist auch gut so. Besonders interessant erschien mir auch das Kapitel über den luziden Traum, den der Autor auch wieder sehr phänomenologisch angeht.

Für Therapeuten, die gerne selber mit eigenen Träumen arbeiten und spielen oder das mit ihren Patienten tun, wird dieses Büchlein wertvolle Anregungen bieten. Auch wenn die Hypnose oder das Autogene Training offiziell darin kein Thema sind, ergeben sich durch die nahe Verwandtschaft des hypnotischen/autogenen Wachtraums mit dem luziden und mit dem Nachttraum spannende Denkanstöße.

**Anschrift des Autors:**

Dr. med. J. Philip Zindel  
Leonhardsgraben 2, CH-4051 Basel



## Hinweise für AutorInnen:

- 1) Eine Zeitschrift ernährt sich von dem, was die LeserInnen erfreut (frei nach Augustinus).
- 2) Manuskripte schicken Sie bitte ausgedruckt in einfacher Ausfertigung an die Schriftleitung:  
Dr. Josef Bittner, Landhausgasse 2/44, A-1010 Wien
- 3) Falls Sie über einen Internet-Anschluss verfügen, schicken Sie Ihr E-Mail an: office@oegatap.at.  
Sonst bitten wir Sie, Ihre Diskette an das Sekretariat der ÖGATAP, Kaiserstraße 14/13,  
A-1070 Wien. Hinweise zu den möglichen Formaten finden Sie im Anschluss in den technischen Hinweisen.
- 4) Bitte fügen Sie Ihrem Beitrag eine *Zusammenfassung* von maximal 10 Zeilen hinzu.
- 5) Kennzeichnen Sie bitte Ihren Artikel durch maximal 3 *Schlüsselwörter*.
- 6) Zur *Hervorhebung einer Textstelle* verwenden Sie bitte die *Kursivsetzung* des Textverarbeitungsprogramms.
- 7) *Fußnoten* werden als Endnoten mit der Überschrift *Anmerkungen* dem Text in numerischer Reihenfolge angeschlossen. Bitte benutzen Sie dafür die Endnotenfunktion des Textverarbeitungsprogramms.
- 8) Für bibliographische Angaben gelten folgende Regeln:

Bei *Zitaten im Text* wird auf die Bibliographie durch die Angabe von Autor, Erscheinungsjahr und Seitenzahl hingewiesen, zum Beispiel: (Freud, 1922, 14 – 20), wobei das Zitat durch Anführungszeichen kenntlich gemacht werden muss. Bei Literaturhinweisen im Text genügt der Nachname des Autors und das in Klammern gesetzte Erscheinungsjahr der Publikation. Beispiel: Freud (1922) berichtet über ...

Die Bibliographie ist dem Anmerkungsstück am Ende des Textes in alphabetischer Reihenfolge anzuschließen.

Bei *Buchtiteln* gilt folgende Zitationsregel mit der folgenden verwendeten Zeichensetzung: Verfasser (Erscheinungsjahr): Titel des Buches. Untertitel. Verlag. Erscheinungsort(e) Jahr. Band, Seite(n).

Beispiel: Ferenczi, S. (1926): Kontraindikationen der aktiven psychoanalytischen Technik. Bausteine der Psychoanalyse. Huber. Bern–Stuttgart 1964, Bd. II, 99 – 115.

Bei *Zeitschriftenaufsätzen* gilt folgende Zusatzregel:

Verfasser (Erscheinungsjahr): Titel des Beitrags. Untertitel. In: Zeitschriftenname, Jahrgang, Heft, Seitenzahl.

Zum Beispiel: Hug, M. (1991): Erotik und Sexualität in Pubertät und Adoleszenz. In: *texte. psychoanalyse. ästhetik. kulturkritik.*, 11. Jahrgang, Heft 2, 192–218.

- 9) Am Ende Angabe von Namen, Adresse und Schwerpunkte der Tätigkeit.
- 10) Prinzipiell sollten neue Manuskripte nach der neuen deutschen Rechtschreibung verfasst sein. Vorläufig werden Beiträge allerdings sowohl in der neuen als auch in der alten Rechtschreibung gedruckt und auch von der Redaktion im Sinne der jeweiligen Rechtschreibung korrekturgelesen.

Für die Einhaltung dieser Richtlinien bedanken wir uns herzlich.

## Technische Hinweise

Stand: Juni 2000

### Senden Sie uns bitte Ihre Daten in einem der folgenden Formate:

Textdateien: MS Word (Windows oder Macintosh – alle Versionen)  
RTF (Rich Text Format)  
MS Works  
WordPerfect  
ClarisWorks, AppleWorks  
RagTime (bis Version 3.2)  
Bitte **keine** AmiPro-Dokumente!

**In jedem Fall aber bitte auch einen Ausdruck mitsenden!**

Grafikdateien: Anstelle von eingescannten **Fotos oder Grafiken** wäre es uns lieber, wenn Sie uns die Originale zum Scannen zu Verfügung stellen könnten. Anderenfalls ist bei Farb- und Graustufenbildern eine Auflösung von ca. 300 dpi (bezogen auf die Größe, in der die Grafik abgedruckt wird) notwendig. Farbbilder können nur in Graustufengedruckt werden. Für reine Strichgrafiken (schwarzweiß) ist eine Auflösung von ca. 800 bis 1000 dpi notwendig.

Formate: TIF (möglichst LZW-komprimiert), JPG (mit **minimaler** Kompression), evtl. auch: BMP, PIC, PICT. Für dem Druck nicht geeignet: GIF.

**Vektorgrafiken** aus CorelDraw (bis 6.0), Illustrator (bis 9.0), FreeHand (bis 9.0) können meistens problemlos übernommen werden, bitte aber unbedingt die verwendeten Schriften beilegen oder Schriften in Kurven umwandeln!

### Auf folgende Arten können Sie uns Ihre Daten senden:

auf Datenträger: 3 ½-Zoll Diskette,  
ZIP-Cartridge (100 MB),  
JAZ-Cartridge,  
CD-ROM,  
DVD-ROM  
Syquest-Cartridge (44, 88, 200 MB).

per E-Mail: office@oegatap.at, jobi@magnet.at, g.krill@inmedias.at

per ISDN: (01) 522 36 36 72 (Leonardo).

### Wegen technischer Fragen wenden Sie sich bitte an:

Gerhard Krill  
Tel.: (01) 524 62 88, Fax: (01) 524 62 89  
E-Mail: g.krill@inmedias.at



