

Tiefenpsychologische Ansätze in der Psychotherapie: Eine Einführung

W. Datler, Th. Stephenson

1. Die Anfänge: Sigmund Freud und der Übergang von den Wurzeln der Tiefenpsychologie zur modernen Tiefenpsychologie

1.1 Sigmund Freuds Begegnung mit Charcot

„Ich halte es für meine Pflicht, dem Professorenkollegium der medizinischen Fakultät in Wien für die Bevorzugung bei der Verleihung des Reisestipendiums aufs wärmste zu danken. Die Herren, unter denen sich alle meine verehrten Lehrer befinden, haben mir dadurch die Möglichkeit zur Erwerbung von wichtigen Kenntnissen gegeben, die ich als Dozent für Nervenkrankheiten wie in meiner ärztlichen Tätigkeit zu verwerten hoffe.“

Mit diesen Worten beendete der junge Universitätsdozent Sigmund Freud einen Bericht, den er im Frühjahr 1886 dem „hochlöblichen Professoren-Kollegium der medizinischen Fakultät in Wien“ vorlegen mußte (vgl. Freud, 1886). Freud berichtete in dieser Schrift von einer mehrmonatigen Studienreise, die ihn nach Paris geführt hatte und die für die weitere Entwicklung Sigmund Freuds ähnlich bedeutsam wurde wie für die Entwicklung der modernen Tiefenpsychologie. Denn der 29jährige Freud hatte als hochqualifizierter, organomedizinisch orientierter Naturwissenschaftler Wien verlassen, um seine Studien zur Pathologie des Nervensystems zu vertiefen. Zurückgekehrt beschäftigte ihn hingegen zusehends die Frage, wie man Menschen mit psychopathologischen Zuständen ohne Rückgriff auf organomedizinisch fundierte Methoden und Modellbildungen verstehen und behandeln kann.

Diese Neuorientierung Freuds hing auf das engste damit zusammen, daß an der Wiener Universität des späten 19. Jahrhunderts vornehmlich nach den organomedizinisch faßbaren Wurzeln von psychopathologischen Zustandsbildern gesucht wurde. Während Freud in Wien erfahren hatte, daß Patienten vor diesem Hintergrund therapeutisch kaum geholfen werden konnte (Hirschmüller, 1991), erlebte er in Paris die charismatische Figur von Jean Martin Charcot, der in beeindruckender Weise zu zeigen versuchte, wie man die Entstehung von hysterischen Symptomen erklären und wie man Patienten behandeln kann, wenn man den Boden der Organmedizin zu verlassen beginnt.

Um zumindest ansatzweise nachvollziehbar zu machen, was Freud so beeindruckte, werfen wir einen Blick in Charcots „Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems“, die dokumentiert und von Sigmund Freud ins Deutsche übersetzt wurden. In diesen Vorlesungen pflegte Charcot – einer charakteristischen Dramaturgie folgend – Patientinnen und Patienten vorzustellen. Die zwanzigste Vorlesung beginnt beispielsweise so: „Die heutige Vorlesung ... soll der klinischen Untersuchung eines Falles von rechtsseitiger brachialer Monoplegie gewidmet sein, die bei einem 25jährigen Manne vor einigen Monaten in Folge eines Sturzes zu Stande gekommen ist, eine Monoplegie, welche der Diagnose eine sehr schwierige Aufgabe stellt“ (Charcot, 1886, S. 242).

Charcot berichtet, daß der Mann, den er Porcen nennt, bei der Ausübung seines Berufes als Fräkerkurscher „von seinem Sitz herab aufs Straßenplaster geschleudert“ worden war. Zunächst verspürte er in der rechten Schulter und im rechten Arm bloß Schmerzen. Sechs Tage später mußte er aber nach dem Erwachen feststellen, daß „sein rechter Arm ganz schlaff und gelähmt, jeder Beweglichkeit beraubt herabhangt, bis auf die Finger jedoch, die er noch ein wenig röhren konnte. Er rieb sich den Arm und dabei gewahrte er, daß Schulter-, Ober- und Vorärmar völlig unempfindlich waren“ (Charcot, 1886, S. 244). Charcot untersuchte nun den Patienten genauer und detaillier-

- 2.70 In: Ahlers, C.u.a.: Einführung in die Psychotherapie (Band 1 der Bibliothek Psychotherapie, hrsg. von G. Sonneck). - Facultas: Wien. 1976, 80-144, 410-432.

ter, um unter Bezugnahme auf vorliegende neurologische Theorien zu zeigen, daß Porcens Symptomatik *nicht* auf eine organisch ausmachbare Schädigung oder Störung des Nervensystems zurückgeführt werden kann. Dies eröffnete Charcot die Gelegenheit, Alternativüberlegungen anzustellen. Und Charcot (1886, S. 261 ff.) nutzte diese Gelegenheit, um seinen Zuhörern die Diagnose „Hysterie“ zu unterbreiten.

Für Freuds weitere Theorieentwicklung war nun bedeutsam, daß Charcots Hysterieverständnis mit der Einführung von *psychologischen Grundmaßnahmen* verbunden war. Charcot nahm an, daß bestimmte Menschen auf Grund ihrer hereditär erworbenen Konstitution besonders leicht in hypnotische oder hypnoseähnliche Zustände geraten können. Dies kann durch hypnotische Suggestion im konventionellen Sinn oder aber auch durch das Erleben von Shockzuständen geschehen. Befinden sich Personen in solch einem hypnotischen oder hypnoseähnlichen Zustand, dann sind sie für Suggestionen besonders empfänglich. Diese können die Vorstellungswelt dieser Personen in folgender schwerer Weise verändern, ohne daß dies den Betroffenen bewußt wäre; und zwar unabhängig davon, ob diese Suggestionen von fremden Personen kommen oder die Gestalt von Autosuggestionen haben.

Auf die Person von Porcen bezogen bedeutete dies: Charcot ging davon aus, daß Porcen nach seinem Sturz vom Kutschbock die angstvolle Vorstellung ausgebildet hatte, schwer verletzt worden zu sein. Charcot nahm weiters an, daß Porcen hereditär entsprechend belastet und durch den Sturz vom Kutschbock in einen hypnoseähnlichen Zustand versetzt worden war. Dieser Zustand hatte zu einer „Trübung des Ichs“ und somit dazu geführt, daß sich die angstvolle Vorstellung, schwer verletzt worden zu sein, „wie ein Parasit im Geiste der betreffenden Person festgesetzt“ hatte, um „dasselbst, jeder Beeinflussung entzogen, (zu) erstarren und endlich mächtig genug (zu) werden“, um sich schließlich im Symptombild „objektiv ... zu verwirklichen“ (Charcot 1886, S. 274, S. 289 f.).

In diesem Sinne erlebte Freud, daß Charcot bestimmte Symptombildungen (darunter partielle Lähmungen, Anästhesien, Sehstörungen etc.) auf bestimmte „Inhalte“ des Psychischen zurückführte, die eine Person in besonderen Situationen ausgebildet hatte, die der Person selbst nicht bewußt waren und die in der Folge auch nur schwer beeinflußt werden konnten. Freud erlebte überdies, daß Charcot diese seine Überlegungen durch den Vergleich der Symptombilder sowie der biographischen Daten von zahlreichen Patienten und durch eindrucksvolle Demonstrationen zu stützen versuchte, indem er Patienten in hypnotische Zustände versetzte, ihre Vorstellungswelt suggestiv beeinflußte und dadurch Symptombilder hervorrief bzw. zum Verschwinden brachte, die den Symptombildern anderer „hysterischer“ Patienten genaugestens entsprachen (Charcot, 1886, S. 266 ff.). Und schließlich erlebte Freud, daß Charcot aus diesen Überlegungen Behandlungsmethoden ableitete, die den Patienten zu helfen und Charcots Theorie nochmals zu stützen schienen: Charcot (1886, S. 292 ff.) versuchte die pathogenen Vorstellungen von hysterischen Patienten zu korrigieren, indem er sie in Hypnose versetzte und ihnen suggerierte, daß ihr Körper funktionsfähig sei und daß sie nach dem Erwachen aus der Hypnose wieder sehen, hören, fühlen könnten; oder er setzte sie anderen suggestiven Beeinflussungen aus, indem er sie zum Beispiel zur Durchführung bestimmter gymnastischer Übungen drängte, um ihnen zu zeigen, daß ihre Gliedmaßen nicht völlig gelähmt wären. Mitunter erzählte Charcot (1886, S. 293 ff.) etwas später, daß sich Patienten wie Porcen nach dem Einsatz solcher therapeutischer Methoden auf dem Weg der Besserung befanden; und da diese Heilungserfolge über die Beeinflussung bestimmter Vorstellungen zustandegekommen wären, würden auch solche Heilungserfolge für die Annahme sprechen, daß hysterische Symptombildungen in bestimmten pathogenen Vorstellungen wurzeln.

1.2 Sigmund Freuds Rückkehr nach Wien und die Annäherung an tiefenpsychologische Grundannahmen

Als Freud nach Wien zurückkehrte, war er bemüht, an seine Erfahrungen, die er in Paris gesammelt hatte, so eng wie möglich anzuknüpfen. Für Freud gab es keine Möglichkeit, eine Universitätslaufbahn einzuschlagen; deshalb war für ihn die Vorstellung willkommen, in Wien mit Charcots Theorie reüssieren zu können. Er sah die Möglichkeit, mit Charcots Methode Patienten zu behandeln, für die es in Wien kein adäquates therapeutisches Angebot gab, und konnte zuversichtlich sein, damit genug Geld zu verdienen, um heiraten und eine Familie gründen zu können. Vor allem konnte er sich der Hoffnung hingeben, sein Interesse an der Behandlung von Patienten mit seinem Interesse an Forschung zu verbinden; denn die Anwendung und die Weiterentwicklung von Charcots Methode versprach das Betreten von wissenschaftlichem Neuland, ohne daß man dazu einer großen Klinik bedurfte.

1.2.1 Freuds psychotherapeutische Anfänge in Wien

Als Freud von Charcot zurückgekehrt war, eröffnete er eine private Praxis, wo er tatsächlich versuchte, unter Einbeziehung der Methoden Charcots Patienten zu behandeln. Er war sich aber bald klar darüber, daß er bei Charcot bloß erste Ansätze einer psychotherapeutischen Methode kennengelernt hatte, die keineswegs ausgereift war. In der Absicht, diese Ansätze weiterzuentwickeln und in seiner psychotherapeutischen Arbeit zusehends erfolgreicher zu werden, nahm er weitere psychotherapeutische Anregungen auf, von denen noch die Rede sein wird, insbesondere Anregungen von Josef Breuer und Hippolyte Bernheim (1886). Letzterer hatte in einem wissenschaftlichen „Feldzug“ gegen Charcot erfolgreich die These vertreten, daß grundsätzlich alle (und nicht nur bestimmte, erblich belastete) Menschen durch den Einsatz von Hypnose und Suggestion

beeinflußt werden können; und er hatte überdies demonstriert, daß nicht nur Menschen mit hysterischen Symptomen, sondern daß Menschen mit äußerst unterschiedlichen Symptombildungen durch den Einsatz von Suggestion behandelt werden können.

Psychotherapeutische Theorien und Versuche dieser Art ermüdeten Freud in seiner Suche nach einer erfolgreichen psychotherapeutischen Methode und regten ihn verstärkt an, sich um die Entfaltung einer Theorie des Psychischen zu bemühen, die helfen sollte zu erklären bzw. zu verstehen, wie es zur Ausbildung psychopathologischer Symptome sowie zur Ausbildung jener Prozesse kommt, mit denen sich Freud in seiner psychotherapeutischen Arbeit immer wieder konfrontiert sah.

Ein ausführlicheres Zwischenresümee legte dann Freud 1895 vor, zehn Jahre nach seinem Besuch bei Charcot: Er veröffentlichte gemeinsam mit Josef Breuer das Buch „Studien über Hysterie“, das unter anderem die gemeinsame Schrift „Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene“ (Breuer & Freud, 1893), vier Krankengeschichten Freuds sowie Freuds allgemein gehaltenes Kapitel „Zur Psychotherapie der Hysterie“ enthält (Breuer & Freud, 1895). Vor allem den vier Krankengeschichten kann entnommen werden, daß Freud in der Arbeit mit einzelnen Patientinnen außerst unterschiedliche Akzente setzte. Dennoch läßt sich zeigen, daß sich Freud in den „Studien über Hysterie“ an bestimmte Grundannahmen herantastete, die für sein weiteres Arbeiten außerst bedeutsam sowie für tiefenpsychologisches Denken schlechthin charakteristisch werden sollten. Auf den nächsten Seiten wollen wir daher etwas ausführlicher aus der Krankengeschichte jener Patientin referieren, der Freud (1895, S. 108 ff.) das Pseudonym Elisabeth v. R. gab, um unter wiederholter Bezugnahme auf diese Krankengeschichte drei tiefenpsychologische Grundannahmen von zentraler Bedeutung vorzustellen und zu erläutern.

1.2.2 Freuds Arbeit mit Elisabeth v. R.

Freud begann 1892 die Behandlung der 24-jährigen Elisabeth v. R., die seit mehr als zwei Jahren daran litt, daß sie beim Gehen Schmerzen in den Beinen verspürte. Überdies ermüdete sie beim Gehen und Stehen rasch. Wenn sie sich im Ruhelage befand, waren die Schmerzen zwar leichter, keineswegs aber gänzlich verschwunden. Während Elisabeths Beine gegen Nadelstiche nahezu unempfindlich waren, schmerzten Haut und vor allem Muskeln dann, wenn die Beine gedrückt oder gekneift wurden. Nachdem Freud nach einer sorgfältigen Untersuchung die Diagnose Hysterie gestellt hatte, begann er zum Schein eine konventionelle, organmedizinisch orientierte Behandlung, um der Patientin zu zeigen, daß diese kaum Erfolg zeitigt und deshalb der Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung angezeigt wäre.

Freud erläuterte die Art seines psychotherapeutischen Vorgehens und versuchte im Anschluß daran gemeinsam mit Elisabeth v. R. die Lebens- und Krankengeschichte der Patientin nachzuzeichnen. Freilich zeigte dies noch keinen therapeutischen Erfolg, sodaß Freud beschloß, „an das erweiterte Bewußtsein der Kranken die direkte Frage zu richten, an welchen psychischen Eindruck die erste Entstehung der Schmerzen in den Beinen geknüpft sei“

Freuds Vorhaben, Elisabeth v. R. zu fragen, was sie erlebt hatte, als die Schmerzen zum ersten Mal aufgetreten waren, entsprach nun nicht mehr der Methode des bloßen „Wegsuggerierens“ von Symptomen, die Freud bei Charcot und Bernheim kennengelernt hatte. Freud hielt zwar nach wie vor an der Annahme fest, daß die Ausbildung von hysterischen Symptomen von der Ausbildung bestimmter Vorstellungen abhängig sei, die der bewußten Selbstwahrnehmung der Patienten entzogen sind und ein gewisses, kaum kontrollierbares „Eigenleben“ führen. Doch hatte Freud in seiner therapeutischen Arbeit wiederholt erfahren müssen, daß die suggestive Beeinflussung solcher Vorstellungen nicht ausreichte, um wünschenswerte therapeutische Erfolge erzielen zu können.

In Freuds Absicht, „an das erweiterte Bewußtsein der Kranken die direkte Frage zu richten, an welchen psychischen Eindruck die erste Entstehung der Schmerzen in den Beinen geknüpft sei“, ist erkennbar, daß Freud eine weitere therapeutische Anregung aufgriff, die er diesmal seinem (bereits oben erwähnten) Kollegen Josef Breuer verdankte. Breuer hatte Jahre zuvor eine Patientin mit dem Pseudonym „Anna O.“ in Behandlung gehabt, mit der er eine bemerkenswerte Erfahrung gemacht hatte: Wenn es der Patientin im Hypnose gelang, sich schriftweise an das erste Auftreten eines hysterischen Symptoms zu erinnern, so stieß sie in ihrer Erinnerung jeweils auf eine Situation, in der sie heftige, unangenehme Affekte verspürt *und* unterdrückt hatte. Gelang es, diese Affekte in der therapeutischen Situation wiederzuerleben *und* in Worte zu fassen, so verschwand – Breuers (1895, S. 31) Bericht zufolge – das jeweilige Symptom. Wir können hier nicht näher auf die theoretischen Überlegungen eingehen, die Breuer und Freud (1893) aus den verstreuten Erfahrungen zogen, die sie in den frühen 90er Jahren des letzten Jahrhunderts mit dieser Methode des „kathartischen Wiedererinnerns“ und des damit verbundenen „Abreagierens“ sogenannter „eingeklemmter Affekte“ machten. Wir wollen lediglich festhalten, daß Freud vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen nun versuchte, seine Patientin Elisabeth v. R. in Hypnose zu versetzen, um Zugang zu jenem „erweiterten(n) Bewußtsein“ zu finden, das ihm erlauben sollte, Elisabeths Erinnerungen an die Situationen heranzuführen, in denen ihre Symptome zum ersten Mal aufgetreten waren. Elisabeth geriet aber in keinen hypnotischen Zustand, sodaß sich Freud veranlaßt sah, sich auch an Bernheim zu erinnern, der gezeigt hatte, daß man nicht unbedingt der Hypnose bedarf, um in die „tieferen Schichten des Bewußtseins“ von Patienten vorzudringen (Freud, 1895, S. 87 ff., S. 117). An Bernheim anknüpfend wandte Freud einen bestimmten „Kunstgriff“ an, mit dem er zuvor schon bei anderen Patienten Erfolg hatte: Er drückte seine Hand gegen Elisabeths Kopf, um ihr dabei zu suggerieren, daß ihr nun ein Einfall

durch den Kopf gehen werde, der bedeutsam sei. Deshalb sollte ihm Elisabeth „unfehlbar mitteilen, was in dem Moment des Druckes vor ihrem inneren Auge auftauchte oder durch ihre Erinnerung ziehe“ (Freud, 1895, S. 117).

Damit begann ein neuer Behandlungsabschnitt: Elisabeth v. R. berichtete von unangenehmen Erinnerungen, die zum Teil von Elisabeths Konflikt zwischen der Verpflichtung, den kranken Vater pflegen zu sollen, und dem Wunsch nach dem Eingehen einer Liebesbeziehung handelte.

Daß es Elisabeth oft schwer fiel, sich zu erinnern; daß das Erinnern mit dem Verspüren unangenehmer Affekte verknüpft war; daß Elisabeth (nicht zuletzt deshalb) spürbare Widerstände gegen das bewußte Gewahrwerden und Erzählen einzelner Einfälle verspürte; daß es Freud gelang, zwischen einzelnen Symptomen und einzelnen Erinnerungen plausible Zusammenhänge genetischer und symbolischer Natur herzustellen; daß einzelne Aspekte ihrer Symptomatik während des Erinnerns stärker und nach dem Aussprechen bestimmter Erinnerungen sowie nach dem „Erkennen“ bestimmter Zusammenhänge schwächer wurden; – all das bestärkte Freud in der Auffassung, daß es sich bei Elisabeths Symptomatik um eine neurotische Symptomatik handelte, die im Dienst der Abwehr von äußerst unangenehmen Affekten stand.

Und doch stellte sich keine völlige Heilung ein, bis sich Elisabeth v. R. an eine Situation erinnerte, die zwar nicht mit dem allerersten Auftreten ihrer Symptome verbunden, zugleich aber besonders schmerzlich und besonders schwer zu erinnern war: an jene Situation, in der sie am Totenbett ihrer Schwester gestanden und in der ihr – allem Anschein nach – der tabuisierte Gedanke gekommen war, daß der (auch von ihr geliebte) Mann der eben verstorbenen Schwester nun frei wäre und *ihr* Mann werden könnte (Freud, 1895, S. 127 f.).

In der Folge versuchte Freud (1895, S. 128) der Patientin in mehrfacher Weise „Gelegenheit (zu) geben, sich der seit langer Zeit aufgespeicherten Eregung durch ‚Abreagieren‘ zu entledigen.“

„Dariüber hinaus sprach er mit Elisabeth und deren Mutter über die augenblickliche Lebenssituation des Mädchens sowie über Elisabeths nächste Zukunft. Einige Zeit später, so schließt Freud (1895, S. 130) zufrieden, konnte er Elisabeth v. R. auf einem Hausbau „im raschen Tanze dahinfliegen ... sehen“ und in Erfahrung bringen, daß sich seine ehemalige Patientin „aus freier Neigung mit einem Fremden verheiratet (hat)“.

1.3 Drei tiefenpsychologische Grundannahmen: Eine Annäherung

Freuds Darstellung der Krankengeschichte der Elisabeth v. R. läßt erkennen, daß sich Freud gegen 1900 hin an bestimmte Grundannahmen annäherte, die für das weitere tiefenpsychologische Denken und Arbeiten schlechthin charakteristisch werden sollten. Drei Bündel solcher Grundannahmen wollen wir im folgenden umreißen: die Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewußten, die Annahme unbewußter psychischer Strukturen sowie die Annahmen unbewußter biographischer Lebenszusammenhänge.

1.3.1 Die Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewußten

Vergegenwärtigen wir uns, daß Freud Elisabeth v. R., aber auch andere Patientinnen und Patienten aufforderte, sich an das erste Auftreten ihrer Symptome zu erinnern, und dabei die Erfahrung machte, daß ein „Widerstand“, eine „psychische Kraft“ überwunden werden mußte, die sich dem „Bewußt-Werden“ dieser Erinnerungen widersetzte (Freud, 1895, S. 215). Freuds wiederholter Eindruck, daß dieser Widerstand gegen das bewußte Gewahrwerden von unangenehmen Erlebnisinhalten gerichtet ist, verweist auf die Annahme unangenehmer Erlebnisinhalte, gegen deren „Bewußt-Werdung“ sich Menschen sträuben, ohne von diesem Strauben selbst (in bewußter Weise) zu wissen. Als sich Freud in der Folge auch mit nicht-pathologischen Phä-

nomenen wie jenen des Traumes oder des Witzes beschäftigte und den Eindruck gewann, daß sich solche Widerstände auch in nicht-therapeutischen Situationen ausmachen lassen, begann er vom dynamischen Unbewußten zu sprechen, das wir als *ubiquitäres* (also: „allgegenwärtiges“) *dynamisches Unbewußtes* bezeichnen wollen.

Diese Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewußten besagt somit unter anderem, daß sich Menschen beständig mit Erlebnisinhalten konfrontiert sehen, die sie in bewußter Weise nicht wahrnehmen möchten. Menschen versuchen daher ständig, sich im unbewußter Weise vor dem bewußten Gewahrwerden dieser Erlebnisinhalte zu schützen, da sie bereits unbewußt befürchten, daß ein bewußtes Gewahrwerden dieser Erlebnisinhalte mit dem Verspüren von äußerst unangenehmen Gefühlen verbunden wäre.

Diese Annahme zählt zu den zentralsten Annahmen tiefenpsychologischen Denkens und wird von diversen Autoren mit zahlreichen weiteren Annahmen verknüpft, die zu komplexen Theorien über das dynamische Unbewußte führen. In diesen Theorien wird dann beispielsweise diskutiert, in welcher Relation unbewußte Erlebnisinhalte zueinander stehen; oder in welcher Weise Erlebnisinhalte weiter „bearbeitet“ werden, wenn sie dem bewußten Gewahrwerden ferngehalten werden.

Liest man Freuds Krankengeschichte der Elisabeth v. R., so stößt man auf drei weitere Bündel von Annahmen, die mit der Annahme eines ubiquitären Unbewußten auf das engste verbunden und für tiefenpsychologisches Denken äußerst bedeutsam sind:

- Wenn Freud gegen Ende des 19. Jahrhunderts versuchte, den Prozeß der Ausbildung von neurotischen Symptomen zu erläutern, so gewann für ihn der Begriff der Abwehr zusehends an Bedeutung. Freud nahm in diesem Zusammenhang an, daß Menschen in unbewußter Weise bestimmte Aktivitäten setzen, um bedrohliche Erlebnisinhalte aus dem Bereich des bewußt Wahrnehmbaren zu drängen. An diese Annahme

schlossen und schließen dann zahlreiche andere Schriften der Tiefenpsychologie an, in denen im Sinn der Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewußten davon ausgegangen wird, daß Menschen beständig eine Vielzahl an unbewußten Abwehraktivitäten setzen, damit das „Unbewußt-Halten“ bestimmter Erlebnisinhalte in größtmöglichem Ausmaß gestützt und sichergestellt werden kann. In Stavros Mentzos (1982) Buch über „Neurotische Konfliktverarbeitung“ kann beispielsweise nachgelesen werden, welche Formen von Abwehraktivitäten in der tiefenpsychologischen Literatur inzwischen beschrieben wurden und welche Bedeutung diesen Abwehraktivitäten in Prozessen der Ausbildung von psychopathologischen Symppombildungen zukommt.

- Als Freud (1895, S. 119) in der Fallgeschichte der Elisabeth v. R. den Prozeß der Konversion als eine Form von Abwehr beschrieb, so ging er zunächst davon aus, daß Elisabeth v. R. bestimmte Vorstellungen verdrängt hatte und daß der Affekt, der diesen Vorstellungen „angehaftet“ war, zur Belebung und Wiederbelebung von körperlichen Schmerzen verwendet wurde. Freud (1895, S. 123, S. 135) gewann aber darüber hinaus den Eindruck, daß in einzelnen körperlichen Schmerzen symbolisch der seelische Schmerz zum Ausdruck kam, der von Elisabeth v. R. unbewußt „gehalten“ wurde; und daß der „Gewinn“ dieser hysterischen Symptombildung unter anderem darin bestand, daß Elisabeth statt des – für sie vergleichsweise bedrohlicheren – seelischen Schmerzes „bloß“ körperlichen Schmerz bewußt zu verspüren brauchte. In diesem Sinn spricht Freud (1895, S. 123) etwa davon, daß in Elisabeths *Geb- und Stehbeschwerden* in körperlich-symbolischer Weise der Schmerz darüber zum Ausdruck kam, daß sich Elisabeth als alleinstehende junge Dame erlebte, die sich in einer für sie verbotenen (und deshalb bedrohlichen) Weise nach einer engeren familiären und sexuellen Beziehung gesehnt hatte, ohne in der Realisierung dieser Verlangen von der Stelle zu kommen.

- c) In der Krankengeschichte der Elisabeth v. R. stellt Freud schließlich dar, weshalb er die Arbeit mit Hypnose aufgab, um unter anderem mit Hilfe des „Drückens auf die Stirn“ zum „erweiterten Bewußtsein“ Elisabeths vorzudringen. In der Darstellung dieses Schrittes sowie in der Diskussion weiterer Fragen des psychotherapeutischen Vorgehens, die Freud (1895, S. 204 ff.) in den „Studien über Hysterie“ anstellt, kommt die Annahme zum Ausdruck, daß die Arbeit mit bestimmten Methoden in bestimmten Settings in besonderer Weise dazu geeignet ist, Zugänge zur unbewußten Bedeutung von einzelnen Erlebnisinhalten und Erlebniszuständen zu finden, Zugänge zu psychopathologischen Erlebnisinhalten und Erlebniszuständen miteingeschlossen. Vor dem Hintergrund dieser Annahme entwickelte Freud die Grundzüge jener „aufdeckenden“ psychoanalytischen Methode, derzufolge Patienten im „klassischen“ Sessel-Couch-Setting zum freien Assoziieren aufgefordert werden. Vor dem Hintergrund dieser Annahme bemühten sich andere Tiefenpsychologen aber auch um – zum Teil erhebliche – Modifikationen dieser psychotherapeutischen Methode.
- Auf einige dieser Modifikationen werden wir noch zu sprechen kommen. Zunächst wollen wir aber zwei weitere tiefenpsychologische Grundannahmen von zentraler Bedeutung vorstellen.

1.3.2 Die Annahme unbewußter psychischer Strukturen

In der Absicht, uns schrittweise an die Erläuterung der tiefenpsychologischen Annahme psychischer Strukturen anzunähern, wollen wir zunächst festhalten: Wenn sich Freud in seiner psychotherapeutischen Arbeit bemühte, zur unbewußten Bedeutung bestimmter Erlebnisinhalte und Erlebniszustände Zugang zu finden, so fragte er jedenfalls, in welcher Weise bestimmte Erlebnisinhalte unbewußt als besonders bedrohlich wahrgenommen werden; in welcher Weise dies mit bestimmten weiteren Aktivitäten (z. B. mit bestimmten Abwehraktivitäten) „be-

antwortet“ wird; und welchen Einfluß dies auf das beobachtbare Verhalten einer Person hat sowie auf die Art, in der eine Person sich und die Welt bewußt wahnimmt. In diesem Sinn *giederte* Freud den Blick auf den komplexen Bereich des Psychischen, indem er die Aufmerksamkeit auf einzelne Aspekte des Psychischen lenkte und bestimmte Beziehungen zwischen diesen Aspekten herstellte. In diesem Sinn war Freuds Denken von Beginn an *strukturiert*.

Nun ging es aber Freud über weite Strecken um die Frage nach der Bedeutung von Symptomen und (anderen) Persönlichkeitszügen, die zum Teil seit längerer Zeit existierten und in zahlreichen Situationen zwar nicht in völlig identer Weise, so aber doch in tendenziell ähnlicher Weise ausmachbar waren. Freuds Erfahrung, daß die „Entdeckung“ bestimmt unbewußter Erlebniszusammenhänge mit der Linderung oder gar Auflösung von bestimmten Persönlichkeitszügen und Symptombildungen hand in hand ging, stärkte ihn in seiner Annahme, daß die von ihm „entdeckten“ Erlebniszusammenhänge nicht bloß flüchtiger Natur waren, sondern zumindest seit dem ersten Auftreten dieser Persönlichkeitszüge und Symptombildungen in Grundzügen „existierten“.

Am Beispiel erläutert: Als Freud die Krankengeschichte der Elisabeth v. R. schrieb, ging er davon aus, daß sich Elisabeth nicht bloß in den Therapiestunden, sondern bereits seit *gerauerer Zeit* mit dem Konflikt zwischen bestimmten Moravorstellungen und bestimmten erotischen Wünschen konfrontiert gesehen, daß sie diesen Konflikt als bedrohlich erlebt, daß sie ihn aus dem Bereich des bewußt Wahrnehmbaren gedrängt und daß sie in der Folge neurotische Symptome *ausgebildet* hatte.

Vorstellungen dieser Art verweisen auf die Annahme, daß die menschliche Psyche nicht nur im Bereich des bewußt Wahrnehmbaren, sondern auch im Bereich des Unbewußten in einer Weise *strukturiert* ist, die über die Zeit hinweg stabil bleibt und mitunter bloß durch den Einsatz von psychotherapeutischen Methoden modifiziert werden kann. Berücksichtigt man in die-

sem Zusammenhang unsere Bemerkungen zur Krankengeschichte der Elisabeth v. R. sowie unsere Überlegungen zur Annahme unbewußter Abwehrprozesse, so kann festgehalten werden:

Die Annahme unbewußter psychischer Strukturen besagt aus tiefenpsychologischer Sicht unter anderem, daß jeder Mensch bestimmte Tendenzen des Erlebens von Selbst und Welt ausbildet sowie bestimmte Tendenzen, auf dieses Erleben in spezifischer Weise mit weiteren Aktivitäten (z. B. mit Abwehraktivitäten) zu antworten. Diese Tendenzen sind zum Teil miteinander unvereinbar und den einzelnen Menschen über weite Strecken nicht bewußt. Sie sind über die Zeit hinweg nur langsam bzw. nur sehr schwer veränderbar.

Dieses Verständnis von „psychischer Struktur“, das wir hier vorstellen, mag den einen oder anderen befremden; denn in der tiefenpsychologischen Literatur wird die Unterscheidung zwischen einzelnen psychischen Strukturen mitunter mit Freuds Unterscheidung zwischen Es, Ich und Überich gleichgesetzt. In diesem Modell, das Freud (1923) relativ spät eingeführt hat, sehen wir eine Möglichkeit, zwischen verschiedenen psychischen Strukturen zu differenzieren; und zwar eine Möglichkeit, welche die tiefenpsychologische Aufmerksamkeit in ausgezeichneter Weise auf bestimmte Erlebniszustände lenkt (etwa auf solche, in denen sich eine Person mit inneren Konflikten zwischen Triebwünschen und gegenläufigen innerpsychischen Verboten konfrontiert sieht). In der Übersichtsarbeit von Morris Eagle (1988) kann aber beispielweise nachgelesen werden, daß es manchen tiefenpsychologischen Autoren wichtig war (und ist), die Aufmerksamkeit auf Erlebniszustände zu lenken, die mit dem Es-Ich-Überich-Modell nicht so leicht zu fassen sind und dennoch in relativ stabilen unbewußten Erlebnis- und Aktivitätszonen wurzeln. Dies macht es notwendig, den Begriff der „psychischen Struktur“ allgemeiner zu fassen; zumal bei Freud (1923) ohnehin offen bleibt, was unter dem Begriff einer „psychischen Struktur“ an sich verstanden werden soll.

Folgt man dem Verständnis von „psychischer Struktur“, das wir hier umrissen haben, so kann man jedenfalls festhalten, daß die Frage nach der Spezifität und Bedeutung bestimmter psychischer Strukturen zu den zentralen Themenbereichen des tiefenpsychologischen Denkens zählt. Dies hängt nicht zuletzt mit der Vorstellung zusammen, daß Symptombereiche, die über längere Zeit hinweg existieren, in psychischen Strukturen wurzeln, und daß tiefenpsychologische Formen der Psychotherapie folglich auf die Veränderung psychischer Strukturen abzielen. Schon alleine deshalb ist es verständlich, daß in tiefenpsychologischen Theoriebildungen auch die Frage nach der *Genese* und *Veränderung* psychischer Strukturen verfolgt wird. Dies verweist auf die dritte zentrale tiefenpsychologische Annahme, die wir hier vorstellen möchten.

1.3.3 Die Annahme unbewußter biographischer Lebenszusammenhänge

In den Nachbemerkungen zur Falldarstellung der Elisabeth v. R. stellte Freud (1895, S. 131 ff.) die Frage, weshalb Elisabeth hysterische Symptome ausgebildet hatte, während andere Frauen, die im großen und ganzen ein ähnliches Leben wie Elisabeth führten, an Hysterie *nicht* erkrankten. Diese Frage nahm er zum Anlaß, um Elisabeths Krankengeschichte nochmals detailliert durchzugehen.

Dabei stellt Freud (1895, S. 131) zunächst heraus, daß Elisabeth schon in der Zeit vor ihrer Erkrankung ein hohes Maß an „moralischer Feinfühligkeit“ sowie ein „über großes Liebesbedürfnis“ verspürte, das zunächst innerhalb ihrer Familie befriedigt worden war. Mit diesem Hinweis lenkt Freud die Aufmerksamkeit darauf, daß bestimmte Tendenzen, Selbst und Welt wahrzunehmen, Einfluß haben auf die Art und Weise, in der weitere Situationen wahrgenommen und bewältigt werden: Denn Elisabeth erlebte sich als Mädchen, das liebesbedürftig war und gewissenhaft sein wollte – und geriet als solche in jene spannungreiche Situation, in der sie ihren kranken Vater pfleg-

te, sich in einen jungen Mann verliebte, mit ihm ausging – um nach ihrem Nachhausekommen feststellen zu müssen, daß sich der Gesundheitszustand ihres Vaters inzwischen erheblich verschlechtert hatte. Elisabeth schien damals große Schuldgefühle gehabt zu haben; vor allem schien sie aber ihren Konflikt zwischen dem Verlangen nach einer erotischen Beziehung und dem Gefühl, genau darauf verzichten zu sollen, erstmals so intensiv verspürt zu haben, daß sie sich unbewußt dazu gedrängt sah, sich vor dem bewußten Gewahrhaben dieses Konfliktes durch den Einsatz von Abwehr sowie durch die Ausbildung erster neurotischer Symptome zu schützen.

In der Folge macht Freud deutlich, daß Elisabeth offensichtlich wenige Anstöße bekam, die es ihr ermöglicht hätten, dem Erleben dieses Konfliktes anders zu begegnen; denn als ihr innerer Konflikt in späteren Situationen wieder aufbrach (und zwar ganz besonders intensiv in jener Stunde, in der sie am Totenbett ihrer Schwester stand), hielt sie am „Unbewußt-Halten“ dieses Konfliktes sowie an der verstärkten Ausbildung ihrer neurotischen Symptome gleichsam fest, sodaß ihr Symptombild eine deutliche Intensivierung und Verfestigung erfuhr.

Freuds Antwort auf die Frage, weshalb Elisabeth die beschriebene Symptomatik ausgebildet hatte, läßt sich somit als Versuch lesen, in Elisabeths Lebensgeschichte belastende Lebenssituationen auszumachen sowie zu begreifen, in welch spezifischer Weise Elisabeth diese Lebenssituationen wahrgenommen und „beantwortet“ hatte. Obwohl Freud gegen Ende des 19. Jahrhunderts noch weit von der Konzeption einer elaborierten tiefenpsychologischen Entwicklungspsychoologie entfernt war, läßt er in seinen Überlegungen eine deutliche Annäherung an die tiefenpsychologische *Annahme unbewußter biographischer Lebenszusammenhänge* erkennen.

Diese *Annahme unbewußter biographischer Lebenszusammenhänge* geht davon aus, daß Menschen beständig die Tendenz verfolgen, in bewußter und vor allem auch unbewußter Weise einzelne Lebenssituationen so zu begegnen, daß das bewußte

Gewahrhaben von äußerst unangenehmen Erlebniszuständen möglichst gering gehalten wird. Die bewußten und unbewußten Erfahrungen, die Menschen dabei machen, fließen in die Art und Weise ein, in der künftige Situationen erlebt werden und in der diesen Situationen mit weiteren Aktivitäten (z. B. mit Abwehraktivitäten) begegnet wird. In diesem Sinn geben auch einmal ausgebildete psychische Strukturen die Basis für die weitere Ausbildung von psychischen Strukturen ab. Manche bewußt und unbewußt ausgebildeten Neigungen, Selbst und Welt zu erleben sowie mit weiteren Aktivitäten (z. B. mit Abwehraktivitäten) zu begegnen, werden im Laufe der Jahre und Jahrzehnte im Leben eines Menschen nur geringfügig verändert und in diesem Sinn über Jahre und Jahrzehnte hinweg tradiert.

Diese Annahme unbewußter biographischer Lebenszusammenhänge gibt in vielen tiefenpsychologischen Publikationen den Hintergrund für die Konzeption differenzierter entwicklungspsychologischer Theorien ab, in denen der Frage nachgegangen wird, ob in bestimmten Lebensabschnitten spezielle bewußte und unbewußte Erlebnisweisen dominieren und welche Bedeutung diesen Erlebnisweisen für die Ausbildung weiterer psychischer Strukturen zukommt. Zu den populärsten tiefenpsychologischen Entwicklungstheorien zählen wohl: Eriksons (1950) epigenetische Theorie der Entwicklung, die von der Unterscheidung zwischen der oralen, analen und ödipalen Phase sowie den daran anschließenden Phasen der Latenz und Pubertät ausgeht und diese Unterscheidung weiterführt; weiters Mahlers (1975) Theorie des Loslösungs- und Individuationsprozesses; sowie Sterns (1985) Theorie der Entwicklung des Selbstgefühls in den ersten drei Lebensjahren.

All diese tiefenpsychologischen Entwicklungstheorien tangieren zum mindest den Aspekt der *Tradierung* von psychischen Strukturen sowie den Aspekt der *Veränderung* von psychischen Strukturen. Dazu wollen wir zwei abschließende Bemerkungen machen:

a) Wenn Tiefenpsychologen die Termini *Wiederholung*, *Wiederholungszwang* oder *Fixierung* verwenden, dann sprechen sie in der Regel vom (unbewußten) Festhalten an bestimmten Weisen, Selbst und Welt zu erleben sowie auf dieses Erleben mit weiteren Aktivitäten (z. B. mit Abwehraktivitäten) zu antworten. Eine ähnliche Bedeutung kommt dem Begriff der *Übertragung* zu, mit dem gemeinhin zum Ausdruck gebracht wird, daß bestimmte Erlebnisweisen, die in früheren Begegnungen mit Menschen und Situationen ausgebildet wurden, nun in aktuellen Begegnungen mit einzelnen Menschen und Situationen wieder aufleben (auf Menschen und Situationen im Hier und Jetzt also „übertragen“ werden).

Dies macht darauf aufmerksam, daß auch in psychotherapeutischen Beziehungen spezielle unbewußte Übertragungsneigungen verfolgt werden. Psychotherapeuten laufen dabei beständig Gefahr, eigene unbewußte Übertragungsneigungen am Patienten heranzutragen und/oder auf bestimmte Übertragungsneigungen von Patienten unbewußt so zu antworten, daß diesen Übertragungsneigungen entsprochen wird. Dadurch drohen bestimmte Übertragungsneigungen von Patienten nicht bearbeitet, sondern stabilisiert zu werden. Dies ist vor allem dann problematisch, wenn es dadurch zur Tradierung oder Verfestigung von unbewußten Ängsten, Wünschen oder Abwehrneigungen kommt, in denen auch die Symptome und Leidenszustände von Patienten gründen.

Von tiefenpsychologisch arbeitenden Psychotherapeuten ist deshalb zu erwarten, daß sie in ihrer Ausbildung gelernt haben, eine tiefenpsychologische Arbeitshaltung einzunehmen, die Ihnen über weite Strecken hilft, vom unkontrollierten Ausleben eigener unbewußter Wünsche, Ängste oder Abwehrneigungen, die den therapeutischen Prozeß immer wieder zu behindern drohen, Abstand zu nehmen. Diese Arbeitshaltung zeichnet sich nicht zuletzt dadurch aus, daß Psychotherapeuten ihrem eigenen Erleben, ihren sogenannten *Gegenübertragungstendenzen*, ein „offenes Ohr“ entgegenbringen und sich um einen verstehenden

Zugang zu jenen (unbewußten) Gefühlen und Impulsen bemühen, die in der Begegnung mit einzelnen Patienten bei ihnen selbst aufbrechen; zumal das Gewahrwerden und Verstehen eigener Gegenübertragungstendenzen in besonderer Weise Zugänge zum Verstehen von Patienten eröffnet.

Denn wenn Therapeuten das Aufbrechen eigener unbewußter Gefühle als Antwort auf die Art und Weise begreifen, in der Patienten Beziehungen eingehen, dann kann das Verstehen von unbewußten Ängsten, Wünschen oder Impulsen auf Seiten des Therapeuten äußerst hilfreiche Zugänge zum Verstehen von unbewußten Aspekten der Beziehung zwischen Therapeut und Patient und somit zum Verstehen von Patienten eröffnen.

In diesem Sinn berichtet beispielweise Racker (1957, S. 153) von einem Analytiker, der dazu neigt, sich bei einem Patienten zu verspäten. Er bemerkt überdies, daß er diesem Patienten gegenüber Schuldgefühle verspürt, und beginnt zu verstehen, „daß es insbesondere die starke masochistische Unterwürfigkeit des Patienten ist, die ihn dazu herausfordert. Mit anderen Worten: Der Analytiker beantwortet die starke Verdrängung der Aggression beim Analysanden damit, daß er tut, wonach ihm der Sinn steht, und so die Neurose des Patienten mißbraucht. Aber gerade die Versuchung, die der Analytiker spürt und die ihn verführt, sich gehenzulassen, wie auch die Schuldgefühle, die ihn deswegen bedrücken, können ihm einen Fingerzeig geben, um die Übertragungssituation des Analysanden zu verstehen.“ – In ähnlicher Weise berichtet Schmidt-Löw-Beer (1987) von der Arbeit mit einer schwierigen Patientin, die ihr bald das Gefühl gibt, im therapeutischen Prozeß auf der Stelle zu treten. Die Therapeutin bemüht sich zunächst um eine Hal tung der Souveränität; doch kommt es zum entscheidenden Umschwung erst dann, als die Therapeutin intensiver den Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ärgers nachgeht, die sich bei ihr selbst breitmachen. Sie beginnt unter anderem zu verstehen, daß im Stagnieren des therapeutischen Prozesses und in der Art, wie die Patientin darüber klagt, die unbewußte Neigung der

Patientin zum Ausdruck kommt, anderen Menschen die massiven Gefühle der Schwäche und der Wut spüren zu lassen, welche die Patientin selbst bewußt kaum wahrnehmen kann – und die sie gerade deshalb so stark blockieren. Als es gelingt, dies zu deuten und zu bearbeiten, wird unter anderem deutlich, welche Ängste die Patientin hindern, Veränderungen herbeizuführen und zuzulassen.

Wir belassen es bei diesen kurzen Beispielen, denn Beispiele dieser Art findet man vor allem in der jüngeren tiefenpsychologischen Literatur immer häufiger. Sie bringen die Annahme zum Ausdruck, daß das Verspüren vieler Gefühle und Impulse auf Seiten der Therapeuten eine (nicht bewußt formulierte) Antwort auf die Art und Weise darstellt, in der Patienten – ihren psychischen Strukturen entsprechend – Beziehungen aufzunehmen. In diesem Sinn eröffnet ein Verstehen vieler Gegenübertragungsgefühle ein Verstehen vieler unbewußten Dimensionen der Therapeut-Patient-Beziehung und in der Folge die Möglichkeit, diese Beziehung so zu gestalten, daß Veränderungen möglich werden.

b) In den Beispielen, die wir bisher skizziert haben, wird deutlich, daß tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten die Absicht verfolgen, über die Ausgestaltung von psychotherapeutischen Beziehungen die Veränderung von bewußten *und* unbewußten psychischen Strukturen von Patienten zu ermöglichen. In der tiefenpsychologischen Literatur findet man zahlreiche Überlegungen zur Frage, welche psychotherapeutischen Aktivitäten in welchen therapeutischen Settings in der Arbeit mit welchen Patienten *welche Bedeutung* für Patienten erlangen und in der Folge welche Veränderungen einleiten oder unterstützen können. Tiefenpsychologische Überlegungen zur psychotherapeutischen Praxisgestaltung werden daher zumeist mit dem Ver such verknüpft, zu Patienten in *verstehender* Weise Zugang zu finden. Darüber hinaus wollen wir an dieser Stelle bloß zweie Momente benennen, die aus tiefenpsychologischer Sicht immer

wieder mit dem Prozeß der Veränderung von psychischen Strukturen in Zusammenhang gebracht werden.

Das eine Moment ist das des „*Bewußt-Werdens*“. Zumindest seit den Versuchen, die in den „Studien über Hysterie“ beschrieben wurden, gehen tiefenpsychologisch arbeitende Psychotherapeuten – salopp gesprochen – von der Vorstellung aus, daß unbewußte Ängste, Wünsche, Impulse, Abwehraktivitäten etc. insferne eine Art „*Eigenleben*“ führen, als sie in bewußter Weise von Menschen kaum gehemmt, kontrolliert oder modifiziert werden können. Zahlreiche Formen des psychotherapeutischen Arbeitens zielen daher nicht nur, wohl aber in besonderer Weise auf das „*Bewußt-Werden*“ von bestimmten Aspekten des Unbewußten ab. Eine *besondere Form* des psychotherapeutischen Arbeitens ist deshalb das Deuten; wobei wir unter Deutungen all jene psychotherapeutischen Aktivitäten verstehen wollen, die in der Absicht gesetzt werden, Patienten zu helfen, sich bestimmter Erlebnisinhalte bewußt zu werden, die zunächst unbewußt gewesen zu sein schienen. Offen bleibt dabei, welcher Stellenwert dem Deuten und Bewußt-Werden von Vergangenem (also dem Wiedererinnern) und welche Bedeutung dem Deuten und Bewußt-Werden von Aktuellem eingeräumt wird. In der jüngeren Literatur gewinnt das Deuten von einzelnen Aspekten des unbewußten Erlebens im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation zunehmend an Bedeutung; zumal in diesem Zusammenhang verstärkt problematisiert wird, was aus tiefenpsychologischer Sicht unter den Begriffen des „*Wiedererinnerns*“ oder des „*Bewußt-Werdens von Vergangenem*“ präzise überhaupt verstanden werden kann (vgl. dazu Dattler, 1995, S. 155 ff., S. 199 ff.).

Unsere Bemerkungen über die Bedeutung des „*Bewußt-Werdens von Unbewußtem*“ für die Veränderung von psychischen Strukturen könnten einen kognitivistischen Eindruck von Tiefenpsychologie nahelegen. Dem ist entgegenzuhalten, daß Breuer und Freud (1895) schon in den „Studien über Hysterie“ festhielten, daß das affektlose Wiedererinnern von Abgewehrtem keine therapeutischen Konsequenzen zeitigte. Dies macht auf ein zweites

Moment aufmerksam, dem in der tiefenpsychologischen Literatur große Bedeutung für den Prozeß der Strukturveränderung beigemessen wird: auf das Moment des *Verspürens und Zum-Ausdruck-Bringers von Affekten, die bislang nicht bewußt gewesen waren oder im tagtäglichen Leben kaum jemandem mitgeteilt werden können*. Im Vergleich zu den „Studien über Hysterie“ wird allerdings dem Aspekt des „Abreagierens“ von „eingeklemmten Affekten“ nicht mehr jenes Ausmaß an Bedeutung beigemessen, das man bei Breuer und Freud ausmachen kann. Stattdessen verdichten sich immer mehr Hinweise darauf, daß das (bewußte) Erleben und Zum-Ausdruck-Bringen von Affekten von Lebensbeginn an in äußerst komplexer Weise innerpsychische sowie interktionelle Prozesse anstößt und steuert; und daß bedeutsame Varianten dieses Erlebens und Zum-Ausdruck-Bringers von Affekten auch in psychotherapeutischen Veränderungsprozessen zum Tragen kommen. Exemplarisch verweisen wir dazu auf die schon genannten Veröffentlichungen von Stern (1985) und Schmidt-Löw-Ber (1987).

1.4 Die Wurzeln der modernen Tiefenpsychologie im europäischen Denken vor 1900: Ein kurzer Rückblick

Unsere bisherige Darstellung legt den Eindruck nahe, daß Freud die Schlüsselfigur für die Entwicklung der Tiefenpsychologie des 20. Jahrhunderts darstellt; und daß Freud in seiner „Begründung der Tiefenpsychologie“ bloß an einige wenige Vorarbeiten anschließen konnte, in denen die Wurzeln bestimter Krankheitsbilder nicht oder zumindest nicht nur im Organischen gesucht wurden. Letzteres wäre aber ein Irrtum; denn gerade in jüngeren Veröffentlichungen zur Geschichte der Tiefenpsychologie wird immer wieder darauf hingewiesen, daß Männer wie Charcot, Bernheim, Breuer oder Freud in einer Tradition des psychodynamischen Denkens standen, die weit zurückreicht. Dieser Tradition und den damit verbundenen Wurzeln der Tiefenpsychologie möchten wir uns nun im Sinne eines Exkurses

zuwenden, ehe wir dann wiederum die Frage nach der Entstehung und Weiterentwicklung der „modernen Tiefenpsychologie“, der Tiefenpsychologie des 20. Jahrhunderts aufgreifen werden.

1.4.1 Annäherungen an die Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewußten

Wir haben in unseren Darstellungen mit einer Erinnerung an Charcot begonnen und nachgezeichnet, was Freud in der Folge zur Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewußten führte. Es wäre aber falsch zu meinen, daß die Fundamente dieses genialen Entwurfes eines dynamischen Unbewußten ausschließlich bei Charcot, Bernheim, Breuer oder Freud zu finden wären. Denn die zentrale Idee, daß sich in unserer Seelenwelt gleichsam „Bereiche unterhalb unseres Bewußtseins“ befinden, die uns nicht direkt zugänglich sind, daß wir in diesem Sinn also „in zwei Welten leben“, ist eine sehr alte Vorstellung. Schon Augustinus schrieb vor über eineinhalb Jahrtausenden in seinen „Bekenntnissen“ über seine Träume: „Bin ich denn, Herr, mein Gott, nicht auch im Schlaf ich selbst? Freilich, der Augenblick, da ich vom Wachen zum Schlafen übergehe und vom Schlafen zum Wachen zurückkehre, begründet einen großen Unterschied zwischen mir selbst und mir selbst!“ (Augustinus Confess., 278). Dies deutet darauf hin, daß in Europa die Auseinandersetzung mit den „sichtbaren und unsichtbaren Kräften“ im Inneren des Menschen tatsächlich weit zurückreicht. Vom Exorzismus über Magnetismus und Hypnotismus läßt sich eine Entwicklungslinie durch die Jahrhunderte hindurch verfolgen, in der unterschiedliche Vorstellungen über das psychische Leben des Menschen mit der Vorstellung von nicht bewußten Kräften verbunden werden. Allerdings kann man ein psychodynamisches Denken im heutigen Sinn wohl frühestens bei Johann Joseph Gassner und Franz Anton Mesmer ausmachen. In der Auseinandersetzung zwischen diesen beiden Männern begann sich im letzten Viertel des 18. Jahrhunderts ein bedeutsamer Übergang in der Frage nach den „Ursachen“ bestimmter Störungsbilder zu vollziehen, zu

dennen auch jene Störungsbilder zählten, die später von Charcot im naturwissenschaftlich-modernen Sinne als „Hysterien“ klassifiziert werden sollten. Denn während entsprechende Mächte zunächst in einer außerpsychischen „übernatürlichen“ Welt angesiedelt wurden, verschob sich deren „Lokalisation“ zusehends in das Innere der Psyche. Gassner, ein deutscher Landpfarrer, führte noch Exorzismen durch, innerhalb derer er alle vom Kranken angegebenen Symptome hervorrufen und wieder verschwinden lassen konnte, um schließlich den „Dämon selbst“ zu vertreiben, der als Verursacher dieser Phänomene angesehen wurde. Er rief durch seine aufsehenerregenden öffentlichen Heilungen gegensätzliche Reaktionen hervor. So viele Anhänger er hatte, soviele Gegner traten gegen ihn auf. Schließlich wurde eine offizielle Untersuchungskommission eingerichtet, der auch der Arzt Franz Anton Mesmer angehörte. Gewissermaßen kann man Mesmer als Repräsentanten der Aufklärung ansehen, der gegen die damalige Tradition des Exorzismus seinen „thierischen Magnetismus“ zu setzen versuchte. Auch Mesmer konnte durch Berührungen dieselben Symptome bei den Kranken hervorrufen wie Gassner. Sein Erklärungsmodell war jedoch ein grundlegend anderes. Nicht der außerspsychische Dämon war der Angriffspunkt des Heilers, sondern die Psyche selbst. Damit löste sich auch die Heilmethode von der Bindung an die Religion und wendete sich in Richtung moderner Wissenschaft. Mesmer sprach in seiner pseudophysikalischen Theorie psychodynamischer Phänomene allerdings von einem „Fluidum“, dessen Gleichgewicht im menschlichen Körper wiederhergestellt werden müsse, damit die Krankheit geheilt werden könne. Bis zu Charcots Feststellung, daß es (nicht bewußte) „Vorstellungen“ seien, in denen die Symptome gründen, war also noch ein gutes Stück gedanklichen Weges zurückzulegen.

Einen Teil dieses Weges ebnete Mesmers Schüler Marquis de Puységur. Es gelang ihm, im Zuge der „Magnetisierungen“ Zustände in den Kranken hervorzurufen, in denen weder Krämpfe noch sonstige heftige Manifestationen auftraten, sondern in

dennen die Personen in eine Art Schlaf fielen, den Puységurs „Künstlicher Somnambulismus“ nannte und der erst viel später als „Hypnose“ bezeichnet wurde. Die Revolution von 1789 unterbrach das Wirken Puységurs, der „Magnetismus“ ging aber in seiner Bedeutung auch nach dem Tod Puységurs nicht unter. Er bekam 1812 einen weiteren Impuls in Richtung moderner psychodynamischer Theorien, als Abbe Faria die Behauptung aufstellte, daß nicht der Magnetiseur der entscheidende Faktor in der Heilung sei, sondern die Fähigkeit der Person, sich magnetisieren zu lassen. Kurz darauf konnte Deleuze in einem Lehrbuch feststellen, daß die Zeit der „Wunderheilungen“ vorbei sei und von systematisierten Methoden abgelöst werde. Um 1850 ließ der Einfluß des Magnetismus durch den aufkommenden Positivismus und wissenschaftlichen Rationalismus nach und wurde von einer Entwicklung abgelöst, der James Braid den Namen „Hypnotismus“ gab. Unter dieser Bezeichnung fand diese Entwicklung zum Teil auch in Medizinerkreisen Anerkennung, bis sich schließlich in der Schule der Salpêtrière bzw. der Schule von Nancy der Bogen zu Charcot, Bernheim und damit weiter zu Freud schließt.

Auch manch andere Idee, die für Freud und die weitere Entwicklung der modernen Tiefenpsychologie große Bedeutung erlangte, wurde im späten 19. Jahrhundert in so manchen Entwürfen bereits vorgezeichnet: Wenn Freud in seinen frühen tiefenpsychologischen Veröffentlichungen, zu denen auch der Bericht über die Behandlung des „Frl. Elisabeth von R.“ zählt, eine therapeutische Methode der Erforschung von unbewußten Bereichen der Psyche vorstellt und dies „mit der Technik der Ausgrabung einer verschütteten Stadt“ (Freud, 1895, S. 112) vergleicht, und wenn Freud die Verursachung des Leidens der Patientin in einem „Geheimnis“ sieht, das „aufzugeben“ man die Kranken veranlassen müsse, so darf man nicht vergessen, daß der Wiener Arzt Moritz Benedikt bereits zwischen 1864 und 1895 das Wissen über solche „krankmachenden Geheimnisse“ systematisch dargestellt hat. Er nimmt sogar die These vorweg,

dass es sich dabei zumeist um Geheimnisse sexuellen Inhaltes handelt. Breuer und Freud (1893, S. 10) weisen in ihren „Vorläufigen Mitteilungen“ selbst auf diese Arbeiten hin. Auch die Idee, dass die Psyche in zumindest zwei Schichten gegliedert werden kann, die sich durch unterschiedliche Funktionen und Arbeitsweisen charakterisieren lassen, aber gleichermaßen auf unser Handeln und Empfinden wirken, wird beispielsweise drei Jahre vor den „Vorläufigen Mitteilungen“ von Max Dessoir 1890 in seinem Werk „Das Doppel-Ich“ vorweggenommen, wo sogar die Bezeichnungen „Oberbewußtsein“ und „Unterbewußtsein“ verwendet werden. Und Annahmen über die „Bewegung der Vorstellungen, ihre Förderung und Hemmung, ihre Verdunkelung und Reproduktion“ sowie die (an Freuds Rede von den „eingeklemmten Affekten“ erinnernde) Idee, dass „Seelenkrankheiten ... in dieser Hinsicht als erstarnte oder permanent gewordene Affekte“ anzusehen sind, findet man bereits 1868 in einem Lehrbuch von Gustav Adolf Lindner (1868, S. 225).

1.4.2 Zur Bedeutung der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient

Die Beschäftigung mit der europäischen Tradition der Erforschung psychischer und psychopathologischer Phänomene lässt also erkennen, dass sich zentrale Theoriestücke der modernen Tiefenpsychologie gleichsam aus alten Wurzeln heraus entwickelt haben. Am Beispiel der Beziehung, die der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient zugeschrieben wurde, möchten wir dies noch einmal verdeutlichen. Denn die spezifische Natur der Beziehung zwischen Kranken und Heiler war schon früh Gegenstand der Betrachtung und wurde oft sogar als wesentliches Element des Heilungsprozesses anerkannt, wemgleich sich während der letzten Jahrhunderte die Vorstellung darüber, was die spezifische Natur dieser Therapeut-Patient-Beziehung sei, grundlegend geändert hat.

Zu Mesmers Zeiten wurden Experimente veranstaltet, in denen sich mehrere Personen an den Händen faßten, so eine Kette bil-

deten und einen von einer Maschine erzeugten Strom leiteten. Die Verbindung, die diese Menschen miteinander physisch herstellten, wurde „Rapport“ genannt. Es lag nahe, dass Magnetiseure in Analogie dazu die Vorstellung ausbildeten, dass sie auf der Basis des magnetischen Fluidums eine ähnliche Beziehung zu den von ihnen magnetisierten Menschen eingingen. Wir werden in unserem Abschnitt über Bioenergetik darauf zurückkommen, dass auch Freud mitunter einen Begriff von Libido nahelegte, demzufolge psychische Energie als physikalisch fassbares Phänomen bzw. als physische Energie zu begreifen wäre. Die Beziehung zwischen Krankem und Heiler, ob dieser nun Exorzist, Magnetiseur oder Hypnotiseur war, wurden immer als besonders intensiv und mit verschiedensten Phänomenen verbunden beschrieben, die immer deutlich machten, dass von beiden Seiten ein besonders starkes Ausgerichtetsein auf den anderen entsteht. Dies schloß mitunter die Überzeugung ein, dass man die Regungen des anderen mirunter auch dann spüren könnte, wenn dieser gar nicht im selben Raum anwesend ist, und dass es möglich sei, sich gegenseitig mit Mikrosignalen über Gefühlszustände zu informieren. Was 1784 „magnetische Reziprozität“ hieß, mündet mehr als hundert Jahre später – freilich in modifizierter Form – in Freuds Überlegungen zur engen Beziehung zwischen Übertragung und Gegenübertragung. Die Tatsache, dass sich Freud nicht von Beginn an mit Übertragung und Gegenübertragung befasste, ist wohl auf mehrere Gründe zurückzuführen, unter anderem jedenfalls darauf, dass Charcot dem „Rapport“ keine explizite Bedeutung beimaß und dass auch Breuer in der Arbeit mit Anna O. die Frage nach Übertragungs- und Gegenübertragungsmomenten unberührt ließ. 1896 aber beschrieb Janet, ein Schüler Charcots, verschiedene Phasen des Rapports. In diesen Beschreibungen sind Passagen enthalten, die eine große Nähe zu Freuds Theorie der Übertragung aufwiesen: Janet erkannte, dass die Beziehung, die der Patient zum Hypnotiseur aufnimmt, von intensiven Gefühlen bestimmt ist, dass diese Gefühle eine Art von Liebe sind und dass

diese Liebesgefühle bei verschiedenen Patienten verschiedene Färbungen bekommen, die der kindlichen oder der mütterlichen Liebe ähneln und der Beziehung zum Hypnotiseur ihre spezifische Prägung verleihen.

Auch das Moment der Regression, demzufolge Patienten innerhalb solcher Übertragungsbeziehungen auf frühere, schon überwunden geglaubte Gefühlszustände und „Entwicklungs niveaus“ gleichsam zurückfallen können, wurde um die Jahrhundertwende nicht nur von Freud beschrieben; denn in Frankreich brachte zum Beispiel auch Sollier in einer Abhandlung über „Die Hysterie und ihre Behandlung“ die intensive Beziehung zwischen Hypnotiseur und Patient mit dem Erlebnis des Patienten im Zusammenhang, in therapeutischen Prozessen zumindest zeitweilig auf frühere Altersstufen zurückzugehen.

1.4.3 War alles schon gedacht?

Unsere Hinweise auf die Wurzeln des tiefenpsychologischen Denkens vor 1900 sollen keineswegs in die Folgerung münden, daß in der modernen Tiefenpsychologie Althergebrachtes bloß übernommen und mit neuen Namen versehen worden wäre. Freud hat beispielsweise zeit seines Lebens an der Systematik seiner Theorie gearbeitet und versucht, einzelne Begriffe in den systematischen Zusammenhang seines Denkens einzubetten. Dementsprechend ist etwa der Begriff des Rapports nicht mit dem der Übertragung gleichzusetzen, da ein wissenschaftlicher Fachbegriff seine Bedeutung erst durch seine Verbindung mit den anderen Elementen einer Theorie erhält. Diese anderen Elemente sind z. B. wissenschaftstheoretische, erkenntnistheoretische, anthropologische und andere Grundannahmen oder Erklärungsmodelle, Handlungskonzepte sowie Ausführungen über verschiedene (hier: diagnostische und therapeutische) Techniken. Die spezifische Bedeutung einzelner Begriffe und Theoriestücke ist folglich nur vor dem Hintergrund und der Kenntnis des gesamten jeweiligen Theoriegebäudes angemessen zu verstehen und in ihrer praxisleitenden Bedeutung zu

erfassen. Wird ein Begriff aus einem Theoriegebäude in ein anderes übernommen, so ist dies stets mit Bedeutungsverschiebungen verbunden – nämlich in bezug auf die Zusammenhänge, in denen die Elemente der neuen Theorie zueinander stehen und in welche die gesamte Theorie eingebettet ist.

Auch der jeweilige Autor eines Theoriegebäudes steht in einem sozialen, kulturellen und historischen Zusammenhang mit seiner Umwelt, in die er hineingewachsen ist und von der er so manche Tendenzen des Wahrnehmens und Bearbeitens von Problemzusammenhängen übernimmt. Will man verstehen, wie es zur Etablierung bestimmter – hier: tiefenpsychologisch-psychotherapeutischer – Theorie- und Praxistraditionen gekommen ist, und will man nicht der Versuchung aufsitzten zu meinen, daß diese Traditionen irgendwann gleichsam vom Himmel gefallen sind, so wird man nicht umhin kommen, sich mit jenen psychotherapiegeschichtlichen Prozessen zu befassen, die in Europa den Boden für die Entwicklung der modernen Tiefenpsychologie aufbereitet haben. Freilich: Eine ausreichend ausführliche Darstellung dieser historischen Zusammenhänge kann auf wenigen Seiten nur annähernd verwirklicht werden. Viele Persönlichkeiten, die der modernen Tiefenpsychologie den Weg bereiteten, blieben hier unerwähnt, allen voran Carl Gustav Carus, der 1846 in seinem Werk „Psyche“ erstmals eine Systematik des Unbewußten vorstellte, weiters Wilhelm Griesinger, Theodor Meynert, August Forel, Gustav Theodor Fechner, Richard von Kraft-Ebing, Eduard von Hartmann, Arthur Schopenhauer, Friedrich Nietzsche, um nur die bekanntesten zu nennen. Die umfassendste Arbeit über die historischen Wurzeln der modernen Tiefenpsychologie hat wohl Henry F. Ellenberger (1985) verfaßt, auf seine monumentale Studie stützen sich auch unsere Ausführungen.

1.5 Zur Institutionalisierung der Psychoanalyse und der Weiterentwicklung der Tiefenpsychologie

Obwohl wir mit Nachdruck darauf hinweisen, daß die moderne Tiefenpsychologie in vielgestaltigen, weit zurückreichenden Traditionen wurzelt, haben wir uns bislang mit dem Werk einer Persönlichkeit am weitauß ausführlichsten befaßt: mit dem Werk Sigmund Freuds. Dies ist kein Zufall, denn für die Entwicklung und Etablierung der modernen Tiefenpsychologie sind die Person und das Werk Sigmund Freuds tatsächlich von unverwechselbarer zentraler Bedeutung.

Zu dieser Einschätzung kommen wir nicht nur deshalb, weil der Terminus „Tiefenpsychologie“ ursprünglich geboren wurde, um nichts anderes als Freuds Psychoanalyse zu charakterisieren (Bleuler, 1910). Denn für die Entwicklung der modernen Tiefenpsychologie dürfte ebenso bedeutsam sein, daß es Freud in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts wie keinem anderen gelang, „Schule zu machen“: In der Absicht, seiner Theorie und Methode Verbreitung zu verschaffen, bemühte er sich beständig um die Darstellung neuerer Überlegungen, um Schüler, um die Gründung von Publikationsorganen sowie um den Aufbau eines international weitverzweigten Netzes an Psychoanalytikern und psychoanalytischen Ausbildungseinrichtungen.

Die Vorstellung, daß Institutionen wie jene der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung der möglichst gezielten Verbreitung der Psychoanalyse dienen sollten, verband Freud freilich auch mit dem Wunsch nach der Schaffung bestimmter Instanzen und Gremien, die darüber zu wachen hatten, ob jene Theorien und Praxisformen, die international als „Psychoanalyse“ bezeichnet wurden, auch tatsächlich jenem Psychoanalyse-Verständnis entsprachen, das Freud mit besonders engen Vertrautten und Misträtern teilte. Dies hatte vor allem in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts zur Folge, daß tiefenpsychologisch denkende Persönlichkeiten, die von Freuds Auffassungen allzuweit abwichen, aus den Institutionen der Psychoanaly-

se ausschieden, um eigene Schulen und Traditionen ins Leben zu rufen. In diesem Sinn kann die Geschichte der Tiefenpsychologie des 20. Jahrhunderts über weite Strecken als eine Geschichte der Abgrenzungen, Abspaltungen und Neugründungen begriffen werden, die ein weitverzweigtes „Netz“ an unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen, Ansätzen und Methoden hervorbrachte.

Wir haben den Anfängen der modernen Tiefenpsychologie vergleichsweise breiten Raum gegeben, da wir uns bemüht haben, die Darstellung dieser Anfänge mit einer allgemeinen Einführung in zentrale Grundannahmen des tiefenpsychologischen Denkens und Verstehens zu verbinden. Daran wollen wir nun einen Überblick über einige tiefenpsychologische Schulen, Ansätze, Methoden und Arbeitsschwerpunkte anschließen, die sich im „weiten Land der Psychotherapie“ bislang etabliert haben. Dieser Überblick ist knapp gehalten, da kompetente, übersichtsartige und leicht greifbare Darstellungen dieser Art bereits in großer Zahl existieren, während etwas ausführlicher gehaltene Einführungen in tiefenpsychologisches Denken weit aus seltener sind. Darüber hinaus wird es nicht nötig sein, auf die weitere Entwicklung der Psychoanalyse einzugehen, da darüber ein eigener Beitrag in diesem Buch informiert.

Noch ein letztes Wort zur Verwendung des Begriffs „Tiefenpsychologie“: Ein Blick in einschlägige Lehrbücher zeigt, daß keineswegs Konsens darüber herrscht, welche Schulen, Ansätze und Methoden der Tiefenpsychologie zuzurechnen sind. Wir plädieren dafür, daß einzelne Theorie- und Praxistraditionen dann der Tiefenpsychologie zugerechnet werden können, wenn sie von elaborierten Theorien getragen sind bzw. solche hervorbringen, in denen jedenfalls die Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewußten, die Annahme unbewußter biographischer Strukturen sowie die Annahme unbewußter biographischer Lebenszusammenhänge im oben skizzierten Sinn geteilt werden. Aus unserer Sicht ist dabei nicht entscheidend, ob diese Annahmen explizit formuliert, in den von uns bemühten Wor-

ten ausgewiesen oder vielleicht bloß implizit geteilt werden. Daß in diesen Annahmen der Begriff „Psychotherapie“ nicht vorkommt, weist im übrigen darauf hin, daß der Tiefenpsychologie nicht nur tiefenpsychologisch-psychotherapeutische Theorie- und Praxistraditionen, sondern auch andere – etwa kulturkritische oder sozialpädagogische – Traditionen zuzurechnen sind, auf die hier ebenfalls nicht näher eingegangen werden kann (vgl. Datler, 1995).

1.6 Einige weitere Literaturhinweise

In unseren Ausführungen über die einzelnen tiefenpsychologischen Ansätze finden sich einige Literaturhinweise, die durchwegs als Literaturrempfehlungen zu begreifen sind. In Ergänzung dazu wollen wir am Ende eines jeden Kapitels einige weitere Veröffentlichungen nennen, die zum Teil Standardwerke und zum Teil selten zitierte, dessen ungeachtet aber äußerst lesenswerte Publikationen darstellen.

In diesem Sinn empfehlen wir all jenen, die an ausführlicheren überblicksartigen Einführungen in die tiefenpsychologischen Ansätze der Psychotherapie interessiert sind, die Bücher von Wyss (1974); Schlegel (1975), Strotzka (1982) und Ponratz (1983). Über die Entwicklung der frühen Theorie- und Praxiskonzepte Freuds informiert hingegen in ausgezeichneter Weise Reicheneders (1990) Studie „Zum Konstitutionsprozeß der Psychoanalyse“, während Tömmel (1985), Handlbauer (1990) und Schröter (1995) aus wissenschaftssoziologischer Sicht bemerkenswerte Einblicke in den Prozeß der Etablierung der Psychoanalyse geben.

Wo und in welcher Weise man in Österreich die Methode der Psychoanalyse im Rahmen eines Psychotherapeutischen Fachspezifikums erlernen kann, darüber geben die Beiträge von Martin Voracek, Ria Mensen und Andrea Fritsch im Sammelband von Stumm u. a. (1995, S. 202–257) Auskunft.

(Informationen über tiefenpsychologisch orientierte Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die zur eigenständigen psychotherapeutischen Arbeit qualifizieren, findet man bei Stumm u. a. (1995) gesammelt und übersichtlich dargestellt.)

2. Die ersten Abspaltungen: Adler, Jung und die Folgen

1910, als die Internationalisierung der Psychoanalyse auf außeruniversitärem Boden ein gutes Stück weit fortgeschritten war, findet man zwei Leitungsfunktionen mit Männern besetzt, deren Name mit der weiteren Geschichte der Tiefenpsychologie untrennbar verbunden sind: *Carl Gustav Jung*, im Unterschied zu vielen Psychoanalytikern der ersten Generation Nicht-Jude und überdies Mitarbeiter des renommierten Universitätsprofessors Eugen Bleuler an der Zürcher Nervenklinik Burghölzli, war 1906 mit Freud in Kontakt gekommen und 1910 nicht zuletzt deshalb zum Präsidenten der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung gewählt worden, weil Freud hoffte, daß die Psychoanalyse mit Jung an der Spitze leichter in die akademische Psychiatrie Eingang finden und dem antisemitischen Vorurteil, eine „jüdische Wissenschaft“ zu sein, entgegentreten könnte. Obmann der Wiener Ortsgruppe wurde zugleich *Alfred Adler*, ein pädagogisch und sozialpolitisch engagierter Arzt aus Wien, der bereits 1902 zu Freuds Kreis gestoßen war und dem Freud im Vergleich zu den anderen Wiener Psychoanalytikern der damaligen Zeit das höchste Maß an Originalität und Eigenständigkeit im Denken attestiert hatte.

Persönliche und inhaltliche Differenzen führten dazu, daß sich beide Persönlichkeiten von Freud trennten. Adler begründete die *Individualpsychologie*, Jung die *Analytische Psychologie*, die gemeinsam mit Freuds *Psychoanalyse* die drei klassischen, am weitesten zurückreichenden Schulen der Tiefenpsychologie darstellen. In den letzten Jahrzehnten zeichnen sich zwischen diesen Schulen allerdings Konvergenzen ab, die etwa darin zum Ausdruck kommen, daß die heutige Individualpsychologie mitteleu-

europäischen Zuschnitts mitunter ausdrücklich als „Tradition innerhalb der Psychoanalyse“ begriffen wird und daß heute deutsche Psychotherapeuten, die ihre Ausbildung an jungianischen Ausbildungseinrichtungen oder an Alfred-Adler-Instituten absolviert haben, die Berufsbezeichnung „Psychoanalytiker“ führen (Datler & Stumm, 1994, S. 71 f.; Skolek & Wirth, 1994, S. 88).

2.1 Alfred Adler und die Individualpsychologie

Als Alfred Adler im Jahre 1902 Mitglied jener Männerrunde wurde, die sich mittwochs regelmäßig mit Freud zur Diskussion psychoanalytischer Themen traf, war Adler 32 Jahre alt. Er hatte sich mit sozialmedizinischen Fragen befaßt und begann sich nun intensiv mit Freuds Theorien, aber auch mit Arbeiten von Charcot und Janet zu beschäftigen. In vielen Punkten folgte er Freuds Annahmen, doch zeichneten sich bald Themenbereiche ab, in denen sich Adler von Freuds Anschauungen abhob (Handlbauer, 1990, S. 50 ff., S. 184 ff.).

2.1.1 Zum Erleben von Minderwertigkeitsgefühlen und anderen Mangellagen

In unserer Annäherung an den zentralen Punkt der Auseinandersetzung zwischen Adler und Freud wollen wir zunächst ein Traumbeispiel referieren, das wir einem Buch des Individualpsychologen Rainer Schmidt (1991, S. 96) entnehmen. Ein Patient, der wegen diverser Angstzustände mit einer Analyse begonnen hatte, berichtet folgenden kurzen Traum:

„Ich sah einen jungen Mann in der Bank. Er wurde von außen von Scharfschützen überwältigt. Ich war einer von ihnen.“ In seinen Assoziationen erkennt der Patient im jungen Mann, der im Traum überwältigt wird, „den Vater seiner Kinderjahre“, der im Bankfach gearbeitet und von seiner Familie verlangt hatte, sich seinen vielen Geboten und Verboten zu unterwerfen. Dem Patienten fällt überdies auf, daß er gemeinsam mit dem anderen Scharfschützen nicht geschossen, sondern den Mann in

der Bank *überwältigt* hatte. Dies lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten auf seinen Wunsch, sich von seiner Familie zu lösen, sowie auf sein Gefühl, daß ihm dies nur dann gelingen kann, wenn er sich von seinem übermächtigen Vater löst, von dem er sich so oft unterdrückt und übertrumpft gefühlt hat. „In diesem Zusammenhang“, so Schmidt (1991, S. 97), „ist dieser Traum zu verstehen.“ Er bringe unter anderem das Verlangen des Patienten zum Ausdruck, den Vater, von dem er so oft überwältigt wurde, endlich selbst zu überwältigen und zu übertrumpfen.

Rainer Schmidt folgt in dieser seiner Interpretationslinie einer Annahme Adlers, die in der Folge besonders populär geworden ist und die Bedeutung des Erlebens von Gefühlen wie Kleinheit, Schwäche, Unterlegenheit oder Abhängigkeit ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt. Diese Annahme knüpft an Adlers (1907) „Studie über die Minderwertigkeit von Organen“ an, in der Adler die These vortrug, daß der menschliche Organismus die Schwäche einzelner Organe „unter Ausschaltung des Bewußtseins“ kompensieren könne, da er in der Lage sei, durch besondere Anstrengungen die volle und mitunter sogar überdurchschnittlich gute Funktionsfähigkeit der zunächst „minderwertigen Organe“ herbeizuführen (Handlbauer, 1990, S. 50). Bald war Adler aber mehr an der psychologischen Frage nach den Folgen des Erlebens von Minderwertigkeitsgefühlen interessiert. In diesem Zusammenhang ging Adler davon aus, daß jeder Mensch in zahlreichen sozialen Situationen Gefühle der Kleinheit, Schwäche, Unterlegenheit etc. empfindet, sich in diesem Sinn als „minderwertig“ erlebt und zugleich vielgestaltige Wünsche nach der Überwindung dieser Minderwertigkeitsgefühle verspürt. Diese Wünsche können bedeutsame Entwicklungsprozesse anstoßen, die zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls führen. Sind die Minderwertigkeitsgefühle aber besonders intensiv und die bewußte Wahrnehmung dieser Minderwertigkeitsgefühle in zu hohem Ausmaß kränkend, so neigen Menschen dazu, sich vor dem bewußten Gewahrwerden ihrer Minderwertigkeitsgefühle zu schützen, indem sie diese verdrängen

und Situationen zu schaffen versuchen, in denen sie vordergründige Gefühle der Größe, Macht, Überlegenheit etc. verspüren können.

Aus der Sicht Alfred Adlers sind auch psychopathologische Zustandsbilder Ausdruck des Schutzes vor dem bewußten Gewahrwerden von besonders schmerzlichen Minderwertigkeitsgefühlen. In diesem Sinn haben Symptombildungen etwa den (unbewußt verfolgten) Zweck, die eigene Person von bestimmten Lebenssituationen fernzuhalten, denen sich diese Person (unbewußt) nicht gewachsen fühlt; die Aufmerksamkeit dieser Person auf sich zu ziehen, sodaß ein fiktives Gefühl von Bedeutung und Wertschätzung verspürt werden kann; oder andererseits am Ende zu zwingen, auf die eigene Person Rücksicht zu nehmen, was mit dem Erleben von Macht verbunden ist. Die Annahme, daß psychopathologische Zustandsbilder letztlich in solchen Versuchen der (vordergründigen) Überwindung von Minderwertigkeitsgefühlen wurzeln, widersprach freilich zusehends der Auffassung Freuds, der seit dem Beginn unseres Jahrhunderts dem sexuellen Moment in der Ätiologie der Neuronosen großes Gewicht beimaß – und hatte in der konflikthaften Auseinandersetzung zwischen Freud und Adler folglich auch besonderes Gewicht (Handlbauer, 1990). In den letzten Jahrzehnten hat diese Kontroverse allerdings an Aktualität verloren, was einerseits mit der kritischen Diskussion von Freuds Triebtheorie in der zeitgenössischen Psychoanalyse (Eagle, 1988) und andererseits mit dem Umstand zusammenhängt, daß in der jüngeren individualpsychologischen Literatur die Frage nach der Bedeutung des Mangels an Selbstwertgefühl zur Frage nach dem Erleben vielgestaltiger Mangellagen ausgeweitet wurde (Datler & Stumm, 1994, S. 72): In gegenwärtigen individualpsychologischen Veröffentlichungen findet man demnach komplexe Zusammenhänge zwischen dem Erleben von bedrohlichen sexuellen oder aggressiven Wünschen, dem Aufbrechen massiver innerpsychischer Konflikte oder dem Verspüren von verzehrenden Gefühlen der Trauer, der Einsamkeit oder der Scham be-

schrieben und in ihrer Bedeutung für die Ausbildung von Abwehrtendenzen und Symptombildungen untersucht.

2.1.2 Individualpsychologie, Lebensstil und Gemeinschaftsgefühl

Nachdem sich Adler 1911 von Freud getrennt hatte, publizierte er unter dem Titel „Über den nervösen Charakter“ eine erste Darstellung seiner Theorie in Buchform (Adler, 1912). Noch 1911 gründete er die „Freie psychoanalytische Vereinigung“, die er bald in „Verein für Individualpsychologie“ umbenannte, um über die Bemühung des Begriffs „Individuum“ die Vorstellung von der Unteilbarkeit der einzelnen menschlichen Person hervorzuheben. Er wandte sich damit gegen tiefenpsychologische Theoriebildungen, in denen von verschiedenen Kräften oder Instanzen die Rede ist und in denen somit der Eindruck nahegelegt wird, man könnte die menschliche Persönlichkeit in verschiedene Teilbereiche aufsplitten, die ein voneinander unabhängiges Eigenleben führen.

In seiner Absicht, eine psychologische Theorie auszuarbeiten, sprach er sich überdies für die konsequente Verwendung von *psychologischen* Begriffen aus und plädierte damit für die Aufgabe von Termini, die den Naturwissenschaften entlehnt sind. Seinem Ringen um ein psychologisches Verstehen von menschlicher Entwicklung entsprang auch seine Zurückhaltung gegenüber der Annahme, Menschen müßten sich in genetisch vorherbestimmter Weise mit bestimmten Konflikt- und Problemkonstellationen auseinandersetzen. Stattdessen betonte er mit Vehemenz die Bedeutung des Erlebens von sozialen Beziehungen für den handelnden begegnet. Dies führte einerseits zur Einführung des Begriffs des *Lebensstils*, der die Aufmerksamkeit auf Prozesse der Ausbildung und Tradierung von psychischen Strukturen lenkt, sowie zur Formulierung des Begriffs des *Gemeinschaftsgefühls*, das in vielgestaltiger Weise Adlers Überlegungen zur sozialen Bezogenheit des Menschen zum Ausdruck bringt.

2.1.3 Beiträge zur Methodik der Psychotherapie

Alfred Adler ging nicht nur in seinen Überlegungen zur Theorie des Psychischen und Psychopathologischen, sondern auch in seinen Überlegungen zur Gestaltung psychotherapeutischer Prozesse eigenständige Wege.

Während sich Freud zusehends mit der hochfrequenten, längfristigen therapeutischen Arbeit im Sessel-Couch-Setting beschäftigte, widmete sich Adler der niederfrequenten, fokussierenden Arbeit im Sessel-Sessel-Setting zu. Seiner Annahme zufolge, daß sich Menschen mit massiven Minderwertigkeitsgefühlen entmutigt fühlen und oft Angst vor Veränderungen haben, betonte er die Notwendigkeit einer *ermutigenden Haltung* auf Seiten des Psychotherapeuten. Dies entspricht den Ergebnissen der jüngeren Psychotherapieforschung, welche besagen, daß das Erleben von Zuversicht, Hoffnung und Erfolg in der Therapeut-Patient-Beziehung einen schulenübergreifenden „Wirkfaktor“ von Psychotherapie darstellt.

In der jüngeren individualpsychologischen Literatur wird einerseits Kritik an der therapeutischen Arbeitsweise Adlers geübt, die über weite Strecken belehrende und suggestive Züge aufwies, und dargestellt, daß Individualpsychologische Analytiker heute sowohl hochfrequent und langfristig als auch niederfrequent und fokussierend im Sessel-Couch-Setting ebenso wie im Sessel-Sessel-Setting arbeiten, sich dabei innerhalb der Gesamtbreite jener psychoanalytisch-psychotherapeutischer Therapieverfahren bewegen, die in der gegenwärtigen Literatur beschrieben werden (Datler & Stumm, 1990, S. 70 ff.). Andrerseits wird verstärkt darauf hingewiesen, daß Adler, der ja auch das Konzept des Aggressionstriebes in die Psychoanalyse eingeführt hat, mit seiner direktiv-konfrontierenden Art des therapeutischen Arbeitens den aggressiven Übertragungsneigungen seiner Patienten in äußerst sinnvoller Weise begegnete und damit technischen Überlegungen entsprach, die heute im Zusammenhang mit der Frage der psychotherapeutischen Behandlung

von sogenannten frühgestörten oder Borderline-Patienten ange stellt werden (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 1995, S. 248 f.).

2.2 Carl Gustav Jung und die Analytische Psychologie

Unter den drei Begründern der ersten großen tiefenpsychologischen Schulen war Carl Gustav Jung der jüngste. Als im Jahre 1900 Freuds Traumdeutung erschien, begann der 25jährige Jung nach Abschluß seines Medizinstudiums seine psychiatri sche Ausbildung am Zürcher „Burghölzli“, wo er – mit einer Unterbrechung eines Studienjahrs, das er 1902 bei Pierre Janet verbrachte – von 1900 bis 1905 tätig war. 1906, als er als jun ger Privatdozent selbst Vorlesungen über Hysterie und Psychotherapie zu halten begann, trat er mit Sigmund Freud in Briefkontakt, ein Jahr später folgte das erste Zusammentreffen mit Freud und seine beginnende Mitarbeit in der psychoanalyti schen Bewegung. 1910 wurde er der erste Präsident der Interna tionalen Psychoanalytischen Gesellschaft, ehe er sich 1914 von Freud trennte. Den Grundstein seiner eigenen Lehre legte er in den Jahren zwischen 1913 und 1919, einer Zeitspanne, die Ellenberger als eine Phase der „schöpferischen Krankheit“ bezeichnet und die Jung selbst als besonders wichtige Phase seiner eigenen Individuation sah. Die Jahre bis zu seinem Tod 1969 waren der Ausarbeitung, Illustration und Systematisierung seiner Theorie sowie der Verbreitung der von ihm begründeten psychotherapeutischen Schule der Analytischen Psycholo gie gewidmet.

Die Beschäftigung C. G. Jungs mit psychotischen Patienten am Anfang seines therapeutischen Werdegangs kennzeichnet einerseits einen spezifischen Aspekt seines Zugangs zu tiefenpsycho logischen Denkansätzen und andererseits seine persönliche Affinität zu Grenzbereichen der Wissenschaft vom Menschen: Jungs medizinische Dissertation „Zur Psychologie und Pathologie sogenannter occulter Phänomene“ befaßte sich mit den medialen Fähigkeiten seiner Cousine Helene Preiswerk und veran-

schaulicht sein frühes Fasziniertsein von „übersinnlichen“ Ereignissen, während ihn die Begegnung mit den Wahnprodukten psychotischer Patienten zur Konkretisierung seiner Konzeption des „kollektiven Unbewußten“ veranlaßte: Jungs Beobachtung, daß bestimmte Wahnhindeen eines Geisteskranken mit der Mit

hrasliturgie und daß der Traum eines ungebildeten Schwarzen mit dem Motiv des Ixion am Sonnenrand aus der griechischen Mythologie übereinstimmte, kennzeichnet den Beginn seiner Arbeit an Theorien über eine essentielle Verbindung zwischen den individuellen psychischen Produktionen und dem kollektiven „Wissen“ um die Grundthemen des Lebens. Diese Art der Betrachtung des menschlichen Seelenlebens, die von der Romanistik und der Naturphilosophie getragen war, sowie Jungs Kritik an Freuds Triebtheorie führten 1914 zum Bruch zwischen diesen beiden Schulgründern.

Die Differenzen zwischen den Theorien von Freud und Jung gründen darüber hinaus in unterschiedlichen Modellbildungen, welche die Frage der Strukturiertheit der menschlichen Psyche betreffen: Nach Ellenberger (1985, S. 217) folgte Freud vor allem in seiner frühen Theorie des persönlichen Unbewußten dem Konzept des „Dipsychismus“, wonach das Unbewußte als geschlossener Bereich des individuell Verdrängten begriffen wird, während Jungs Konzept des kollektiven Unbewußten der Tradition des „Polypsychismus“ folgt, wonach das System des Unbewußten als ein „offenes“ System zu begreifen ist, das im Zusammenhang mit überindividuellen Sphären steht. In unserer Annäherung an die Theorie C. G. Jungs wollen wir im folgenden diesen Begriff des *kollektiven Unbewußten* gemeinsam mit zwei weiteren Begriffen erläutern, die in Jungs Theorie von zentraler Bedeutung sind: die Begriffe des *Archetypus* und der *Individuation*. Um unsere Erläuterungen mit Fallmaterial illustrieren zu können, wollen wir zunächst einen Fallausschnitt von Hans Dieckmann, einem Analytischen Psychologen, referieren, der mit einem 26jährigen angstneurotischen Patienten arbeitete. In der Symptomatik des Patienten, die kurz

nach der Eheschließung aufgetaucht war, dominierten die Angst, er könnte sich in seinem Photolabor mit Zyankali vergiften, sowie die Angst vor der Aggressivität seiner Frau:

„Bereits am Anfang der Behandlung wurde deutlich, daß der Patient auf seine Ehefrau ziemlich massiv einen negativen Mutterkomplex projizierte. ... Es wurde deutlich, daß der Patient im Hintergrund eine ihm selbst unbewußte, völlig irrationale hochgradige Angst vor dieser Frau hatte, die selbst bei kleinen Auseinandersetzungen zwischen ihnen psychosomatische Erscheinungen hervorriefen. ... Erst ganz allmählich gelang es im weiteren Verlauf der Analyse, näher an die *Figur der persönlichen Mutter heranzukommen*. Es stellte sich heraus, daß diese eine offenbar hochgradig zwanghafte Frau gewesen war, die abgesehen von schweren Sauberkeits- und Ordnungszwängen genau die gleichen Katastrophenängste hatte, wie sie ihr Sohn aufwies.“

... Das eigentliche Schlüsselerlebnis zu seiner dominierenden Angst, durch Zyankali vergiften zu werden, kam allerdings erst in der 120. Stunde mit einer sehr heftigen emotionalen Besetzung hoch: Der Patient war im Alter von 3 Jahren mit seiner Mutter im Urlaub aufs Land gefahren, wo sie Verwandte besaßen, die einen Bauernhof hatten. Dort fand er einmal im Stall beim Spielen zwei frische Hühneriere, die er aufschlug und austrank. Er erzählte das ganz stolz seiner Mutter und erlebte daraufhin eine für ihn furchtbare und erschreckende Reaktion: Die Mutter hätte ihn nämlich zunächst furchtbar angeschrien und dann ausgesprochen heftig verprügelt, wonach sie ihm einen ganz langen Vortrag gehalten hätte, wie ungeheuer gefährlich es wäre, ungewaschene Eier auszutrinken und daß er sich daran tödlich vergiften könne. Er mußte ihr dann hoch und heilig versprechen, niemals wieder etwas Ungewaschenes auch nur überhaupt in den Mund zu nehmen, geschweige denn zu essen. Nach der Evozierung dieses frühen Erlebnisses und seiner Deutung der Verbindung zum ‚Hier und Jetzt‘ verschwand seine Angst, durch Zyankali vergifft zu werden, und auch seine anderen Ängste hatten sich im Verlaufe der Zeit, in der seine

*Identität mit der zwanghaft überängstlichen Mutter durchgearbeitet worden war, gebessert. Seine Angst vor der Ehefrau blieb aber ziemlich unverändert bestehen. ... Es konnte also lediglich seine Identität mit der einengenden, vergiftenden und ängstlichen Mutter aufgehoben werden, nicht aber die *Projektion einer schrecklichen Mutter auf die Frau*.*

Im Verlauf der nächsten Stunden setzte sich der Patient ernsthaft und intensiv mit diesem Problem auseinander und beschloß schließlich aus einem eigenen Impuls, diese Mutterfigur einmal zu zeichnen. ... Es entstand daraufhin die Figur einer rothaarigen Hexe mit riesigen spitzten Brüsten, einem eindrucksvollen Kugelbauch, gekleidet mit einem sehr kurzen, blauen Rock oder besser gesagt Schurz, einer mächtigen, übergroßen linken Hand und drohenden Gesichtszügen mit Augenbrauen, die an einen Mephistopheles erinnerten. ...

Diese Figur hatte mit seiner Mutter nichts mehr zu tun und ähnelt ihr in keiner Weise. Sie war ganz offensichtlich die archetypische Gestalt einer Magna Mater. ... Die Assoziationen des Patienten zu diesem Bild wiesen teils kollektives, teils individuell persönliches Material auf. ... Die Frau wurde als die festhaltende Hexe, die verworfene Hure und als erdrückende Todesmutter bezeichnet. ... Es kam ... ein Erlebnis aus dem 6. Lebensjahr: Er hatte einen Roller geschenkt bekommen und war bei seinem ersten Fahrvorschau auf die Straße gestürzt. Hierbei hatte er sich am Arm eine Verletzung zugezogen, die zu einer „Blutvergiftung“ führte. Er mußte mehrere Wochen still im Bett liegen und wurde von seiner in dieser Beziehung überängstlichen Mutter sicher übermäßig lange fixiert. Dieses Erlebnis, das bis dahin auch verdrängt gewesen war, hat einerseits eine subjektive individuelle Komponente, andererseits ist es aber auch eine Erfahrung an der kollektiven, negativ-dämonischen Seite dieser Welt, die eben tatsächlich Erkrankungen und Vergiftungen hervorrufen kann. ...“ (Dieckmann, 1989, S. 118 ff., Herw. d. d. A.)

Dieser Therapieausschnitt läßt erkennen, inwiefern ein jungianisch arbeitender Therapeut einerseits jenen allgemeinen tiefenpsychologischen Annahmen folgt, die wir im 1. Kapitel entfaltet haben, und andererseits diese Annahmen mit weiteren Überlegungen verknüpft, die in spezifischer Weise in der Theorie der Analytischen Psychologie wurzeln.

2.2.1 Persönliches und kollektives Unbewußtes

Zunächst wird deutlich, daß Dieckmann die Annahme eines ubiquitären dynamischen Unbewußten teilt, und daß in dieser Annahme sein Zugang zur Symptomatik des Patienten wurzelt. Diese wird für den Therapeuten ja dadurch erst verständlich, daß er sie als bewußt wahrnehmbaren Ausdruck unbewußter Konflikte versteht. Diese Konflikte werden im Zuge lebensgeschichtlicher Ereignisse aktiviert, in diesem Falle vor allem durch die Eheschließung des Patienten. Auch die Annahme unbewußter biographischer Lebenszusammenhänge ist also tragernder Bestandteil der Deutungsaktivitäten, wenn der Therapeut immer wieder gemeinsam mit dem Patienten die Verbindungen zwischen seinen Vergiftungsängsten, den Ängsten vor seiner Frau und den quälenden Erlebnissen mit seiner Mutter herstellt. In Bezug auf die Annahme unbewußter psychischer Strukturen wird aber dann besonders deutlich, welchen spezifischen „jungianischen“ Schritt Dieckmann setzt, wenn er feststellt, die Zeichnung der Ehefrau hätte „mit seiner Mutter nichts mehr zu tun“ und würde „ihr in keiner Weise (ähneln)“. Denn diese Beobachtung führt Dieckmann (1989, S. 120) zu dem spontanen Schluß: „Sie war offensichtlich die archetypische Gestalt einer Magna Mater.“, dem hinzufügend, daß die „Assoziationen des Patienten zu diesem Bild ... teils kollektives, teils individuell persönliches Material“ beinhalten. Dabei bezieht er sich auf die Annahme Jungs, daß die Psyche des Menschen in ihren tiefsten Schichten etwas enthält, das Zugang zu einer überindividuellen Sphäre besitzt bzw. Inhalte gleichermaßen eigenes als kollektives, d. h. allen Menschen gleichermaßen eigenes

Material zu verstehen seien. Dieses Material sei durch die therapeutische Methode der „Amplifikation“ fruchtbar zu machen. In der Amplifikation werden Inhalte, die die Psyche des Individuums produziert, durch die Verbindung mit Märchen, Mythen und Symbolen um diese kollektive Dimension „erweitert“. Wenige Zeit später bringt der Patient eine weitere Zeichnung in die Therapie mit, die den „Holländermichel“ darstellt, eine Figur aus Hauff's Märchen „Das kalte Herz“. Mit Hilfe dieser Figur bearbeiten Klient und Therapeut wiederum spezifische Elemente der Übertragung: „In der Therapie“, so Dieckmann (1989, S. 122), „projizierte der Patient diese Figur im Sinne einer projektiven Übertragung auf mich und konnte in den darauf folgenden Stunden erstmals seine Aggressionen gegenüber Autoritätsfiguren in einer persönlichen Auseinandersetzung ausdragen. Nach der immer wiederkehrenden Durcharbeitung dieser beiden Bilder verschwanden die Ängste des Patienten vollständig.“

Diese Annahme des Vorhandenseins und Wirkens archetypischer Vorstellungen beeinflußt also auch das Verständnis unbewußter Übertragungstendenzen, denen der Patient folgt, und eröffnet einen Zugang zum Verständnis von Übertragungsbeziehungen, den Jung (1947, S. 90) folgendermaßen beschrieben hat: „Sollte der Drang des Unbewußten vielleicht nur scheinbar nach der Person greifen, in tieferem Sinne aber nach einem Gott? Könnte das Verlangen nach einem Götter eine unbewußter, dunkelster Triebnatur entquellende *Leidenschaft* sein? Vielleicht tiefer und stärker als die Liebe zur menschlichen Person? Oder vielleicht der höchste und ehrlichste Sinn dieser unzweckmäßigen Liebe, die man Übertragung nennt?“

2.2.2 Archetypen als Inhalte des kollektiven Unbewußten

Die Psyche des Menschen ist nach Jung also nicht nur durch eine Unterteilung in einen bewußten und einen unbewußten Bereich zu verstehen, sondern muß als ein Gebilde angesehen werden, das in seinem Grunde eine tiefe Schicht überindividuel-

ler, ererbter Strukturen besitzt, welche eine bedeutsame Basis für die Ausbildung von individuellen unbewußten Vorstellungen darstellt. In diesem Zusammenhang legt Jung auf die Unterscheidung zwischen archetypischen Vorstellungen und den Archetypen selbst Wert. Die Bilder, die als archetypische Vorstellungen des jeweiligen Menschen zu interpretieren seien, stellen nur den konkretisierten Ausdruck von im Grunde unschaulichen Formen dar, nämlich den Ausdruck der eigentlichen Archetypen, die nicht „Besitz“ des Individuums sind, sondern gleichsam eine eigene, außerindividuelle Existenz besitzen. Die Archetypen als die Inhalte des kollektiven Unbewußten können als solche mithin nie selbst bewußt wahrgenommen werden, sondern können lediglich in ihren korrespondierenden Vorstellungserfaßt werden. Gleichwohl gibt es überindividuelle Inhalte, die „Wirkungen“ der Archetypen und doch kollektive Produktionen darstellen, nämlich die Mythen und Märchen.

Die Zeichnung der Frau mit den spitzen Brüsten im oben zitierten Therapieausschnitt ist folglich als ein individuelles Bild zu begreifen, das inspiriert ist von dem Archetypus der „Magna Mater“, der im kollektiven Unbewußten des Klienten gleichsam „schlummerte“ und durch die Geschichten um seine Eheschließung herum „geweckt“ wurde. Aus der Perspektive Jungs sind unbewußte biographische Lebenszusammenhänge folglich nur zu verstehen, wenn man von der Annahme ausgeht, daß zu bestimmten Zeiten im Leben eines Menschen Situationen auftreten, die bestimmte Archetypen aktivieren, die sich dann in bestimmten Darstellungen oder Traumproduktionen der Menschen konkretisieren. Gleichzeitig werden dadurch Kräfte geweckt, die über das individuelle Energiepotential hinausgehen und destruktiv oder konstruktiv auf die Lebensgestaltung des Menschen einwirken können: „Es ist offenbar so, daß uns im kollektiven Unbewußten eine Energiereserve zur Verfügung steht, eine Art schlafende Energie, die sich willensmäßig gar nicht mobilisieren läßt, sondern die nur durch eine Komplexreaktion ... ausgelöst werden kann“ (Dieckmann, 1989, S. 127).

2.2.3 Individuation
 Das Ziel einer nach C. G. Jung geführten Psychotherapie ist die Fortführung einer zum Stillstand gekommenen Selbstverwirklichung, einer Entwicklung, die das Selbst des Menschen aus seinem archetypischen Seinsgrund in das individuell gestaltete Leben hineinführen soll: So wie in Freuds Strukturmödell das Ich zwischen Es und Über-Ich und damit vor der Aufgabe steht, eine sinnvolle und befriedigende Integration von unterschiedlichen Ansprüchen zu leisten, so steht für Jung der einzelne Mensch zwischen den Urgründen des Lebens und den konkreten Ereignissen innerhalb seiner Lebensspanne vor der Aufgabe, sich aus dem kollektiven Grund in ein individuelles Da-Sein hinzu „zu verwirklichen“. Freuds bekanntem Wort „Aus Es soll Ich werden“ könnte man mit Blick auf Jung die Sentenz „Aus Ich soll Selbst werden“ gegenüberstellen. Diese Aufgabe, die sich in verschiedenen Lebensphasen in der Gestalt verschiedener Lebenaufgaben (Ablösung von den Eltern, Sinnfindung, Integration abgespalter Persönlichkeitsanteile etc.) stellt, kann in pathologischer Art zum Stillstand kommen. Der Jungianische Therapeut, der zumeist im Sessel-Sessel-Setting arbeitet, versteht sich in solchen Situationen als ein Begleiter und Partner dieses Menschen, indem er ihm bei der Fortführung seines Entwicklungsprozesses hilft, neue Zugänge zu den „Tiefenschichten“ der Persönlichkeit zu finden und abgespaltene Persönlichkeitsanteile zu integrieren.

In diesem Sinn erfuhr der oben genannte Klient in dem Wechselspiel zwischen dem Bericht konkreter Situationen mit seiner Frau, den Lebenserinnerungen an seine Mutter und den auftauenden Bildern der „Magna Mater“ seine bisherige Unfähigkeit, sich selbstbestimmend als Individuum zu erleben. In der konkreten Auseinandersetzung mit dem Therapeuten erfuhr er sich dagegen als jemand, der seine eigenen Gedanken und Wünsche in gefahrloser Weise bewußt wahrnehmen und äußern darf und sich kreativ mit ihnen konfrontieren kann. Nicht nur die Aggressionen der Umwelt, die ihm Angst machen und ihn zur

Flucht veranlassen, sondern auch die eigenen destruktiven aber auch konstruktiven Kräfte sind es, deren Bewußtwerdung und Annahme ihn „eine sehr positive Entwicklung durchmachen“ ließ (Dieckmann, 1989, S. 122). Dabei kam und kommt der Auseinandersetzung mit Märchen und Mythen große Bedeutung zu, da in ihnen „die Erfahrungsschärze der Menschheit im Umgang mit allgemeinmenschlichen, zeitlosen Krisen und Problemen gesammelt (sind). Sie regen zu phantasievollem Umgang mit Problemen an und können durch ihre bildhaft ansprechende Form Vorbilder zur Problembewältigung anbieten“ (Skolek & Wirth, 1994, S. 87).

Dieser Sichtweise entspricht der Umstand, daß sich jungianisch arbeitende Analytiker mitunter auch in der Charakterisierung jener Prozesse, die sie anzuregen und zu unterstützen versuchen, auf Mythologisches beziehen. So schreibt Mario Jacoby (1989, S. 98), um den Stellenwert des Deutens zu präzisieren: „Ein treffendes Bild für die Funktion des Logos im psychotherapeutischen Geschehen scheint mir der babylonische Schöpfungsmythos Enuna Elisch zu vermitteln ... Der Mythos handelt vom Überlebenskampf der Kosmosgötter gegenüber den Angriffen von Seiten ihrer Mutter, des Chaos-Drachens. Es gelingt dem Helden, das Chaos zu besiegen, indem er es in seinem Netz fangen (d. h. lokalisieren und konzeptualisieren) kann und in der Folge mit dem Schwert zerteilt, um aus den Teilen die verschiedenen Bereiche der Schöpfung zu gestalten: Berge, Seen, Himmel, Meer, etc. Die Intention von Deutungen in der Analyse scheint mir damit trefflich charakterisiert. Es geht darum, das bedrohliche innere Chaos in seine Bestandteile zu zerlegen, d. h. zu analysieren und dadurch einen psychologischen Zusammenhang herzustellen. Dies in der Hoffnung auf ein kleines schöpferisches Ereignis, bei dem Gefülschaos und dunkel Unbewußtes in Kosmos, d. h. in ein Stück geordnete und zusammenhängende Bewußtseinswelt gewandelt werden.“

2.3 Einige weitere Literaturhinweise

Nähere Ausführungen zur Geschichte und Entwicklung der Individualpsychologie findet man bei Bruder-Bezzel (1991). In gegenwärtigen Diskussionen gibt das „Wörterbuch der Individualpsychologie“ Einblick, das über weite Strecken den Charakter eines Handbuchs hat (Brunner & Thirze, 1995). Bei Schlegel (1975, Bd. 4) findet sich eine ausführliche Darstellung der Theorie Jungs, in der unter anderem den unterschiedlichen Auslegungen des Begriffs des Selbst und des Archetyps bei Jung nachgegangen wird. Samuels (1989) Buch über „Jung und seine Nachfolger“ stellt verschiedene jüngere Entwicklungen der Analytischen Psychologie dar, die auch in Jacobys (1993) Buch „Übertragung und Beziehung in der Jungschen Praxis“ ausmachbar sind.

3. Jüngere tiefenpsychologische Ansätze in der Psychotherapie

Lange Zeit über war es möglich, die Traditionen der Psychoanalyse, der Individualpsychologie und der Analytischen Psychologie mit der Gesamtheit der modernen Tiefenpsychologie gleichzusetzen. Ein gutes Jahrhundert nach den ersten psychotherapeutischen Versuchen Freuds ist dies nicht mehr möglich, denn vor allem in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts haben sich einige weitere tiefenpsychologisch-psychotherapeutische Ansätze etabliert, die sich über weite Strecken außerhalb der drei „klassischen“ tiefenpsychologischen Schulen entwickelt haben und denen durchwegs ein hohes Maß an Eigenständigkeit attestiert werden muß.

Wir wollen daher unsere Einführung in die tiefenpsychologischen Ansätze der Psychotherapie mit einem kurzen Überblick über diese Ansätze sowie mit einem knappen Hinweis auf tiefenpsychologische Beiträge beschließen, die sich mit der psychotherapeutischen Arbeit von bestimmten Patientengruppen befassen.

3.1 Imagination und Hypnose

Im vorhin erwähnten Beispiel bemüht sich Dieckmann (1989) um das Verstehen unbewußter Erlebnisinhalte und lädt in diesem Zusammenhang seinen Patienten nicht bloß zum Erzählen, sondern auch zum Malen von Bildern ein, die in der Folge ähnlich wie Träume oder (andere) Assoziationen besprochen werden. Dies erinnert daran, daß sich Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Ansätze in äußerst vielgestalteriger Weise um die Entwicklung von Methoden bemüht haben, die es ihnen und ihren Patienten erlauben, in besonderer Weise Zugänge zu unbewußten Erlebnisinhalten und deren Bearbeitung zu finden.

3.1.1 Katathym Imaginative Psychotherapie (Katathymes Bilderleben)

Einen solchen Zugang hat Hanscarl Leuner entfaltet, nachdem er sich knapp vor 1950 gezielt mit Tagträumen zu beschäftigen begonnen hatte. Er knippte an die Alltags erfahrung an, daß sich vor dem inneren Auge oft Bilder in rascher Abfolge zu entwickeln beginnen, wenn man sich hinlegt und in entspanntem Zustand die Augen schließt (Gerber, 1989, S. 332). Diesem Phänomen wandte sich Leuner auch in der Arbeit mit Patienten zu und erfuhr dabei, daß sich „regelmäßige Tagtraumsitzungen“ als psychotherapeutisch wirksam erwiesen (Hexel, 1994a, S. 101). An diese Erfahrungen anknüpfend entwickelte Leuner ein „System gestaffelter Methoden und Regieprinzipien zur Handhabung des Tagtraumes in der Psychotherapie“, dem er – in Anknüpfung an die griechischen Begriffe katá (= gemäß) und thymos (= Seele) – den Namen „Katathymes Bilderleben“ gab (Leuner, 1990, S. 10 f.). Diese therapeutische Methode, die sowohl als Kurzzeittherapie als auch als Langzeittherapie angeboten wird, wurde zunächst auch „Symboldrama“ genannt, heute wird die Bezeichnung „Katathym Imaginative Psychotherapie“ bevorzugt. In der Katathym Imaginativen Psychotherapie wird zunächst ein Entspannungszustand herbeigeführt und dem Patienten ein

bestimmtes Bildmotiv vorgegeben. Er wird angeregt, sich etwa eine Wiese, einen Bach, einen Berg, eine Höhle etc. vorzustellen, diese Vorstellung ausführlich zu beschreiben und die Gefühle auszusprechen, die er dabei verspürt. In den Imaginationen, in denen der Patient dann gleichsam versinkt und die sich dann oft in einer bewußt kaum steuerbaren Weise verändern, kommen Stimmungen, Wünsche, Ängste, Konflikte etc. zur bildhaften Darstellung, die in anderen Situationen stärker abgewehrt und deshalb nur schwer ausmachbar sind. Der Therapeut bleibt während dieses Prozesses der Imagination über weite Strecken mit dem Patienten in Kontakt, indem er ihm hilft, sich bestimmte Motive bildhaft vorzustellen, der Veränderung bestimmter Vorstellungen zu folgen und das dabei Erlebte in Worte zu fassen; indem er dem Patienten Raum zur freien „assoziativen“ Ausgestaltung von Bildern gibt; oder indem er gestaltend in das imaginäre Bild eingreift und beispielsweise dazu anregt, in bestimmten Szenen imaginierte „Prob behandlungen“ zu setzen, die neuen Problemlösungsmöglichkeiten gleichkommen. Nach dieser Phase der „Arbeit mit und an den Symbolen“ schließt sich zumeist ein psychotherapeutisches Gespräch zur „Aufarbeitung der Bildinhalte“ an, das vor dem Hintergrund psychoanalytischer Theoriebildungen (wie etwa jener der Abwehr oder der Übertragung) die Möglichkeit eröffnet, auf innerpsychische Konfliktnieigungen, auf biographisch faßbare Bedeutungszusammenhänge oder auf Zusammenhänge mit aktuellen Lebenssituationen und deren Bewältigung vertiefend einzugehen.

3.1.2 Die Oberstufe des Autogenen Trainings

An Erfahrungen anknüpfend, die in der hypnotischen Arbeit mit Patienten gesammelt wurden, entwickelte J. H. Schultz ein Verfahren, das seit 1926 „Autogenes Training“ genannt wird. Während die Arbeit auf der sogenannten „Grundstufe“ auf Entspannung und Lockerung setzt, treten auf der „Mittelstufe“ autosuggestiv gesetzte Vorsatzbildung und auf der „Oberstufe“ „aktive“ Formen der aktiven Imagination hinzu. Die Oberstufe des

Autogenen Trainings, die als tiefenpsychologisch fundiertes Therapieverfahren begriffen wird, unterscheidet sich bei aller Ähnlichkeit von der Katalemy Imaginativen Psychotherapie etwa dadurch, daß „Patienten alleine in der Entspannung imaginieren und erst in der Nachbesprechung ihre Bildinhalte ... mitteilen. Deshalb sollte die Oberstufe des Autogenen Trainings bei eher psychisch stabilisierten Menschen angewandt werden“ (Hexel, 1994b, S. 210).

3.1.3 Tiefenpsychologische Methoden und die Arbeit mit Hypnose

Da Freuds Abwendung von der Arbeit mit Hypnose für die Entwicklung der modernen Tiefenpsychologie von entscheidender Bedeutung war, wird die psychotherapeutische Arbeit mit Hypnose üblicherweise nicht dem Bereich der Tiefenpsychologie zugerechnet (Bölc, 1994). Diese Auffassung teilen auch wir; doch darf dessen ungeachtet nicht übersehen werden, daß sich all die Jahrzehnte hindurch namhafte Tiefenpsychologen immer wieder darum bemüht haben, Elemente der Hypnosetherapie mit analytischen Arbeitskonzepten zu verknüpfen. Dabei wird zumeist der Vorstellung gefolgt, daß Patienten in hypnotischen Zuständen – ähnlich wie in Prozessen der Imagination – Zugänge zu Erinnerungen und anderen Erlebnisinhalten finden können, die für gewöhnlich abgewehrt sind und deshalb kaum wahrgenommen und bearbeitet werden können. Daß die Diskussion dieser Überlegung wiederum an Aktualität gewonnen hat, davon zeugen etwa Kinzels (1993) Buch „Psychoanalyse und Hypnose“ sowie das Themenheft „Hypnose und Psychoanalyse“ der Zeitschrift „Hypnose und Kognition“ (Peter & Kraike, 1992).

3.2 Die Inszenierung unbewußter Erlebnisinhalte im interaktiven Spiel

Während manche Tiefenpsychologen von der Vorstellung ausgehen, daß es vor allem Prozesse der Imagination sowie hypnoti-

sche Zustände sind, die psychotherapeutisch besonders bedeutsame Zugänge zum Verstehen unbewußter Erlebniszustände eröffnen, folgen andere Tiefenpsychologen der Annahme, daß sich diese Zugänge in besonders wertvoller Weise über die Analyse bestimmter zwischenmenschlicher Interaktionsformen finden lassen, die als Spiel zu inszenieren bzw. zu begreifen sind.

3.2.1 Transaktionsanalyse

Daß wir an dieser Stelle auf den Ansatz der Transaktionsanalyse zu sprechen kommen, hängt nicht zuletzt damit zusammen, daß Eric Berne, der Begründer der Transaktionsanalyse, den Begriff des „Spiels“ in einer seiner populärsten Schriften ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt. In seinem Buch „Spiele der Erwachsenen“ bezeichnet er damit bestimmte Formen von Beziehungsmustern, deren Analyse erkennen läßt, daß das wiederholte Eingehen solcher Beziehungsmuster in „verborgenen Motiven“ wurzelt, die dem einzelnen über weite Strecken gar nicht bewußt sind (Berne, 1984, S. 57). In Anlehnung daran bemüht auch Springer (1994, S. 95) den Terminus „Spiel“, wenn er zum Ausdruck bringt, daß er unter diesem Begriff unbewußt motivierte Beziehungsmuster versteht, die ein Mensch immer wieder verfolgt und die es in Prozessen der transaktionsanalytischen Psychotherapie zu analysieren gilt.

Eric Berne, Psychiater sowie Lehranalysand von Paul Federn und E. H. Erikson, geht in der Entwicklung der Transaktionsanalyse vom Gedankengebäude der Psychoanalyse aus. Gleichwohl steht im Vordergrund seiner Überlegungen das Ich und dessen verschiedene Zustände. Berne unterscheidet zwischen Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich und Kind-Ich, die er terminologisch mit den Begriffen der extropsychischen, neopsychischen und archäopsychischen Ich-Zustände verknüpft. Diese Differenzierung entspricht nicht der Freudschen Unterscheidung zwischen Über-Ich, Ich und Es, wenngleich die Rede vom Eltern-Ich und Kind-Ich an Annahmen und Interpretationen erinnert, die

man von der Auseinandersetzung mit den Konzepten des Über-Ichs bzw. Es her kennt.

Unter Transaktion selbst versteht Berne „die Grundeinheit aller sozialer Verbindungen“ (Berne, 1984, S. 32). In Relation zu den von ihm postulierten Ich-Zuständen versucht die Transaktionsanalyse „zu ergründen, welcher Ich-Zustand“ einem „Transaktionsstimulus ausgelöst“ und welcher Ich-Zustand „die Reaktion auf diese Transaktion vollzogen hat“ (Berne, 1984, S. 57).

Bernes Sicht der menschlichen Psyche ist geprägt von einer einfachen Sprache und von einer Konzentration auf bewußt wahrnehmbare Ich-Funktionen. Gleichwohl ist in manchen Passagen die Annahme der Existenz unbewußter psychischer Prozesse, v. a. in Zusammenhang mit Übertragung und Gegenübertragung, wiederzufinden, allerdings unter anderen Namen. So spricht Berne nicht von unbewußten psychischen Erlebnisinhalten, sondern von „verdeckten Transaktionen“, er schreibt von „Überkreuz-Transaktion“ und meint, daß sich diese „in der klassischen Übertragungs-Situation der Psychoanalyse (verkörperpt)“ (a. a. O., S. 34 f.) und daß sie sich in der „dem Psychotherapeuten wohlbekannten Gegenübertragung“ (a. a. O., S. 36) wiederfindet. Überdies siedelt er die bewußten Interaktionen auf einer „sozialen Ebene“, die unbewußten hingegen auf einer „psychologischen Ebene“ an.

Während Berne das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung gemeinsam mit der Annahme unbewußter psychischer Strukturen von Freud übernimmt und mit anderen Worten ver sieht, übernimmt er von Alfred Adler die Idee des Lebensplanes und gibt ihm den Namen „Script“. Dieses „Script“ entspricht einem „Lebensplan, der auf einer in der Kindheit getroffenen Entscheidung beruht, in dem man von den Eltern bestärkt wird, den nachfolgende Ereignisse rechtfertigen und dessen Höhepunkt eine scheinbar selbstgewählte Alternative bildet“ (Springer, 1994, S. 93).

Bernes „Terminologisierung“ hat wohl entscheidenden Anteil an der Ausbildung verschiedener Richtungen innerhalb der

Transaktionsanalyse. Unter diesen kann wohl nur die „Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse“ uneingeschränkt den tiefenpsychologischen Ansätzen zugerechnet werden, während sich andere Richtungen deutlich der Verhaltenstherapie oder der Gestalutherapie angenähert haben. Im „Unterschied zu den anderen Schulen der Transaktionsanalyse“ konzentriert sich denn auch die „Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse ... auf die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung und auf eine ausführliche, differenzierte phasenspezifische Skriptanalyse“, wobei sie in ihrer Interventionsmethodik u. a. „transaktionsanalytische und erlebnisgeschichtliche Deutungen“ verwendet (Springer, 1994, S. 97).

3.2.2 Psychodrama

Das Stegreiftheater, das Jacob Lewin Moreno gegen Ende des Ersten Weltkrieges in Wien gegründet hatte, wies zunächst zumindest zwei wesentliche Unterschiede zum normalen Theater auf: Es gab kein Textbuch, das die Schauspieler auswendig zu lernen hatten, und die Bühne war so angeordnet, daß die Zuschauer im Kreis um die Schauspieler herum saßen. Jeder der Zuschauer konnte durch spontane Initiative Mitspieler des kreativen Theaters werden. Diese ersten Versuche, Psychodynamik über künstlerischen Einsatz nutzbar zu machen, die zunächst auf Unverständnis und vehemente Kritik der Umwelt stießen, erweiterte Moreno später im Sinne eines therapeutischen Theaters auf Klienten. Moreno stand allerdings zunächst in ausdrücklichem Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse, vor allem durch die Ersetzung des verbalen Dialoges zwischen einem Therapeuten und einem Klienten durch den Einsatz von Bewegung, Mimik, Körpersprache und Gestik innerhalb einer Gemeinschaft von Therapeut und Klienten.

Nach dem Exodus Morenos nach New York, wo er in den 30er und 40er Jahren seine Psychodrama-Methode begründete, war zwischen 1925 und den 60er Jahren das Psychodrama im europäischen Raum kaum vertreten. In der Schweiz und in

Deutschland wurden dann Psychodrama-Institute gegründet, von denen wesentliche Anregungen ausgingen. Seit den 60er Jahren sind die Ideen Morenos auch in klinischen Bereichen aufgenommen worden.

Für das Verständnis der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Psychodrama ist Morenos Annahme bedeutsam, daß Menschen in ihrer Begegnung mit anderen Menschen stets Rollen einnehmen und diese gestalten. Bestimmte Beziehungserfahrungen können dazu führen, daß dieses „Leben in Rollen“ empfindlich belastet wird. Menschen können sich dann gedrängt fühlen, ein „stereotypes Rollenverhalten“ auszubilden, das insoferne zu „weiteren Interaktionsstörungen“ führt, als es dem einzelnen in der Folge unmöglich ist, sich auf die Andersartigkeit neuer Situationen einzustellen und diese „mit situationsadäquatem Handeln (d. h. in einer zur jeweiligen neuen Beziehung passenden Rolle) zu beantworten“ (Leutz, 1989, S. 352). Daraus erwachsen wiederum neue Belastungen, die zur Ausbildung von psychopathologischen Symptomen führen können.

Das Setting der Psychodramatherapie ist zumeist ein Gruppensetting und bietet dem einzelnen die Möglichkeit, aktuelle oder vergangene Lebenssituationen, Phantasien, Trauminhale etc. gemeinsam mit anderen in Szene zu setzen. Die „Semi-Realität der Bühne“ (Vater, 1994, S. 178), der Einsatz spezieller psychodramatischer Methoden und die Gestaltung spezieller Feedback- und Reflexionsphasen eröffnen dem einzelnen die Möglichkeit, unbewußt tradiertes Rollenerleben und Rollenverhalten aufzuspüren, in seiner Bedeutung zu verstehen, zu bearbeiten und neu zu gestalten. In diesem Zusammenhang wird mitunter explizit von der therapeutischen Bearbeitung unbewußter Übertragungs- und Wiederholungstendenzen gesprochen (z. B. Leutz, 1989). Doch gilt auch für das Psychodrama, daß nur bestimmte seiner (jüngeren) Traditionen der Tiefenpsychologie zugerechnet werden können (Plöger, 1984). Eine besondere Form der psychoanalytisch fundierten Psychodramaarbeit stellen die Ansätze

der „Psychodramatischen Gruppenanalyse“ dar, die in ihren Grundzügen in Frankreich entwickelt wurden (Ruhs, 1994).

3.3 Von der Beachtung des Leiblichen zu „körpertherapeutischen Methoden“

Während in der tiefenpsychologisch orientierten Arbeit mit dem Psychodrama davon ausgegangen wird, daß unbewußte psychische Strukturen in szenischen Darstellungen zum Ausdruck kommen und bearbeitet werden können, folgen andere Tiefenpsychologen verstärkt der Annahme, daß man zu unbewußtem Erleben und dessen Bearbeitung in besonderer Weise durch die Arbeit „an und mit dem Körper“ Zugang finden kann. In dieser Annahme gründen die körpertherapeutischen Methoden der Tiefenpsychologie.

Körpertherapeuten arbeitende Tiefenpsychologen knüpfen an weit zurückreichende Traditionen der Tiefenpsychologie an, die sich seit ihren Anfängen mit der Frage nach der engen, wechselseitigen Verschränkung zwischen Körperlichem und Psychischem befaßt hat. Von anderen Psychotherapeuten unterscheiden sie sich aber dadurch, daß sie in der Arbeit mit Patienten und Patientinnen Interventionen setzen, die sich durch unmittelbaren Körperkontakt beziehungsweise durch die unmittelbare Herbeiführung bestimmter körperlicher Zustände, bestimmter körperlicher Lagen oder bestimmter Bewegungen auszeichnen. Als „Vater körperorientierter Psychotherapie“ gilt im allgemeinen Wilhelm Reich (Wirth, 1994a, S. 262). Er griff eine Idee aus den Frühschriften Freuds auf, welche besagte, daß bestimmte Neurosen in der Stauung von libidinöser Energie wurzeln. Im Anschluß daran entwickelte er seine Theorien über das Fließen und über die Stauung von biologischer Energie und über die damit zusammenhängende Ausbildung von bestimmten Symptomen und Charakterstrukturen. Für die weitere Entwicklung der körpertherapeutischen Methoden ist bedeutsam, daß der Körper dabei nicht als ein Ort

außerhalb des Psychiatrischen begriffen wird, der entweder für sich gesehen erkranken kann und dann einer organmedizinischen Behandlung im konventionellen Sinn bedarf, oder aber einen Lebensbereich abgibt, an dem Psychiatrisches lediglich zum Ausdruck kommt. Für Reich sind „Körper und Seele“ vielmehr „funktionell ident“ (Stumm & Wirth, 1994, S. 259). Ähnlich wie beim Henne-Ei-Problem ist es dann nicht mehr möglich (und auch nicht mehr sinnvoll), die müßige Frage zu klären, ob sich beispielsweise zuerst Muskelverspannungen und dann Einengung der Erlebnisfähigkeit einstellen oder umgekehrt; denn Muskelverspannungen, Körper(fehl)haltungen oder Atemverflachung sind ebenso wie Einschränkungen der psychischen Erlebens- und Kontaktfähigkeit gleichrangige und gleichwertige Erscheinungsformen von Konflikten und ungelösten Problemen. Aus dieser Sicht ist es dann auch möglich, sich im psychotherapeutischen Prozeß an den Körper zu wenden, um über die Arbeit an Muskelverspannungen, über tiefes Atmen oder über den Vollzug bestimmter Bewegungen Psychiatrisches spürbar zu machen oder auf Psychiatrisches unmittelbar einzuwirken. Mit welchen weiteren Grundannahmen in diesem Zusammenhang gearbeitet wird, welche Methoden zum Einsatz kommen und welche Einflußnahme auf das Psychiatrische intendiert wird, unterscheidet dann die einzelnen körpertherapeutischen Ansätze voneinander.

3.3.1 Bioenergetik

Unter jenen Körpertherapieverfahren, die auf das Verstehen von unbewußten psychischen Strukturen und deren Bearbeitung ausgerichtet sind, hat vor allem die Analytische Bioenergetik weite Verbreitung gefunden.

Als Begründer der Analytischen Bioenergetik gelten vor allem John Pierrakos und William Walling sowie Alexander Lowen, der die Bioenergetische Analyse als „eine Erweiterung und Systematisierung der von Reich entwickelten Seele-Körperkonzeptionen“ begreift (Lowen, 1977, S. 51).

Lowen arbeitet nach Wirth (1994b, S. 276) mit „zwei Arten von Körpertechniken“: mit Techniken, in denen es zu unmittelbarem Körperkontakt kommt, sowie mit „Übungen“, die der Therapeut initiiert und die auf das Atmen, auf Schreien oder auf das „grounding“ bezogen sind, ein v. a. in der Art des „Stehens auf der Erde“ sich offenbartes Verhältnis des Klienten zu seiner Umwelt auf mehreren Ebenen (Lowen, 1977, S. 55). Durch den Einsatz solcher „Körpertechniken“ entstehen Gefühle und Empfindungen beim Patienten, die analytisch bearbeitet werden. Das Ziel dieser Arbeit ist die Bewußtmachung von Ver- spannungen, die Erhellung der Geschichte dieser Blockierungen sowie die „Lösung der blockierten Impulse durch ‚geeignete Bewegungen‘“ (Wirth, 1994b, S. 276).

3.3.2 Andere körperorientierte Ansätze der Tiefenpsychologie
 Ein Blick in die zeitgenössische Fachliteratur zeigt, daß körperorientierte Verfahren in der Psychotherapie „in“ sind. So manche Körpertherapeuten erwecken auch den Eindruck, nach tiefenpsychologischen Gesichtspunkten zu arbeiten, ihre Rückbindung an differenzierte tiefenpsychologische Theoriebildungen bleibt aber oft fraglich (Petzold, 1977). Innerhalb des Gesamtrahmens von Tiefenpsychologie wollen wir aber jedenfalls die Konzentратiven Bewegungstherapie im Anschluß an Helmuth Stolze (Becker, 1981; Hochgerner, 1984) sowie die von Marianne Fuchs begründete Methode der Funktionellen Entspannung (Schmid-Berkä, 1994) ansiedeln, beides Ansätze, die außerhalb der Reichianischen Tradition stehen.

Lowen arbeitet nach Wirth (1994b, S. 276) mit „zwei Arten von Körpertechniken“: mit Techniken, in denen es zu unmittelbarem Körperkontakt kommt, sowie mit „Übungen“, die der Therapeut initiiert und die auf das Atmen, auf Schreien oder auf

das „grounding“ bezogen sind, ein v. a. in der Art des „Stehens auf der Erde“ sich offenbartes Verhältnis des Klienten zu seiner Umwelt auf mehreren Ebenen (Lowen, 1977, S. 55). Durch den Einsatz solcher „Körpertechniken“ entstehen Gefühle und Empfindungen beim Patienten, die analytisch bearbeitet werden. Das Ziel dieser Arbeit ist die Bewußtmachung von Ver- spannungen, die Erhellung der Geschichte dieser Blockierungen sowie die „Lösung der blockierten Impulse durch ‚geeignete Bewegungen‘“ (Wirth, 1994b, S. 276).

3.4.1 Daseinsanalyse

Die von Binswanger 1931 so benannte „Daseinsanalyse“, deren bekanntester Vertreter wohl Medard Boss ist, war von ihren Anfängen an vom Denken Edmund Husserls und Martin Heideggers geprägt. Es überrascht daher nicht, wenn in daseinsanalytischen Theorien grundsätzliche Überlegungen zur Frage der Erkenntnisfähigkeit des Menschen und zum Verhältnis von Wirklichkeit und Wissen über diese Wirklichkeit angestellt werden. Die phänomenologische Auseinandersetzung mit solchen erkenntnistheoretischen Überlegungen sind für Daseinsanalytiker unverzichtbar und dermaßen fundamental, daß manche Daseinsanalytiker „an die Stelle des Begriffs der ‚Psyche‘ ... den von Heidegger geprägten Terminus ‚Dasein‘“ setzen (Vetter & Förster, 1994, S. 193). Dies begründet ein entsprechend kritisches Verhältnis zu Freuds Theorien.

So heißt es denn auch bei Condrau (1974, S. 218 f.): „Das daseinsanalytische Krankheitsverständnis verzichtet auf eine spekulativen Begriffsbestimmung der Neurosen – etwa als Störung des Instinkt-, Trieb- und Affektlebens –, wie sie auch das wirkliche Vorhandensein von Trieben oder Instinkten in Frage stellt oder die Affekte als bloße Abstraktionsgebilde entlarvt. ... Auch die von der naturwissenschaftlichen Psychologie vorgenommene Zersplitterung menschlichen Daseins in eine Psyche, einen Körper und eine Außenwelt entpuppt sich bei näherer Betrachtung als willkürliche gedankliche Konstruktion. Aus diesem Grunde müssen auch Begriffe wie jene der Libido, der Regression, des psychodynamischen Verstehens neu bedacht oder überflüssig werden. Ähnlich ergeht es der psychoanalytischen Hypothese des ‚Unbewußten‘ innerhalb des psychischen Apparates. Freud räumte ohne weiteres ein, daß das Unbewußte empirisch nicht faßbar sei, und bezeichnete es als einen ‚meta-

3.4 An den Grenzen der Tiefenpsychologie: Phänomenologisch orientierte Ansätze
 Zu jenen psychotherapeutischen Ansätzen, die in manchen, keineswegs aber in allen Lehrbüchern der Tiefenpsychologie zugezählt werden, zählen jene Ansätze, die eine große Nähe zur

psychologischen“ Begriff; trotzdem wird es von der Tiefenpsychologie gebraucht, als ob es eine empirisch faßbare Wirklichkeit darstelle. Zeigen sich jedoch Mitmenschen und Dinge im bedeutungserstellenden Lichte unseres Daseins als das, was sie sind, so wird auch die Annahme eines „Unbewußten“ überflüssig.“

Diese Worte des derzeitigen Präsidenten der Internationalen Vereinigung für Daseinsanalyse machen deutlich, daß in daseinsanalytischen Theoriebildungen bestimmte Grundannahmen nicht geteilt werden, die aus unserer Sicht für tiefenpsychologisches Denken konstitutiv sind. Daseinsanalyse möchten wir deshalb nicht der Tiefenpsychologie zurechnen, auch wenn die daseinsanalytische Therapie „im Liegen auf der Couch mit mehreren Sitzungen pro Woche“ erfolgt und schon alleine vom Setting her an Psychoanalyse erinnert (Vetter & Förster, 1994, S. 195). In diesem Sinn wird sie zwar von Schlegel (1975), nicht aber von Stumm und Wirth (1994) den tiefenpsychologischen Schulen und Methoden zugerechnet.

3.4.2 Logotherapie und Existenzanalyse

Auch in der Logotherapie und Existenzanalyse, die Viktor Frankl, ein ehemaliger Schüler Alfred Adlers, in den 30er Jahren in den USA begründet hat, kommt der Annahme eines ubiquitären Unbewußten sowie der Annahme unbewußter psychischer Strukturen bloß nebengeordnete Bedeutung zu. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt vielmehr das Verlangen nach der sinnvollen Gestaltung des eigenen Lebens im Bezug zur Welt (Frankl, 1994). In der Existenzanalyse geht es denn auch um die „Analyse“ – besser „Erhellung, Klärung“ – der Lebensumstände auf lebenswerte Möglichkeiten hin; während in der Logotherapie „konkreter Beistand in der Sinnfindung und Sinnrealisierung“ geleistet wird. Dabei kommt es zwar auch zur „Analyse und Aufarbeitung nicht bewältigter Widerfahrnisse“ im Zuge des Einsatzes biographischer Methoden (Längle, 1994, S. 188), doch muß man nicht die Annahme der „Existenz“ eines dyna-

mischen Unbewußten sowie der „Existenz“ unbewußter psychischer Strukturen im oben skizzierten Sinn teilen, wenn man als Logotherapeut und Existenzanalytiker psychotherapeutisch arbeiten möchte.

3.5 Jenseits der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Einzelnen

Unsere bisheriige Darstellung könnte über weite Strecken den Eindruck vermitteln, daß tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten nur mit einzelnen Patienten arbeiten. Dieser Eindruck wäre jedenfalls falsch; denn im nahezu allen tiefenpsychologischen Schulen haben sich Formen der Arbeit mit Paaren, Formen der begleitenden Arbeit mit den Angehörigen bestimmter Patienten, Formen der Arbeit mit Familien oder Formen der Arbeit mit Gruppen etabliert. Als eigenständige tiefenpsychologische Ansätze wird man allerdings nur einige Formen der Gruppentherapie begreifen können.

3.5.1 Gruppenanalyse

Lange bevor Moreno 1932 den Begriff „Gruppenpsychotherapie“ und Slavson 1934 den Begriff „group psychotherapy“ in die Fachwelt einführten, hatten Therapeuten in verschiedenen Bereichen damit begonnen, Patienten in Gruppen zu behandeln. Ein Jahrzehnt vor dem Erscheinen der Schrift „Massenpsychologie und Ich-Analyse“, in der Sigmund Freud (1921c) Überlegungen zu einer Theorie der Gruppe anstelle, spielte Moreno in Wien mit Kindergruppen Stegreiftheater und bildete mit sozial Randsändigen Diskussionsgruppen mit therapeutischen Zielsetzungen. Zwischen 1920 und 1950 beginnen Therapeuten in verschiedenen Ländern und Arbeitsbereichen gruppentherapeutisch tätig zu werden, unter ihnen finden sich berühmte Namen wie Siegfried Bernfeld, Paul Schilder, S. R. Slavson, S. H. Foukes (der erstmals den Namen „group-analytic psychotherapy“

verwendet), W. R. Bion, Fritz Redl, August Aichhorn, S. Lebovici, Michael Balint u. a. m. Sie alle teilen die Vorstellung, daß unbewußte Wünsche, Ängste, Phantasien, Erinnerungen, Abwehraktivitäten etc. einzelner Individuen aktiviert werden, wenn diese Individuen innerhalb eines Gruppensettings zusammenkommen. Diese unbewußten Wünsche, Ängste, Phantasien, Abwehraktivitäten etc. kommen in der Art, in der die einzelnen Gruppenmitglieder dann einander sowie dem Gruppenleiter begegnen, zum Ausdruck und können so verstanden und bearbeitet werden, daß davon jedes einzelne Gruppenmitglied therapeutisch profitiert. Freilich führt das Zusammenkommen von mehreren Personen zur Entfaltung von Phänomenen, die sich von jenen unterscheiden, die man in Einzeltherapien ausmachen kann; doch ändert dies nichts an dem Umstand, daß im Gruppensetting jede Person „mit ihrer Psyche“ an der Hervorbringung des Gruppenprozesses beteiligt ist und folglich aus der Entfaltung und Bearbeitung des Gruppenprozesses Anstöße für hilfreiche Entwicklungsschritte gewinnen kann.

Um zu illustrieren, wie ein Gruppenanalytiker bestimmte Gruppenprozesse zu verstehen und zu deuten versucht, möchten wir ein Beispiel aus Bions (1961, S. 107 f.) Buch „Erfahrungen in Gruppen“ zitieren:

„Diesmal hätte man annehmen können, daß sie ... sich ganz darauf verließen, ich würde ihre Schwierigkeiten in Ordnung bringen, während sie sich damit begnügen, einzeln Fragen zu stellen, auf die ich Antworten liefern sollte ... Ein Mann mit philosophischem Examen, der den anderen in früheren Sitzungen gesagt hatte, er glaube nicht an Gott ..., saß schweigend da, wie er es oft tat, bis eine der Frauen mit leichter Schärfe bemerkte, er habe gar keine Fragen gestellt. Er entgegnete: Ich brauche gar nicht zu reden, denn ich weiß, wenn ich nur lange genug herkomme, werden alle meine Fragen beantwortet werden, ohne daß ich etwas dazu tun brauche.“ Darauf sagte ich, ich sei zu so etwas wie einer Gruppengottheit geworden; die

Fragen seien an mich gerichtet, weil man voraussetze, ich wisse die Antworten, ohne mich anstrengen zu müssen; ... Als ich zu meiner Deutung ansetzte, war ich nicht nur von ihrer Richtigkeit überzeugt, sondern hatte keine Zweifel, daß ich auch die andern überzeugen könnte, indem ich ihnen die Masse des Materials vorlegte. Kaum hatte ich ausgeredet, als ich das Gefühl hatte, irgendeinen Schnitzer begangen zu haben. Von allen Seiten kamen leere Blicke; das Beweismaterial war verschwunden ... Bei mir begann sich das Empfinden zu verfestigen, im Kreise tiefgläubiger Menschen eine Gotteslästerung begangen zu haben ... Ich deutete weiter, daß ich nun ein sehr schlechter Mensch geworden sei, der an der Gruppengottheit zweifle, daß darauf aber ein Anstieg der Angst- und Schuldgefühle gefolgt sei, da die Gruppe es unterlassen habe, sich von der Gruppengottheit zu distanzieren.“

Der tiefenpsychologische Zugang ist deutlich erkennbar: Der Gruppentherapeut beobachtet ein Geschehen, dessen latente Bedeutung er „hinter“ dem Beobachtbaren sucht. Er deutet den unbewußten Wunsch der Gruppe, vom Leiter versorgt zu werden, was auf die Grundannahme eines dynamischen Unbewußten verweist. Überdies werden die Gefühle des Therapeuten für das Verstehen unbewußter Gruppenwünsche und Gruppenphantasien genutzt. Daß sich Bion der Gruppe gegenüber deu-tend so verhält, als würde er einer Einzelperson gegenüberstehen, ist für ihn charakteristisch und unterscheidet sein Gruppenanalysekonzept von anderen. Eine Übersicht über diese Konzepte finden sich bei Finger-Trescher (1991) sowie bei Ruhs und Shaked (1994).

3.5.2 Dynamische Gruppenpsychotherapie

Im Grenzbereich der tiefenpsychologischen Ansätze ist der Ansatz der Dynamischen Gruppenpsychotherapie angesiedelt, der den Gruppenansatz von Roul Schindler (1994) mit anderen Ansätzen wie jenem von Kurt Lewin verbindet. Eine knappe Darstellung dieses Ansatzes findet sich bei Schindler (1994).

4. Ein abschließender Hinweis

Es würde zu weit führen, wenn wir an dieser Stelle zu jedem tiefenpsychologischen Ansatz, den wir auf den letzten Seiten vorgestellt haben, weiterführende Literatur angeben wollten. Statt dessen möchten wir abschließend darauf hinweisen, daß der Zulauf, den neue therapeutische Methoden immer wieder finden, häufig im Wunsch wurzelt, Psychotherapeuten mögen doch Settings und Methoden kreieren, die möglichst schnell zu einer massiven Linderung von unbewußten Ängsten und Abwehraktivitäten führen. Davon, so wird mitunter argumentiert, würden Patienten und Patientinnen nur profitieren, denn sie würden dann viel leichter und schneller zu „ihrem Unbewußten“ Zugang finden. – So verständlich dieser Wunsch ist, so deutlich wollen wir betonen: Jeder Versuch, unbewußte Ängste und Abwehrhaltungen innerhalb der therapeutischen Situation möglichst schnell und umfassend zu mildern, zu unterlaufen oder zu umgehen, nimmt Patienten und Patientinnen auch die Möglichkeit, diese Ängste und Abwehraktivitäten aufzuspüren, kennenzulernen und zu analysieren. Dies kann dazu führen, daß diese unbewußten Ängste und Abwehraktivitäten unbearbeitet bleiben und daß eine anhaltende Verbesserung der Lebenssituation von Patienten somit verhindert wird. – Wie differenziert zur Zeit die Frage des „Unterlaufens oder Analysierens von Abwehr“ innerhalb der Tiefenpsychologie verhandelt wird, läßt sich am deutlichsten an den aktuellen Diskussionen zwischen Körpertherapeuten und Psychoanalytikern ausmachen. Exemplarisch verweisen wir auf die Auseinandersetzung zwischen Lehmkuhl (1992), Heisterkamp (1992) und Hilgers (1995).

- Literatur**
- Beaumont, H. (1987). Neurose oder Charakterstörung – Fehldiagnosen in der Gestaltherapie. Münchner Gestalttag, 87.
- Beck, A. T. (1976). Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. München: Pfeiffer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1981). Kognitive Therapie der Depression. München: Urban & Schwarzenberg.
- Beck, A. T., Freeman, A. et al. (1993). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Becker, H. (1981). Konzentriative Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozeß. Stuttgart: Georg Thieme.
- Beling, J. (1980). Zum Kontext der Innovation durch Gestalttherapie. *Gestalt Theory*, 3 (4), 241–254.
- Bender, W., Braunisch, N., Kunkel, G. (1991). Psychodrama mit Psychosepatienten. 114–119.
- Berg, I. K. (1989). Familien – Zusammenhalt(en). Modernes lernen, Dortmund.
- Bernheim, H. (1886). Die Suggestion und ihre Heilwirkung. Hier zit. nach der deutschen Übersetzung von Sigmund Freud. Leipzig-Wien: Deuticke 1888.
- BGBI. 361/1990. Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz).
- BGBI. 602/1995. Verordnung des Bundesministers für wirtschaftliche Angelegenheiten über den Befähigungsnachweis für das Gewerbe der Lebens- und Sozialberater ausgegeben am 5. September 1995.
- Biemann-Ratjen, E.-M. (1993a). Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert et al. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung (S. 77–88). Köln: GwG-Verlag.
- Biemann-Ratjen, E.-M. (1993b). Die Psychogenese der Neurosen. In J. Eckert et al. (Hrsg.). Die Entwicklung der Person und ihre Störung (S. 99–108). Köln: GwG-Verlag.
- Biemann-Ratjen, E.-M. (1996). On the Way to a Client-centred Psychotherapy. In R. Hutterer et al. (Eds.). Client-centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Peter Lang Verlag (in Vorbereitung).
- Bindler, H., Binder, K. (1994). Der gestalttherapeutische Ansatz in der Therapie psychotischer Störungen. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.). Psychotherapie mit psychotischen Menschen (S. 211–228). Wien-New York: Springer.
- Bindler, H., Weidinger, H. P. (1994). Autogenes Training Basis-Psychotherapeutikum. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bindler, U. (1994). Klientenzentrierte Psychotherapie mit Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein systemimmanentes, störungsspezifisches Verstehens- und Handlungskonzept. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.). Psychotherapie mit psychotischen Menschen (S. 185–210). Wien-New York: Springer.
- Abraham, K. (1971). Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und andere Schriften. Frankfurt.
- Adler, A. (1907) (1977). Studie über Minderwertigkeit von Organen. Frankfurt: Fischer.
- Adler, A. (1912) (1977). Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Frankfurt: Fischer.
- Ahlers, C. (1994a). Das Selbst und die systemische Therapie. Systeme, 8–2), 19–36.
- Ahlers, C. (1994b). Möglichkeiten und Grenzen narrativer Hermeneutik: Dargestellung einer Kontroverse. *Z. System. Ther.*, 12 (2), 97–105.
- Ahlers, C., Hinsch, J., Rossler, E., Wagner, H., Wolf, F. (1991). Erfahrungen mit de Shazzers kurztherapeutischem Konzept in Österreich: Bericht aus der zweijährigen Zusammendarbeit eines Teams. In L. Reiter, C. Ahlers (Hrsg.) Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß (S. 136–153). Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer.
- Allport, G. W. (1937). Personality: A psychological Interpretation. New York: Holt.
- Anderson, H., Goolishian, H., Winderman, I. (1986). Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5, 1–14.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1990). Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Fam. Dynamik*, 15 (3), 212–243.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1992a). Therapie als ein System in Sprache: Geschichten erzählen und Nicht-Wissen in Therapien. Systeme, 6–1), 15–21.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1992b). Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. *Z. System. Ther.*, 10 (3), 176–189.
- Augustinus (Conf.). (1958). Confessiones (Bekenntnisse). Hier zit. nach der Ausgabe bei Diederichs Düsseldorf u. a.
- Axline, V. M. (1971). Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Reinhardt.
- Balint, M. (1966). Die Uniformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern-Stuttgart.
- Bandura, A. (1976). Lernen am Modell. Stuttgart: Klett.
- Bandura, A. (1979). Sozial kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett.
- Bateson, G. (1981). Ökologie des Geistes. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bateson, G., Bateson, M. C. (1988). Angels Fear: An Investigation into the Nature and the Meaning of the Sacred. London-Melbourne: Rider.

- Bion, W. R. (1961). Erfahrungen in Gruppen. Frankfurt: Fischer.
- Blanck, G., Blanck, R. (1974). Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart.
- Blanck, G., Blanck, R. (1979). Ich-Psychologie II. Stuttgart.
- Bleuler, E. (1910). Die Psychoanalyse Freuds. Verteidigung und kritische Anmerkungen. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, 2, 623–730.
- Bilos, P. (1973). Adoleszenz. Stuttgart.
- Bogyi, G. (1994). Kinderpsychotherapie. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.), S. 320–326.
- Bööcs, E. (1994). Hypnose und Hypnosetherapie. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.), S. 198–206.
- Boorstein, S. (1988). (Hrsg.). Transpersonale Psychotherapie. Bern: Scherz.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1981). Unsichtbare Bindungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brandl-Nebelhay, A. (1995). Die therapeutische Beziehung in der systemischen Therapie. Psychotherapie Forum, 3 (3).
- Brandl-Nebelhay, A., Russinger, U. (1995). Systemische Ansätze im Jugendamt – Pfade zwischen Beratung, Hilfe und Kontrolle. Z. System. Ther., 13, 90–104.
- Brenner, Ch. (1972). Grundzüge der Psychoanalyse. Frankfurt/Main: Fischer.
- Breuer, J. (1895). Fr. Anna O. In J. Breuer, S. Freud (1895), S. 20–40.
- Breuer, J., Freud, S. (1893). Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mittheilung. Neurologisches Centralblatt, 12, 4–10, 43–47. Hier zit. nach dem Wiederabdruck in J. Breuer, S. Freud (1895), S. 7–19.
- Breuer, J., Freud, S. (1895). (1970). Studien über Hysterie. Hier zit. nach der Paperbackausgabe Frankfurt am Main: Fischer.
- Bruder-Bezzel, A. (1991). Die Geschichte der Individualpsychologie. Frankfurt: Fischer.
- Brunner, R., Titze, M. (1995). (Hrsg.). Wörterbuch der Individualpsychologie. 2., völlig überarbeitete Auflage. München: Reinhardt.
- Buber, M. (1979). Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Bucherholz, M. B. (1990). Die unbewußte Familie. Berlin-Heidelberg: New York-Tokyo: Springer.
- Buer, F. (1988). Soziale Netze, selbstaktive Felder: Sozialökologie & Co. Neue Praxis, 2, 95–110.
- Buer, F. (1989). Die Philosophie des J. L. Moreno – die Grundlage des Psychodrama. Integrative Therapie, 2, 121–140.
- Buer, F. (1992). Der Prozeß menschlichen Lebens zwischen Kreation und Konservierung. Über Gesundheit und Krankheit aus psychodramatischer Sicht. In A. Pritz & H. Petzold (Hrsg.). Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie (S. 253–282). Vergleichende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Bugental, J. F. (1964). The third force in psychology. Journal of Humanistic Psychology, 4 (19), 19–26.
- Bühler, C., Allen, M. (1974). Einführung in die humanistische Psychologie. Stuttgart: Klett.
- Büntrig, A. (1977). Gestalttherapie in Gruppen. In A. Heigl-Evers (Hrsg.). Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts. Sozialpsychologie. Bd. 2: Gruppendynamik und Gruppentherapie. (S. 884–890). Weinheim-Basel: Beltz.
- Büntrig, W. E. (1977). Die Gestalttherapie Fritz Perls'. In D. Eicke (Hrsg.). Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts. Tiefenpsychologie. Bd. 4: Individualpsychologie und Analytische Psychologie (S. 534–556). Weinheim-Basel: Beltz.
- Casper, F. M., Grawe, K. (1981). Widerstand in der Verhaltenstherapie. In H. Petzold (Hrsg.). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutsche Beziehung (S. 349–385). Paderborn: Junfermann.
- Cattell, R. B. (1979). Personality and learning theory. New York: Springer.
- Cecchin, G. (1988). Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. Fam. Dynamik, 13 (3), 191–203.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1992). Vom strategischen Vorgehen zur Nicht-Intervention. Für mehr Eigenständigkeit in der Systemischen Praxis. Fam. Dynamik, 17 (1), 3–18.
- Charcot, J. M. (1886). Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie. Wien: Toepitz & Deuticke.
- Cierpka, M. (1989). Das Problem der Spezifität in der Familientherapie. System Familie, 2, 197–216.
- Cohn, R. (1979). Drei Modelle der Gruppentherapie: Psychoanalyse, Erlebnis- und Gestalttherapie. In J. Fagan, I. Sheperd (Hrsg.). Gestalt Therapy Now. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Combs, A. W. (1989). A Theory of Therapy. Guidelines for Counseling Practice. Newbury Park: Sage.
- Combs, A. W., Richards, A. C., Richards, F. (1976). Perceptual Psychology. A Humanistic Approach to the Study of the Persons. New York: Harper and Row.
- Condrau, G. (1989). Einführung in die Psychotherapie. Geschichte, Schulen, Methoden, Praxis. Ein Lehrbuch. Frankfurt: Fischer.
- Condrau, J. (1974). Einführung in die Psychotherapie. München: Kindler.
- Cooley, C. (1902). Human nature and the social order. New York: Scribner.
- Dahmer, H. (1973). Libido und Gesellschaft. Frankfurt.
- Datler, W. (1995). Bilden und Heilen. Auf dem Weg zu einer pädagogischen Theorie psychoanalytischer Praxis. Mainz: M. Grünewald.
- Datler, W., Reinelt, T. (1988). (Hrsg.). Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. Berlin: Springer.

- Datler, W., Stumm, G. (1994). Individualpsychologie. In G. Stumm, B. Wirth (Hrsg.). (S. 66–77).
- De Shazer, S. (1988a). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeithandtherapie. Heidelberg: Carl Auer.
- De Shazer, S. (1988b). Therapie als System. Eine Theorie. In L. Reiter, E. J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.). In L. Reiter, C. Ahlers (Hrsg.). Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß (S. 217–230). Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, Munally, E., Molnar, A., Wallace, G., Weiner-Davis, M. (1986). Kurztherapie – Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. Fam. Dynamik, 11, 182–205.
- Dech-Bender, K. (1991). Psychodrama in einer Paargruppe. In M. Vorgewig, T. Alberg (Hrsg.). Psychodrama (S. 92–100). Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Dieckmann, H. (1989). Fruchtbarmachung von Mythen für Beziehung und Deutung im therapeutischen Prozeß. In T. Reinelt, W. Datler (Hrsg.). (S. 114–128).
- Dreitzel, H. P. (1983). Peinliche Situationen. In M. Baethge, W. Fäßbach (Hrsg.). Soziologie: Entdeckungen im Alltäglichen. Campus-Verlag.
- Dreitzel, H. P. (1985). Sozialpolitische Aspekte der Gestalttherapie. In: Integrative Therapie. Beiheft 10. H. Perzold, C. J. Schmidt. Gestalttherapie. Wege und Horizonte. Paderborn: Junfermann.
- Eagle, M. N. (1988). Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse. Eine kritische Würdigung. München-Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. (1985). Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse, Effekte, Vergleiche. Springer.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. (1986). Überlegungen und Erfahrungen bei der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung in Gruppen von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Z. Personenzentrierte Psychol. Psychother., 5, 47–54.
- Eckert, J., Griep, G., Wuchner, M. (1990). Behandlungsziele und -ergebnisse bei Borderlinepatienten. In G. Meyer-Dording, G.-W. Speierer (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute (S. 199–215). Köln: GwG-Verlag.
- Eckert, J., Wuchner, M. (1996). Long-Term Development of Borderline Personality Disorder. In R. Hutterer et al. (1996). Client-centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Peter Lang Verlag (in Vorbereitung).
- Ehrenfels, Chr. v. (1890). Über Gestaltqualitäten. Vijschr. wissenschaftl. Philosophie, 14.
- Ellenberger, H. E. (1973). (1985). Die Entdeckung des Unbewußten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung. Zürich: Diogenes.
- Erdheim, M. (1989). Die Psychoanalyse und das Unbewußte in der Kultur. Frankfurt.
- Erikson, E. H. (1950). Kindheit und Gesellschaft. Hier zit. nach der deutschen Übersetzung. Stuttgart: Klett, 1976.
- Erler, W. (1994). Psychotherapie: zwischen Anpassung, Heilung und Emanzipation. Wien: Verlag für Gesellschaftskritik.
- Eysenck, H. (1952). The Effects of Psychotherapy: an Evaluation. Journal of Consulting Psychology, 16, 319–324.
- Eysenck, H. J., Grossarth-Maticek, R. (1991). Creative Novation Behaviour Therapy as a prophylactic treatment for Cancer and Coronary Heart Disease. Part II: Effects of Treatment. Behav. Res. & Therapy, 29 (1), 17–31.
- Falloon, I. R. H., Jeffrey, L., Boyd, L., McGill, Ch. W. (1984). (Eds.). Family Care of Schizophrenia. New York-London: The Guilford Press.
- Farau, A., Cohn, R. (1984). Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fenichel, O. (1974). Psychoanalytische Neurosenlehre I(III). Olten-Freiburg.
- Finger-Trescher, U. (1991). Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenanalyse. Stuttgart: frommann-holzboog.
- Foesterling, F. (1986). Attributionstheorie in der Klinischen Psychologie. München: Psychologie Verlags-Union.
- Frank, J. (1972). (1981). Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart: Greif.
- Frankl, V. E. (1985). On logotherapy and existential analysis. American Journal of Psychoanalysis, 18, 28–37.
- Frankl, V. E. (1994). Logotherapy und Existenzanalyse. München: Quintessenz.
- Freud, A. (1936). (1959). Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler.
- Freud, S. (1886). Bericht über meine mit Universitäts-Jubiläums-Stipendium unternommene Studienreise nach Paris und Berlin (Oktober 1885–Ende März 1886). In Sigmund Freud: Gesammelte Werke. Nachtragsband. Frankfurt am Main: Fischer (1987). S. 31–44.
- Freud, S. (1895). Beiträge in J. Breuer, S. Freud (1895). S. 40–148, S. 204–246.
- Freud, S. (1904). (1975). Die Deutsche psychoanalytische Methode. Gesammelte Werke. Schriften zur Behandlungstechnik (S. 99–106). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1921). Massenpsychologie und Ich-Analyse. In Sigmund Freud Studienausgabe, Bd. IX (S. 61–134). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. In Sigmund Freud Studienausgabe, Bd. III (S. 273–330). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1926). Hemmung, Symptom und Angst. Frankfurt/Main: Fischer.
- Freud, S. (1952–1968). Ges. Werke in 18 Bänden. London-Frankfurt.

- Freud, S. (1978). Totem und Tabu (Ges. Werke, Bd. 9). Frankfurt/M.: Fischer.
- Friedlaender, S. (1907). Psychologie (Die Lehre von der Seele). Berlin: Hillger.
- Friedlaender, S. (1908). Friedrich Nietzsche. Eine Intellektuelle Biographie. Berlin: Göschen.
- Friedlaender, S. (1918). Die schöpferische Indifferenz. München: Reinhardt. München.
- Frischenschlager, O. (1994). (Hrsg.). Wien, wo sonst? Die Entstehung der Psychoanalyse und ihrer Schulen. Wien: Böhlaus.
- Frischenschlager, O., Brummel, B., Russinger, U. (1992). Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker – Eine methodenkritische Literaturübersicht (Stand Dezember 1990). Psychother. Psychosom. med. Psych., 42, 206–213.
- Frühmann, R. (1986). Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit. Bd. II. Paderborn: Junfermann.
- Frühmann, R. (1986). Das mehrperspektivische Gruppenmodell im „Integrativen Ansatz“ der Gestaltherapie. In H. Petzold, R. Frühmann, R. (Hrsg.). Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit. Bd. I. Paderborn: Junfermann.
- Gay, P., Freud, A. (1989). Eine Biographie für unsere Zeit. Frankfurt. In D.A. Wexler, L. N. Rice (Eds.). Innovations in client-centered therapy. New York.
- Gendlin, E. T. (1981). Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Salzburg: Otto Müller.
- Gerber, G. (1989). Beziehung und Deutung im katachymen Bilderleben. In T. Reinelt, W. Datler (1989). (Hrsg.). S. 332–349.
- Gerber, G., Sedlak, F. (1990). Autogenes Training mehr als Entspannung. München-Basel: Ernst Reinhardt.
- Goldstein, K. (1939). The Organism. New York: American Book.
- Gollwitzer, P. M. (1986). Striving for Specific Identities: The Social Reality of Self-Symbolizing. In R. F. Baumeister (Ed.) Public Self and Private Self. Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer.
- Goolishian, H., Anderson, H. (1988). Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit Ihnen arbeiten. In L. Reiter, E. J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.). Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß (S.189–216). Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer.
- Goolishian, H., Anderson, H. (1992). Narrative and Self: Some Postmodern Dilemmas of Psychotherapy. Paper presented in Buenos Aires, October 1992.
- Grawe, K., Dziewas, H., Wedl, S. (1980). Interaktionelle Problemlösegruppen ein verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept. In K. Grawe (Hrsg.). Verhaltenstherapie in Gruppen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Görlingen-Bern: Hogrefe.
- Greenson, R. (1973). Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart.
- Grossarth-Maticek, R. (1990). Die Bedeutung der Verhaltensmuster in der Entstehung und Prognose von Krebskrankungen. In K. F. Klippen (Hrsg.). Kongressband vom IX. Stuttgarter Immuntherapie-Symposium. Stuttgart.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J. (1991). Creative Novation Behaviour Therapy as a prophylactic treatment for Cancer and Coronary Heart Disease. Part I: Description of Treatment Behav. Res. Ther., 29 (1), 1–16.
- Gunttern, G. (1982). (Hrsg.). Die Welt, ein schwingendes Gewebe. 2. Internationales ISO-Symposium. ISO, Brig.
- Haley, J. (1977). Direktive Familientherapie. München: Pfeiffer.
- Haley, J. (1981). Ablösungsprobleme Jugendlicher. München: Pfeiffer.
- Hand, I. (1993). Expositionsbehandlung. In Linden & Hautzinger (Hrsg.). Verhaltenstherapie. Berlin: Springer.
- Handlbauer, B. (1990). Die Adler-Freud-Kontroverse. Frankfurt: Fischer.
- Hanika, C. (1992). Psychotherapie mit psychotischen Menschen. In R. Krisch, M. Ulbing (Hrsg.). Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestaltherapie (S. 163–193). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Hartmann-Kottke, L. (1994). Achtsame Liebe – zentrierende Struktur. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.). Psychotherapie mit psychotischen Menschen (S. 517–526). Wien-New York: Springer.
- Hebb, D. O. (1951). The role of neurological ideas in psychology. Journal of Personality, 20, 39–55.
- Heinl, H., Petzold, H. (1980). Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention. Integrative Therapie, 1.
- Heinl, H., Petzold, H. (1985). Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention in der Behandlung von Störungen aus der Arbeitswelt. In H. Petzold, H. Heinl (Hrsg.). Psychotherapie und Arbeitswelt (S. 178–219). Paderborn: Junfermann.
- Heinl, H., Petzold, H., Walch, S. (1985). Konzepte und Erfahrungen aus der gestalttherapeutischen Arbeit mit Angehörigen sozial benachteiligter Schichten. In H. Petzold, H. Heinl (Hrsg.). Psychotherapie und Arbeitswelt (S. 267–309). Paderborn: Junfermann.
- Heisterkamp, G. (1992). Zur Frage der Körperarbeit in der analytischen Psychotherapie. Beiträge zur Individualpsychologie, 15, 187–198.
- Hexel, M. (1994a). Katathym Imaginative Psychotherapie (Katathymes Bilderleben). In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.). S. 101–106.
- Hexel, M. (1994b). Autogenes Training. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.). S. 207–212.
- Hilgers, M. (1995). Psychoanalytisches Setting und Körpertherapie. Zeitschrift für Individualpsychologie, 20, 288–300.
- Hinsch, J. (1995). Das internalisierte System in Einzel-, Paar- und

Familientherapie. Unveröff. Manuskript für Seminar, DAF-Kongress Hamburg.

Hinsch, J., Schörghofer, S. (1991). Krankheit ist auch nur eine Metapher. Zuschreibungen und Versuche zur Auflösung. In L. Reiter, C. Ahlers (Hrsg.). Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß (S. 154–168). Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer.

Hinsch, J., Steiner, E. (1993). Vom Paar zum Subjekt. Ein Beitrag zur Paartherapie. Systeme, 77 (1), 34–45.

Hinsch, J., Steiner, E. (1995). Vom Paar zum Subjekt II. Leitlinien für die Praxis Systemischer Paartherapie. Systeme, 9 (2).

Hirschmüller, A. (1991). Freuds Begegnung mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre. Tübingen: edition diskord.

Hochgerner, M. (1994): Konzenttrative Bewegungstherapie. In G. Stumm, B. Wirth (Hrsg.). S. 310–314.

Hoffmann, B. (1977). Handbuch des Autogenen Trainings. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Hoffmann, I. (1982). Grundlagen der Familientherapie. Hamburg: Isko Press.

Hoffmann, N. (1993). Kognitive Probe. In Linden & Hautzinger (Hrsg.). Verhaltenstherapie. Berlin: Springer.

Hoffmann, N. (1993). Zeitprojektion. In Linden & Hautzinger (Hrsg.). Verhaltenstherapie. Berlin: Springer.

Höger, C., Temme, M., Geiken, G. (1994). Wem nützt systemische Therapie mit einem reflektierenden Team? Z. Kinder- Jugendpsychiatry, 22, 16–22.

Holzapfel, H. (1990). Lerntheoretisch orientiertes Hirnleistungstraining. Borgmann, Modernes Lernen, Dortmund.

Horney, K. (1931). Neue Wege in der Psychoanalyse. München.

Huf, A. (1992). Psychotherapeutische Wirkfaktoren. München-Weinheim: PVU.

Husserl, E. (1954). Die Krisis der europäischen Wissenschaft und die transzendentale Phänomenologie. Husserliana Bd. VI. M. Nijhoff. Den Haag.

Husserl, E. (1962). Phänomenologische Psychologie. Husserliana Bd. IX. M. Nijhoff. Den Haag.

Hutterer, R. (1984). Authentische Wissenschaft. Auf der Suche nach einem personenzentrierten, humanistischen Verständnis von Wissenschaft und Forschung. In Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.). (S. 27–51). Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Wien: Deuticke.

Hutterer, R. (1988). Das personenzentrierte Konzept und das kulturelle Setting. In R. Stipits, R. Hutterer (Hrsg.). Person werden. Theoretische und gesellschaftliche Aspekte des personenzentrierten Ansatzes von Carl R. Rogers (S. 3–6). Frankfurt/M.: Haag + Herchen.

Hutterer, R. (1990). Authentic Science. Some implications of Carl Rogers's reflections on science. Person-Centered Review, 5 (1), 57–76.

Hutterer, R. (1991). Personenzentrierte Psychotherapie. In G. Stumm,

B. Wirth (Hrsg.). Psychotherapie – Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis (S. 106–117). Wien: Falter.

Hutterer, R. (1992a). Personenzentrierte Psychotherapie zwischen Psychohboom und Identitätskrise. In R. Stipits, R. Hutterer (Hrsg.). Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen (S. 71–82). Wien: WUV-Universitätsverlag.

Hutterer, R. (1992b). Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personenzentrierte Theorie der Motivation. In R. Stipits, R.

Hutterer (Hrsg.). Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen (S. 146–171). Wien: WUV-Universitätsverlag.

Hutterer, R. (1993). Eclecticism: an identity crisis of person-centered therapists. In Brazier et al. (Eds.). Beyond Carl Rogers. London: Constable.

Hutterer, R. (1994). Rogerianische Psychotherapie schwerer Störungen. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.). Psychotherapie mit psychotischen Menschen (S. 504–516). Wien-New York: Springer.

Hutterer, R. (1996). The Core Conditions between Theory and Practice. In Hutterer et al. (Eds.). Client-centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Peter Lang Verlag.

Hutterer, R. et al. (1996). Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Peter Lang Verlag.

Hutterer-Krisch, R. (1994a). Einige Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung zur psychotherapeutischen Behandlung von Psychosen. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.). Psychotherapie mit psychotischen Menschen (S. 69–105). Wien-New York: Springer.

Hutterer-Krisch, R. (1994b). Historischer Abriss der Psychosen-Psychotherapie. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.). Psychotherapie mit psychotischen Menschen (S. 3–68). Wien-New York: Springer.

Imber-Black, E. (1990). Familien und größere Systeme. Im Gestüpp der Institutionen. Heidelberg: Carl Auer.

Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago: University Press.

Jacobson, E. (1973). Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt.

Jacoby, M. (1989). Beziehung und Deutung aus der Sicht der analytischen Psychologie. Oder: Zur psychotherapeutischen Förderung der Entfaltungstendenz des Selbst. In T. Reinelt, W. Datler (1989). (Hrsg.). S. 89–99.

Jacoby, M. (1993). Übertragung und Beziehung in der Jungschen Praxis. Solothurn u. a.: Walter.

Jaeggli, E. (1995). Zu heilen die zerstossnen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

James, W. (1890). Principles of Psychology. New York: Holt.

James, W. (1892). Psychology: Briefer course. New York: Holt.

- Jorda, Ch. (1994). Rollenverlust und psychodramatische Möglichkeiten. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.). Psychotherapie mit psychotischen Menschen (S. 229–238). Wien–New York: Springer.
- Jorda, Ch. (1995). Ethische Reflexionen in der Psychotherapie mit einem langstraffig Untergebrachten. Eine monodramatische Falldarstellung im Rahmen des Maßnahmenvollzugs. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.). Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien–New York: Springer.
- Jung, C. G. (1947). Wirklichkeit der Seele, Psychologische Abhandlungen, Bd. IV. Zürich.
- Jung, C. G. (1976). Die Archetypen und das Kollektive Unbewußte (Ges. Werke, Bd. 9/1). Olten und Freiburg i. Breisgau: Walter.
- Kanfer, F. H., Goldstein, A. B. (1977). Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1991). Selbstmanagement Therapie. Berlin: Springer.
- Keil, W. W. (1996). Training Therapy in the Client-centered Approach. In R. Hutterer et al. (Eds.). Client-centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Peter Lang Verlag (in Vorbereitung).
- Keller, T., Schug, R. (1992). „Den Klienten zuhören“ – ein Interview mit Steve de Shazer. *Z. System. Ther.*, 10 (4), 279–287.
- Kelly, G. A. (1958). Mans construction of his alternatives. In G. Lindzey (Ed.), Assessment of human motives. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kernberg, O. (1988). Innere Welt und äußere Realität. München–Wien.
- Kierein, M. (1992). Begriffsbestimmungen von Aus-, Weiter- und Fortbildung. *Psychotherapie Forum*, 0/1992, 42.
- Kierein, M., Pritz, A., Sonneck, G. (1991). Psychologengesetz – Psychotherapiegesetz. Kurzkommentar. Wien: Orac.
- Kind, H. (1982). Psychotherapie und Psychotherapeuten. Methoden und Praxis. Stuttgart: Thieme.
- Kinzel, Ch. (1993). Psychoanalyse und Hypnose. Auf dem Weg zu einer Integration. München: Quintessenz.
- Knebusch, R. (1981). Gestalttherapie. In H. J. Möller (Hrsg.). Kritische Stichwörter. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Kohut, H. (1973). Narzismus. Frankfurt.
- Kraft, H. (1989). Autogenes Training. Stuttgart: Hippokrates.
- Kraiker, C., Peter, B. (1991). (Hrsg.). Psychotherapieführer: Wege zur seelischen Gesundheit. 3. Aufl. München: Beck.
- Krech, D., Crutchfield, R. S. (1958). Elements of psychology. New York: Knopf.
- Krisch, R. (1992). Lebenskrise als psychiatrisches Erscheinungsbild. In R. Krisch, M. Ullbing (Hrsg.). Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestalttherapie (125–162). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Krisch, R. (1992). Der gestalttherapeutische Krankheitsbegriff. In: R. Krisch, M. Ullbing (Hrsg.). Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestalttherapie. (S. 63–110). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Krisch, R., Ullbing (Hrsg.). Zum Leben finden. Beiträge zur angewandten Gestalttherapie. Stuttgart.
- Lindsey, O. R., Skinner, B. F., Solomon, H. C. (1953). Studies in behavior therapy. Status report 1 Waldham. Mass.: Metropolitan State Univ.
- Lindner, G. A. (1858). Lehrbuch der empirischen Psychologie nach genetischer Methode. Graz: Wiesner.
- Lindsey, O. R., Skinner, B. F., Solomon, H. C. (1953). Studies in behavior therapy. Status report 1 Waldham. Mass.: Metropolitan State Univ.
- Loch, W. (1977). Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Stuttgart.
- Lorenz, A. (1970). Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt.

- Loth, W. (1989). Die Setting-Auswahl: Fragen und Überlegungen zum Verhältnis von Theorie und therapeutischem Alltag. *Familienodynamik*, 14 (2), 147–162.
- Lowen, A. (1977). Bioenergetische Analyse: Eine Weiterentwicklung der Reich'schen Therapie. In H. Petzold (Hrsg.). S. 51–61.
- Ludewig, K. (1988). Problem – „Bindeglied“ klinischer Systeme. In L. Reiter, C. Ahlers (Hrsg.).
- Ludewig, K. (1992). Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett Cotta.
- Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1975). (1978). Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: Fischer.
- Mahoney, M. (1977). Kognitive Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer.
- March, E., Pirat, D. (1991). Bateson, Watzlawick und die Schule von Palo Alto. Athenäums Programm.
- Margraf, J., Schneider, S. (1990). Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer.
- Maslow, A. A. (1973). Psychologie des Seins. Ein Entwurf. München: Kindler.
- Maslow, A. B. (1954). Motivation and Personality. New York: Harper.
- Meichenbaum, D. W. (1979). Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban & Schwarzenberg.
- Menzzos, St. (1982). Neurotische Konfliktverarbeitung. München: Kindler.
- Merl, H., Mezgolich, H., Hopf, J. (1988). Die Arbeit mit dem „Reflecting Team“ – Ein erster Erfahrungsbericht. System Familie, 1, 244–253.
- Mertens, W. (1992). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 1, 2. verbesserte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Metzger, W. (1975). Gestalttheorie und Gruppendynamik, 5, 311–331.
- Meyer, A. E., Richter, R., Grawe, K., Graf v. d. Schulenburg, M., Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapiegesetzes (im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit). Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Miller, G., de Shazer, S. (1991). Jenseits von Beschwerden: Ein Entwurf der Kurztherapie. In L. Reiter, C. Ahlers (Hrsg.). Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß (S. 117–135). Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer.
- Minuchin, S. (1977). Familie und Familientherapie. Freiburg/Breisgau: Lambertus.
- Mischel, W. (1977). Self control and the self. Totowa, N. J.: Rowman & Littlefield.
- Molinar, A., Lindquist, B. (1990). Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis. Broadstairs: Borgmann.
- Moreno, J. L. (1946). Psychodrama. New York: Beacon House.
- Moreno, J. L. (1959, 3. unveränd. Aufl. 1988). Gruppenpsychotherapie und Psychedrama. Einleitung in die Theorie und Praxis. Stuttgart-New York: Georg Thieme.
- Moreno, J. L. (1966). (Hrsg.). The International Handbook of Group Psychotherapy. New York.
- Moreno, J. L. (1981). Soziometrie als experimentelle Methode. Paderborn: Junfermann.
- Moreno, J. L. (1989). Psychodrama und Soziometrie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Nagi-Jancak, E. (1993). Verhaltenstherapie bei erwachsenen Stottern. Wien: Oracl.
- Pawlowsky, G. (1992a). Die Heilung: Wie werde ich wieder gesund? Wie heißt der Personzentrierte Ansatz? In P. Frenzel et al. (Hrsg.). Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie (S. 127–136).
- Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Pawlowsky, G. (1992b). Das Setting: Bitte, nehmen Sie Platz ... Anfänge, Vereinbarungen, Entwicklungen, Abschlüsse – der Rahmen Personzentrierter Psychotherapie. In P. Frenzel et al. (Hrsg.). Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie (S. 164–176). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Pawlowsky, G. (1996). The Person, The Infant and Psychotherapy. In R. Hutterer et al. (Eds.). Client-centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Peter Lang Verlag (in Vorbereitung).
- Perls, F. S. (1947). Ego, Hunger and Aggression. London: George, Allan and Unwin.
- Perls, F. S. (1969a). Cowichan Lecture on Gestalt Therapy and Integration, Tape Rec., Cowichan.
- Perls, F. S. (1969b). In and out the Garbage Pail. Lafayette, Calif.: Real People Press. Deutsche Fassung: 1981. Gestalt-Wahrnehmung. Verlorene und Wiedergefundene aus einer Mülltonne. Verlag für Humanist. Psychol. Frankfurt: W. Flach.
- Perls, F. S. (1973). (1976). Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. Leben lernen. München: Pfeiffer. Film: Three Approaches to Psychotherapy. Fritz Perls. Theoretische Einführung und Interview mit Gloria.
- Perls, F. S. (1974). Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart: Klett.
- Perls, F. S. (1976). Grundlagen der Gestalt-Therapie. München: Pfeiffer.
- Perls, F. S. (1977). Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn: Junfermann.
- Perls, F. S. (1978). Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F. S. (1980). Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn: Junfermann.
- Perls, F. S., Simkin, J. (1980). Biographisches Interview. In H. Petzold (Hrsg.), F. S. Perls: Gestalt, Wachstum, Integration. Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen. Paderborn: Junfermann.
- Perls, F. S., Hefferline, R., Goodman, P. (1987). Gestalt-Therapie (Band 1). Wiederbelebung des Selbst (Band 2). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Perls, L. (1980). Begriffe und Fehlbegriffe der Gestalttherapie. In Perls: Gestalt, Wachstum, Integration. Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen. Paderborn: Junfermann.
- Perls, L. (1982). Interviews. In Laura Perls Jubiläumsausgabe von Voices. Perls, L. (1985). Begriffe und Fehlbegriffe der Gestalttherapie. In H. Petzold (Hrsg.). Perls: Gestalt, Wachstum, Integration. Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen (S. 255–261). Paderborn: Junfermann.
- Perls, L. (1987). Zum Geleit. In J. Zinker (Hrsg.). Gestalttherapie als kreativer Prozeß. Paderborn: Junfermann.
- Perlin, L. A. (1993). Persönlichkeitstheorien. München-Basel: Ernst Reinhardt.
- Peter, B. (1987). Hypnotherapie. In R. Corsini (Hrsg.). Handbuch der Psychotherapie. Band 1. München-Wienheim: PVU.
- Peter, B., Kraiker, Ch. (1992). Hypnose und Kognition, 9, Heft 1 und 2 (Leithema: Hypnose und Psychoanalyse).
- Petzold, H. (1977). (Hrsg.). Die neuen Körpertherapien. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Petzold, H. (1979). Psychodrama Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1980). (Hrsg.). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1981). Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit. In C. H. Bachmann (Hrsg.). Kritik der Gruppendynamik. Frankfurt/Main: Fischer.
- Petzold, H. (1985a). (Hrsg.). Einleitung. Perls und die Gestalttherapie. In H. Petzold (Hrsg.). Friedrich S. Perls. Gestalt. Wachstum. Integration (S. 7–16). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1985b). Psychotherapie und Körperforschung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1987). Die ganze Welt ist eine Bühne. Das Psychodrama als Methode der Klinischen Psychotherapie. In H. Petzold (Hrsg.). Wege zum Menschen (S. 111–216). Bd. 1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H., Heinl, H. (1983). Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann.
- Pohler, G. (1980). Versuch einer Einstellungsänderung durch klassisches Konditionieren. Phil. Diss. Universität Wien.
- Pohler, G. (1985). Coping und Bewältigungsprozesse. In H. G. Zapotoczyk, D. Nutzinger (Hrsg.). Psychologie am Krankenbett. Wien: Hollinek. Basel: PVU (1986).
- Pohler, G. (1989). Entspannung und Stressabbau. Wien: Perlenserie.
- Pohler, G. (1992). Eine Übersicht zu Untersuchungen über das Simon-Ton Training in der Behandlung von Krebskranken. Zeitschr. für ärztliche Fortbildung, 86, 1109–1111.
- Pohler, G., Pöhler-Wagner, L. (1990). Atemzentrierte Verhaltenstherapie. Dortmund: Borgmann, Verlag modernes Lernen.
- Polster, E., Polster, M. (1975). Gestalttherapie. München: Kindler.
- Pongratz, L. J. (1983). Hauptströmungen der Tiefenpsychologie. Stuttgart.

- Pongratz, L. J. (1984). Wege zum Menschen. Die ganze Welt ist eine Bühne. Videoband. Eine Produktion des Teluxfilm. Eine Sendung des Westdeutschen Rundfunks Köln mit dem Bayerischen Rundfunk und dem Südwestfunk. WDR Köln 1984 gem. m. dem II. Psychologischen Inst. der Univ. Würzburg.
- Petzold, H. (1985). Der Mensch ist kein Wägechen. Gestalttherapie und Autopoiese. Integrative Therapie, Beiheft 10. H. Petzold, C. J. Schmidt. Gestalttherapie. Wege und Horizonte. Paderborn: Junfermann.
- Pritz, A., Petzold, H. (1992). Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Vergleichende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Psyche (1995). Schwerpunkttheft Dauer – Frequenz – Effizienz. 5 (mit Beiträgen u. a. von Kächele, H.: Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession sowie von Kaiser, E.: Der psychotherapeutische Weltgeist zu Bern).
- Psychotherapie Forum (1995). Schwerpunkttheft zur therapeutischen Beziehung.
- Quimann, H. (1985). Humanistische Psychologie. Zentrale Konzepte und philosophischer Hintergrund. Göttingen: Hogrefe.
- Racker, H. (1957). (1988). Übertragung und Gegenübertragung. München u. a.: Reinhardt.
- Rainy, V. C. (1948). Self Reference in Counseling Interviews. Journal of Consulting Psychology, 12, 153–163.
- Raskin, N. J. (1986a). Client-centered group psychotherapy, I: Development of client-centered groups. Person-Centered Review, 1–3), 272–290.
- Raskin, N. J. (1986b). Client-centered group psychotherapy, II: Research on client-centered groups. Person-Centered Review, 1–4), 389–408.
- Reble, A. (1971). Geschichte der Pädagogik. Stuttgart: Klett.
- Reich, W. (1933). Charakteranalyse-Technik und Grundlagen. Wien.
- Reich, W. (1975). Charakteranalyse. Frankfurt: Fischer.
- Reicheneder, J. G. (1990). Zum Konstitutionsprozeß der Psychoanalyse. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- Reinecker, H. (1986a). Grundlagen verhaltenstherapeutischer Methoden. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.). Verhaltenstherapie – Theorien und Methoden. Tübingen.
- Reinecker, H. (1986b). Methoden der Verhaltenstherapie. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.). Verhaltenstherapie – Theorien und Methoden. Tübingen-Dortmund: Borgmann, Verlag modernes Lernen.
- Reinecker, H. (1990). (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Reinelt, T., Datler, W. (1989). (Hrsg.). Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen. Berlin u. a.: Springer.
- Reiter, L. (1991). Vom „Reflektierenden Team“ zum „Fokussierenden

- Team“ Eine Weiterentwicklung der Idee Tom Andersens. Systeme. 5 (1), 64–65.
- Reiter, L., Ahlers, C., Hinsch, J. (1992). Der Krankheitsbegriff in der systemischen Therapie. In A. Pritz, H. Petzold (Hrsg.). Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie (S. 339–354). Paderborn: Junfermann.
- Reiter, L., Steiner, E., Ahlers, C., Vogel, M. R., Wagner, H. (1993). Das Reflektierende Team als therapeutische Methode. Ergebnisse einer klinischen Evaluierung. System Familie, 6, 17–20.
- Reiter-Theil, S. (1991). Therapeutische Neutralität in der Paar- und Sexualtherapie. In L. Reiter, C. Ahlers (Hrsg.). Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß (S. 66–87). Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer.
- Reiter-Theil, S., Reiter, L., Eich, H. (1994). Der ethische Status des Kindes in der Familientherapie und systemischen Therapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 42, 14–20.
- Revensdorf, D. (1983, 1985, 1989, 1994). Psychotherapeutische Verfahren. 4 Bände. 1983 (Bd. 3), 1985 (Bd. 4), 1989 (Bd. 2, 2. überarb. Aufl.) und 1994 (Bd. 1, 2. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Reynolds, G. S. (1968). A primer of operant conditioning. Glenview, Scott, Foresman.
- Richter, H. E. (1970). Patient Familie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Rogers, C. R. (1942). Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice. Boston: Houghton Mifflin; dt. (1972). Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; dt. (1973). Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. J. consult. Psychol., 21, 95–103; dt. (1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentfaltung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers, P. Schmid (Hrsg.). Personzentriert. Mainz: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered frame work. In S. Koch (Hrsg.). Psychology: A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 158–256). New York: McGraw Hill; dt. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes (S. 219–289). Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (1970). Carl Rogers On encounter groups. New York: Harper and Raw.
- Rogers, C. R. (1973). Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R., Dymond, R. F. (1954). (Eds.). Psychotherapy and personality change. University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. et al. (1967). The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison: University of Wisconsin Press.
- Ronall, R., Feder, B. (1983). Gestaltgruppen. Mit einem Vorwort von Ruth Cohn. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rosen, S. (1982). (Hrsg.). Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. Hamburg: Isko-Press.
- Roßmanith, Sigrun (1990). Autogenes Training in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. In: Autogenes Training mehr als Entspannung. München-Basel: Ernst Reinhard Verlag.
- Roth, G. (1994). Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ruhs, A. (1994). Psychodramatische Gruppenanalyse. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.) S. 62–65.
- Ruhs, A., Shaked, J. (1994). Gruppenpsychoanalyse. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.) S. 46–59.
- Russinger, U., Brandl-Nebelhay, A. (1994). Kurztherapeutische Ansätze im institutionellen Kontext. Systeme, 8 (1), 67–75.
- Salter, A. (1949). Conditioned Reflex Therapy. New York.
- Salter, A. (1983). Selbstsicherheitstraining. In R. Corsini (Hrsg.). Handbuch der Psychotherapie. Weinheim: Beltz.
- Samuels, A. (1989). Jung und sein Nachfolger. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sartre, J.-P. (1981). Ist der Existentialismus ein Humanismus? In J.-P. Sartre (Hrsg.). Drei Essays. Frankfurt a. M.: Ullstein.
- Satir, V. (1975). Selbstwert und Kommunikation. München: Pfeiffer.
- Sauer, J. (1992). Zur Wirksamkeit der Clientenzentrierten Psychotherapie. Personzentriert, 2/1992, 63–95.
- Schiepke, G. (1993). Systemorientierte Psychotherapie. Psychotherapie Forum, 1, 8–16.
- Schindler, R. (1994). Dynamische Gruppenpsychotherapie. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.) S. 252–255.
- Schlegel, L. (1975). Grundriß der Tiefenpsychologie, Bd. 1–5. München: A. Francke (UTB).
- Schmid, P. F. (1991). Person-zentriert. Mainz: Matthias Grünewald.
- Schmid-Berka, G. (1994). Funktionelle Entspannung. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.) S. 300–303.
- Schmidt, R. (1991). Träume und Tagträume. Eine individualpsychologische Analyse. Frankfurt: Fischer.
- Schmidt-Löw-Beer, C. (1987). Die Handhabung der projektiven Identifizierung in einer Analyse. In M. Springer-Kremser, R. Ekstein (Hrsg.). Wahrnehmung, Fantasie, Wirklichkeit. (S. 28–41). Wien: Deincke.
- Schmitz, U. (1989). Moreno und Bergson. Therapeutische Philosophie und induktive Metaphysik. In F. Buer (Hrsg.). Morenos therapeutische Philosophie (S. 69–88). Opladen: Leske & Budrich.

- Schmitz, U. (1992). Transzendenz bei Kierkegaard und Moreno. In F. Buer (Hrsg.). Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis & Gesellschaftspolitik. Opladen: Leske & Budrich.
- Schröter, M. (1995). Freuds Komitee 1912–1914. Zur Soziologie psychoanalytischer Gruppenbildung. *Psyche*, 49, 513–563.
- Schulte, D. (1986). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.). Verhaltenstherapie – Theorien und Methoden. Tübingen.
- Schultz, J. H. (1973). Das Autogene Training. Stuttgart: Thieme.
- Schweizer, J. (1989). Professionelle (Nicht-)Kooperation: Ihr Beitrag zur Eskalation dissozialer Karrieren Jugendlicher. *Z. System. Ther.* 4 (4), 247–254.
- Seiderer-Harrig, M. (1980). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. In H. Petzold (Hrsg.). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1977). Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1981). Hypothetisieren – Zirkularität – Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter einer Sitzung. *Fam. Dynamik*, 6 (4), 123–138.
- Sheldrake, R. (1993). Das Gedächtnis der Natur. München-Zürich: Piper.
- Skinner, B. F. (1950). Are theories of learning necessary? *Psychological review*, 57, 193–216.
- Skinner, B. F. (1974). Die Funktion der Verstärkung in den Verhaltenswissenschaften. Köln: Kindler.
- Skolek, R., Wirth, B. (1994). Analytic Psychology C. G. Jungs. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.). S. 78–89.
- Sloterdijk, P. (1985). Der Zauberbaum. Die Entstehung der Psychoanalyse im Jahr 1785. Frankfurt: Suhrkamp.
- Smith, M. L., Glass, G. V., Miller, T. I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Snygg, D., Combs, A. W. (1949). Individual Behavior: A New Frame of Reference for Psychology. New York: Harper and Row.
- Spitz, R. (1980). Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart.
- Springer, G. (1994). Transaktionsanalyse. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.). S. 90–100.
- Straemmler, F. M., Bock, W. (1987). Neuentwurf der Gestaltherapie. Ganzheitliche Veränderung im therapeutischen Prozeß. München: Pfeiffer.
- Steiner, E., Hinsch, J. (1988). Therapie: Ordnungskunst zwischen Finden und Erfinden. Zur Verwendung von Metaphern. *Fam. Dynamik*, 13 (3), 204–219.
- Steiner, E., Hinsch, J., Reiter, L., Wagner, H. (1988). Familientherapie als Etikett. Eine therapeutische Strategie bei institutionell verflüchteten Fällen? In L. Reiter, E. J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.). Von
- der Familientherapie zur systemischen Perspektive (S. 137–157). Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer.
- Stelzig, M., Ruby, M. (1994). Psychodrama mit chronisch hospitalisierten psychiatrischen Patienten. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.). Psychotherapie mit psychotischen Menschen (S. 229–238). Wien-New York: Springer.
- Stern, D. N. (1985). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992.
- Stevens, B. (1970). Don't push the river. Real People Press. Lafayette.
- Stevens, J. O. (1975). Die Kunst der Wahrnehmung. München: Kaiser.
- Stierlin, H. (1975). Von der Psychoanalyse zur Familienthalerapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stierlin, H. (1978). Delegation und Familie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Stierlin, H. (1994). Das Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft. Stuttgart: Klett Cotta.
- Stipsits, R. (1990). Über Eklektizismus und Fundamentalismus im PCA. *apg-kontakte*, 1, 8–13.
- Stipsits, R., Hurterer, R. (1988). (Hrsg.). Person werden. Theoretische und gesellschaftliche Aspekte des personenzentrierten Ansatzes. Frankfurt/Main: Haag + Herchen.
- Strötzka, H. (1978). (Hrsg.). Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. 2. überarb. und erweiterte Auflage. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Strötzka, H. (1982). (1984). Psychotherapie und Tieftenschwankologie. Ein Kurzlehrbuch. Wien u. a.: Springer.
- Strupp, H. H. (1993). Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen. Psychotherapie Forum, 1, 1–7.
- Stumm, G. (1993). Die Beziehungsgestaltung in der Personenzentrierten Psychotherapie. *APG-Kontakte*, 10 (3), 3–19.
- Stumm, G., Wirth, B. (1994). (Hrsg.). Psychotherapie: Schulen und Methoden. Wien: Falter.
- Stumm, G., Deimann, P., Jandl-Jager, E., Weber, G. (1995). (Hrsg.). Psychotherapie, Beratung, Supervision, Klinische Psychologie: Ausbildung in Österreich. Wien: Falter.
- Stumm, G., Brandl-Nebelhay, A., Fehlingef, E. (1996). Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen. Wien: Falter (in Druck).
- Swildens, H. (1991). Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie: Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Unter Mitwirkung von Olaf de Haas. Köln: GwG-Verlag.
- Tagesson, C. W. (1982). Humanistic psychology. A synthesis. Homewood, Ill. Dorsey Press.
- Tausch, R., Tausch, A.-M. (1990). Gesprächspsychotherapie. Göttlingen: Hogrefe (9. Auflage).

- Tedeschi, J. T. (1986). Private and Public Experiences and the Self. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public Self and Private Self*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.
- Thomä, H., Kächele, H. (1985) (1988). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1 und 2. Berlin.
- Toman, W., Egg, R. (1988). (Hrsg.). Psychotherapeutische Verfahren. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Tomm, K. (1989). Das systemische Interview als Intervention: Teil III. Lineale, zirkuläre, strategische oder reflexive Fragen? System Familiologie, 2, 21–40.
- Tömmel, S. E. (1985). Die Evolution der Psychoanalyse. Frankfurt: Campus.
- Toukmanian, S., Jackson, S. (1996). An Analysis of Clients' Self-narratives in Brief Experiential Psychotherapy. In R. Hutterer et al. (Eds.). Client-centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Peter Lang Verlag (in Vorbereitung).
- Traue, H. C. (1989). Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Stress. Verhaltensmedizin myogener Kopfschmerzen. Göttingen: Hogrefe.
- Trommel, M. van (1991). Das Selbst in Systemtherapie. Z. Systemther., 9 (1), 43–52.
- Truax, C. B., Carkhoff, R. R. (1967). Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice. Chicago: Aldine.
- Tscheulin, D. (1992). Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventions. Göttingen: Hogrefe.
- Tschuschke, V., Czogalik, D. (1990). (Hrsg.). Psychotherapie, welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin: Springer.
- Ulrich de Muynic, K. R., Ullrich, R. (1993). Aufbau sozialer Kompetenz. In M. Linden, M. Hautzinger (Hrsg.). Verhaltenstherapie. Springer: Berlin.
- Vater, G. (1994). Psychodrama. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.). S. 177–186.
- Vetter, H., Förster, H.-D. (1994). Daseinsanalyse. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.). S. 193–196.
- Völker, U. (1980). (Hrsg.). Humanistische Psychologie. Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Weinheim-Basel: Beltz.
- Vorwerg, M., Alberg, T. (1991). (Hrsg.). Psychodrama. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Wallnöfer, H. (1972). Seele ohne Angst. Autogenes Training, Hypnose – Wege zur Entspannung. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Walter, H. J. (1975). Der gestalttheoretische Ansatz in der Psychotherapie. In K. Huss (Hrsg.). Gestalttherapie und Erziehung. Darmstadt: Steinkopff.
- Walter, H. J. (1985). Gestalttheorie und Psychotherapie. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P., Silverstein, O. (1988). Unsichtbare Schlingen. Die Bedeutung der Geschlechterrollen in der Familientherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wartenberg, G., Kienzle, J. (1991). Die Katharsis im psychodramatischen Spiel. In F. Buer (Hrsg.). Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis & Gesellschaftspolitik (S. 49–78). Opladen: Leske & Budrich.
- Waschlewski-Florusz, H., Miltner, W., Haag, G. (1993). Biofeedback. In M. Linden, M. Hautzinger (Hrsg.). Verhaltenstherapie. Springer: Berlin.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1974). Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Weakland, J. (1977). Interaktion. Bern: Huber.
- Weinhandl, F. (1974). Gestalthafes Sehen. Ergebnisse und Aufgaben der Morphologie. Zum 100jährigen Geburtstag von Christian Ehrenfels. Darmstadt.
- Welter-Enderlin, R. (1992). Paare, Leidenschaft und lange Weile. München: Piper.
- Wertheimer, M. (1964). Produktives Denken. Frankfurt/Main: Kramer & Co.
- Wilke, E., Leuner, H. (1990). Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatiken Medizin. Bern: Huber.
- Willi, J., Litmacher, B., Frei, R., Drassel-Ammann, L. (1992). Die Technik der Konstruktendifferenzierung in der Paartherapie. Familiendynamik, 17 (2), 68–82.
- Willke, H. (1988). Systemtheoretische Grundlagen des therapeutischen Eingriffs in autonome Systeme. In I. Reiter, E. J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.). Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive (S. 41–50). Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer.
- Wirth, B. (1994a). Charakteranalytische Vegetotherapie. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.). S. 262–271.
- Wirth, B. (1994b). Bioenergetische Analyse. In G. Stumm, B. Wirth (1994). (Hrsg.). S. 272–278.
- Wittmann, W. W. (1984). Die Evaluation von Behandlungs- und Versorgungskonzepten. In U. Baumann (Hrsg.). Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Göttingen-Zürich: Verlag für Psychologie.
- Wolberg, L. (1967). The Technique of Psychotherapy. New York: Grune & Stratton.
- Wood, J. K. (1996). The Person-centered Approach: Toward an Understanding of its Implications. In R. Hutterer et al. (Eds.). Client-centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Peter Lang Verlag (in Vorbereitung).
- Wyss, Dieter (1977). Die tiefenpsychologischen Schulen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Yalom, I. (1989). Existentielle Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

- Yontef, G. (1983). Gestaltherapie als dialogische Methode. Integrative Therapie, 2 (3), 98-130.
- Zeigarnik, B. (1927). Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen. Psychol. F., 9, 1-85.
- Zimmer, D. (1983). (Hrsg.). Die therapeutische Beziehung. Weinheim: Edition Psychologie.
- Zinker, J. (1987). Gestaltherapie als kreativer Prozeß. Paderborn: Junfermann.