

Hilarion G. Petzold (Hrsg.)

Die Wiederentdeckung des Gefühls

Emotionen in der Psychotherapie und
der menschlichen Entwicklung



Vergleichende Psychotherapie
Junfermann Verlag



Foto: Werner Gabriel

Affekte, Stimmungen, Leidenschaften bestimmen das Leben des Menschen in zentraler Weise. In allen Formen der Psychotherapie geht es deshalb um die Arbeit mit Emotionen. Was aber Gefühle sind, wie sie sich entwickeln, wie man sie beeinflusst, war lange ein vernachlässigtes Thema.

Dieses Buch bringt zum ersten Mal eine Fachdisziplinen und Schulen übergreifende Darstellung des Themas „Emotionen“ mit Beiträgen aus der Sicht der Physiologie, der Entwicklungspsychologie, der Philosophie, der Sozial- und Emotionspsychologie usw. Führende Therapeuten aus den bedeutenden Schulen der Psychotherapie informieren über den Umgang mit Gefühlen: in der Integrativen Therapie, der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie, der Gesprächstherapie, der Körpertherapie, der Transaktionsanalyse, der analytischen Psychologie, der Individualpsychologie, der Gestalttherapie, der rational-erotischen Therapie, im NLP und im kathymen Bilderleben.

Mit Beiträgen von: David Boadella, E.H. Bottenberg, Hans Peter Dreitzel, Alfons Hamm, Jürgen Höder, Burkhard Hoellen, Verena Kast, Lilly Kemmler, Gisela Kottwitz, Rainer Krause, Otto Kruse, Otto Lang, Hilarion Petzold, Gernot Schauer, Hermann Schmitz, Reinhard Tausch, Dieter Tenbrink, Dieter Ulich u.a.

Dieses Buch wendet sich an Psychotherapeuten, Angehörige helfender und pädagogischer Berufe und bietet allen, die sich mit dem Thema „Gefühle“ befassen wollen, eine einzigartige und umfassende Information.

Prof. Dr. Dr. Hilarion Petzold gilt als der Begründer des „neuen Integrationsparadigmas“ in der Psychotherapie. Ausbildung in der Psychoanalyse, Gestalttherapie, Psychodrama und Leibtherapie. Lehrtherapeut und Kontrollanalytiker am „Fritz Perls Institut“ (FPI), wissenschaftlicher Direktor der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, Lehrstuhl für klinische Bewegungstherapie, Freie Universität Amsterdam. Psychotherapie und Forschung mit Kleinkindern, Kindern, Erwachsenen und alten Menschen. Die „Zeit“ zählt ihn zu den „Leitfiguren der Psychotherapie“.

Hilarion Petzold (Hrsg.)
Die Wiederentdeckung des Gefühls
Emotionen in der Psychotherapie und
der menschlichen Entwicklung

Reihe
Vergleichende Psychotherapie
Band 11
Herausgegeben von
Prof. Dr. Dr. Hilarion Petzold, Düsseldorf
(Verfahren humanistischer Therapie)
in Verbindung mit
Prof. Dr. phil. Klaus Grawe, Bern
(Verhaltenstherapie)
Prof. Dr. med. Eckhard Wiesenhütter, Salzburg
(Psychoanalyse)

Hilarion Petzold (Hrsg.)

Die Wiederentdeckung des Gefühls

**Emotionen in der Psychotherapie und
der menschlichen Entwicklung**



Junfermann Verlag • Paderborn
1995

© Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1995
Bildvorlage für das Cover: Johanna Sieper

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen,
vorbehalten.

Nachdruck oder Vervielfältigung des Buches oder von Teilen dar-
aus nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages.

Satz: adrupa – Paderborn
Druck: PDC – Paderborner Druck Centrum

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Wiederentdeckung des Gefühls: Emotionen in der Psycho-
therapie und der menschlichen Entwicklung / Hilarion Petzold
Paderborn: Junfermann, 1995

(Reihe Vergleichende Psychotherapie; Band 11)

ISBN 3-87387-130-0

NE: Petzold, Hilarion [Hrsg.]; GT

ISBN 3-87387-130-0

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
--------------------------	---

I. Gefühle in interdisziplinärer Betrachtung

<i>Ernst H. Bottenberg</i> – Neuer Umgang mit Gefühlen – ein anthropologisch-integrativer Ansatz der Psychologie: Originäres Gefühl, Affektozept, MetaEmotion und Authentifizierung der Gefühle	15
<i>Hermann Schmitz</i> – Gefühle in philosophischer (neophänomenologischer) Sicht	47
<i>Alfons O. Hamm</i> – Zur Psychophysiologie von Emotionen	83
<i>Dieter Ulich</i> – Kinder, Jugendliche, Gefühl, Umwelt Sozialisation und Entwicklung von Emotionen	119
<i>Otto Kruse</i> – Entwicklungstheorie der Emotionen und Psychopathologie	137

II. Gefühle und Psychotherapie – übergreifende, „integrative“ Ansätze

<i>Lilly Kemmler, Paul Mecheril, Theo Schelp</i> – Die Beeinflussung von Emotionen – ein gemeinsamer Nenner für die Psychotherapie	171
<i>Hilarion Petzold</i> – Das schulenübergreifende Emotionskonzept der „Integrativen Therapie“ und seine Bedeutung für die Praxis „emotionaler Differenzierungsarbeit“	191

III. Gefühle in den psychotherapeutischen Schulen – die tiefenpsychologischen Ansätze

<i>Rainer Krause</i> – Psychodynamik der Emotionsstörungen . . .	273
<i>Verena Kast</i> – Emotionen in der analytischen Psychologie und Psychotherapie C.G. Jungs – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß	359
<i>Dieter Tenbrink</i> – Emotionen in der Individualpsycho- logie – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeu- tischen Prozeß	379
<i>Otto Lang</i> – Emotionen im katathymen Bilderleben und ihr Zusammenhang mit der Symbolik	411
<i>Gisela Kottwitz</i> – Gefühle – ihre Bedeutung in der Trans- aktionsanalyse und ihre Handhabung im therapeutischen Prozeß	441

IV. Die humanistisch-psychologischen Ansätze

<i>Reinhard Tausch, Jürgen Höder</i> – Emotionen in der Gesprächspsychotherapie – ihre Bedeutung und Berücksichtigung im therapeutischen Prozeß	469
<i>Hans Peter Dreitzel</i> – Emotionen in der Gestalttherapie – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß	493
<i>David Boadella</i> – Emotionen in der Körperpsycho- therapie – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß	519

V. Die behavioralen Ansätze

<i>Rainer Lutz, Uwe Giesemann</i> – Emotionen in der Verhaltenstherapie und ihren Weiterentwicklungen – Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß . . .	551
--	-----

<i>Burkhard Hoellen</i> – Emotionen in der rational-erotiven Therapie (RET) – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß	573
<i>Gernot Schauer</i> – Emotionen im Neurolinguistischen Programmieren (NLP) – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß	611
Autorenverzeichnis	677
Personenregister	681
Sachwortregister	692

Vorwort

Obgleich es in der Mehrzahl der psychotherapeutischen Schulen, schaut man auf ihre Praxis, um den Umgang mit Gefühlen geht, ist das Wissen um die Rolle der Gefühle im therapeutischen Geschehen, über den Umgang mit Emotionen in der therapeutischen Beziehung, über die Wirkung emotionsaktivierender Interventionen, über die Verbindung von Kognition und Emotion in Therapieprozessen noch nicht sehr breit. Entsprechend ist die Forschungslage zum Thema „Psychotherapie und Emotion“ und auch der Stand der Theorienbildung, was psychotherapierrelevante Emotionskonzepte anbetrifft, über lange Zeit sehr unbefriedigend gewesen. Erst seit etwa einem Jahrzehnt gewinnt das „Gefühl“ wissenschaftlich größere Beachtung, nachdem es zuvor unter die Kognitionen subsumiert wurde oder unter das offene Verhalten oder mit triebpsychologischen Modellen assoziiert war, die dem komplexen, interaktionalen Phänomen „Gefühl“ nicht gerecht wurden. Gefühle motivieren und begleiten unser Handeln im Alltag. Sie haben eine zentrale Signalfunktion in sozialen Interaktionen für den anderen wie für den Fühlenden selbst. Gefühle orientieren den Menschen über seine Befindlichkeit in Situationen.

Somatische, psychosomatische und psychische Erkrankungen sind mit negativen Affekten, Streßemotionen, Überforderungs- und Unlustgefühlen, „mood disorders“ verbunden, und so ist es für Psychotherapeuten dringend erforderlich, sich mit der Bedeutung von Gefühlen auseinanderzusetzen und dies in sehr breiter Weise: in anthropologischer Sicht, in psychophysiologischer, psychologischer und sozialer Perspektive. Die „Entwicklungspsychologie der Emotionen“ – und diese bezieht sich nicht nur auf das Entstehen und die Entwicklung der Emotionen in der Kindheit, sondern auch auf die des emotionalen Erlebens und Handelns im Erwachsenenleben – und weiterhin auf die Psycho- und Soziopathologie von Emotionen (Überforderungsgefühle, „dysfunktionale emotionale Stile“, emotionale Defizite etc.) – muß in den Blick genommen werden, um die Ursachen von Pathologie zu verstehen und die Behandlung von Störungen und Erkrankungen auf ein gutes Fundament zu stellen. Diese Erkenntnis beginnt sich allmählich unter Psychotherapeuten aller Schulen durchzusetzen und sie wird auch von den Emotionsforschern selbst an die Psychotherapeuten herangetragen (Izard 1990). Dadurch werden die Dinge keineswegs einfacher, denn es

gibt kaum einen Bereich der Psychologie – neben dem der Psychotherapie und klinischen Psychologie versteht sich –, der eine größere Vielfalt an konkurrierenden und zum Teil widersprüchlichen theoretischen Ansätze zu bieten hätte, wie den der Emotionspsychologie. Die „emotionale Entwicklungspsychologie“ wird aber auf jeden Fall für psychotherapeutisches Handeln wichtige Beiträge bringen können, da *Therapien als persönliche und gemeinschaftliche Entwicklungsprozesse* zu sehen sind, die als zwischenmenschliches Geschehen nicht ohne Emotionen ablaufen können, ja, die Wahrnehmung von Gefühlen, der Umgang mit Emotionen, die Aufgabe „emotionaler Differenzierungsarbeit“, die Formung bzw. Modulation „emotionaler Schemata“ sind – schulenübergreifend – zentrale Anliegen psychotherapeutischer Arbeit.

Seit den Anfängen meiner psychotherapeutischen Tätigkeit hat mich das Thema der Emotionen interessiert und fasziniert. Dies mag damit zusammenhängen, daß ich seit Mitte der 60er Jahre in der Kindertherapie und gleichzeitig in der Therapie alter Menschen gearbeitet hatte, beides Bereiche, in denen das Zeigen und Mitteilen von Emotionen, ja der Austausch von Gefühlen im therapeutischen Kontext Selbstverständlichkeit waren, nicht behindert durch „Couch Setting“ und die Abstinenzregel, die dem Therapeuten „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ (Freud) – meist als affektneutral verstanden – oder „wohlwollende Neutralität“ (Kernberg) auferlegte. Emotionen und Affekte hatten in der Psychotherapie oft eine negative Konnotation: Patienten waren „emotional labil“, durch Affekte belastet, zeigten negative Affekte oder verfügten über keine ausreichende Affektsteuerung. Gefühle, Affektäußerungen wurden – schaut man in die Fachliteratur – deshalb vielfach als Störfaktoren betrachtet, die beseitigt, reguliert, kontrolliert werden mußten. Dies ist vielleicht ein Grund dafür, daß man sich lange Zeit nicht differenziert mit einer Theorie der *Empfindungen, Emotionen, Affekte, Gefühle, Stimmungen* und mit ihrer empirischen Erforschung im psychotherapeutischen Kontext befaßt hatte, daß im wesentlichen die „negativen Affekte“ in den Blick genommen wurden und es so zu keiner umfassenden „Entwicklungstheorie des menschlichen Gefühlslebens“ kam, geschweige denn zu einer anthropologischen Verortung des Phänomens „Gefühl“ oder zu einer grundsätzlichen Reflexion über seine soziale Funktion.

Weil Gefühle so komplex sind, weil sie physiologische, psychologische, behaviorale (mimisch-gestische), soziale und ökologische

Dimensionen haben, sind sie überdies auch sehr schwer zu untersuchen oder aus einem einzigen Theorierahmen in angemessener Weise zu erklären. Die psychotherapeutischen Emotionskonzepte, mit denen ich im Verlaufe meiner Auseinandersetzung mit den „Schulen der Psychotherapie“ in Kontakt kam – es waren psychoanalytische, verhaltenstherapeutische, humanistisch-psychologische Auffassungen verschiedenster Schattierungen – waren mir in der Regel „zu knapp“, und so ging ich auf die Suche zu philosophischen Autoren, Soziologen, Emotionspsychologen. Dies ist der Hintergrund des vorliegenden Buches. Mir war es darum zu tun, einerseits Informationen zum Bereich des Gefühls zusammenzutragen, die Relevanz für den therapeutischen Kontext haben könnten – und hier muß die Auswahl der Beiträge und damit der Mitarbeiter subjektiv ausfallen. Es war mir weiterhin darum zu tun, von Vertretern wichtiger psychotherapeutischer Schulen Darstellungen aktueller Konzeptbildung der jeweiligen Richtung, was das Gefühl und den Umgang mit Emotionen anbetrifft, zu erhalten. Auch wenn ich selbst einer *schulenübergreifenden, integrativen Perspektive* verpflichtet bin – oder gerade deswegen – finde ich eine Vielfalt von Perspektiven bei derart komplexen Themen wesentlich, weil damit die Chance wächst, „blinde Flecken“ in den eigenen Anschauungen zu entdecken und von der klinischen Erfahrung und theoretischen Arbeit anderer Orientierungen zu profitieren. Der „Diskurs der Abwertung“ oder das „Überlegenheitsparadigma“ herrscht noch nach wie vor zwischen den psychotherapeutischen Schulen und wird durch die berufspolitische Situation derzeit noch verschärft. Dies alles behindert ein konstruktives Lernen im *Feld*, das eine *Vielfalt der Ansätze* braucht, denn nur so sind auch Integrationen möglich. Die Psychotherapie, die sich mit dem „Menschen-in-Beziehungen-und-Situationen“ in heilender, kompetenz- und performanzfördernder, die Persönlichkeit entwickelnder Weise auseinandersetzt, braucht differenzierende und integrierende Bewegungen in der Forschung, in der Theorienbildung, in der Behandlungspraxis. Als eine „angewandte Wissenschaft von Menschen“ muß sie sich vielfältiger Referenztheorien bedienen. Tut sie dies nicht, so wird sie den Menschen nicht gerecht. Emotionstheorien gehören zu den unverzichtbaren Referenztheorien der Psychotherapie, genauso wie „Entwicklungstheorien der Lebensspanne“ (Rutter, Rutter 1992) – gleichfalls ein vernachlässigtes Gebiet – oder die Gedächtnistheorien (einschließlich der Arbeiten zum autobiographischen Memo-

rieren, vgl. Conway 1990) beigezogen werden müßten, um die Ursachen von Störungen, Erkrankungen, Lebensschwierigkeiten besser zu verstehen und effektivere Behandlungsmethoden zu entwickeln.

Ich hoffe, daß dieses Buch – wie die vorausgegangenen Bände dieser Reihe – Informationen bringt, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Praxis darin unterstützen, ihre Patienten und Patientinnen in optimaler Weise zu behandeln und mit ihnen in einer stimmigen emotionalen Beziehung an der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten und an der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der Alltagsbeziehungen zu arbeiten. Ich hoffe auch, daß es interessierten Lesern anderer psychosozialer Berufsgruppen oder Menschen, die sich über das Gefühl, seine Entwicklung, seine Ausdrucksformen in zwischenmenschlichen Beziehungen informieren wollen, einen Einblick in dieses so vielfältige Gebiet gibt. Nachdem Psychotherapie über lange Zeit sich auf die Beeinflussung von Kognitionen oder Verhaltensweisen, die Aufhellung unbewußter Konflikte oder die Veränderung von Kommunikationsformen und systemischen Interaktionen gerichtet hat, ist es jetzt dringend an der Zeit, sich den Emotionen intensiver zuzuwenden. Man kann deshalb Carroll E. Izards (1990, 496) Aussage nur zustimmen: „Es gibt jetzt theoretische Modelle und ein empirisches Fundament für die formale Entwicklung und systematische Anwendung und Evaluation von Methoden des Ausdrucksverhaltens für die Aktivierung und Regulation emotionaler Erfahrung. Solche Methoden können für den Gebrauch von Eltern und von Lehrern spezifisch zugeschnitten werden und sie können auch mit den vorhandenen behavioralen und kognitiven Behandlungstechniken verbunden werden, zu einem integrativen Ansatz in der Therapie.“

Hilarion Petzold

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen, Beversee

Literatur

- Izard, C.E., Facial expressions and the regulations of emotions, *Journal of Personality and Social Psychology* 3, 1990, 487-498
- Conway, M.A., *Autobiographical memory. An introduction*, Open University Press, Philadelphia 1990.
- Rutter, M., Rutter, M., *Developing minds. Challenge and continuity across the life span*, Penguin Books, London 1992.

I. Gefühle in inter- disziplinärer Betrachtung

Neuer Umgang mit Gefühlen

Ein anthropologisch-integrativer Ansatz der Psychologie: Originäres Gefühl, Affektozept, MetaEmotion und Authentizierung der Gefühle

Ernst H. Bottenberg

1. Situation vorherrschender Gefühls-Psychologie

Nicht erfüllt hat sich die von *Meyer* (1933) für den wissenschaftlichen „Humbug“ der Emotionen getroffene aparte Prognose, der Begriff Emotion werde bereits im Jahre 1950 von Psychologen als Kuriosum belächelt und als obsolet aus der Psychologie eliminiert sein. Damit ist freilich wenig gewonnen, quittieren Psychologen der Gefühlsforschung doch weiterhin einen unzulänglichen, konfusen Zustand (s. z.B. *Ewert* 1983; *Schmidt-Atzert* 1981).

„Emotionen sind eines der umstrittensten Phänomene in der Psychologie. Die Auffassungen darüber, was Emotionen sind, gehen weit auseinander. Manche Autoren bestreiten sogar, daß es so etwas gibt, was andere ‚Emotionen‘ nennen“ (*Schmidt-Atzert* 1981, 14).

Gefühlsforschung erweist sich in der wissenschaftlichen Arbeit der Psychologen als derart peripher, daß sie nicht einmal da kritisch wird, wo in Fortsetzungen der Krisen-Reflexion die Psychologie neuerdings eine Krise der Psychologie (in ihren verschiedenen Disziplinen) diagnostiziert.

Bei Reflexion psychologischer Theorien und Praktiken auf konstitutive Menschenbilder (anthropologische Modelle) tritt ein für die Psychologie weitreichend wirksames anthropologisches Modell hervor, nach dem der Mensch letztlich als mechanisch-maschinelle Größe (d. h. in der Metapher des Roboters, der Maschine) anvisiert wird (s. *Bittner* 1979; *Chein* 1972; *Proshansky* 1973). „Das Individuum ... wird gesehen in einer mechanistisch einfachen Weise als ein Objekt mit gegebenen Funktionen“ (*Proshansky* 1973, 17).

Ich möchte an einem solchen (freilich variantenreichen, mittlerweile bio-, psycho-kybernetisch raffinierten) Modell hier nur folgenden Züge hervorheben.

(1) Grundsätzliche Machbarkeit des Menschen, d.h. seines Verhaltens, wobei mit der Perfektionierung des Machens, der Technologie, die zunächst von einigen selektierten (relevanten) sozialen und ökologischen (Umwelt)Reizen ausgehende Verhaltens-Manipulation fortentwickelt wird zu einer strategischen, systemhaften Manipulation, in der die Umwelt des Menschen möglichst insgesamt in Richtung optimaler Passung zur Mensch-Maschine präventiv und interventiv korrigiert, transformiert und effizient rationiert wird. Dabei profitieren die Passungs-Manipulationen vom Fortschritt in Kybernetik, Informatik, in den „Computerwissenschaften“. Ein technologischer Durchbruch mag darin erblickt werden, die Passungs-Manipulation als Programm zur Selbst-Manipulation oder als quasi-natürliche Selbst-Regulation der Person zu implementieren.

(2) Ver-Objektivierung des Menschen, der als Versuchs-Person im Oktroi einer experimentellen Forschungs-Apparatur (gegen finanzielles und soziales Entgelt) quasi-maschinelle (möglichst quantitative) Verhaltensfabrikate zu erbringen hat. Dies geschieht in der Anstrengung einer doppelten Ausschaltung von Subjektivität, zum einen auf seiten der Versuchs-Person (Vp), zum anderen auf seiten des Forschers, der sich als Versuchs-Leiter (VL) der Vp komplementär quasi-maschinell vorgibt – im Gegensatz zu seinem außerberuflichen (Alltags-)Leben, in dem er in eine restliche, (bloß) private Subjektivität zurückfällt (sich möglicherweise dazu privilegiert). – Diese Spaltung des Forschers kann zu einer Dissoziation des Menschenbildes des Psychologen führen, der ein „Them“-Modell mechanistischer Art auf die Vp veranschlagt, während er sich selbst in einem „Us“-Modell als bewußten (reflektierenden, verantwortlichen) Produkteur, Kontrolleur, Experten ansieht und auszeichnet (s. *Little* 1972).

(3) Eliminierung der historisch-kulturellen Dimension des Menschen, der auf diese Weise zum „Naturgegenstand“ kategorisiert wird. Ausgeschlossen bleibt das Anthropinon der „Kulturalität“ des Menschen (*Landmann* 1979). Nur bei (wissenschaftlich negativ sanktionierter) Modell-Überschreitung wird hier überhaupt sichtbar, daß das, was als psychische Größe statuiert und psychologisch bearbeitet wird, nach Struktur und Inhalt jeweils kulturell gestaltet ist und aus einem bestimmten (mikro- und makro-)historischen Prozeß entnommen (ausgefällt) wird – wobei der Blick freilich nicht so weit geht, zu erkennen, daß Menschen in gesellschaftlichen Insti-

tutionen (so in der Institution Wissenschaft) Kultur auch historisch hervorgebracht haben und hervorbringen.

(4) Der Mensch wird auf einen jeweils (ahistorisch-)mechanistisch definierten Ist-Zustand, auf eine punktuelle Faktizität festgelegt – die jedoch allererst aus seiner Möglichkeits-Verfassung, aus seiner kreativen Potentialität exzerpiert und fragmentiert wird. Psychologen haben sich einen theoretischen, praktischen Auftrag zu diktieren lassen und sich selbst zudiktieren, zu dessen Erfüllung sie den Menschen reduktiv in die Möglichkeit eines situativen mechanisch-maschinellen Funktionierens fixieren und konsolidieren. Bereits bei seiner Erforschung wird der Mensch in diese reduktive Form eingepaßt (im experimentellen Design eigens derart hergerichtet). Die auftragsgemäße Anwendung der auf diese Weise gewonnenen Erkenntnisse kann dann in Technologien bestehen, die sich dabei bewähren, Menschen, die in analogen reduzierten Existenzsituationen anzutreffen sind, „optimal“ auf eben diese (mechanischen) Situationen einzustellen. Eine machtvollere, umfassendere Anwendung des Modells kann darauf abzielen, bereits dem Modell entsprechende, präzise durchmechanisierte Existenzsituationen auszufertigen und Menschen etwa im Erziehungsprozeß zu ertüchtigen (mit Konzepten auszustatten), sich selbst im Sinne des Modells zu verfassen und ihre Lebenswirklichkeit im Sinne des Modells zu definieren und zu behandeln. Die mechanische Fassung der seelischen Wirklichkeit – zunächst schematische, dann aber auch sublim-gesteigerte erkenntnisfördernde Fiktion – kann in der Arbeits-(Methoden-)Realität des Experiments allzuleicht den fiktiven Charakter einbüßen und gerät zu einem Erkenntnisfabrikat, das in der weiteren Arbeit die Stelle der seelischen Ausgangsrealität einnimmt, diese gar substituiert und am Ende das Erleben und Handeln des Menschen in psychologische Phantome überführt. Dieses Risiko besteht für Gefühl, da die Ausgangswirklichkeit des Gefühls für unsicher, vage gehalten wird. Bei sozialisatorischer, therapeutischer Anwendung derartiger Psychologie werden psychologische Phantome von Gefühlen in der Alltagswirklichkeit als Faktum etabliert.

Ich bin überzeugt, daß der unzulängliche Stand der Gefühlsforschung in erheblichem Maße bedingt ist durch psychologische Theorien und Praktiken, die ein mechanistisch-maschinelles (mittlerweile bio-, psycho-kybernetisch sublimiertes) Menschenbild realisieren. Allerdings erscheinen die „kognitiven“ Menschenmodelle,

die als Alternativen deklariert und propagiert werden (z.B. im sog. „information processing view“; s. Lindsay, Norman 1977), letzten Endes ebenfalls wenig ergiebig für ein Verständnis von Gefühl (s. hierzu allgemein Revers 1986). Ausgenommen sei hier ein interessanter neuester Versuch einer „epistemologischen“ Annäherung an Gefühl, der die Frage der „Eigenständigkeit“ von Gefühl offenhält (Scheele 1990). Nachdem bereits in der Gefühlsforschung selbst Gefühlsphänomene zu Komponenten motivationaler Konstrukte oder zu physiologischen Funktionen reduziert wurden, betrifft die Tendenz dieser Modelle, Motivation kognitiv zu fassen, auch Gefühl, wobei mit der Präferenz für informationstheoretische Ideen, d.h. für eine Metapher des Menschen als „Computer“, mitsamt kognitiv konzeptualisierter Motivation auch Gefühl transponiert und dividiert wird, zum einen – soweit kognitiv – in Computerprogramme, damit „software“; zum anderen – soweit körperliche Funktionen – in physiologisch-materielle Bestände, damit „hardware“ (die als psychologischer Gegenstand entfällt).

Dies kontrastiert mit der lebensweltlich gegebenen Eigentümlichkeit und Bedeutung von Gefühlen. Hier ergibt sich schlicht im Gefühl (lieben, sich freuen, trauern, wütend sein usf.) häufig Sinn des Lebens, eröffnen sich gerade im Gefühl verborgene und ungelebte Möglichkeiten des eigenen Seins, werden im Gefühl Wandel, Gelingen und Mißlingen des eigenen Lebens erlebt, wird im Gefühl der Mitmensch gewärtigt. Dabei stehen Gefühle in einem umfassenden Zusammenhang, der sich als vielschichtiger, historisch-kulturell geprägter (verstehender wie praktizierter) Umgang der Person mit Gefühl (d.h. im „Modus von Umgang mit“) zeigt. Es braucht an dieser Stelle nicht von der (exponierten, z.T. kulturell „devianten“) Kreativität moderner Kunst die Rede zu sein, in der oftmals ein Menschenbild nach Ausdruck sucht, bei dem es – im Gegensatz zu den von vielen Psychologen bevorzugten Menschenbild – um Gefühl geht und um Formen des Gefühls, die die kulturellen Normzustände utopisch weit überholen (z.B. die Kunst des „Informel“, des Abstrakten Expressionismus, des „Art autre“).

Insgesamt nimmt die Gefühlspsychologie eine untergeordnete Stellung ein, hierfür lassen sich eine Reihe von Tendenzen verantwortlich machen:

- (a) Gefühl erweist sich als ungeeignet oder unergiebig für mechanisch-maschinelle Erkenntnis- und Praxisapparaturen; Gefühl bleibt außer acht (Marginal-Phänomen).

- (b) Das Phänomen Gefühl bedeutet ein Sicherheitsrisiko für etablierte Erkenntnis- und Praxismechanismen: Haltungen der Problemvermeidung und Problemverdrängung.
- (c) Der Begriff Gefühl stigmatisiert und skandalisiert einen Gegenstand als mystisches Relikt (Fossil) der wissenschaftlichen Karriere der Psychologie. Den Begriff gilt es daher zu beseitigen, zu überwinden, zu ersetzen.

2. Alternative Sichtweise

2.1 *Anthropologische Revision*

Geht psychologisches Theoretisieren und Praktizieren von dem als mechanisch-maschinell pointierten Menschenbild (Metapher) aus, in dem menschliches Erleben und Handeln auf Objekthaftigkeit, Machbarkeit hin ausgearbeitet und darin verklausuliert wird, so wird Gefühl zu einem exzeptionellen, „befremdlichen“ (sei es devianten, sei es primitiven) Gegenstand, ja verfällt in rigoroser Optik zu einem Pseudo-Gegenstand. Ein fairer, sinnvoller Zugang zu Gefühlen eröffnet sich für Psychologen – so meine Überzeugung –, wenn sie imstande sind, Distanz zu einer installierten, mechanisch-maschinellen Menschen-Metapher (explizitem Menschenmodell) zu gewinnen, wenn sie bereit sind, sich an der „ungewissen“ Entwicklung einer Alternativen Metapher des Menschen zu beteiligen und diese – mit ihren (Er-)Neuerungen und Verunsicherungen – in ihren Grundideen und Grundpraktiken zur Geltung zu bringen.

Ein Versuch hierzu innerhalb der Psychologie ist die Bewegung der sog. „Humanistischen Psychologie“, die – angesichts des offenen Problems – divergent einzelne Züge einer Alternativen Metapher programmatisch herausstellt. Der Ausdruck „humanistisch“ bekundet nun allerdings nicht, daß eine verfügbare humanistische Formel, etwa die Würdeformel des klassischen (bürgerlichen) Humanismus, als Alternative einzusetzen ist; der Ausdruck (vieldeutig genug) soll vielmehr verstanden werden als Appell, eine mechanisch-maschinelle Reduktion und Festschreibung des Menschen preiszugeben, und als Aufforderung zum Entwurf einer Metapher, die für den Menschen eine Dimension freigibt, die Dimension der Menschenhaftigkeit des Menschen („*humaneness*“), die Freiheit des

Menschen, schöpferisch sich selbst zu gestalten im Prozeß der Verwirklichung seiner eigenen Potentialitäten (in den jeweiligen Ermöglichungen seiner Welt). Darin liegt die wesentliche Forderung, die Provokation der „klassischen“ Humanistischen Psychologie (i.S. von Maslow 1968, vgl. Lowry 1979; Rogers 1959, 1972; May 1953; Jourard 1968, 1974; Bühler 1971; Bugental 1967; und andere). Und hier trifft sich „klassische“ Humanistische Psychologie mit der – von der Psychologie kaum beachteten – anthropologischen Psychotherapie, speziell der Psychotherapie v. Gebstatts (1954, 1959). Nachdem eine solche Beziehung gestiftet ist, zeigen sich weitreichende Übereinstimmungen auch zu psychotherapeutischen Konzeptionen von Binswanger (1953) und Wyss (1973, 1976) bis hin zu Petzolds Integrativer Psychotherapie (s. z.B. 1980, 1988) und Integrativer Agogik (s. z.B. Petzold 1978).

Da mittlerweile der Ausdruck „Humanistische Psychologie“ unklar ist, oft verwirrt, ins Unverbindliche ablenkt, mancherorts zu bloßer Floskel verfallen ist, sei, um dem zu entgehen, dann aber auch, um die Wendung zur anthropologischen Psychotherapie zu signalisieren, statt dessen von einem „anthropologisch-integrativen“ Ansatz der Psychologie die Rede. Im folgenden wird der Versuch unternommen, den Anspruch der „klassischen“ Humanistischen Psychologie von der anthropologischen Psychotherapie her (wieder) aufzunehmen, zu erneuern und in der Gefühls-Psychologie zur Geltung zu bringen. In der eröffneten anthropologisch-integrativen „Perspektive“ kann Gefühl als das Unbekannte, Fremde für Psychologen zu einer neuen Herausforderung werden, die – revisionär – bis zu der anthropologischen Fixierung der vorherrschenden, etablierten Psychologie durchdringt.

Sich auf das Fremde der Gefühle (des fühlenden Menschen) einzulassen, meint Bereitschaft des Psychologen zur Preisgabe vorherrschender Erkenntnisapparate, mit denen Gefühl vertraut laboriert und gehalten wird, Bereitschaft zur Revision von Rolle und Status in der vorherrschenden psychologischen Erkenntnis- und Praxis-Kultur. Sich auf Erfahrungen des Fremden einzulassen ermöglicht – riskant – die Restrukturierung der eigenen Erkenntnisaktivität, die Umschaffung oder Preisgabe eigener Vertrautheitsmechanismen und darin Eröffnung der eigenen Aufklärung des Fremden. Es geht um die heikle Balance zwischen einerseits Akkommodation der eigenen Erkenntnisidentität an das Fremde mit dem Risiko, sich – im „Going native“ des Ethnologen – an das Fascinosum des Fremden zu verlieren (in eine bloße „Gefühligkeit“), und andererseits Assimilation des Fremden in die eigene Erkenntnis-

identität mit dem Risiko, das Fremde als das „Exotische“ zu domestizieren und zum vertraut-extravaganten Objekt zu degradieren.

Das Fremde des fühlenden Menschen ist erreichbar nur durch Engagement des Psychologen, durch Erweiterung und Neugewinnung von Möglichkeiten der Identifikation und Partizipation in Phantasie, Intuition, Empathie, Kooperation, die eben jene technologische Verobjektivierung überwinden, durch die das Fremde ausgeschaltet, verstellt, deformiert und beschädigt (d.h. kolonisiert) wird. Zur Balance der Begegnung ist die subjektiv involvierende Hinwendung zu ergänzen durch eine sicher mühevollere, tolerant-sensible Distanzierung, in der logische Prinzipien, methodische Spielregeln, intersubjektive Übereinkünfte, historisch-kulturelle Diskussionen zu leisten sind, so daß das komplementäre Verhältnis der Selbst-Aufklärung des Psychologen (seiner eigenen Erkenntnis- und Praxiskultur) über das Fremde, als über das Fremde, allererst entdeckte, wieder- und neugewonnene Eigenheit zustandekommen mag.

Vielleicht gehört eine solche (Neu-)Begegnung der Psychologen mit der Fremde des Gefühls zu jenen Situationen wissenschaftlicher Befremdung und re-visionärer Selbsterkenntnis, in denen *Leiris* emphatisch sich einen Beitrag erhofft: „... zur Erarbeitung jener *menschlichen Wissenschaft, die sich selbst als solche erkennt*, einer Wissenschaft vom Menschen, geschaffen von Menschen und für den Menschen, einer Wissenschaft, die es ... an die Stelle jener abstrakten, toten, unmenschlichen und infolgedessen unvollständigen Wissenschaft zu setzen gilt, deren erdrückende Last wir schon zu lange tragen ...“ (*Leiris* 1981, 255; Hervorhebungen im Original).

Die Begegnung verschärft sich jedoch, wird komplikativer, je mehr der Psychologe im Gefühl ein „irrationales“ Gegenüber wahrnimmt, er sich als (europäischer) Wissenschaftler mit dem europäischen Grundproblem der Aneignung und Überwindung des Irrationalen konfrontiert sieht (s. hierzu *Feyerabend* 1981; *Hübner* 1981).

Wesentliche Züge der alternativen Metapher seien aus anthropologisch-psychotherapeutischen Ansätzen gekennzeichnet:

(1) Der Mensch erlebt-handelt in der durchgängigen Möglichkeit des „Sich-zu-sich-selber-Verhaltens“ (*v. Gebattel* 1954, 1959). Dieses Verhältnis ist über die Auseinandersetzung mit der (kulturell geprägten) Welt (vor allem über die Mitmenschen) vermittelt, dadurch mitgestaltet. Es ist auf verschiedenen Ebenen des Erlebens-Verhaltens anzusetzen: im Gewahrsein (als unmittelbarem Teilnehmen, Aufnehmen, Annehmen, „awareness“ in gestalttherapeutischem Sinne), in theoriegeleiteter Reflexion eigenen Erlebens-Handelns, in der Selbst-Konfrontation, die aus dem Gegenüber der Produkte des

eigenen Erlebens-Handelns als Werken in der kulturell geprägten Welt entstehen kann, in der Begegnung mit anderen, die den Kreisprozeß von Selbst-Begegnung (Selbst-Erkenntnis wie Selbst-Behandlung) und daraus entstehenden Formen der Fremdbegegnung ermöglicht. Erleben-Verhalten hat demnach die Form eines vielschichtigen Umgangs mit sich selber.

(2) Der Mensch, der in seinem lebensgeschichtlichen Prozeß in Auseinandersetzungen mit seiner Welt seine eigenen Potentialitäten realisiert, der sich in diesem Prozeß schöpferisch selbst mit hervorbringt in bestimmten Erlebens- und Verhaltensweisen, der eben in diesem lebensgeschichtlichen Prozeß im Modus des „Sich-zu-sich-selber-Verhaltens“ zu sich selber kommen kann. Potentialitäten sind – um einem Mißverständnis zu wehren – nicht als präfixierte Größen zu betrachten, sondern als Perspektiven, die dem Menschen auf dem (Um-)Wege über seine lebensgeschichtliche Auseinandersetzung mit der (kulturell geordneten) Welt, d.h. in einer lebensgeschichtlichen Verfassung, in einer konkreten Auseinandersetzung mit jeweils Fremdem, Unbekanntem als ureigene selbst-verantwortete Möglichkeiten zu kreativem, sinnvollem Erleben-Handeln aufgehen: Selbst-Findung, Selbst-Werden (es wird mir, ich werde).

(3) Der Psychologe bezieht sich in seiner theoretischen und praktischen Arbeit auf einen Mit-Menschen (Mitsubjekt), dessen Selbstverwirklichung dadurch gefördert oder beschränkt wird, wie der Psychologe ihm personal, in seiner sozio-kulturellen Figur, in seiner theoretischen und praktischen Methode entgegentritt. Für den Psychologen ergibt sich die Aufgabe, sich so auf den Mitmenschen zu beziehen, daß er sich dem Erleben-Handeln in jener Dimension nähert, in der ein Mensch seine eigenen Potentialitäten schöpferisch zu realisieren vermag. Diese Beziehung wird etwa dann verfehlt, wenn der Psychologe den Menschen in eine Modell-Vorrichtung verbringt, die aus den Potentialitäten des Menschen ein mechanisch-maschinell funktionierendes Erleben-Handeln verfertigt, auf das als Faktum hin der Psychologe dann praktiziert (nützlich beteiligt an der Herstellung einer mechanisch-mechanistischen Alltagswirklichkeit des erlebenden-handelnden Menschen, die diesen effektiv von der Verwirklichung eigener Möglichkeiten zu entfremden tendiert). Dagegen sei gesetzt *Bittners* Hinweis auf eine „Wissenschaft mit dem Menschen“ (*Bittner* 1979, 10f.):

„... die sich in erster Linie als Aufforderung versteht, die jeweiligen Daseinsmöglichkeiten zu begreifen und zu vollziehen ..., den Menschen ... zur Entfaltung seiner Möglichkeiten herauszufordern“.

Zur Voraussetzung wird ein Engagement des Psychologen an dem Mit-Menschen in seiner Möglichkeitsdimension: Diese gilt es, aus dem Faktum der Alltagswelt freizulegen, als das Andere, Unbekannte zu eröffnen. Es gilt die Verwirklichung der Möglichkeiten des Mit-Menschen zu fördern (so daß das Engagement i.e.S. einen psychohygienischen oder therapeutischen Charakter gewinnt). Wie weit dieses Engagement in die Möglichkeitsdimension des Mit-Menschen gelingt, hängt davon ab, wieweit es dem Psychologen gelingt, sein Engagement aus der Realisierung seiner Möglichkeit, seiner Eröffnung des Anderen, Unbekannten, aus der Schaffung neuer Formen in seiner sozio-kulturellen Figur u.ä. zu entwickeln (was wiederum rückgekoppelt ist an die Verwirklichung der Potentialitäten des Mit-Menschen). „Objektivierung“ ist hier nicht zu leisten durch Ausklammerung des „subjektiven“ mitmenschlichen Engagements, sondern unter dessen Voraussetzung; „Objektivierung“ ist zu korrigieren und umzustrukturieren im schöpferischen Prozeß neuer, anderer, tieferer Realisierung der Möglichkeit des menschlichen Engagements.

Die gegebenen Hinweise lassen sich in einem Modus verdichten und weiterbewegen, indem die Grundgestalt der Alternativen Metapher des Menschen zum Ausdruck gebracht wird:

„Der Mensch als Mitschöpfer seiner selbst. Er mißversteht sich, wenn er sich als schon geschaffen... hinnimmt. Es geht um *seine* Schöpferkraft, die allerdings nicht als ‚Kreativität‘, ein Modewort, sondern als *Konkreativität* aufzufassen ist. Konkreativ sucht der Mensch diejenige Selbstverfassung, durch die alle vorhandenen Potenzen zueinander und durcheinander befreit werden“ (Rombach 1977, 301; Hervorhebungen im Original).

Dem Begriff der Konkreativität entspricht das psychotherapeutische Metakonzept Kokreativität, das Kreativität als „Neukonfigurierung aus korrespondierender Interaktion“, als „synergetische Verbindung von Vorhandenem“ faßt. Es wurde von *Iljine* und *Petzold* in den Jahren 1967-1970 im Rahmen des „Therapeutischen Theaters“ und zu dessen allgemeiner Begründung, Vertiefung entwickelt (s. hierzu *Iljine, Petzold* 1990). Mittlerweile hat Petzold Kokreativität als fundamentale Dimension der „Integrativen Therapie“

thematisiert und verankert – so im Hinblick auf die „Integrative Dramatherapie“ (s. hierzu neuestens *Petzold 1990 a, b*). Er definiert Kreativität wie folgt als

Kokreativität:

„Kreativität (ist) eine kosmologische und anthropologische Konstante“
... Sie „ist ein für die Generativität der Evolution und die Dynamik kultureller Prozesse charakteristischer, also letztlich kollektiv gegründeter Impetus, zwischen vorhandenen Größen (Atomen, Molekülen, Menschen, Gesellschaften, Gedanken, Erkenntnissen, Theorien) Permeationen oder neue Konfigurationen herzustellen, ein Impuls zur ‚Kokreativität‘. Durch sie entstehen synergetische Effekte und vermag der Mensch in kokreativen Aktionen vorhandenes (Materie, Informationen, Gedanken, Wissen, Ausdrucksformen der Kunst etc.) in (neue) Beziehungen zu setzen und korrespondierend zu entwickeln. Unter Kreativität kann man deshalb alle Aktivitäten verstehen, die neue Entwicklungen – und das sind zumeist Beziehungskonfigurationen – vorantreiben. Dies gilt schon für die Generativität der Evolution. Für Humankreativität setzt dies eine mehrperspektivische, multidimensionale Wahrnehmung von Wirklichkeit voraus, der pluriformen Wirklichkeit der Welt und der polymorphen Wirklichkeit des eigenen Leib-Selbst. Wahrnehmung konnektiert und strukturiert – der Mensch schafft nicht ‚ex nihilo‘. Wahrnehmung ist, besonders wenn sie ‚Synopsen‘ schafft, als solche schon kreativ“ (*Petzold 1971, 2*; aus: *Eisler-Stehrenberger 1990, 131*).

Im vorliegenden Zusammenhang wird Kon-(Ko-)kreativität in einer (poetischen) Dekonstruktion freigesetzt als Alternative Metapher, in der der Ursprung und das reiche Grundmotiv für die Herausbildung neuer (alternativer) psychologischer Figuren, Modelle, Konstrukte präsent werden, in der jedoch zugleich eine wissenschaftliche Entzogenheit, poetische Unerschöpflichkeit der Verweisungen, primordiale Mehrwertigkeit, Vieldeutigkeit, die Ferne der Utopie gewahrt werden. Eine Möglichkeit zur Freisetzung der Metapher ist ein „Austausch“ zwischen Psychologie und Kunst, in dem *Salbers* „zentrale These“ aufgenommen wird:

„Psychisches ist nur zu verstehen, indem wir es auf Kunst beziehen – Kunst lebt nur, indem wir sie in die Wirklichkeit stellen, die in seelischen Prozessen herausgeführt wird“ (*Salber 1977, 13*).

„Kunst ist Prototyp der Beweglichkeiten und Konstruktionsmöglichkeiten des Seelischen (Eingriff, Magie, Fabrizieren, Spielraum, Entwicklung, Zuspitzung)“ (12).

Soweit ein „kongenialer“ Austausch gelingt, vermögen Psychologen auch zu profitieren von Prozeß und Produkt einer Avantgarde

der Konkretisierung der Alternativen Metapher, von modernen (bildnerischen) Künstlern, die in Bildwerken, deren emphatischer Kommentierung und „theoretischer“ Reflexion Kon-(Ko-)kreativitäts-Figuren, -Modelle schaffen und damit mechanisch-maschinelle Alltagsmodelle transzendieren (s. hierzu etwa *Beuys Kunst-„Programm“*; *Beuys*, in *Harlan* 1987; in *Petzold, Orth* 1990).

2.2 Anthropologisch-integrative Aspekte von Gefühl

Der Mensch wird gesehen als erlebendes-(fühlendes-)handelndes Subjekt, das in seinen Auseinandersetzungen mit seiner Welt sich selber (mit seiner Welt) „verwandelt“. Der Mensch erlebt-handelt in der „durchgehenden Möglichkeit des Sich-zu-sich-selber-Verhaltens“, „Zu-sich-selber-kommen-Könnens“ (v. *Gebattel* 1954, 330; vgl. 1959, 563). Dieses „Verhältnis-zu-sich-selber“ ist stets ein über die Auseinandersetzung mit der Welt (vor allem über die Mitmenschen) Vermitteltes, dadurch Mitgestaltetes, explizierbar als dialektisches (dialogisches) Verhältnis (s. *Riegel* 1980), ansprechbar als Fremd- und Selbst-Behandlung, fundamental als „Behandlung“ i.S. von *Salber* (1980, 7):

„Seelisches ist Behandlung... Behandlung ist vertraut und unvertraut zugleich. Was wir als ‚Behandlung‘ i.e.S. ansehen, ist dadurch vorbestimmt; wissenschaftliche Methode und klinische Behandlung sind Sonderformen von Behandlung überhaupt.“

In schlichter (protoreflexiver) Form verhält sich ein Mensch zu sich in unmittelbarem Gewährsein (als unmittelbares Teilnehmen, Aufnehmen, Annehmen) des aktuellen eigenen Erlebens-Handelns („awareness“ in gestalttherapeutischem Sinne, s. *Enright* 1972).

Der Mensch, der in seiner lebensgeschichtlichen Auseinandersetzung mit seiner (durch kulturelle Ideen geordneten) Welt und über seine Welt in einem „Selbst-Konzept“ zu sich kommt, das als relativ stabiles Muster von mehr oder weniger kulturkonformen (personahaften oder rollenmäßigen) Philosophien, Theorien, Wertprinzipien, Handlungsprogrammen u.ä. in bezug auf sich selber, das eigene Erleben-Handeln in der Welt, erscheint. Im Selbst-Konzept ist Gefühlen als „Postulaten“ (*Epstein* 1979) ein mehr oder weniger hoher Stellenwert eingeräumt.

Der Mensch, der sich in der lebensgeschichtlichen Entwicklung seines Selbst-Konzeptes so zu sich verhält, daß er in Auseinandersetzungen mit seiner Welt (in deren Ermöglungen) seine eigenen Potentialitäten realisiert (das schließt ein, daß er dieser gewahr wird und sich für sie entscheidet): Authentische Selbst-Verwirklichung (in der das Selbst-Konzept entsprechend strukturiert oder lebensgeschichtlich revidiert wird: Authentizierung des Selbst-Konzeptes).

Lebensgeschichtliche Entwicklung, Realisierung der Potentialitäten einer Person, vollzieht sich in einer jeweiligen Situation. Es gilt, ein Bewußtsein zu gewinnen und aufrechtzuhalten für die radikale, wesentliche Verschränkung von Person und Situation: Person-in-Situation.

Die Person ist in einer Situation, in dem, was ihr gemäß ihren Potentialitäten des Erlebens-Verhaltens jeweils insgesamt gegeben ist (als materielle, immaterielle Vorgänge, Zustände, Dinge usf.). Dabei entsprechen einander Fülle der Möglichkeiten der Gegebenheiten und Fülle der Potentialitäten des Erlebens-Verhaltens. Es entspricht dem Alltagsverständnis von Situation, darunter das Ganze zu verstehen, das der Person in ihrem Erleben-Verhalten jeweils gegeben ist (einheitlich; umfassend Dingliches, Soziales, Innerseelisches). Die Form, in der hier etwas als Ganzes gegeben ist, läßt sich – mit unterschiedlicher Akzentuierung – verstehen als „Verweisungs-“ oder „Bewandtniszusammenhang“. So deutet das, was hier und jetzt etwa ansichtig wird, über sich hinaus auf weitere, andere Möglichkeiten der Wahrnehmung (ist im Sinne *Graumanns* perspektivisch, indem das vom Subjekt jeweils *Wahrgenommene* verweist „auf einen Spielraum von zugehörigem *Wahrnehmbaren*“; *Graumann* 1960, 66; Hervorhebung im Original). So ergibt sich die Bewandtnis, die es mit einem mir Begegnenden hat, nicht aus ihm selbst, sondern erst aus dem (Gesamt-)Zusammenhang mit weiterem, anderem Begegnendem.

Die Kennzeichnung von Situation soll hier in der Schwebe bleiben:

(1) Zum einen soll bemerkbar sein, daß Auffassungen von Situationen zu einer Subjekt-Objekt-Spaltung tendieren. Objektiv ist Situation ein (intersubjektiv auszumachender) Weltausschnitt, der als Stimuluskonstellation das Verhalten der Person (als Organismus) determiniert (s. „Totale Stimulussituation“ bei *Sells* 1963). Objektiv läßt sich Situation in dem Maße bestimmen, als es gelingt, Situation so zu sichten, „wie sie einem allwissenden desinteressierten Auge erscheinen mag, das alle ihre komplexen Interdependenzen, auch alle ihre endlosen Kontingenzen sieht“ (*McIver* 1942, 295). Subjektiv ist Situation das, was die Person jeweils kraft ihrer Leistungsfähigkeiten, ihrer subjektiven Theorien, Auffassungsschemata, ihrer Einstellungen, Motive und Erwartungen, ihrer Wertsetzungen und Handlungsabsichten aus der (inneren und äußeren)

Welt für sich erschließt und ausgrenzt. Im Extrem wird Situation hier zu einer Funktion der realitätsproduzierenden Potenz des Menschen verengt.

(2) Zum anderen soll durchsichtig, damit kritisch sein, daß Situation – radikal betrachtet – „gleichsam zwischen dem Subjekt und den Objekten“ (Finke 1955, 190) steht, daß für sie gerade gilt: „Die Situation überspannt die Subjekt-Objekt-Spaltung, indem sie beides, das Subjekt und die Objekte, immer schon in sich aufgenommen hat. Nichts anderes ist gemeint mit der These: die Situation ist die Einheit der Aktualität von Subjekt und Welt im Augenblick“ (Finke 1955, 154).

Jede Situation ist mehr oder minder artikuliert, besitzt ein mehr oder minder bestimmtes Bedeutsamkeitsrelief – sei es in schlicht-alltäglichen, selbstverständlichen Ensembles von Erlebens-Verhaltensroutinen und sozialen, dinglichen Umständen, sei es in Arrangements des Problematisch-werdens von Einstellungen und ihren materiellen oder immateriellen Bezugsgrößen.

In der Artikulation der Situation spiegeln sich die Potentialitäten und deren lebensgeschichtlich entwickelte Ordnung: aus implementierten Potentialitäten (Implementen) resultierende Auffassungsschemata, Einstellungen, Werthaltungen u.ä. So ist die Artikulation für gewöhnlich zentriert auf das, worauf die implementierten Potentialitäten aktuell orientieren und ausrichten. Damit gewinnt die Situation ein Thema (z.B. als explizite oder implizite Aufgabe, als explizit definierter, kritisch reflektierter Widerstand des Erlebens und Verhaltens), das sich im Verweisungszusammenhang – über ein mehr oder minder weites und klares Feld – abschattet zum Horizont als der besonderen Grenze der Situation, die weitere, andere Möglichkeiten der Erfüllung von Erleben-Verhalten aktuell sowohl ausschließt (abweist, dahinstellt u.ä.) als auch vorhält, die – veränderlich – sich verengen, erweitern, undurchlässig, durchlässiger werden kann, Horizont, von dem aus die Situation neu artikuliert, von dem aus ein neues Thema hereingerückt werden mag.

Situations-Artikulation und Artikulation der Potentialitäten sind in einer Wechselbeziehung einander komplementär. In einer Richtung gilt: Potentialitäten gestalten die Situationsartikulation mit der Tendenz, daß implementierte Potentialitäten das jeweilige Thema selektierend, akzentuierend bestimmen und gegebenenfalls zu einer expliziten Situationsdefinition, Objektivierung der Situation, fortführen. – In der anderen Richtung gilt: Die jeweilige Situationsartikulation, in der verschiedenartige, besondere materielle und immaterielle Komponenten berücksichtigt sind, und das demgemäß sich erfüllende Erleben-Verhalten wirken zurück auf die Potentialitäten (je nach der besonderen Art der Situationskomponenten affirmativ, konsolidierend, aber auch modifizierend, restrukturierend, labilisierend).

Potentialitäten sind – wie im Modus von Person-in-Situation ausgeführt – nicht als präfixierte Größen zu betrachten, sondern als Perspektiven, die dem Menschen auf dem (Um-)Wege über seine lebensgeschichtliche Auseinandersetzung mit der (kulturell geordneten) Welt (d.h. in einer bestimmten lebensgeschichtlichen Verfassung, in einer konkreten Auseinandersetzung auch mit dem bislang Fremden, Unbekannten) als ureigene – selbst-ver-antwortete – Möglichkeiten zu kreativem, sinnvollem Erleben-Handeln aufgehen: Selbst-Findung, Selbst-Werden. – Hier sollen Gefühle lokalisiert werden.

(1) Gefühle sind aktuelle (im Hier und Jetzt gegebene) ganzheitliche, individuelle Erlebnisse des Daseins des Subjektes in einer Lebenssituation (situative „Ich-Zustände“). Aufgenommen sind damit die drei von *Revers* formulierten Thesen zur Bestimmung von Gefühl: „1. Wir sind es ganz. 2. Wir sind es selbst. 3. Wir sind es existierend“ (*Revers* 1972, 202; Hervorhebungen im Original); – zur Ganzheits-Charakteristik s. *Krueger* 1953). „Indem ich fühle, bin ich in ursprünglicher, primärer Weise in mir über mich (als in der Welt existierend) orientiert“ (*Revers* 1972, 211; Hervorhebungen im Original). Hier ergibt sich das Kennzeichen des Gefühls als primärer „Wert in sich“, jeder irgendgearteten Funktionalität voraus. „Lebendig sein heißt, Gefühle zu haben“ (*Hart, Binder, Corriere* 1983, 241).

(2) Gefühle stellen unmittelbare (unwillkürliche, unausweichliche), psycho-physische Bewertungen des jeweiligen (situativen) Person-Welt-Bezuges (Empfinden, Wahrnehmen, Bewegung, Denken, Vorstellung, Bedürfnisse, Interesse, Glauben usw.) dar (als psycho-physisches, bewertendes Innesein von Angenehm-, Unangenehmbetroffensein, Erregung, Beruhigung, Erleichterung, Behinderung; und zugleich als psycho-physisches Aufgefordertsein zu Annäherung, Akzeptierung, Entfernung, Zurückweisung); (s. hier zu *Bottenberg* 1972; *Zajonc* 1980).

(3) Gefühle sind psychophysisch-ganzheitliche Prozesse, die die unterscheidbaren Komponenten des Erlebens, der physiologischen Aktivität, des leiblichen Ausdrucks, des (symbolischen und manifesten) Verhaltens umfassen: Komplexion (*Bottenberg* 1972, 266ff.).

(4) Gefühle sind erlebnismäßig durch „Nichtgleichgültigkeit“ gekennzeichnet (s. vor allem *Krueger* 1953). Sie zeichnen jeweils Person-Umwelt-Bereiche in bezug auf die eigene Person als relevant aus („Selbstbetroffenheit“; s. *Bottenberg* 1972). Nichtgleichgültigkeit führt im Modus des „Zu-sich-selber-Verhaltens“ zur Orientierung

und Zentrierung psychophysischer Aktivität (Spektrum von einfachen physiologischen Regulationsprozessen, von Wachheit, Selbstaufmerksamkeit bis Philosophieren, moralisches Bewerten) auf Gefühle.

(5) Dem Erleben von Gefühlen eignet „Widerfahrnis“-Qualität (sie werden als nichtwillkürlich erlebt). Das Subjekt erfährt sich in ihnen passiv (pathisch; s. *Averill* 1980).

(6) Im Laufe lebensgeschichtlicher Entwicklung gewinnen Gefühle (vermittelt zunächst über signifikante andere) eine kulturell normierte (geregelte) Formation, indem Menschen in der Auseinandersetzung mit ihrer Welt für Gefühle selektiv typische „interne“ wie „externe“ Antezedentien und korrespondierende typische „interne“ wie „externe“ Konsequenzen (der Regulation durch Gefühle) konstruieren lernen. Es bilden sich die innerhalb eines ökologisch-kulturellen Rahmens „namentlichen“ Gefühle. Namentliche Gefühle sind in Antezedentien und Konsequenzen auf verschiedene interne und externe „Bezogenheitsregionen“ hingeordnet (beinhalten bestimmte allgemeine Positionsschemata des Subjektes-in-seiner-Welt und daraus ausdifferenzierte speziellere Kognitionsfiguren; *Bottenberg* 1972).

„Gefühl ist... auf Sprechen angelegt, jedoch so, daß es darin in seiner Fülle nur eingeht, solange Sprechen kreativ ist, d.h. den vertikalen Durchgriff von primärer, intimer Bedeutungserfahrung in einem Positionsschema und entsprechenden Kognitionsfiguren bis hin zu den spezifizierten, öffentlichen, auf Kommunikation wie auf Sachbezeichnung verpflichteten Namen verwirklicht. So kulminiert Gefühl in seinem Namen“ (*Bottenberg* 1972, 269f.; s. auch 197).

Die kulturelle Formation von Gefühlen ist am klarsten in *Averills* Teilbestimmung von Gefühlen als „transitorische soziale Rollen“ (als Komponenten des kulturellen Systems) thematisiert (*Averill* 1980, 308f.). Gefühle sind ingredient im Aufbau des hierarchischen Selbst-Konzeptes i.S. von Philosophien, Theorien, Bewertungen, Handlungsprogrammen in bezug auf sich selber. Hier fungieren sie nach *Epstein* (1979) als fundamentale Bewertungsprinzipien, „Postulate“, auf denen die Selbst-Theorie mit ihren Subtheorien basiert. Mit steigendem Rang der Postulate im hierarchisch organisierten Selbst-Konzept steigt die Relevanz der Gefühle im Selbst-Konzept.

(7) Aus der lebensgeschichtlichen Entwicklung und im Modus des Zu-sich-selber-Verhaltens gewinnen Gefühle eine Verfassung,

die sich idealtypisch (ins Statische festgelegt) als Mehrschichtigkeit aufzeigen läßt.

Zumindest im Hinblick auf das skizzierte Mehrschichtigkeits-Modell erscheint eine Unterscheidung der promiscue oder gegensätzlich verwendeten Ausdrücke Gefühl, Affekt, Emotion nützlich. Dabei soll Gefühl für weithin offene Begriffe den Oberbegriff abgeben.

2.3 Ebenen des Gefühls

2.3.1 Originäre Gefühle

Originäre Gefühle: Gesamtorganismische Gefühle, die alle Komponenten (unmittelbare Erlebnisqualität, physiologische Aktivität, leiblicher Ausdruck, Verhalten) einschließen, in denen alle Komponenten einander entsprechen, zueinander in einem Stimmigkeitsverhältnis stehen („identisch“ sind), die derart eine umfassende Ganzheit bilden. Es wird damit auf Gefühle verwiesen, die *Hart, Binder & Corriere* (1983) als „integrale (vollständige) Gefühle“ ansprechen: „... es sind Gefühle, bei denen sich Empfindungen, Bedeutungen und der entsprechende Ausdruck in völligem Einklang befinden“ (*Hart, Binder & Corriere* 1983, 15). In bezug auf Mitmenschen sind originäre Gefühle bei der Stimmigkeit ihrer Komponenten relativ leicht zu kommunizieren (Ausdruck, non-verbal) und auch leicht zu verstehen (Transparenz von Ausdruck, Verhalten auf Erleben) (s. *Hart, Binder, Corriere* 1983; *Zajonc* 1980). Originäre Gefühle sind gebunden an die organismische Konstitution des Menschen. Interessant erscheint es, organismische Konstitutionen, soweit sie grundlegende Organismus-Umwelt-Bezüge vorstrukturieren, aufzugreifen.

(1) Im Sinne von *Kafkas* Uraffekten (*Kafka* 1950). Als Uraffekte gelten Affekte, in denen vier grundlegende Modi des Aufgefordertseins (in Position-Sein) des Organismus in seiner Beziehung zur Welt rein zum Ausdruck gelangen: Gier-Macht („Her mit dir zu mir!“), Widerwille-Wut („Fort mit dir von mir!“), Furcht („Fort mit mir von dir!“), Erschließung-Liebe („Hin mit mir zu dir!“).

(2) Im Sinne von *Jungs* Archetypen (*Jung* 1967), die im Kollektiv-Unbewußten des Menschen als menschheitliche „psychoide“ Prinzipien (Dominanten) des Erlebens-Verhaltens überhaupt dem individuellen Erlebens-Verhalten (apriorisch) vorausliegen und im bewußten Erleben – je nach den konkreten Person-Umwelt-Bezügen – in Bildern (Symbolen)

und dynamisch damit verbundenen „Gefühlen“ sich manifestieren und das bewußte Erleben-Verhalten kompensatorisch ergänzen. „Die Archetypen sind formale Faktoren, welche unbewußte seelische Vorgänge anordnen: sie sind ‚patterns of behaviour‘. Zugleich haben die Archetypen eine ‚spezifische Ladung‘: sie entwickeln numinose Wirkungen, die sich als *Affekte* äußern“ (Jung 1967, 495, Hervorhebung im Original). Archetypen sind wesentliche Faktoren im Individuationsprozeß. Darüber hinaus sind relativ „unspezifische“ Phänomene i.S. gesamtorganismischer „Erregung“ zu berücksichtigen, wie sie beim Studium von Orientierungsreaktion (Orientierungsreflex) und psychophysischer Aktivierung faßbar und für Gefühle als bedeutsam erachtet werden (s. Bottenberg 1972).

2.3.2 Affektozepte oder Emotionen

In der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Menschen erfolgt – mit der Strukturierung der Person-Welt-Bezüge, mit dem Aufbau des Selbst-Konzeptes – eine von kulturellen Ideen (Werten) geleitete, selektive Formation originärer Gefühle zu den alltäglich bekannten „namentlichen“ Gefühlen. Auf dieser Ebene seien Gefühle als Affektozepte oder Emotionen bezeichnet.

Die Entwicklung von Gefühlen ist als dialektischer („dialogischer“) Prozeß (These, Antithese, Synthese) zu verstehen (s. Riegel 1980; vgl. Bedeutungsaspekt „Vieles in Einem“ bei Rychlak 1976), in dem zu der These der Affekte als „vollständiger“ Gefühle in verschiedenster Hinsicht (sei es als Dasein im Hier-und-Jetzt, sei es als Einordnung der psycho-physischen Prozesse in ein primäres Bewertungs-Bezugs-System des Subjekts, sei es als ganzheitliche, stimmige Durchdringung „innerer“ Erlebnisse bis in „äußeren“ Ausdruck und „äußeres“ Verhalten, sei es als „Wert in sich“, und sei es als Passivität u.ä.) die Antithese der psychischen Prozesse tritt, die aus kulturellen Ideen in bezug auf Erleben und Handeln, darin auf Gefühle des Menschen, entspringt (indem als wünschenswert und gefordert gilt, sei es der erkennende, handelnde Ausgriff, die Verfügbarmachung von Zeit und Raum, sei es die Einweisung und Aufteilung psychophysischer Prozesse in differente, externe Bewertungs-Bezugs-Systeme, sei es die Absetzung einer inneren privaten Erlebnissphäre gegen eine äußere, öffentlich beanspruchte Verhaltens- und Leistungssphäre, sei es die Dienstfunktion von Gefühl u.ä.).

Eine Vorstellung von der Mannigfaltigkeit der Bewertungen, die Gefühle in historisch jeweils dominanten kulturellen Menschenbildern finden können, bietet *Rosenthals* (1974) Analyse kultureller „Idealmuster“ für psychisches Geschehen. Entsprechend vorherrschenden kulturellen Werten kann die Formation von Gefühlen auf Ausweitung oder aber auf Einschränkung und zugleich auf Störung der Stimmigkeit in den entwickelten Person-Welt-Bezügen tendieren. Diese Tendenzen spiegeln sich in psychologischen Auffassungen wider, so wenn Gefühle als primitive, irrationale Prozesse dargestellt werden, die die kulturellen differenzierten Person-Welt-Bezüge (insbesondere Wahrnehmungen, Denken, Planen) „assimilieren“ und dadurch desorganisieren und primitivieren (s. *Bottenberg* 1972), so wenn Gefühle in Akkommodation an die kulturellen Erwartungsmuster gesehen und dann in wesentlichen Zügen als „temporäre soziale Rollen“ erscheinen (s. *Averill* 1980).

Hart, Binder & Corriere (1983) pointieren die im amerikanischen Zeitgeist wirksamen kulturellen Einstellungen in „Regeln der vernünftigen Verrücktheit“: „1) Sage nicht, was du fühlst; 2) Sage nicht, was du meinst und 3) Folge nicht deinen Körperempfindungen und -impulsen“ (*Hart, Binder, Corriere* 1983, 108, Hervorhebungen im Original). Außerdem verweisen sie (1983, 12) auf ein radikales „Mißverständnis“ von Gefühlen: „Gefühle sind gefährlich und müssen kontrolliert werden. Bei diesem Mißverständnis werden Gefühle als irgendwie gefährlich animalisch angesehen“ (Hervorhebung im Original).

Werden derartige kulturelle Wertsetzungen an einen Menschen vermittelt und von diesem internalisiert, so erwächst mit Gefühlen im Laufe der lebensgeschichtlichen Entwicklung ein System des Widerstandes, der in sehr unterschiedlichen Mechanismen realisierten Abwehr (z.B. i.S. der tiefenpsychologischen Mechanismen von Verdrängung, Verschiebung, Vermeidung, Projektion, Rationalisierung, z.B. i.S. gestalttherapeutischer Mechanismen der Introjektion, Projektion, Retroflexion; s. *Polster, Polster* 1975; z.B. i.S. der Lüge als Nichtübereinstimmen von Erleben und Ausdruck, i.S. der Darstellung, Inszenierung nicht vorhandenen Erlebens; *Hart, Binder, Corriere* 1983). Die Formation von Gefühlen (Affektozeption) führt unter derartigen Bedingungen – in einer „verzerrenden“ Synthese – zu fragmentierten, unstimmigen Gefühlen („unvollständige“, „partielle“ Gefühle i.S. von *Hart, Binder, Corriere* 1983), die freilich in dem vorausgesetzten kulturellen Rahmen als „normal“ gelten.

2.3.3 Meta-Emotionen

Auf seine Gefühle (i.S. von Emotionen, Affektozepten) bezieht sich der Mensch, um sie zu erfahren, zu erkennen, um sie zu erhalten, um sie zu verändern (emotiotroper Bezug). – Diese Ebene des Gefühls sei als Meta-Emotion bezeichnet.

Dieser lebensgeschichtlich mit dem Selbst-Konzept ausgebildete, kulturell vorstrukturierte Bezug kann sich in einem sehr weiten Phänomenspektrum widerspiegeln, wie es zwischen Wachheit, Aufmerksamkeit (vgl. Selbst-Aufmerksamkeit i.S. von *Wicklund* 1975), Intuition, Focusing (s. *Gendlin* 1981) in bezug auf Gefühle (Emotionen) bis zu expliziten subjektiven Theorien, Bewertungsprinzipien, Programmen in bezug auf Gefühl (Emotion) variiert. Diesem Spektrum entsprechen verschiedene emotiotrope Bezugsmodi (-stile), die sich – sehr vereinfacht – zwischen zwei Extremen bewegen:

„Offener“, divergent-orientierter Bezugsmodus, in dem Gefühl (Emotion) als Herausforderung, als Problem mit offener Ausgangslage und offenem Endzustand erscheint.

„Geschlossener“ konvergent-orientierter Bezugsmodus, in dem Gefühl (Emotion) unter den Voraussetzungen mehr oder minder expliziter subjektiver Theorien, Evaluationsregeln, Programme als wohldefinierte Interventions-Aufgabe angegangen wird.

Die metaemotionale Ebene ist gekennzeichnet durch Reflexivität – wobei diese sich nicht beschränkt auf eine bewußte, explizite und bewußtseinsnahe, explizierbare Reflexion (mit ihrer Reduplikation von Subjekt- und Objekt-Ich), in der Gefühl thematisiert wird (z.B. mittels Introspektion; *Radford* 1974). Darüber hinaus ist einzubeziehen das explizite und implizite (theoretische und praktische) Wissen um den Reflexionsprozeß (oder zumindest Komponenten dieses Prozesses, reflektierte Reflexion): Metareflexion. Außerdem kann in Meta-Emotion – zumindest partiell – das eingehen, was als Bewußtheit-Gewahrsein der Gefühle diese unmittelbar teilhaftig macht – in einer unthematisierten Beziehung (diese Beziehung ist als protoreflexiv der Reflexion, diese nach Form und Inhalt mitbestimmend, vorauszusetzen).

Meta-Emotion ist bilateral zu sehen: Zum einen – nach „innen“ – als Verhältnis zu Gefühl (Emotion), zum anderen – nach „außen“ – als subjektive Konstruktion, in der ein Mensch kulturelle, über andere vermittelte, auf Gefühl (Emotion) bezogene Wachheiten,

Aufmerksamkeiten, Haltungen, Theorien, Bewertungsprinzipien, Programme, Philosophien (Bottenberg 1982) internalisiert hat (enkulturaler Modus). – So dürfte ein offener, divergent-orientierter Bezugsmodus die andere Seite eines Menschenbildes besitzen, das dazu herausfordert, sich selber (seinen Mitmenschen) in seinem Gefühl (Emotion) unbedingt anzunehmen, die eigenen Potentiale, die eigenen Gefühle (Emotionen) kreativ fortzuentwickeln (d.h. vorwärtsgerichtet auf einen den bisherigen Zustand transzendierenden, neuartigen Zustand). Die andere Seite eines geschlossenen, konvergent-orientierten Bezugsmodus kann sich in einem Menschenbild darstellen, von dem ein autoritärer Anspruch ausgeht und gerechtfertigt wird, Gefühle (Emotionen) durch technischen Eingriff in bestimmte Gefühlskomponenten in einer geforderten (kulturkonformen) Norm zu halten bzw. bei Abweichung zur Norm zu korrigieren.

Die idealtypische Schichtigkeit der Gefühle läßt sich nur begrenzt in eine aktual- und ontogenetische Sequenz übertragen. Insbesondere sollte der Aufbau der metaemotionalen Ebene nicht einseitig verknüpft werden mit der kognitiven Entwicklung von Reflexion, damit nicht Phänomene wie Wachheit, Aufmerksamkeit (Selbst-Aufmerksamkeit), Focusing i.S. von Gendlin (1981) außer acht bleiben. Die Schichtigkeit der Gefühle variiert zwischen den Gefühlen, variiert situationsabhängig in einer Vielzahl von Hinsichten, so z.B. gemäß internalisiertem Menschen-, Weltbild, gemäß Struktur des Selbst-Konzeptes, gemäß situativ-aktuellem Person-Umwelt-Bezug.

3. Authentizierung von Gefühlen

3.1 Grundannahmen

Umgang mit Gefühlen ist Weg des „Sich-zu-sich-selber-Verhaltens“ – ist stets über Umgang mit der Welt vermittelter Umgang mit sich selber (Selbst-Umgang). Hierin wird der „optimale“ Umgang mit Gefühlen sichtbar als Authentizierung, in der aus den lebensgeschichtlich entwickelten Subjekt-Welt-Bezügen in einem bestimmten Selbst-Konzept (zugehörigen enkulturem Menschenbild und Welt-Konzept) originäre Gefühle verwirklicht (gelebt) werden.

Mit der Authentizierung der Gefühle, der Verwirklichung originärer Gefühle, ergibt sich u.a. eine Revision (Restrukturierung) des Selbst-Konzeptes, insgesamt eine Revision der Subjekt-Welt-Bezüge. Die Authentizierung ist nur aufrechtzuerhalten, soweit eine „entsprechende“ Revision (Restrukturierung) der kulturellen (subkulturellen) Werte oder zumindest der mikro-kulturellen Normen der sozialen Gruppe, denen ein Mensch angehört, gelingt. Für die Verwirklichung originärer Gefühle sind entsprechende kulturelle (mikrokulturelle) Formen erforderlich, die auf eine gefühlsadäquate „Gestaltung“ sozialer wie ökologischer Verhältnisse tendieren (Gestaltung eines sozio-ökologischen Rahmens für Gefühl, der die menschlichen Arbeitsverhältnisse miteinschließt). Damit wird darauf aufmerksam gemacht, daß sich Authentizierung der Gefühle nicht isoliert als „innerpsychisches“ Geschehen (d.h. unter idioplastischem Aspekt) verstehen läßt, sondern bei der Ganzheitlichkeit originärer Gefühle ebenso der Aspekt der Umgestaltung der individuellen (sub-)kulturellen Bedingungen (d.h. ein alloplastischer Aspekt) zu berücksichtigen ist.

Umgang mit Gefühlen erfolgt über das Medium der (bilateralen) Meta-Emotionen; diese geben die ersten Umgangsmodi ab. Optimaler Umgang läßt sich prinzipiell als Selbst-Behandlung i.S. *Salbers* (1980) verstehen; stellt sich dann als Verwandlung dar, in die die Gefühle – wie auch die Umgangsmodi – einbezogen werden. Optimaler Umgang mit Gefühlen, der Vorgang der Authentizierung der Gefühle, ist eine Möglichkeit, zu deren Verwirklichung kulturelle und psychische Bedingungen erforderlich sind, die – folgt man *Hart, Binder & Corriere* (1983) – unter den vorherrschenden kulturellen und psychischen Verhältnissen nur selten vorhanden sind.

Das Spektrum von Umgangsmodi für Gefühle sei im Hinblick auf Authentizierung durch zwei sehr vereinfachte, extreme Umgangstypen markiert – authentizierungsnaher Umgangstyp (AN-Typ), authentizierungsferner Umgangstyp (AF-Typ).

3.2 Authentizierungsferner Umgangstyp (AF-Typ)

Medium ist eine konvergent-orientierte Meta-Emotion, dominiert durch internalisierte (sozio-)kulturelle Normen, nach denen das Auftreten oder Nicht-Auftreten bestimmter Gefühlskomponenten (Erlebnisqualitäten, physiologische Prozesse, körperlicher Aus-

druck, Verhalten) und die Verknüpfung dieser Komponenten mit bestimmten Antezedentien und Konsequenzen als „deviant“ definiert und durch Alltagstechniken oder durch Inanspruchnahme eines institutionellen pädagogischen oder therapeutischen Service auf einen normgemäßen („normalen“) Zustand zu korrigieren sind. Gefühle (partielle Gefühle) werden damit als Probleme angegangen, die nach Kriterien eines kulturellen Bezugssystems und letztlich unter Gesichtspunkt der Aufrechterhaltung eines (sozio-)kulturellen Status-quo zu bearbeiten sind. Bei einem derartigen Umgang ergreift ein Mensch zur Aufrechterhaltung von interner und externer Sicherheit und Ordnung Partei gegen sich selbst – mit der Tendenz, die eigenen Gefühle als Störungen zu bewerten, zu degradieren und zu diskriminieren (was eine Form von Selbst-Diskriminierung meint).

Der Umgang verläuft in direktiven (konvergenten) Techniken, die sich in Analogien zu (verhaltensmodifikativen) psychotherapeutischen Techniken kennzeichnen lassen. Ansatzpunkt bilden dabei verschiedene Komponenten von Gefühl (Emotion), was zu einer weiteren Selektion und Partialisierung von Gefühl führt: Manipulation externer Antezedentien (z.B. Verhaltenseinschränkung oder -unterstützung durch Management von Hinweisreizen); Manipulation interner Antezedentien (z.B. Selbstinstruktion; Selbst-Desensibilisierung); Manipulation externer Konsequenzen (z.B. Selbstverstärkung, -bestrafung); Manipulation interner Konsequenzen (z.B. verdeckte Verstärkung, Bestrafung, Löschung).

Es ist zu erwarten, daß im AF-Umgangstyp, damit im Alltagsumgang mit Gefühlen, ein behavioristisches Modell sich ausdrückt, das von sozio-kulturellen Institutionen als nützlich praktiziert und durch pädagogische Praxis (auch Populär-Pädagogik), Massenmedien u.ä. wirksam ins Alltagsbewußtsein vermittelt wird (s. hierzu die Feststellung von *Farr* 1978, 1981):

„Psychologen... haben [im Behaviorismus] ihre eigene Repräsentation des Menschen geschaffen, die, so wie sie sich in der Gesellschaft ausbreitet, zu einem Teil der modernen Kultur wird“ (*Farr*, 1981, 316; Klammersausdruck vom Verf.)

Ein Umgang nach dem AF-Umgangstyp tendiert bei Perfektionierung der Selbst-Manipulationstechnik (z.B. womöglich durch zukünftige computergestützte oder gar -gesteuerte Programme) zu einer „Roboterisierung“ wichtiger Bereiche des Erlebens und Han-

delns (zu einer Selbst-Roboterisierung). Hier tritt eine Automatik der Selbst-Verkennung und Selbst-Entfremdung in Funktion.

3.3 Authentizierungsnaher Umgangs-Typ (AN-Typ)

Anzusetzen ist ein (sub-, mikro-)kulturelles Menschenbild, in dem der Mensch als im Grunde gut, vertrauenswürdig, autonom, produktiv u.ä. gesehen wird, in dem die Maxime gilt, die Vielfältigkeit menschlichen Erlebens, Verhaltens zu akzeptieren und zu fördern (Kennzeichen des Menschenbildes, das Rogers im „neuen Menschen“ realisiert sieht; Rogers 1981). Gefühle können hier als Herausforderungen erfahren und akzeptiert werden, die „neuartige“ Erlebens- und Verhaltensweisen eröffnen. Offenheit gegenüber Gefühlen mag unter Aspekten der Kreativitätsforschung partiell identifiziert werden mit Tendenz zur Selbstexploration oder Neugier, Risikobereitschaft, Ambiguitätstoleranz, Komplexitätspräferenz u.ä. Hier geht es um ein kon-(ko-)kreatives Verhältnis zu Gefühl.

Annahme der Herausforderung kann i.S. divergenter Produktion zu einem Umgang führen, aus dem Gefühle im subjektiven Bezugssystem als „neuartige“ Phänomene hervorgehen, der zu einer qualitativen Transformation der habitualisierten Formationen der Gefühle führt (Transformation: Messick, Jackson 1973), in dem eine „Verdichtung“ (Kondensation) der unterschiedlichen, bei der Formation z. T. dissoziierten Komponenten gelingt, die einen (Bedeutungs-) Überschuss an zunächst unabsehbaren weiteren Herausforderungen bietet. Ein derartiger Umgangsmodus gelingt in dem Maße, in dem eine Mikrokultur und eine Ökologie so gestaltet und auf metaemotionaler Ebene so repräsentiert werden, daß innovatives (non-konformes) Erleben-Verhalten und entsprechende Effekte in der Umwelt zumindest toleriert, möglichst jedoch gefördert werden. – Meta-Emotionen von divergent-orientiertem Typ fördern den Prozeß der Authentizierung der Gefühle.

3.3.1 Krise des Gefühls oder Durchbruch zu originären Gefühlen

Entscheidend wird eine konkrete Lebenssituation, in der ein Mensch in seiner Auseinandersetzung mit der Welt an die Grenze seiner lebensgeschichtlich entwickelten Person-Umwelt-Bezüge ge-

rät. Hier, wo die etablierten Person-Umwelt-Bezüge ihre Tragfähigkeit verlieren, die aufgebaute Formation des Gefühls zusammenbricht, ergibt sich ein Moment, in dem ein Mensch so auf sich zurückgeworfen ist, daß er „hinter“ den im Selbst-Konzept organisierten Theorien, Bewertungen, Programmen eigene unaufgenommene, verborgene Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit der Situation finden kann, in denen die Situation verwandelt wird und als neuartige (kreative) Herausforderung erstet. In dieser Situation liegt die Chance eines Durchbruchs zu einem originären Gefühl, das – soweit eine offene Meta-Emotion besteht oder Offenheit hervorgerufen wird – einen mehr oder minder umfassenden Prozeß der Authentizierung des Gefühls in Gang setzt. Wichtig wird hierbei die Erfahrung des Unterschieds solchen Gefühls gegenüber üblichen Gefühlen. *Hart, Corriere & Binder* (1983) stellen als Einstieg in Gefühlstherapie den „Augenblick des Fühlens“ heraus.

„Tod, Liebesverlust, Versagen – solche Geschehnisse haben die dramatische Kraft, die Möglichkeit zum Fühlen hervorzurufen, und ebenso auch Zuneigung, Erfolg und unerwartete Überraschungen. Wenn der tiefempfundene Augenblick verstreicht, vergehen in beiden Fällen die Gefühle“ (*Hart, Binder, Corriere* 1983, 25).

Der Augenblick des Fühlens macht die „Unvollständigkeit“ anderer Gefühle erfahrbar.

3.3.2 Re-Aktualisierung von Gefühlen

Zum Verständnis des Fortgangs der Authentizierung des Gefühls verhelfen Praxis-Prinzipien der Gefühlstherapie (*Hart, Binder, Corriere* 1983) wie auch der Gestalttherapie (Prinzipien, die allerdings nach Ablösung aus der Praxis, in gedanklich-sprachlicher Verwendung, im Reden über Gefühl, an Klarheit einbüßen). Gerade die Gefühlstherapie bietet eine weite Perspektive, da hier nicht eine spezifische Interventionsaufgabe bearbeitet, sondern eine allgemein für erforderlich gehaltene Transformation (persönliche Umwandlung) des Erlebens-Verhaltens angestrebt wird (möglichst in einer Gemeinschaft, die Möglichkeiten zu Gefühlen bietet).

Re-Aktualisierung eines Gefühls setzt in These und Antithese bei der lebensgeschichtlich erfolgten Formation eines Gefühls an. Sie bezieht sich von der einen Seite auf Gewährwerden und Realisierung (Ausdruck) von Abwehr, Widerstand, wodurch das formierte

Gefühl fragmentiert wurde, und von der anderen Seite auf Gewahrsein und Realisierung des Gefühls, das fragmentiert wurde. Realisierung des Widerstandes eröffnet und gibt – gerade an den konkreten Stellen, an denen ein Gefühl unmöglich gemacht war – lebensgeschichtlich konkrete, individuelle Formen des Gefühls in Erleben, physiologischer Aktivität, Ausdruck, Verhalten. Realisierung des Gefühls in bezug auf seinen Widerstand holt – in verwandelter Form – in die Vollständigkeit des Gefühls psychisch wirksam gewordene kulturellen Normen ein.

Der Weg führt zu einem originären Gefühl, in dem (in den Komponenten wie in deren Stimmigkeit) sich die lebensgeschichtliche Entwicklung eines Menschen konkretisiert. Die Grundrichtung der Re-Aktualisierung eines Gefühls läßt sich zeigen an *Perls'* (1974, 1976) Durcharbeitung der Neurose in einem 5-Schichten-Modell, in dem von äußeren Schichten entfremdeten Erlebens und Verhaltens abgestuft wird bis zur inneren Schicht eines Erlebens und Verhaltens aus dem „wahren“ Selbst. Die beiden äußeren Schichten, Klischee- und Rollenschicht, charakterisieren ein entfremdetes Erleben und Verhalten nach vorgegebenen Konzepten. Nach Durchdringung dieser Schichten wird die durch ein Erlebnis der Leere gekennzeichnete Blockierungs- oder phobische Schicht erreicht. Diese Schicht repräsentiert die Vermeidung eigenen, authentischen Erlebens und Verhaltens (Anti-Existenz). Erforderlich ist ein „Hineingehen“ und Annehmen der Leere. In der folgenden Schicht, der sog. Implosionsschicht, wird der Zustand lokalisiert, in dem Energie und Prozeß des Erlebens und Verhaltens gebunden und verfestigt sind, indem ein dringliches Ich sie dinglich als Körper, Seele u.ä. handhabt (vgl. *Perls* 1976). Das „wahre“ Selbst (authentische Gefühle) wird in der Explosionsschicht erreicht, in der nach Durcharbeitung der Implosionsschicht die dort gebundene Energie im Prozeß des Erlebens und Verhaltens freigesetzt wird und in der sich das Selbst in diesem Prozeß ausdrückt (existiert). „Diese Explosion ist das Bindeglied zum echten Menschen hin, der fähig ist, seine Gefühle zu erfahren und auszudrücken“ (*Perls* 1974, 64).

Gefühlstherapeutisch sind hier zwei Komponenten relevant: Abreaktion und Gegenaktion: „*Abreaktion* ist das Fühlen des Ursprungs der Abwehr und der Ausdruck früherer Gefühle, die blockiert waren“ (*Hart, Binder, Corriere* 1983, 39; ebd. s. auch 57). – Blockierte Gefühle sind aktiv zum Ausdruck zu bringen. „*Gegenaktion* ist der

Prozeß, bei dem die Formen der Abwehr, die ein Gefühl unvollständig lassen, ... zum Ausdruck gebracht werden (ebd.; s. auch 57).

3.3.3 Ingerenz (Vortreiben) der Gefühle

Im weiteren Prozeß der Authentizierung sind Gefühle vorzutreiben, für Einflüsse zu öffnen und zum Einfluß zu bringen, d.h. in ihrer Ganzheit zu erweitern, sowohl in Richtung der vorausliegenden organismischen Konstitution (z.B. Uraffekte, Archetypen) als auch in Richtung der gegenwärtigen Auseinandersetzungen der Person mit ihrer Welt. Es geht um die Vergrößerung der Spannweite der Komponenten, die zur Ganzheit des Gefühls zusammengefaßt und stimmig gemacht werden. Bei Ingerenz des Gefühls sind Vorgänge in Richtung aktiver Imagination (s. z.B. Jung 1964) zusammenzubringen mit Vorgängen in Richtung gefühlstherapeutischer Proaktion („... beginnen, neue, erwachsene Ausdrucksformen mit den alten Gefühlen zu verknüpfen“; Hart, Binder, Corriere 1983, 57).

3.3.4 Integration in Handeln

Gefühl ist in Handeln zu integrieren und damit in der Sphäre zur Wirkung zu bringen, in der ein Mensch in der Auseinandersetzung mit seiner Welt bewußt, absichtlich, verantwortlich, im (sub-)kulturell geregelten Zusammenwirken mit anderen die Wirklichkeit verändert und rückwirkend für sich und andere neue Möglichkeiten und Grenzen des Erlebens-Verhaltens schafft.

Der fruchtbare Ansatzpunkt für die Integration läßt sich erkennen, wenn Handeln aus der Perspektive der Selbst-Aufforderung gesehen wird (s. Riedel 1978). Jemand fordert sich – im Kontext von Aufforderungen anderer – zu einem bestimmten Verhalten auf. Er setzt und konturiert sich damit selbst, in einer bestimmten Rolle, in einem bestimmten Selbst-Konzept (vor allem in dessen Bewertungsprinzipien) und intendiert dementsprechende „sinnvolle“ Vorgänge und Zustände. Integration eines Gefühls meint Einführung in Selbst-Aufforderung, in der – das Selbst-Konzept durchdringend – das Selbst im Sinne des eigenen Gefühls bestimmt und solche Veränderungen intendiert (und verwirklicht) werden, die dem Aufgefordertsein im Gefühl entsprechen. Auf diese Weise reagiert jemand im Handeln auf sich selbst (eigene „Ichzuständigkeit“); Handeln verwandelt sich zum Ausdruck des eigenen Gefühls. Das eigene Gefühl wird im Handeln bewußt gehalten und kann bei der

(sub-)kulturell geregelten Gestaltung der Wirklichkeit zum Effekt gelangen.

Hart, Binder, Corriere (1983) fordern – in relativ unspezifischer Form – Integration „vervollständigter“ Gefühle: „Offenheit für das Fühlen kann nur bewahrt werden, wenn neuerlich vorhandene Gefühle und gegenwärtige Bedeutungen zum Ausdruck gebracht werden. Das ist *Integration...*“ (Hart, Binder, Corriere 1983, 57, Hervorhebung im Original). Im Authentizierungsprozeß – in dessen phasischem Fortgang – gewinnen namentliche Gefühle „intrinsisch“ eine neue Qualität, die sich freilich begrifflich – noch dazu mit einer prä-transformativen (präkreativen) Gefühlsbegrifflichkeit – nur unzulänglich darstellen läßt. Auch fehlt es an der Erfahrungsbasis; diese läßt sich am ehesten erreichen, wenn jene (sub-)kulturellen (mikrokulturellen) Bereiche (z.B. Gefühlstherapie-Gemeinschaften) aufgesucht werden, in denen Authentizierung von Gefühl Projekt ist und gelebt wird.

Als Beispiel für eine Transformation, die sich zunächst wohl am ehesten mit der Integration in Handeln zusammenbringen läßt, erscheint tauglich Maslows Kennzeichnung der Verwandlungen von Wut bei „psychologischer Gesundheit“: Wut „nimmt ... die Form der Entschlossenheit, Selbstbestätigung, des Selbstschutzes, der gerechtfertigten Empörung, ... und ähnliches an“ (Maslow 1973, 165). Einen Hinweis auf einen anderen Aspekt der Qualität authentizierter Gefühle bietet bereits Krueger (1953) in seiner Phänomenologie tiefer Gefühle, in denen „Treue gegen uns selbst“ erlebt wird. Die Gefühle erscheinen dadurch gekennzeichnet, daß sie „weitgespannte Gegensätze des Fühlens gleichzeitig, unmittelbar in sich vereinigen“ (Krueger 1953, 191, Hervorhebungen im Original).

3.3.5 Eigendynamik der Gefühle

Mit ihrer Authentizierung gewinnen Gefühle eine Dynamik, die ihnen im Gesamtprozeß menschlicher Selbstverwirklichung eignet. Diese Dynamik zeigt sich – noch überschaubar – bereits auf der Ebene der „Uraffekte“ (Kafka 1950). In den „Uraffekten“ des Aufgefordertseins „Fort mit mir von dir! (Etikett Furcht)“, „Fort mit dir von mir! (Widerwille-Wut)“, „Her mit dir zu mir! (Gier-Machtgier)“ werden Beziehungen des Menschen zu seiner Welt im Sinne der

Sicherung und Behauptung des eigenen Selbst bewertet. Hier wird das eigene Selbst als „bedürftig“, als bedroht oder defizitär, gesetzt.

Das Selbst erweist sich auf der Ebene seiner Defizit-Bedürfnisse und seines Defizit-Erkennens (i.S. einer Thematisierung der Beziehungen auf Befriedigung oder Nichtbefriedigung eigener physiologischer und sozialer Grundbedürfnisse), Defizit-Wahrnehmens (i.S. einer selektiv-bedürfnisbezogenen, bedürfnisstrukturierten, rubrizierenden Auffassung der inneren und äußeren Realität); s. hierzu Maslow (1973, 202):

„D-Erkennen kann als jene Erkenntnisweise definiert werden, die vom Standpunkt der Grundbedürfnisse oder der Defizit-Bedürfnisse und deren Befriedigung und Frustration aus organisiert sind. Das heißt, D-Erkennen könnte egoistisches Erkennen genannt werden, indem die Welt in Befriediger und Frustrierer unserer eigenen Bedürfnisse eingeteilt wird...“

Mit dem „*Uraffekt*“ des Aufgefordertseins (der Urbedeutung) „Hin mit mir zu dir“ wird eine neue Ebene der Selbstverwirklichung erreicht. Für *Kafka* (1950) liegt in diesem Affekt die Bedeutung der Selbsthingabe; in *Maslows* (1973) Unterscheidung von Sicherung und Wachstum ist von einem Affekt des Wachstums zu sprechen. Wichtig ist die hier ausgedrückte Wandlung in den Beziehungen des Selbst zum anderen, zu seiner Welt. *Kafka* nennt den Uraffekt, auf dessen Grundcharakter abhebend, den Affekt der Erschließung, „weil sich ein Inneres sowohl dann erschließen muß, wenn es seinen eigenen Inhalt verströmt, wie wenn es einen fremden Inhalt in sich einströmen läßt“ (*Kafka* 1950, 269f.). Der Affekt wird in jener „höchsten Sublimierung“ von *Kafka* als Liebe verstanden.

In diesem Affekt wird der andere, auf den sich ein Mensch bezieht (über seine Bedürfnisrelevanz hinaus) zu einem Wert und einer Aufforderung in sich selbst. In der Beziehung, in der der andere über den kulturell normierten und idiosynkratisch fixierten Bedarfswert hinaus in seinen eigenen Möglichkeiten erfahren wird, vertraut sich ein Mensch einer neuen Möglichkeit eigenen Erlebens-Verhaltens an; indem jemand von einem Anderen sich in dieser Weise (in der Transparenz von Erleben-Ausdruck-Verhalten/Handeln eines vollständigen Gefühls) „erkennt“ und wertgehalten sieht, werden seine eigenen Möglichkeiten zu Selbsthingabe geweckt und gefördert.

Der Affekt ist reziprok: Indem ich mich erschließe, werde ich erschlossen; indem ich erschlossen werde, erschließe ich mich. Die

Transformation des Wachstums-Affekts ist weitreichend, da in diesem Affekt die dramatisch-augenscheinlichen, subjektiven Merkmale der Gefühle zurücktreten und – worauf *Kafka* aufmerksam macht – das Moment des Erkennens hervortritt. Dies trifft sich mit *Maslows* (1973) Kennzeichnung von Seins-Liebe (S-Liebe; Liebe zum Sein des anderen), in der der andere „unbelohnt“, in „vielseitiger Bewußtheit“, als ein „Ziel in sich selbst“ gesehen und tiefer, durchdringender, schärfer wahrgenommen wird.

Die Differenz zwischen Sicherungsaffekten und Erschließungsaffekt läßt sich als dialektisches (damit auch krisenhaftes) Verhältnis verstehen. Eine Synthese, die in der Eigendynamik authentizierter Gefühle (hier Affekte) liegt, zeichnet sich ab bei Annahme eines hierarchischen Verhältnisses von Sicherung zu Erschließung – analog dem Verhältnis, in dem nach *Maslow* (1973) Defizit- und Wachstums-Motivation zueinanderstehen. In dem Maße, in dem Sicherungs-Affekte vervollständigt werden, kann sich der Erschließungsaffekt verwirklichen. Im Erschließungs-Affekt werden die Sicherungsaffekte „überwunden“ und „aufgehoben“.

Im Erschließungsaffekt realisiert sich das authentische, über den anderen vermittelte „Zu-sich-selber-kommen-Können“, so daß er als „Meta-Affekt“ hervorzuheben ist, zu dem die jeweilige Meta-Emotion im Verhältnis einer fördernden oder hemmenden individuellen-sozialen Umwelt steht. Die Transformation des Gefühls im Erschließungs-Affekt spiegelt sich in den verschiedenen Merkmalen, die zu einer schlichten Kennzeichnung von Gefühl angeführt wurden. Da, wo die „Ichzuständigkeit“ mit der Selbst-Aktualisierung identisch wird, überschreitet Widerfahrnis des Gefühls die Plazierung in eine Dichotomie Passivität versus Aktivität und erreicht eine neue Qualität, die – wenn auch unzulänglich – als „engagiertes Widerfahrnis“ angedeutet sein mag.

Literatur

- Averill, J. R.: A constructivist view of emotion. In: R. Plutchik, H. Kellerman (Eds.): Emotion: Theory, research, and experience. New York: Academic Press, 1980, p. 305-339.
- Beuys, J.: „Kunst ist ja Therapie“ und „jeder Mensch ist ein Künstler“. In: H. Petzold, I. Orth (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Bd. 1. Paderborn: Junfermann, 1990, 33-40.
- Binswanger, L.: Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Zürich: Niehans, 1953.
- Bittner, J.: Zur Wirklichkeit in den Wissenschaften vom Menschen. *Zeitschrift f. Klinische Psychologie u. Psychotherapie* 27 (1979), 5-11.
- Bottenberg, E.H.: Emotionspsychologie. München: Goldmann, 1972.
- : Alltags-philosophische Konzeptionen von Personen – ein persönlichkeitspsychologischer Zugang. *Psychologie u. Praxis* 26 (1982), 78-93.
- Bühler, Ch.: Basic theoretical concepts of humanistic psychology. *American Psychologist* 26, (1971), 378-386.
- Bugental, J.F.T.: The challenge that is man. In: J.F.T. Bugental (Ed.): Challenges of humanistic psychology. New York: McGraw-Hill, 1967, p. 5-11.
- Chein, I.: The Science of behavior and the image of man. New York: Basic Books, 1972.
- Eisler-Stehrenberger, K.: Kreativer Prozeß – Therapeutischer Prozeß. In: H. Petzold, I. Orth (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Bd. 1. Paderborn: Junfermann, 1990, S. 113-168.
- Enright, J.B.: Awareness training in the mental health professions. In: J. Fagan, I.L. Shepherd (Eds.): Gestalt therapy now. Middlesex: Penguin, 1972, p. 299-311.
- Epstein, S.: Entwurf zu einer Integrativen Persönlichkeitstheorie. In: S.-H. Filipp (Hrsg.): Selbstkonzept-Forschung. Stuttgart: Klett-Cotta, 1979, S. 15-45.
- Ewert, O.: Ergebnisse und Probleme der Emotionsforschung. In: H. Thomae (Hrsg.): Theorien und Formen der Motivation, Enzyklopädie der Psychologie, C IV 1. Göttingen: Hogrefe, 1983, S. 396-452.
- Farr, R. M.: On the varieties of social psychology: An essay on the relationships between psychology and other social sciences. *Social Science Information* 17 (1978), 503-525.
- : On the nature of human nature and the science of behaviour. In: P. Heelas, A. Lock (Eds.): Indigenous psychologies. New York: Academic Press, 1981, p. 303-317.
- Feyerabend, P.: Irrationalität oder: Wer hat Angst vorm schwarzen Mann?
In: H. P. Duerr (Hrsg.): Der Wissenschaftler und das Irrationale. Bd. 2. Frankfurt/M.: Syndikat, 1981, S. 37-59.
- Finke, W.: Untersuchungen über den Begriff der Situation. Göttingen: Phil.Diss., 1955.
- Gebattel, V.E. v.: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin: Springer, 1954.
- : Gedanken zu einer anthropologischen Psychotherapie. In: V.E. Frankl, V.E. v. Gebattel, J.H. Schultz (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1959, Bd. 3, S. 531-567.
- Gendlin, E.T.: Focusing. Salzburg: Müller, 1981.
- Graumann, C.F.: Grundlagen einer Phänomenologie und Psychologie der Perspektivität. Berlin: de Gruyter, 1960.
- Harlan, V.: Was ist Kunst? – Werkstattgespräch mit Beuys (2. Aufl.). Stuttgart: Urachhaus, 1987.

- Hart, J., Binder, J., Corriere, R.: *Lebendiges Fühlen*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1983.
- Hübner, K.: Wie irrational sind Mythen und Götter. In: H.P. Duerr (Hrsg.): *Der Wissenschaftler und das Irrationale*. Bd. 2. Frankfurt/M.: Syndikat, 1981, S. 11-36.
- Iijine, V.N., Petzold, H.: Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen – Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen. In: H. Petzold, I. Orth (Hrsg.): *Die neuen Kreativitätstherapien*. Handbuch der Kunsttherapie. Bd. 1. Paderborn: Junfermann, 1990, S. 203-212.
- Jourard, S.M.: *Disclosing man to himself*. New York: Litton, 1968.
- : *Healthy personality. An approach from the viewpoint of humanistic psychology*. New York: Macmillan, 1974.
- Jung, C.G.: *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten (1928/1966)*, Gesammelte Werke, Bd. 7. Zürich: Rascher, 1964, S. 131-264.
- : Synchronizität als ein Prinzip akasualer Zusammenhänge (1952). In: *Ges. Werke*, Bd. 8. Zürich: Rascher, 1967, S. 475-577.
- Kafka, G.: Über Uraffekte. *Acta Psychologica* 7 (1950), 256-278.
- Krueger, F.: *Zur Philosophie und Psychologie der Ganzheit*. Berlin: Springer, 1953.
- Landmann, M.: *Fundamental-Anthropologie*. Bonn: Bouvier, 1979.
- Leiris, M.: *Das Auge des Ethnographen (2. Aufl.)*. Frankfurt/M.: Syndikat, 1981.
- Lindsay, P. H., Norman, D. A.: *Human information processing. An introduction to psychology (2nd. ed.)*. New York: Academic Press, 1977.
- Little, B.R.: Psychological man as scientist, humanist and specialist. *J. Exper. Res. in Personality* 6 (1972), 95-118.
- Lowry, R.J. (Ed.): *The journals of A.H. Maslow*. 2 volumes. Monterey: Brooks/Cole, 1979.
- Maslow, A.H.: *Toward a psychology of being*. New York: van Nostrand, 1968; deutsch: *Psychologie des Seins – Ein Entwurf*. München: Kindler, 1973.
- : *Motivation und Persönlichkeit (2. Aufl.)*. Olten: Walter, 1978.
- May, R.: *Man's search for himself*. New York: Norton, 1953.
- McIver, R.M.: *Social causation*. New York: Harper & Row, 1942.
- Messick, S., Jackson, Ph.W.: Die Person, das Produkt und die Reaktion: Begriffliche Probleme bei der Bestimmung der Kreativität. In: G. Ulmann (Hrsg.): *Kreativitätsforschung*. Köln: Kiepenheuer, 1973, S. 309-329.
- Meyer, M.F.: That whale among the fishes – the theory of emotions. *Psychol. Rev.* 40 (1933), 292-300.
- Perls, F.S.: *Gestalt-Therapie in Aktion*. Stuttgart: Klett, 1974.
- : *Grundlagen der Gestalt-Therapie*. München: Pfeiffer, 1976.
- Petzold, H.G.: Das Korrespondenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 4 (1978), 21-58.
- : Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie. *Integrative Therapie* 6 (1980), 323-350. In: *Ausgewählte Werke*, Bd. I. Paderborn: Junfermann, 1988.
- : „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie. In: H. Petzold, I. Orth (Hrsg.): *Die neuen Kreativitätstherapien*. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. 2. Paderborn: Junfermann, 1990 a, S. 639-720.
- : Integrative Dramatherapie und Szenentheorie – Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie. In: H. Petzold, I. Orth (Hrsg.): *Die neuen Kreativitätstherapien*. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. 2. Paderborn: Junfermann, 1990b, S. 849-880.
- Polster, E., Polster, M.: *Gestalttherapie*. München: Kindler, 1975.

- Proshansky, H.M.: The environmental crisis in human dignity. *Journal of Social Issues* 29 (1973), (4), 1-20.
- Radford, J.: Reflections on introspection. *American Psychologist* 29 (1974), 245-250.
- Revers, W.J.: Gefühl, Wille, Persönlichkeit. In: D. Katz, R. Katz (Hrsg.): Kleines Handbuch der Psychologie (3. Aufl.). Stuttgart: Schwabe, 1972, S. 198-254.
- : Jenseits von Freiheit und Würde? – Psychologie im Dienste der Abschaffung des Menschen. In: K. Daumenlang, J. Sauer (Hrsg.): Aspekte psychologischer Forschung. Göttingen: Hogrefe, 1986, S. 3-13.
- Riedel, M.: Handlungstheorie als ethische Grunddisziplin. In: H. Lenk (Hrsg.): Handlungstheorien interdisziplinär, Bd. 2. München: Fink, 1978, S. 139-159.
- Riegel, K.: Grundlagen der dialektischen Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980.
- Rogers, C.R.: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.): Psychology: A study of a science. Vol. 3. New York: MacGraw-Hill, 1959, p. 184-256.
- : A humanistic conception of man. In: J.F. Glass, J.R. Staude (Eds.): Humanistic society. Pacific Palisades: Goodyear, 1972, p. 19-32.
- : Der neue Mensch. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981.
- Rombach, H.: Leben des Geistes. Freiburg: Herder, 1977.
- Rosenthal, B.G.: Von der Armut der Psychologie – und wie ihr abzuhelpen wäre. Stuttgart: Klett, 1974.
- Rychlak, J. F.: The multiple meaning of „dialectic“. In: J.F. Rychlak (Ed.): Dialectic: Humanistic rationale for behavior and development. Basel: Karger, 1976, p. 1-17.
- Salber, W.: Kunst – Psychologie – Behandlung. Bonn: Bouvier, 1977.
- : Konstruktion psychologischer Behandlung. Bonn: Grundmann, 1980.
- Scheele, B.: Emotionen als bedürfnisrelevante Bewertungszustände – Grundriß einer epistemologischen Emotionstheorie. Tübingen: Francke, 1990.
- Schmidt-Atzert, L.: Emotionspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 1981.
- Sells, S.B.: Dimensions of stimulus situations which account for behavior variances. In: S.B. Sells (Ed.): Stimulus determinants of behavior. New York: Ronald, 1963.
- Wicklund, R.A.: Objective self-awareness. In: L. Berkowitz (Ed.): Advances in experimental social psychology, Vol. 8, New York: Academic Press, 1975, p. 233-275.
- Wyss, D.: Beziehung und Gestalt. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht, 1973.
- : Die anthropologisch-existentialontologische Psychologie und ihre Auswirkungen insbesondere auf die Psychiatrie und Psychotherapie. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. 1 – Die europäische Tradition; hrsg. von H. Balmer. Zürich: Kindler, 1976, S. 461-569.
- Zajonc, R.B.: Feeling and thinking. *American Psychologist* 35 (1980), 151-175.

Gefühle in philosophischer (neophänomenologischer) Sicht

Hermann Schmitz

„Was ich mir erwarte, wäre in einem historischen Teil ein Überblick über die Entwicklung des Gefühlsbegriffes sowie wesentliche philosophische Positionen zum Thema Gefühl und dann eine für Psychotherapeuten relevante Darstellung Ihrer Emotionstheorie.“ So schrieb mir *Hilarion Petzold* als Einladung zu diesem Aufsatz. Ich halte es aber für unzweckmäßig, mit einem historischen Überblick über philosophische Lehrmeinungen zu beginnen. Diese sind bei diesem Thema fast immer ideologisch geprägt und verzerren die Phänomene. Das zeigt sich schon an der geschichtlichen Betitelung. In keiner alten Sprache oder modernen Fremdsprache gibt es ein Wort, das in der Bedeutung dem deutschen Wort „Gefühl“ nahezu entspricht. Die Philosophen sagten mindestens bis ins 18. Jahrhundert „Pathos“ oder „Affekt“. Damit ist das Erleiden, das Angetane nicht in dem urwüchsigen Sinn gemeint wie von *Sappho*, wenn sie dichtet, daß Eros ihre Eingeweide erschüttert habe wie Sturm, der in Eichen fährt, sondern es handelt sich um Aufruhr (Emotion, ein Wort, „das vor dem 18. Jahrhundert meist den Aufruhr nicht der Gefühle, sondern des Volkes bezeichnet“¹) der unwillkürlichen Regungen im Inneren der Seele gegen die Vernunft. „Gefühl“, eine vom Tastsinn im Zuge der Ästhetik *Baumgartens* ab 1750 auf die niedere sinnliche Erkenntnis im Gegensatz zur deutlichen des Verstandes übertragene Bezeichnung, wird zum philosophischen Fachbegriff bei *Tetens* und *Kant*, der darunter die bloß auf den innerseeleischen Zustand bezügliche, nichts darüber hinaus bedeutende Lust und Unlust versteht und damit zwar die anschließende Begriffsbildung der Philosophen und Psychologen größtenteils beherrscht, aber weit hinter dem zurückbleibt, was die Deutschen, von ihren großen Dichtern (*Klopstock*, *Goethe*: „Gefühl ist alles“²) dazu ent-

1 *J. Lanz* in: *Historisches Wörterbuch der Philosophie* Band I, Basel 1971, Spalte 94, nach *Bloch-v. Wartburg*, *Dictionnaire étymologique de la langue française*, Paris 1968, S. 219.

2 *Faust* Vers 3456

bunden, im Leben als Gefühl kennen und besprechen. Englisch „feeling“ hat viel verschwommener, abgeflachte Bedeutung, während diese bei „sentiment“, „passion“ und „emotion“ im Englischen und Französischen mit zu speziellen Konnotationen beladen ist. Eine Geschichte der philosophischen Deutungen und Einordnungen des Gefühls kann sachgerecht nur als Geschichte verzerrender Zugriffe vor dem Hintergrund einer Geschichte des gelebten Gefühls nach Maßgabe spontanerer Zeugnisse (z. B. der Dichter und Frommen) geschrieben oder skizziert werden. Dafür gibt es aber erst einen Leitfaden, wenn man sich zunächst in eigener kritischer, freilich nicht bloß auf eigene Erfahrungen reflektierender Besinnung der Grundzüge des Phänomenbereichs versichert hat. Ich werde also die historischen Bemerkungen an den Schluß stellen. Um aber nicht ganz ohne Gegenüber anzufangen, greife ich etwas aus dem ersten, phänomenologischen Teil „Gefühl als Erlebnis“ des einschlägigen Referats in der noch frischen Enzyklopädie der Psychologie heraus.³ *Ewert* unterscheidet unter den Gefühlen die Stimmungen, Erlebnistönungen und eigentlichen Gefühle. Stimmungen werden „als atmosphärisch-diffus und ungliedert beschrieben“, sind nicht intentional gerichtet und ohne Differenzierung von erlebtem Ich und erlebter Welt. Erlebnistönungen haben mit ihnen den „Grund'-Charakter, von dem sich Bewußtseinsinhalte erheben“, gemeinsam, variieren aber mit diesen und beharren nicht wie jene über längere Zeit; auf sie bezieht *Ewert* die *Cornelius-Krügersche* Auffassung der Gefühle als „Gestaltqualitäten des Gesamtbewußtseinsinhalts“ mit „bewußtseinsfüllender Breite“. Gefühle im engeren Sinn „beziehen sich als Zuwendung oder Abweisung (*Traxel*), als positive oder negative Zuwendung (*Hofstätter*), als Bezugswendung (*Bühler, Kafka*) auf die erlebte Mitwelt oder auf das Verhältnis des Erlebenden selbst als Person (*Arnold*) auf Situationen oder Dinge“; sie entfalten sich „auf eine jeweils charakteristische Art in der Zeit, was musikalisch zur Darstellung der ‚Affekte‘ vor allem in der Barockmusik genutzt wird“. Auf diesen Versuch einer Klassifikation werde ich zurückkommen.

An den Abschnitt „Gefühl als Erlebnis“ schließt sich im Referat von *Ewert* ein zweiter über Gefühlstheorien, der Erklärungsversu-

3 *Otto Ewert*, Ergebnisse und Probleme der Emotionsforschung, in: Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C, Serie IV, Band I: Theorie und Formen der Motivation, Göttingen 1983, S. 398-452; S. 398-414: Gefühl als Erlebnis.

che in psychophysiologische Theorien und psychologische Theorien im engeren Sinne gliedert; unter diesen erscheinen die psychoanalytische Theorie, die Konflikttheorie und die kognitivistische Theorie, die im Sinn des bekannten Experiments von *Schachter* und *Singer* nicht sowohl erklärt als wegerklärt, indem sie an die Stelle des Gefühls eine von den Umständen abhängige Deutung einer unspezifischen Aufwallung setzt. Solche Erklärungen machen in den Augen des modernen Phänomenologen – es ist nicht an *Husserl* oder *Scheler* zu denken – eine fragwürdige oder vielmehr falsche Voraussetzung, die Anlaß zu dem Zweifel gibt, ob überhaupt etwas erklärt wird, wenn man schon im Ansatz der Beschreibung bei der Subsumtion irrt. Dieses Bedenken betrifft den Sinn, in dem Gefühle subjektiv sind. Es ist in einer einführenden Skizze wie dieser leider unmöglich, mit einer Charakterisierung der Gefühle und ihrer Klassen zu beginnen, ohne wenigstens mit knappen Andeutungen über Subjektivität orientiert zu haben.⁴ Das ist insofern keine Abschweifung, als Gefühle durch ausgezeichneten Anteil an Subjektivität gekennzeichnet werden können, weil sie dem Betroffenen in besonderem Maße nahegehen, ihn intim beschleichen, ergreifen, eventuell sogar erschüttern. Diese Subjektivität wird traditionell so aufgefaßt, daß sie zu einer abgegrenzten Sphäre des Subjekts gehörten, seiner Innenwelt, die früher (und immer noch häufig, mindestens populär) „Seele“ hieß (bzw. heißt), seit dem vorigen Jahrhundert gern auch „das Bewußtsein“; diese Innenwelt wird sowohl als das Subjekt selbst als auch als dessen Gehäuse (zur Abgrenzung seines Erlebens

4 Von hier an wird es nötig, die gedrängten Andeutungen, auf die ich mich wegen der Knappheit des zur Verfügung stehenden Raumes beschränken muß, wenigstens durch Hinweis auf meine ausführlichen Publikationen zu stützen. Unter den älteren ist hauptsächlich einschlägig: *Hermann Schmitz*, *System der Philosophie*, Band III: *Der Raum*, Teilband 2: *Der Gefühlsraum*, Bonn 1969 (2. Auflage 1981), XVI und 560 Seiten. Eine zusammenfassende Retraktation meines Systems der Philosophie enthält mein Buch: *Der unerschöpfliche Gegenstand. Grundzüge der Philosophie*, Bonn 1990, 2. Auflage 1995; hier kommt besonders die Anthropologie (S. 115-205) und die Lehre vom Raum (S. 275-322, darin S. 292-310: *Der Gefühlsraum*) in Betracht. Kürzere Abrisse enthält mein Aufsatzband: *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*, hg. v. *H. Gausebeck* und *G. Risch*, 2. erweiterte Auflage Paderborn 1992. Umfassend behandelt ist die Thematik in meinem Buch: *Die Liebe*, Bonn 1993; maßgeblich für meine Theorie der Subjektivität ist jetzt mein Buch: *Neue Grundlagen der Erkenntnistheorie*, Bonn 1994. Einschlägig ist ferner mein Aufsatz: *Gefühle als Atmosphären und das affektive Betroffensein von ihnen*, in: *Zur Philosophie der Gefühle*, hg. v. *H. Fink-Eitel* u. *G. Lohmann*, Frankfurt a.M. 1993, S. 33-56.

und Eingemeindung seiner unwillkürlichen Regungen mit deutlichen Rändern) und demgemäß nach Art eines festen Körpers (mit Mauern und „Bewußtseinsinhalten“) oder eines flüssigen („Bewußtseinsstrom“ mit Ufern) verstanden, auch wenn zugleich ihre Unkörperlichkeit beteuert wird.

Sie wird neuerdings, wenn man sich solcher Hypostasierungen zu schämen beginnt, entweder materialistisch auf das Gehirn – einen wirklich festen Körper – als Träger des Verhaltens zurückgeführt oder nur noch im diffusen Plural der Rede von „mental phenomena“ festgehalten, wobei höchst heterogene Phänomene, die ihre homogene Subsumtion unter diesen Titel nur der früheren Introjektion in eine Seele oder ein Bewußtsein verdanken, in einen Topf geworfen werden, meist zwecks Vergleichs mit Gehirnfunktionen. Dabei leitet als selbstverständlich die unbedachte Voraussetzung, daß diese Innenwelt, in der sich auch die Gefühle abspielen sollen, genausogut wie jedes andere Stück der Welt durch Tatsachen bestimmt wird, die sämtlich objektive Tatsachen sind; es entgeht der Aufmerksamkeit, daß Subjektivität als Spezifikum der Subjekte (=Bewußthaber, nicht notwendig Inhaber eines Bewußtseins im Sinn einer Innenwelt) das Milieu eines wesentlich anderen Typs von Tatsachen (sowie Programmen und Problemen) ist, nämlich der subjektiven. Eine Tatsache ist objektiv, wenn jeder, der genügend Sachkenntnis und Sprachvermögen besitzt, sie aussagen kann. Sie ist subjektiv, wenn höchstens einer im eigenen Namen sie aussagen kann, während entsprechend qualifizierte andere sie allerdings eindeutig kennzeichnen und daher so gut wie er darüber sprechen, sie aber nicht aussagen können. Die Existenz subjektiver Tatsachen läßt sich an allen Vorkommnissen eines affektiven Betroffenseins aufweisen. Ich wähle gern das Beispiel eines Ausspruches des Satzes „Ich bin traurig“ (wobei es nicht darauf ankommt, ob ich dann wirklich traurig bin, ob es sich also um eine Tatsache oder einen untatsächlichen Sachverhalt handelt). Wenn ich mir klar machen will, was die Anderen sagen müssen, wenn sie denselben Sachverhalt, wie ich mit den Worten „Ich bin traurig“, aussagen wollen, muß ich mich mit mühsamer Verrenkung in einen Ausspruch des Satzes „Hermann Schmitz ist traurig“ hineindenken, aus dessen Sinn die mir bekannte Tatsache, daß ich *Hermann Schmitz* bin, künstlich ferngehalten wird. Dann liegt darin nicht mehr die Nuance, daß die Trauer mir nahe geht, daß ich darin befangen bin; diese Nuance – mein affektives Betroffensein, meine Ergriffenheit von

Trauer – kann auch nicht, solange die Tatsache objektiv bleibt, durch einen Zusatz in ihrer Aussage nachgeholt werden, denn daß *Hermann Schmitz* – abgesehen davon, daß ich er bin – mit Ergriffenheit traurig ist, geht mir nicht in der besonderen Weise nahe, wie, wenn ich traurig bin, dies, daß ich traurig bin, es sei denn, daß ich die Trauer dieses Mannes durch innige Anteilnahme zu meiner Sache mache, womit dieselbe Subjektivität wie im Fall meiner eigenen Trauer wieder erreicht ist. Damit ist zunächst bewiesen, daß subjektive Tatsachen (und zwar für jeden Bewußthaber in besonderer Weise subjektive) von den objektiven in der Tat verschieden sind; dieselbe Subjektivität zeichnet z.B. die Wünsche vor bloß objektiven Programmen, die Sorgen vor bloß objektiven Problemen aus. Weiter ergibt sich, daß Subjekte bloß durch subjektive Tatsachen ihres Soseins und also durch affektives Betroffensein möglich sind. Lauter objektiven Tatsachen wäre nämlich nicht zu entnehmen, daß ich gerade dieses Individuum und nicht irgend etwas anderes bin; ich hätte dann keinen Anlaß und nicht einmal einen Rechtsgrund, mich für etwas Bestimmtes zu halten, und wäre also nichts. Das Entsprechende gilt für andere Subjekte. Da mein affektives Betroffensein nicht unbewußt sein kann – man kann nicht froh oder traurig oder von Schmerzen heimgesucht usw. sein, ohne es zu merken: denn dann wäre man nicht selbst berührt im Sinne affektiven Betroffenseins, es täte nicht wirklich weh –, färbt es auf mein ganzes Bewußthaben ab, natürlich, ohne immer einzeln herauserkennbar und identifizierbar zu sein. Jedes Bewußthaben ist daher zugleich ein Sichbewußthaben in der eventuell ganz banalen und beiläufigen Weise des vitalen Antriebs, von dem gleich noch die Rede sein muß, weil er am Fühlen der Gefühle und an der Pathologie des Fühlens wesentlich beteiligt ist. Das hier gemeinte Sichbewußthaben oder Selbstbewußtsein ist nicht immer mit Selbstzuschreibung verbunden. Es kommt sogar in Zuständen der Selbstvergessenheit vor, wenn kein Selbst, dem etwas zugeschrieben werden könnte, im Blick steht, z. B. beim Versinken in den Abgrund dumpfer, brütender Trauer, beim besinnungslosen Wutausbruch, in der Panik, im Rausch der Schlacht oder kollektiver Aufgeregtheit anderer Art (Jugend in Diskotheken, pfingstliche Glossolalie). Dann ist der Betreffende durch die Subjektivität-für-ihn im affektiven Betroffensein sich immer noch gegenwärtig, aber nicht mehr als dieser Bestimmte (als Träger von Eigenschaften), sondern so, daß das „ihn“ in „Subjektivität-für-ihn“ wie ein Adverb gleich „hier“ und „jetzt“ zu hören

ist, als Anzeige eines eigentümlichen Milieus von Sachverhalten, Programmen und Problemen, in dem sich übrigens nichts einzeln abzuheben braucht, da alle diese Sachverhalte usw. in einem *chaotischen Mannigfaltigen* – mit totaler oder partieller Unentschiedenheit hinsichtlich Identität und Verschiedenheit in ihm – wie Salz im Wasser gleichsam gelöst sein können. So wird man sich das Bewußthaben und Sichbewußthaben der Tiere, Babies und Idioten vorstellen dürfen. Das Sichbewußthaben im bloßen affektiven Betroffensein bedarf keiner Selbstzuschreibung. Wer Schmerzen hat, braucht sich nicht erst zu vergewissern, wem es weh tut. Eher noch früher und unmittelbarer, als der Schmerz als Zustand, ist die subjektive Tatsache, daß (z.B.) ich leide, gewiß. Umgekehrt gibt es aber kein Selbstbewußtsein mit Selbstzuschreibung ohne intime Abhängigkeit von einem Selbstbewußtsein ohne Selbstzuschreibung. Die Selbstzuschreibung besteht nämlich (beispielshalber in meinem Fall, entsprechend für jeden anderen) darin, daß ich etwas mit etwas, das ich für mich selber halte, identifiziere, wodurch, damit ich etwas für mich selber halten kann, ein zweites Selbstbewußtsein vorausgesetzt ist; dieses ist entweder Selbstbewußtsein ohne Selbstzuschreibung, oder es ergibt sich, wenn kein solches zur Verfügung steht, ein regressus ad infinitum immer wieder vorausgesetzten Selbstbewußtseins, wodurch aber die Kapazität endlicher Bewußthaber überfordert werden würde. Damit ist bewiesen, daß besonnenes, kognitives Selbstbewußtsein, bei dem man etwas als sich selber oder als einem zugehörig gelten läßt, nur ineins mit dem primitiveren Sichbewußthaben im affektiven Betroffensein, dem einzigen Angebot von Selbstbewußtsein ohne Selbstzuschreibung, möglich ist.

Diese allgemeinen Überlegungen zur Subjektivität bedürfen einer knappen Konkretisierung auf leibliche Dynamik und Persönlichkeit hin, um für das Fühlen von Gefühlen als eine bestimmte Weise des affektiven Betroffenseins die Voraussetzungen des Verständnisses zu schaffen und das Gefühl selbst davon abheben zu können. Die vorhin angegebenen Beispiele von Selbstbewußtsein ohne Selbstzuschreibung – brütende Trauer, kollektiver Rausch usw. – sind Zustände formlos-zerfließender Subjektivität und daher nicht geeignet, dem Sichfinden-als-etwas eindeutigen Anhalt zu geben; ebenso wenig ist dazu das besonnene Selbstbewußtsein mit Selbstzuschreibung in der Lage, da es nicht darüber zu orientieren vermag, was von dem, was zu dem durch bloß objektive Tatsachen

bestimmten und nur willkürlich abgrenzbaren Komplex namens „Hermann Schmitz“ gerechnet werden kann, ich jeweils wirklich bin, ob ich z. B. heute noch der bin, der gestern diesen Namen führte. Zur Identifizierung mit sich bedarf das besonnene Selbstbewußtsein daher eines eindeutigen Anhaltspunktes im Selbstbewußtsein ohne Selbstzuschreibung, und den findet es in Gestalt des Plötzlichen in dem erweiterten Sinn, in dem ich von *primitiver Gegenwart* spreche, in der die sonst mehr oder weniger bewußt gesonderten grundlegenden Marken der Orientierung – das räumliche Hier, das zeitliche Jetzt, das wirkliche Dasein, das durch Identität und Verschiedenheit eindeutige Dieses und die Subjektivität – unter dem Druck leiblich spürbarer Engung (z.B. durch Schreck, Stutzen, Anhalten des Atems, Angst, Schmerz, Beklommenheit usw.) zusammenfallen. Der wache, erwachsene, besonnene Mensch lebt in *entfalteter Gegenwart*. Als personales Subjekt steht er über dem Hier und Jetzt, an die er leiblich gebunden ist, das Dasein (die Wirklichkeit) in Phantasie und Erwartung (auch des Todes als eigenen möglichen Nichtseins) überholend und fähig, das Dieses, die Form der Identität und Verschiedenheit, nach allen Richtungen seiner Erfahrung gegliedert vor sich zu haben oder auch selbst in sie (z.B. datierend in die Zeit) zu projizieren. Das elementar-leibliche Betroffensein, das ihn z.B. in heftigem Schreck, in Angst, Schmerz und katastrophaler Scham, im Orgasmus und allen panischen Zuständen in die Enge treibt und dem Plötzlichen ausliefert, läßt diese Entfaltung der Gegenwart schwinden. Das personale Subjekt sinkt dann in sein Hier und Jetzt ein, die miteinander und mit ihm verschmelzen, und die Wirklichkeit packt den Betroffenen unmittelbar, ohne ihm sein Distanzierungsvermögen zu lassen; alle Eindeutigkeit schrumpft auf die Spitze des Plötzlichen zusammen, dem er ausgesetzt ist. Das ist primitive Gegenwart in reiner Form; weniger ausgeprägt, aber als vorgezeichnet oder angezielt ist sie in allen Gestalten leiblicher Engung präsent, die sich mit der entgegengesetzten Tendenz, der Weitung, in die wichtigste Dimension spürbarer leiblicher Dynamik, die Dimension von Enge und Weite, teilt. Engung und Weitung sind zum Teil antagonistisch, einander zugleich unterdrückend und anstachelnd, ineinander verschränkt und bilden dann den *vitalen Antrieb*, gleichsam den Dampf, unter dem ein Mensch wie ein Kessel immer steht, solange er bei Bewußtsein ist. Wenn durch allzu heftige Engung wie im Schreck das Band des vitalen Antriebs reißt, setzt das Bewußtsein ebenso aus, wie wenn es in ungehemmtem Weit-

werden gleichsam ausleiert (Dösen, Ekstase, Einschlafen); ich spreche dann von privativer Engung bzw. privativer Weitung, die auch bloß partiell, bei erhaltenem Antrieb und Bewußthaben, vorkommen, z. B. im Stutzen (privative Engung) oder in Erleichterung, Flugtraum, „Schweben vor Seligkeit“, „Aufgehen des Herzens“ in schöner Natur usw. (privative Weitung). Im vitalen Antrieb sind Engung (als Spannung) und Weitung (als Schwellung) mit wechselnden Gewichtsverhältnissen an einander gebunden; Spannung überwiegt z. B. in Angst, Schmerz, Beklommenheit, Konzentration, Schwellung in Wollust, und beim Einatmen und muskulärer Kraftanstrengung (Heben, Ziehen, Ringen) sind beide Impulse etwa gleich stark. Sie wirken sowohl intensiv (simultan) als auch rhythmisch (mit Wechsel der Dominanzphasen in einem insgesamt durch Dominanz eines der beiden Antagonisten geprägten Ablauf) zusammen; ausgeprägt rhythmisch sind in diesem Sinn z.B. Angst und hinlänglich starke Wollust, die sich deswegen durch die „keuchende“ Atemkurve vom Schmerz, der bloß durch Pausen rhythmisch ist, unterscheiden. Den Engopol als vorgezeichnetes Extrem leiblicher Engung besetzt die primitive Gegenwart, die Enge des Leibes. Sie enthält durch den Anteil der Subjektivität an ihr subjektive Sachverhalte, Programme und Probleme in chaotisch-mannigfaltiger Ganzheit und ist daher das, was ich eine *Situation* nenne (eine chaotisch-mannigfaltige Ganzheit, zu der mindestens Sachverhalte gehören).

Im Zuge der Entfaltung der Gegenwart bildet sich das *personale Subjekt* aus der Subjektivität der primitiven Gegenwart, indem diese zu einer Domäne für es, zu seiner *persönlichen Situation*, heranwächst. Am Anfang dieses Prozesses, der gewöhnlich vor dem Ende des ersten Lebensjahres eines Menschenkindes einsetzt, steht *personale Emanzipation* als Abschälung der Subjektivität von dadurch (auch massenhaft) in bloße Objektivität entlassenen Sachverhalten, Programmen und Problemen: die Entdeckung der Fremdheit des Fremden. Durch den Rückzug von diesem gewinnt das Subjekt eine Domäne, die sich bereichert, indem das jeweilige Niveau der personalen Emanzipation durch Rückfall auf primitive Gegenwart hin verlassen wird, etwa bei Überraschung, Enttäuschung, Erschütterung und allen Überwältigungen, denen der Mensch auf dem erlangten Niveau personaler Emanzipation nicht ganz gewachsen ist; auch Jähzorn, Albernheit, Rausch, Entzücken, Panik gehören dazu, und biologisch standardisierte Abläufe personaler Regression sind

Lachen und Weinen. *Personale Regression* ist ebenso wichtig wie personale Emanzipation zur Gestaltung der persönlichen Situation, die sich lebenslang durch Prozesse der Explikation aus chaotischer Mannigfaltigkeit und Implikation in diese umbildet, wobei zu jenen beiden Tendenzen weitere Gestaltungskräfte – besonders das Vergessen als „Einheilen“ in die persönliche Situation mit weiterwirkenden Kristallisationskernen der Erinnerung – hinzukommt. In der persönlichen Situation ist das personale Subjekt labil mit unscharfer Begrenzung angesiedelt, stets der personalen Regression durch affektives Betroffensein auf primitive Gegenwart hin zur Selbstvergewisserung bedürftig. Die persönliche Situation ist in viele gemeinsame Situationen (die jeweilige Lebenswelt oder eine Vielzahl von Lebenswelten, wenn sich traditionelle Situationen mit einbrechenden oder auch durch Partnerschaft sich bildenden neuen durchdringen) eingebettet und schließt viele Situationen in sich (z. B. Kristallisationskerne der Erinnerung, Standpunkte, Gesinnungen, Wunsch-, Leit- und Schreck„bilder“, die eigentlich keine Bilder sind). Aus ihr hat die philosophische und theologische Dogmenbildung die Seele (deren Nachkommen „das Gemüt“, „das Bewußtsein“ usw. heißen) verfestigend herausgeschnitten. Der Seele fehlt die spezifische Geschichtlichkeit der persönlichen Situation und deren Einbettung in gemeinsame Situationen. Sie wird jedem Menschen als eine Art Haus zur Verfügung gestellt, in dem seine unwillkürlichen Regungen untergebracht werden, damit er als Vernunft Regie über sie führen kann.

Der Seelenkonstruktion kommt der Physiologismus zu Hilfe, d.h. der Fehlschluß aus der Tatsache, daß wir nicht ohne Sinnesorgane und Nervensysteme und bei Variationen in diesen Organen anders als sonst wahrnehmen, auf die Deutung, daß wir mit ihnen wahrnehmen und nur durch die Reize, die in diesen Kanälen befördert werden können, Informationen aus der als Korrelat zur Innenwelt konstruierten Außenwelt erhalten. Wie der Transport vom Gehirn in die Seele stattfinden kann, bleibt dabei ein Rätsel, doch wird merkwürdigerweise der Physiologismus dadurch in der öffentlichen Meinung nicht diskreditiert. Dessen, phänomenologisch gesehen, größter Schaden ist die Verkürzung des Spektrums der Wahrnehmung. Jeder vollsinnige Mensch nimmt Dunkelheit, Stille, leeren Raum, Zeit (in Schall und Bewegung, aber auch als nackte Zeit, wenn sie bei gespannter Erwartung oder Langeweile aufdringlich wird) sowie Atmosphären von der Art des Klimas, der klimatisch-

optischen Atmosphären (heiterer Morgen, friedlicher Abend, Gewitterstimmung usw.) und der Gefühle wahr, aber auch Sachverhalte und Situationen, wie der Autofahrer, der in einer Gefahrensituation schlagartig ohne Zergliederung eine chaotisch-mannigfaltige Ganzheit von Sachverhalten, Programmen und Problemen wahrnehmen und augenblicklich korrekt reagieren muß, wenn er den Unfall vermeiden will; all das wird ebenso wahrgenommen wie Farben, Schälle, Flächen und Bewegungen. Die genuinen Einheiten der Wahrnehmung sind die vielsagenden Eindrücke. Sie sind Situationen, ausgestattet mit einem Hof der Bedeutsamkeit, der in chaotisch-mannigfaltiger Ganzheit Sachverhalte (auf die man z. B. beim Anblick eines Dinges unwillkürlich gefaßt ist), Programme (der Brauchbarkeit, des Prestiges, der Abstoßung, der Verführung, der Konvention) und Probleme umfaßt und meist mit Atmosphären des Gefühls geladen ist. Der Physiologismus zerschlägt die Eindrücke und legt alles, was nicht als physiologisch transportables Zeugnis der Außenwelt deutbar ist, als „bloß subjektiv“ in der Seele nieder. Diese wird von draußen dann nur noch mit einem dürftigen Stoff fragmentarischer Sinnesdaten beliefert; um diesen zur Brauchbarkeit für Orientierung im Leben zu ergänzen, wird der Verstand herbeizitiert, der durch unbewußte oder bewußte Konstruktionen das sinnliche Material zweckmäßig ergänzen soll. Der Physiologismus ruft also den Rationalismus zu Hilfe, der die Konstruktion der Innenwelt verstärkt, indem er die Seele als zweistöckiges Haus (Verstand über Sinnlichkeit) ausgestaltet, entsprechend der praktischen Überordnung der Vernunft über die Triebe. Die Sinnlichkeit wird als empfangend, der Verstand als reaktiv tätig vorgestellt; in der wirklichen Wahrnehmung sind Rezeptivität und Spontaneität dagegen von vornherein vereinigt durch leibliche Kommunikation, über die ich oft und ausführlich geschrieben habe, während es im gegenwärtigen Zusammenhang nicht unerlässlich ist, darauf einzugehen. Der Rückgriff hinter die flüchtig dargestellten Vorurteile der gestifteten und gewachsenen Tradition auf die von ihnen verkürzten und verzerrten Tatsachen der Lebenserfahrung ist die oberste Pflicht der Phänomenologie.

Nach diesen Vorbereitungen ist endlich ein Punkt erreicht, an dem ich hoffen darf, meine Hauptthese über Gefühle aussprechen zu können, ohne zu schockieren oder unverständlich zu werden: Gefühle sind räumlich ausgedehnte Atmosphären. Damit ist kein Anspruch auf physikalisch interpretierbare Realität erhoben. Die

Welt der Naturwissenschaft ist ja nur ein konstruktives Gerüst, das durch eine reduktionistisch-introjektionistische Vergegenständlichung, die in historischer Zeit unter noch zusammenhängend erschließbaren Umständen von einem früheren Denken auf der Basis stilisierter integrierender Eindrücke abgeführt hat⁵, der Lebenserfahrung abgewonnen worden ist und einige Ausschnitte aus dieser mit überraschender Treffsicherheit, aber immer noch verfremdend, zu rekonstruieren und manipulativ zu beherrschen gestattet. Die volle Realität ist nach Maßgabe dessen, was unwillkürlich und unbestreitbar erfahren wird, wesentlich reicher als das, was naturwissenschaftlicher Rekonstruktion zugänglich ist. Als ein Analogon zur Räumlichkeit der Gefühle nenne ich die physikalisch ebenso wenig interpretierbare Räumlichkeit der Stille. Diese kann hochprägnante Merkmale räumlicher Ausdehnung besitzen, etwa als feierliche oder zarte oder lastende, brütende Stille. Die zarte Stille eines heiteren Morgens ist weiter, aber nicht so dicht, schwer und massig als wie die dumpfe, brütende Stille des heißen Mittags in sonnendurchglühter Landschaft. Diese ausgeprägte Räumlichkeit der Stille besitzt prädimensionales, eindringliches Volumen, ist aber frei von Flächen, Dimensionen, Lage- und Abstandsbeziehungen. Das Fehlen der Dimensionen und Abstände verbindet sie mit allen flächenlosen Räumen, z.B. denen des Schalls, des (ohne Beistand des Sehens und Tastens) gespürten eigenen Leibes und eben der Gefühle, die aber nicht das prädimensionale Volumen aufweisen, das z.B. dem dumpf dröhnenden oder hellen, spitzen Schall und dem eigenen Leib, wie er z.B. beim Einatmen oder im Vollzug ausladender Gebärden gespürt wird, in hohem Maße eigen ist. Mit den Schichten der Räumlichkeit und dem Einfluß des Vorkommens oder Fehlens von Flächen auf ihre Struktur habe ich mich ausführlich beschäftigt.⁶ Wie zwischen dreidimensionalem und prädimensionalem Volumen muß man auch zwischen Abständen und Entfernungen unterscheiden. Abstände sind durch umkehrbare Verbindungsbahnen bestimmt und daher nach zwei Seiten ablesbar, Entfernungen nicht, da sie nur auf Richtungen beruhen, die unumkehrbar von einer Quelle ausstrahlen, deren Sitz daher im motorischen Körperschema

5 Vgl. Hermann Schmitz, *Der Ursprung des Gegenstandes. Von Parmenides bis Demokrit*, Bonn 1988.

6 in breiter Darstellung in meinem Buch: *System der Philosophie*, Band III: *Der Raum*, Teilband 1: *Der leibliche Raum*, Bonn 1967, 2. Auflage 1988; in kurzer Zusammenfassung im *Raum-Kapitel* von *Der unerschöpfliche Gegenstand*, s.o. Anmerkung 4.

– dem unwillkürlich das geschickte motorische Verhalten leitenden Orientiertsein am eigenen Leib – unbestimmt bleibt. Lagen und Abstände sind nur im perzeptiven Körperschema, dem durch Erfahrungen des Sehens und Tastens bestimmten habituellen Vorstellungsbild vom eigenen Körper, verzeichnet. Ein Raum, der nicht so, sondern durch unumkehrbar von einem Zentrum ausstrahlende Richtungen aus gegliedert ist, ist ein (leiblicher) *Richtungsraum*. Noch primitiver ist der *Weiteraum*, in dem sich aus einer diffusen Weite lediglich der gespürte eigene Leib an einem *absoluten*, d.h. nicht erst durch Lagen und Abstände in einem System von Orten bestimmten, *Ort* abhebt. Das nächstliegende Beispiel ist das Wetter, wie es im klimatischen Spüren – einer jedermann geläufigen, aber von der Wissenschaft nicht berücksichtigten Wahrnehmungsweise – präsent ist, auch als Wetter in umbauten Räumen, trotz der Laune der Sprache, das Wort „Wetter“ nur auf nicht umbaute Räume zu beziehen. Das klimatische Spüren ist keineswegs aus thermischen und hygri-schen Empfindungen zusammengesetzt, sondern ein kompaktes Ganzes wie das Sehen oder Hören. Das merkt jeder, wenn es z.B. schwül oder frühlingshaft lau ist oder er aufatmend ins Freie oder umgekehrt in ein bedrückend stickiges Zimmer tritt, am eigenen Leibe, der sich dabei abhebt, aber dadurch nicht nach Lagen und Abständen bestimmt ist; er spürt dann etwas, das ihn in vielfältig modifizierter Weise bedrängt oder beflügelt, aber nicht in seinem eigenen Leibe sitzt, sondern gleichsam in der Luft liegt, in einem Sinn, wie Rachen oder Haut, an denen man das Wetter spürt, nicht in der Luft liegen. Dieser Sinn hat mit der Luft als Gas, einem zu Erklärungszwecken konstruierten Stoff, nichts zu tun, jedoch damit, wie Atmosphären der Verlegenheit und Betretenheit (in die jemand atemlos hineinplatzt), der Albernheit, der gespannten Erwartung und fiebrigen Aufregung, der Lustlosigkeit (morgens bei trübem Nebel im Häusermeer einer schmutzigen Großstadt), des festlichen Behagens (Weihnachten in der Familie usw.) in der Luft liegen können. Solche Atmosphären sind Gefühle, ebenso wie die klimatisch-optischen Atmosphären, die man durch solche Titel wie Frühlingstimmung, Novemberstimmung, Gewitterstimmung, friedliche Abendstimmung, unheimliche Abendstimmung (kühl, fahl und leise alles wie hinter Glas entrückend) andeuten kann.

Dergleichen Atmosphären sind gewöhnlich in dem Sinn kollektive Gefühle, daß sie mehreren Menschen, wenn diese sich zusammenfinden, wie eine sie gemeinsam überdeckende „Stimmungsglocke“ –

sehr deutlich provozierbar durch gemeinsames Singen – zugänglich sein können. Ebenso sind aber auch Privatgefühle Atmosphären, in die der Betroffene als Ergriffener hineingerät. Das gilt z.B. für Freude. Wer sich lebhaft freut, fühlt sich leicht und beschwingt wie ein Vogel, möchte springen und hüpfen, aber nicht, weil ihm primär sein leibliches Befinden eine Illusion von Kraft und Aktivität eingäbe; vielmehr verträgt sich mit Freude eine breite Skala leiblicher „Einstellungen“: von der heftigen Engung (freudiger Schreck) über das passive Sich-fallen-lassen in der Erleichterung bis zum expansiven Krafterlebnis. Vielmehr ist dem von Freude ergriffenen Menschen nach Levitation zumute, weil ihn diese Atmosphäre auch leiblich packt und so umstimmt, daß sich zwar an seiner körperlichen Beschaffenheit und der physikalischen Gravitation nichts Nennenswertes ändert, aber das gegen die Erdschwere andrängende Hochspringen, für das er sich sonst einen Ruck geben muß, keiner Initiative mehr bedarf, weil die Atmosphäre selbst ihn führt. Dieser Auftrieb mit der für Freude charakteristischen Mühelosigkeit ist so merkwürdig, daß ihre Eigenart als leiblich ergreifende Atmosphäre leicht aufgewiesen werden kann. Schwere und Druck dagegen spüren wir beständig, nicht nur in bekümmerten Zuständen, und beide sind auf Erden allenthalben verbreitet, so daß es schwierig scheinen könnte, am Verhältnis der Trauer zur Schwere eine gefühlshafte Atmosphäre abzulesen. Außer der Schwere einzelner Körper, die nur für den Physiker ein *Schwerefeld* bildet und als Phänomen gestückelt ist, gibt es aber auch eine atmosphärische Schwere, die der atmosphärischen, hebenden Leichtigkeit der Freude konträr entspricht. Dazu gehört die klimatische Schwere. An einem schwülen Sommertag oder trüben Nebeltag sagt man, daß das Wetter drückend sei, und der optische Eindruck der Landschaft pflegt dann mit dem klimatischen zu einer bedrückenden Atmosphäre zu verschmelzen, die dem Menschen nicht unbedingt Trauer einflößt, aber wenigstens vagen Mißmut. Diese niederdrückende, belastende Atmosphäre ist nicht schwer im mechanischen Sinn, als ob sie je besonders auf die einzelnen Körper drückte, aber doch eine echte Schwere, nur von anderem, atmosphärisch ergossenem und einbettendem Wesen. Von dieser Art ist die als niederdrückende Schwere in Trauer und Schwermut den Menschen leiblich ergreifende Atmosphäre, durch Beklemmung unterschieden von der weichen, diffusen, lösenden Schwere, die das sanfte Einschlafen begleitet, aber fähig, in diese überzugehen, etwa, wenn eine Trauer in ruhige Resignation ausklingt. Während die

Vektoren, die den Atmosphären von Freude einerseits, Kummer, Trauer, Schwermut, Mißmut andererseits das Gepräge geben, einseitig (hebend bzw. drückend) gerichtet sind, ist katastrophale Scham eine zentripetale Atmosphäre: Ihre Vektoren lassen dem Ergriffenen, von allen Seiten wie durchbohrend (auch ohne zeigende Finger und beschämende Blicke) auf ihn eindringend, keine Ausflucht als die hilflose, sich gleichsam in sich selbst zu verkriechen, um so zu verschwinden.

In den bisherigen Betrachtungen wurde noch kein Widerstand der Umgebung gegen Ausbreitung des Gefühls in Erwägung gezogen. Ein *experimentum crucis* für meine These, daß Gefühle räumlich ausgedehnte Atmosphären sind, ist erst die Untersuchung des Zusammenpralls eines Gefühls, das jemanden nur privatim beherrscht, mit einer konträr gestimmten Umgebung. Dann liegt es nahe, das isolierte Privatgefühl für entweder raumlos oder eingeschränkt auf ein enges Lokal zu halten, im Gegensatz zur Annahme einer gleich dem Wetter ergossenen Atmosphäre. Im Gegenteil kann ich aber zeigen, daß gerade diese kritische Konstellation, in der Kontrast die atmosphärische Ausstrahlung des Gefühls – dem Glücklichen ist alles wie in rosarotes Licht getaucht – hemmt, entscheidend für meine These spricht. Ich zeige das an dem von mir entdeckten sozialen Gefühlskontrast. Damit meine ich folgendes: Bei einiger Feinfühligkeit werden der Fröhliche in trauriger, der Traurige in fröhlicher Gesellschaft ein ausgeprägtes Kontrasterlebnis haben. Jener wird sich etwas unbehaglich und betreten vorkommen, als sei er mit seiner Fröhlichkeit inmitten von so viel Trauer nicht recht am Platz; dieser wird den Gegensatz als anstößig empfinden, so daß sich ihm die Frage aufdrängt: „Warum muß ich so traurig sein inmitten von so viel Fröhlichkeit?“ Oder auch: „Wie können diese Leute so fröhlich sein, da mir so traurig zumute ist?“ Wenn sich dagegen der Matte in frischer, der Frische in matter Gesellschaft findet, ist ein solcher sozialer Kontrast viel weniger motiviert. Aus dem Matten wird kein so elementarer Protest hervorbrechen wie aus dem Traurigen. Seine Frage „Warum bin ich so viel matter als die anderen?“ wird eher dem Nachdenken über Ursachen und Ziele dienen und ihn vielleicht zum Arzt führen. Der Frische unter Matten wird sich vielleicht ärgern, aber auch bei genügender Feinfühligkeit nicht wie der Fröhliche unter Traurigen gehemmt und verlegen werden, als sei er in eine Atmosphäre geraten, in die er nicht hineinpaßt und deren Anspruch doch etwas hat,

dem er sich nicht entziehen kann. Er wird die matten Genossen vielleicht durch aufscheuchende Zurufe oder gar durch aufrüttelnde Zugriffe anzufeuern versuchen, während er so forsches Einschreiten als taktlos verwerfen würde, wenn diese tieftraurig wären. Bloße Rücksicht auf die Bedürfnisse der Mitmenschen kann diesen Unterschied nicht begründen, denn wenn sie das Aufmuntern im Fall des Matten nahelegt, warum nicht auch im Fall des Traurigen. Vielmehr kommt es auf den Unterschied zwischen Gefühlen (Fröhlichkeit, Trauer) und leiblichen Regungen (Frische, Mattigkeit) an. Leibliche Regungen sind örtlich gebunden und innerhalb einer Umgebung abgehoben, auch wenn ihre Ausdehnung so diffus und randlos ist, wie die des prädimensionalen Volumens von Schall und Stille; das gilt z.B. für das leibliche Behagen in der Badewanne, allgemeiner für alle ganzheitlichen leiblichen Regungen wie Frische und Mattigkeit, wenn man sich selbst so fühlt (d.h. am eigenen Leib ganzheitlich spürt) und nicht nur einzelne Leibesinseln⁷ in teilheitlichen leiblichen Regungen (z.B. Frische im Kopf oder Mattigkeit in den Gliedern). *Scheler* deutet auf den Unterschied teilheitlicher und ganzheitlicher leiblicher Regungen hin, wenn er sinnliche Gefühle und Lebensgefühle unterscheidet.⁸ Für mich handelt es sich überhaupt nicht um Gefühle, sondern um zwei Typen leiblicher Regung, deren Verhältnis ich in meiner Phänomenologie der Leiblichkeit ausführlich untersucht habe. Der Unterschied besteht zum Teil in der Räumlichkeit. Ganzheitliche leibliche Regungen sind (auf ihre spezifische Weise) räumlich ausgedehnte Atmosphären wie die Gefühle, aber im Gegensatz zu diesen örtlich abgehoben, wenn auch – wenigstens nach dem Zeugnis des bloßen Spürens am eigenen Leib – an einem absoluten Ort, wie das leibliche Behagen in der Badewanne als ganzheitliches, nicht auf einzelne Leibesinseln verteiltes. Gefühle als Atmosphären sind dagegen wie das phänomenale Wetter ohne umschriebene örtliche Anbindung ergossen, z.B. das Behagen als Gefühl, in der Liebe eines Menschen oder eines harmonischen Familienkreises geborgen zu sein. Behagen liegt in beiden Fällen vor, und man kann sogar sagen, daß das Fühlen des Gefühls *Behagen*

7 „Leibesinsel“ ist ein feststehender Ausdruck in meiner Phänomenologie der Leiblichkeit, vgl. z.B. die in Anmerkung 4 einschlägig angegebenen Bücher, auch die Teilbände 1 und 2 von Band II meines *Systems der Philosophie* (Bonn 1964 und 1965).

8 *Max Scheler, Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, 4. Auflage Bern 1954, S. 345-354.

leibliches Behagen ist. Solche ortlos ergossenen Atmosphären des Gefühls stellen den jeweils totalen Anspruch, die ganze präsente Bühne des Geschehens mit allem, was sich darauf abspielt, in ihren Bann zu ziehen, und verwickeln dadurch den von ihnen Ergriffenen in den eben beschriebenen peinlichen Kontrast, wenn ihr Anspruch an dem unvereinbaren abprallt, den ein konträres Gefühl stellt, das sich in der betreffenden Konstellation ebenso oder stärker zur Geltung bringt. Die Gefühle selbst als anspruchsvolle Atmosphären, nicht erst persönliche Stellungnahmen, in denen sie verarbeitet werden, stehen also der glatten Lösung im Weg, daß jeder nach seiner Façon selig oder unselig wird, ohne am Kontrast mehr Anstoß zu nehmen als im Fall unvereinbarer leiblicher Regungen, die in solchen Konstellationen wie den für Frische und Mattigkeit eben beschriebenen anstandslos nebeneinander Platz finden, weil ihnen weder der Anspruchscharakter noch die ortlose Ergossenheit der Gefühle eigen ist.⁹

Die Räumlichkeit der Gefühle eignet sich als Leitfaden ihrer Klassifikation, die eine präzise, übersichtliche und umfassende Ordnung ergibt und Oberflächlichkeiten der bisherigen Einteilungen aufzudecken und wetzumachen gestattet. In meiner allgemeinen Phänomenologie der Räumlichkeit⁶ unterscheide ich als Schichten zunehmender Komplikation den Weiteraum, den Richtungsraum und den Ortsraum. Vom Weiteraum und (leiblichen) Richtungsraum war eben schon die Rede; der Ortsraum ist der durch Lagen, Abstände, relative Orte und zahlenmäßig bestimmte Dimensionen charakterisierte Raum, den wir vom gewöhnlichen Sehen und aus mathematischen und physikalischen Theorien kennen; er kommt für Gefühle nicht in Betracht, wohl aber der Weiteraum und der Richtungsraum. Als ortlos ergossene Atmosphären sind Gefühle immer weit; insofern bezeichne ich sie als *Stimmungen*. *Reine Stimmungen* sind solche, die keine durch Vektoren (dynamische Richtungsmerkmale) organisierte Struktur besitzen. Alle gerichteten Gefühle bezeichne ich als *Erregungen*; wenn sie kein Thema besitzen, auf das hin sie konvergieren, sind sie *reine Erregungen*. Die um ein Thema zentrierten Erregungen bezeichne ich als *zentrierte Gefühle*. Sie werden, seit das Schlagwort „Intentionalität“ aufgekommen ist, oberflächlich und irreführend als intentionale Gefühle (mit einem sogenannten Gegenstand des Gefühls) verstanden, sind aber meist

⁹ Vgl. auch in *Leib und Gefühl* (s.o. Anmerkung 4) S. 107-123 (Das leibliche Befinden und die Gefühle, zuerst 1974) und S. 125-134 (Die Autorität der Trauer).

in komplizierterer Weise (mit gespaltenem Zentrum) zentrierte Gestalten; auch Atmosphären können Gestalten (im Sinn der Gestaltpsychologie) sein. Die bisherige Theorie ignoriert die reinen Erregungen als Klasse, oder wenigstens deren ausgeprägten Unterschied von den reinen Stimmungen. Diese abstrakten Begriffe und Vorwürfe will ich in aller Kürze – skizzenhaft, während meine breiten phänomenologischen Analysen an anderer Stelle⁴ viel Nuancen, Detail und Kasuistik bringen – mit Inhalt füllen.

Reine Stimmungen sind solche, die keine Richtungsmerkmale haben. Es gibt nur zwei: reines erfülltes Gefühl (Zufriedenheit) und reines leeres Gefühl (Verzweiflung). Sie gehören dem Weiteraum an. Ich denke weder an erfüllte oder vereitelte Wünsche und Hoffnungen noch an Aussichtslosigkeit angesichts einer drohenden Katastrophe, sondern nur daran, daß sich die Weite der Atmosphäre, die das Gefühl ist, als erfüllte oder leere präsentiert. Im zweiten Fall ergibt sich Verzweiflung, die nicht niederdrückend wie Trauer oder zehrender Kummer ist, sondern halt- und richtungslos: ein an Ekel und Langeweile anklingender Überdruß, den die Franzosen „ennui“ nennen, während er in der mittelalterlichen, auf Erfahrungen des spätantiken Mönchtums zurückgehenden Sündenlehre „acedia“ hieß. Diese Stimmung kommt nicht nur motiviert durch Bewußtsein der Entwurzelung oder Verlust des Lebenssinnes vor, sondern auch spontan in sie induzierender Umgebung, z.B. im Zwielficht des verbleichenden Tages, wenn alles fahl und kühl und ungreifbar – wie hinter Glas entrückt – wirkt, oder im häßlichen, schmutzigen Häusermeer einer Großstadt an einem naßkalten Morgen. Wie Verzweiflung von Trauer und Kummer, unterscheidet sich Zufriedenheit von Freude: Ihr fehlt die Richtungsbestimmtheit, die levitierende Tendenz der freudigen Atmosphäre, die das Gegenteil der gravitierenden oder deprimierenden Tendenz von Trauer, Kummer und Schwermut ist. Zufriedenheit ist die in bezug auf Richtungen neutrale Atmosphäre ruhiger Ausgewogenheit einer festen, dichten, tragenden, aber nicht beengenden Weite des Gefühls, wie sie beim Leben im harmonischen Familienkreis oder in der Gelassenheit der Mystiker oder in ruhigem, kraftvollem Selbstvertrauen herrschen kann. Die reinen Stimmungen sind in dem Sinn Grundstimmungen, daß sie alle komplizierten Gefühle grundieren und am ehesten den von Ewert für eine (mir nicht ersichtliche) aparte Gefühlsklasse eingeführten Namen „Erlebnistönungen“ verdienen: Kein Fühlen, kaum ein Erleben des Menschen, das nicht

auch der atmosphärischen Alternative „Zufriedenheit oder Verzweiflung“ unterworfen wäre!

Zu den reinen Stimmungen bringen die reinen Erregungen eine Gerichtetheit hinzu, die nicht strukturlos, aber diffus ist. Ihre Richtungen unterscheiden sich konträr von den leiblichen, die unumkehrbar aus der Enge in die Weite führen. Unter normalen Umständen – abgesehen von Grenzfällen äußerster Entspannung wie beim autogenen Training, wenn durch die Formel „Es atmet mich“ das Atmen als ein Geschehen, das den Menschen heimsucht, eingeübt wird – wäre es nicht richtig, zu behaupten, mein Ausatmen oder Blick oder Schreiten komme aus der Weite über mich und gehe, mich mit sich ziehend, durch mich hindurch; so aber ergreifen Sehnsucht, Schwermut und Kummer mit ihren zentrifugalen oder niederdrückenden Impulsen den Menschen, den sie leiblich spürbar beschleichen oder überfallen. Seinen Blick kann man auf etwas werfen, im Sinne des erwähnten Hervorgangs aus der Enge, und ihn dabei expansiv schweifen lassen; expansiv ist auch die zentrifugale, aus der Enge des Leibes in die Weite strebende Sehnsucht, aber man kann sie doch nicht so werfen wie den Blick, sondern sie kommt aus diffuser, atmosphärischer Weite über den Menschen und nimmt ihn mit sich. So verhalten sich allgemein die gerichteten Gefühle. Dadurch unterscheiden sie sich von Richtungen anderer Art, die gleichfalls auf den Leib einstrahlen und ihn in Bann halten.

Dazu gehören Faszination, Suggestion und Hypnose, wie sich z.B. an den unwillkürlichen Mitbewegungen der Zuschauer eines Fußballspiels erweist. Diese Zustände fallen in den Bereich der hier aus Raummangel nicht erörterbaren Einleibung (leiblichen Kommunikation)¹⁰, die den Einzelleib ad hoc in übergreifende leibliche Einheiten integriert. In diesen Fällen ist die Quelle des packenden oder bannenden Einflusses ein umschriebenes Gegenüber, an dem z.B. der Blick hängt oder das Gehör, das die Stimme des Suggestors aufnimmt. Das mit Richtung ergreifende Gefühl ist kein solches Gegenüber. Kummer z.B. ist ein niederdrückendes Gefühl, dessen Quelle also oben sein müßte, aber dort wird sogar der Anlaß des Kummers, falls er einen hat, nur zufällig zu finden sein, und dieser Anlaß ist auch nicht die Quelle im Sinne eines Sitzes ergreifender Macht, sondern allenfalls so etwas wie ein Kristallisationskern, auf

10 Vgl. z.B. in meinen Büchern *Der unerschöpfliche Gegenstand* und *Leib und Gefühl* (s.o. Anmerkung 4) die Seiten 135-151 bzw. 175-216.

den diese sich zusammenzieht. Kummer ist dem Bekümmerten etwas Riesiges, wie eine große düstere Wolke, die ihn umhüllt (schon nach *Homer*) und konturlos auf ihm lastet. Freude verwandelt diese Atmosphäre ins Gegenteil, nimmt dem Betroffenen den Druck und erleichtert ihn, sofern vorher z.B. Kummer oder Sorge ihn bedrückt haben; es fällt ihm nun leicht, sogar der niederziehenden Schwere einen Streich zu spielen und vor Freude zu hüpfen, selbst wenn er keine Schnellkraft in sich spürt, sondern sich in die Freude eher fallen läßt. Woher ihm das kommt, kann er nicht sagen; ich meine nicht den Anlaß der Freude, sondern den Speicher der Kraft, die die niederziehenden Vektoren des Gefühls in hebende umkehrt, ohne daß sich physisch etwas ändern muß. Abermals geht das Gefühl aus der Weite hervor wie das Tageslicht und die Abenddämmerung. Solches Fehlen einer umschriebenen phänomenalen Richtungsquelle der gerichteten Gefühle bezeichne ich als deren *Abgründigkeit*. Die abgründigen Vektoren des Gefühls organisieren sich je spezifisch zu Gestalten (im Sinne der Gestaltpsychologie), die Atmosphären sind, nämlich reine – auf der nächsten Stufe dann auch zentrierte – Erregungen. Einseitig nach oben bzw. nach unten (hebend bzw. drückend) gerichtet sind Freude und Trauer, ebenso bei thematischer Zentrierung wie wenn sie als reine Erregungen ohne Thema vorkommen (wie bei *Mörrike* nach dessen Gedicht *Verborgenheit*). Allseitig gerichtete Erregungen können (bezüglich des Ergriffenen) zentripetal oder zentrifugal oder beides zugleich sein; diese Stellung zum Betroffenen bringt noch kein Thema in das Gefühl und hebt daher die Reinheit der Erregung nicht auf. Allseitig zentrifugal ist die diffuse, ziellose Sehnsucht, ein für Pubertät und Romantik bezeichnendes Gefühl, mit dem sich *Goethe* eingehend beschäftigt hat¹¹, allseitig zentripetal die ebenso diffuse Bangnis¹², die *Klaus Conrad* (ohne dieses Wort) dem Mißtrauen verglichen hat, als aggressives Aufdringlichwerden des sonst neutralen Erlebnis-hintergrundes¹³. Zentripetal und zentrifugal zugleich, wie aus Bangnis und Sehnsucht gemischt, ist eine Atmosphäre des Gefühls, die in der Goethezeit (auch von *Goethe* selbst) gern als das Ahnungs-

11 Vgl. *Hermann Schmitz*, Goethes Altersdenken im problemgeschichtlichen Zusammenhang, Bonn 1959, S. 254-263.

12 Ich wähle dieses Wort statt des geläufigeren „Bangigkeit“, damit man nicht an eine Disposition statt an ein aktuell ergreifendes Gefühl denkt.

13 *Klaus Conrad*, Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns, Stuttgart 1958, S. 41 f.

volle bezeichnet wird; die Ahnungen in diesem Sinn sind zugleich verheißungsvolle und bedrohliche Anmutungen, die im früher besprochenen Sinn gleichsam in der Luft liegen und allem, was in diese Atmosphäre getaucht ist, eine gesteigerte, aber ambivalente Bedeutung geben. Von dieser Art ist die für beginnende Schizophrenie charakteristische Wahnstimmung.

Aus den reinen Erregungen gehen die zentrierten durch Zusammenziehung der diffusen Atmosphäre auf ein Thema hervor; so wird z.B. die Bangnis zur Furcht, die Sehnsucht zur Liebe. In der älteren phänomenologischen Schule (*Brentano, Husserl, Scheler, Pfänder, Bollnow*) war man stolz auf die Entdeckung einer vermeintlichen Intentionalität dieser Gefühle, die durch Gegenstandsbindung von bloßen Stimmungen unterschieden wurden¹⁴; so markierte auch *Heidegger* Furcht gegen Angst. Diese einfache Alternative läßt die Differenz zwischen reinen Stimmungen und reinen Erregungen außer acht; die These der Intentionalität von Gefühlen mißverstet nicht nur diese als Akte eines Bewußtseins, sondern auch die thematische Bindung als Abzielen auf einen Gegenstand nach Art einer Intention. Diese oberflächliche Rede vom Gegenstand eines Gefühls ignoriert eine wesentliche Differenzierung, die mit gestaltpsychologischen Mitteln beschreibbar ist. Reine Erregungen sind als strukturierte Atmosphären Gestalten, zentrierte Erregungen obendrein zentrierte Gestalten mit einem häufig in charakteristischer Weise gegabelten Zentrum. Worauf es ankommt, wird ersichtlich, wenn man den Übergang von der reinen zur zentrierten Erregung am Beispiel einer Zwischenstufe zwischen Bangnis und Furcht studiert, nämlich des Grauens.

Wenn Bangnis einen Menschen mit leiblicher Angst ergreift, so daß die vage, bängliche Witterung des Unheimlichen ihn durch ausweglose Hemmung seines Wegstrebens (Übergewicht spannen-

14 Vgl. *Otto Friedrich Bollnow*, *Das Wesen der Stimmungen*, 3. Auflage Frankfurt a.M. 1956, S. 34f.: „Gefühle im eigentlichen Sinn sind stets auf einen bestimmten Gegenstand ‚intentional‘ bezogen (Brentano), sie sind ‚gegenständliche Gefühle‘ (Klages), ‚gerichtete Gefühle‘ (Lersch): Jede Freude ist Freude über etwas (und zwar über etwas Bestimmtes), jede Hoffnung Hoffnung auf etwas, jede Liebe Liebe zu etwas, jede Abneigung Abneigung gegen etwas usw. Die Stimmungen dagegen haben keinen bestimmten Gegenstand. Sie sind Zuständlichkeiten, Färbungen des gesamten menschlichen Daseins, in denen das Ich seiner selbst in einer bestimmten Weise unmittelbar inne wird, die aber nicht auf etwas außer ihm Liegendes hinausverweisen.“ Man beachte, wie *Bollnow* die gerichteten Gefühle anstandslos mit den thematisch zentrierten identifiziert.

der Engung des Leibes über schwellende Weitung im vitalen Antrieb) in ihren Bann zieht, entsteht Grauen als Zwittergebilde aus atmosphärischem Zerfließen und hemmender Fixierung. Merkwürdig ist dabei manchmal die Verdichtung dieser Ambivalenz in einem Gegenstand, der einerseits den Betroffenen nicht von sich loskommen läßt und so für dessen Fixierung sorgt, andererseits aber das unfaßbar und unergründlich Unheimliche hat, das ebenso wie die Fixierung durch Angst zum Grauen als einer Atmosphäre gegenstandsloser Bedrohlichkeit (im Sinne der Bangnis) gehört. Im *Grimmschen* Märchen vom Räuberbräutigam muß die Braut auf Geheiß ihres undurchsichtigen, ihr nicht geheuren Bräutigams, vor dem sie Grauen empfindet, in ein unheimliches, totenstilles Haus eintreten, in dem ihr schließlich eine geheimnisvolle Stimme zuruft, daß sie in einem Mörderhaus ist. Damit ist das Grauen zur vollständig zentrierten Atmosphäre der Furcht geworden. Was den Ausschlag gegeben hat, läßt sich mit gestaltpsychologischen Begriffen sagen. Zentrierte Gefühle sind Gestalten, für deren Zentrierung im Hinblick auf optische Gestalten *Metzger* Beschreibungsmittel angegeben hat.¹⁵ Er unterscheidet Zentrierung im Verdichtungsbereich von Zentrierung im Verankerungspunkt.¹⁶ Der Verdichtungsbereich einer Gestalt ist die Stelle, wo sich ihr Gepräge anschaulich sammelt, beim Blatt etwa der charakteristisch gezackte Umriß, Verankerungspunkt aber die Stelle, von wo sich die Gestalt anschaulich aufbaut, beim Blatt der Ansatz am Stiel. Das Grauen der Braut hat schon einen Verdichtungsbereich (Bräutigam, Haus), aber noch keinen Verankerungspunkt; es ist also in einem Sinn gegenständlich gebunden, in einem anderen gegenstandslos. Erst in dem Augenblick, wo es einen Verankerungspunkt gewinnt – nämlich die Gefahr, daß sie ermordet werden wird –, wird die reine, diffuse Erregung zur zentrierten Furcht. Eine große Klasse zentrierter Gefühle bedarf der Spaltung des Zentrums in Verdichtungsbereich und Verankerungspunkt, wobei jener irgendeine Sache ist, dieser meist ein Sachverhalt. Zu dieser Klasse gehören Furcht, Zorn und Scham. Furcht vor dem Zahnarzt ist z.B. Furcht vor diesem Mann und seinem Gerät (Verdichtungsbereich), aber auch vor der Aussicht, daß es weh tun wird, und um dieser Aussicht willen (Verankerungs-

15 *Wolfgang Metzger*, *Psychologie*, 5. Auflage Darmstadt 1975, 5. Kapitel (S. 175-199):
Das Problem der Zentrierung.

16 ebd. S. 178f. und 181-183

punkt). Das Verhältnis zwischen Verdichtungsbereich und Verankerungspunkt ist jedoch nicht auf das logische, durch Überlegung vermittelte Verhältnis von Grund und Folge reduzierbar, denn dann müßte sich die Furcht primär auf den Verankerungspunkt und nur mittelbar auf den Verdichtungsbereich als Agenten der eigentlich gefürchteten Gefahr beziehen. In Wirklichkeit ist es eher umgekehrt: Wenn die voraussichtlich schmerzhafteste Behandlung unmittelbar bevorsteht, zieht sich die Furcht des Patienten als flackernde Unruhe auf den mit einem Nimbus der Fürchterlichkeit umkleideten Arzt und Apparat zusammen, während die gefürchtete Gefahr, der Schmerz, durch diesen Nimbus nur noch durchscheint; ebenso ist die Furcht vor dem Tod angesichts des potentiellen Mörders in erster und nicht in zweiter Linie Furcht vor diesem. Verdichtungsbereich des Zorns ist der Mensch oder Gegenstand, auf den man zornig ist, Verankerungspunkt der Sachverhalt, über den man zornig ist. Entsprechendes gilt für die Scham, nur daß den Verdichtungsbereich meist der von Scham Ergriffene selbst bildet, aber nicht immer, da man sich auch für einen Mitmenschen (Verdichtungsbereich) wegen dessen Verhaltens (Verankerungspunkt) schämen kann, selbst wenn er sich gar nicht schämt; der Ausdruck „der Beschämte“ ist also doppeldeutig (von Scham Ergriffener und Verdichtungsbereich der Scham). Wie beim Zorn (auf jemand und über etwas) macht bei der Freude die Sprache es leicht, Verdichtungsbereich und Verankerungspunkt zu unterscheiden: Es gibt Freude an etwas (Verdichtungsbereich) und über etwas (Verankerungspunkt). Den Unterschied kann man sich leicht an der Freude des Kandidaten nach glücklich bestandem Examen klar machen: Die Freude *über* das Bestehen ist Erleichterung, oft auch darüber, daß man den gefährlichen Prüfungsverlauf nun abschütteln kann. Die Freude *am* bestandenen Examen ist dagegen genießerisch und neigt im Gegenteil sogar zum Verweilen der Erinnerung beim Prüfungsverlauf; den Zug der Erleichterung gewinnt sie nur, wenn sie zugleich Freude über das Bestehen und die damit sich öffnenden Aussichten ist. Manche Freude ist Freude an etwas, aber nicht über etwas (z.B. die Freude an einer schönen Landschaft, an schönem Wetter ohne weiteres Interesse), manche andere umgekehrt Freude über etwas (z.B. Rettung aus einer Gefahr), aber nicht an etwas, und ebenso gibt es Freuden an etwas und über etwas, ebenso wie gegenstandslose, nicht zentrierte Freude; gleiche Unterschiede kommen

bei Trauer vor, lassen sich aber nicht so leicht mit Präpositionen markieren.¹⁷

An dieser Stelle fügt sich ein kurzer Rückblick auf *Ewerts* Skizze über „Gefühl als Erlebnis“ in der *Enzyklopädie der Psychologie* passend ein. Sie enthält wenigstens für die Stimmungen eine Andeutung ihrer Natur als Atmosphären, wie vielleicht sogar schon die von *Ewert* erwähnte Theorie von *Cornelius* und *Krüger*, die in die Phänomenologie freilich das phantastische Erbe der Tradition einmischt, die Vorstellung eines Bewußtseins als breit ausgedehnte Innenwelt mit dem Gefühl als darin wogendem Nebel (*Krüger*) oder integrierender Melodie (*Cornelius*). Die Einführung gestaltpsychologischer Begriffe (Figur und Grund) in die Beschreibung des Gefühls ist fruchtbar. Mißglückt scheint mir dagegen die Einteilung des Gefühls in Stimmungen, Erlebnistönungen und „eigentliche Gefühle“. Die angeblich die beiden letzten Klassen vor den Stimmungen auszeichnenden Eigenschaften sind mindestens bei einer der beiden reinen Stimmungen, dem reinen leeren Gefühl (Verzweiflung) deutlich nachweisbar. Das gilt zunächst für die angeblich den „eigentlichen Gefühlen“ vorbehaltene charakteristische Entfaltung in der Zeit. Die *acedia* ist nach vielfältigen alten Zeugnissen und ebenso nach modernen Bekundungen, die sich bloß nicht mehr dieses Namens bedienen, durch eine merkwürdige Verbindung von halt- und zielloser nervöser Unruhe im Kleinen mit einem beherrschenden Grundton der Trägheit gekennzeichnet; ich habe zahlreiche Belege zusammengestellt.¹⁸ Auch kommt die Verzweiflung, so gut wie als langfristige Grundstimmung, als Episode vor, bedingt z.B. durch für Tageszeiten typische Beleuchtungen (s.o.) wie die des verbleichenden Tages, z.B. als Anfall bei dem sonst so impulsstarken *Zarathustra Nietzsches*, der sie mit Traurigkeit verwechselt.¹⁹ Der bloß quan-

17 Vgl. *Hermann Schmitz*, *Der Gefühlsraum* (s. o. Anmerkung 4), S. 315f.

18 ebd. S. 232-237

19 „Die Sonne ist schon lange hinunter, sagte er endlich, die Wiese ist feucht, von den Wäldern her kommt Kühle. Ein Unbekanntes ist um mich und blickt nachdenklich. Was? Du lebst noch, Zarathustra? Warum? Wofür? Wodurch? Wohin? Wo? Wie? Ist es nicht Torheit, noch zu leben? – Ach, meine Freunde, der Abend ist es, der so aus mir fragt. Vergebt mir meine Traurigkeit!“ (*Nietzsche*, Also sprach Zarathustra, 2. Teil, Das Tanzlied) Vgl. *Friedrich Ratzel*, *Glücksinseln und Träume*, Leipzig 1905, S. 174: „Von allen Zeiten des Tages war mir der Spätnachmittag immer am wenigsten Freund ... Im Herbst ist es besonders schlecht mit dieser Zeit bestellt, da ist gar kein Platz mehr für sie vor dem frühen Abend, sie führt nur noch ein Dämmerdasein, und leicht steckt sie uns mit dem Gefühl einer gewissen Zwecklosigkeit an.“

titative Unterschied von längerer oder kürzerer Dauer ist ohnehin zu unbestimmt und äußerlich für die Unterscheidung von Hauptklassen des Gefühls, und die Annahme ganzheitlicher, aber in unablässiger Verschiebung befindlicher Erlebnistönungen kommt mir konstruiert vor. Statt einer unvermittelten Nebeneinanderstellung ohne durchgängigen Leitfaden biete ich eine zusammenhängende Einteilung nach einem Prinzip (der Räumlichkeit) an, worin jede tiefere Schicht ihre Eigentümlichkeit an die höheren, komplizierteren weitergibt: die Schicht der reinen Stimmungen Erfüllung und Leere, die Schicht der reinen Erregungen die Gerichtetheit, wozu (nach Übergangsphänomenen²⁰, von denen hier nur das Grauen erwähnt wurde) die zentrierten Gefühle die thematische Zentrierung, meist mit Gabelung des Zentrums in Verdichtungsbereich und Verankerungspunkt, hinzubringen.

Über die Gefühle selbst, die Gefühle als Atmosphären, ist in diesem Zusammenhang, der nur knappe Hervorhebung der wichtigsten Züge gestattet, genug gesagt. Die andere Seite des Gefühlslebens ist die subjektive, und da stellt sich die Frage, wie es zum Fühlen des Gefühls im Sinne des Gepacktwerdens, des affektiven Betroffenseins von ihm, kommt und worin dieses besteht. Kein zusätzliches Problem entstünde, wenn die Gefühle, wie *Theodor Lipps* definiert, „unmittelbar erlebte Ichqualitäten oder Ichzuständlichkeiten“ wären²¹, aber dagegen spricht die Erfahrung des „Gefühls der Gefühllosigkeit“, daß jemand die Gefühle zwar noch spürt, aber – meist mit leidvollem Erleben des Versagens oder der Hemmung – dessen inne wird, daß sie nicht mehr an ihn herankommen, daß er nicht lebendig mit ihren Impulsen mitschwingen kann.²²

20 Vgl. wie Anmerkung 17, S. 304-306

21 *Theodor Lipps*, Das Ich und die Gefühle, in: *Psychologische Untersuchungen* Band I, Leipzig 1907, S. 641-693, hier S. 674

22 Die Patientin Claire von *Pierre Janet* klagt: „Die Gemütsbewegungen machen Halt, entwickeln sich nicht, verlieren sich und kommen nicht bis zu mir. Etwas, das mich erschrecken müßte, läßt mich ruhig, ich habe keine Furcht mehr, ich bin ruhig. Gleichwohl fühle ich Freud und Leid, aber abgeschwächt. Es ist sehr selten, daß ich lachen kann, ich lächle, aber ich kann nicht aus vollem Herzen lachen. Freud und Leid bleibt mir ferne, schwebt in der Luft und es macht mich untröstlich, daß ich kein Herz habe. ... ich möchte gern Kummer haben können: so vollkommen ruhig zu sein, das ist das Entsetzliche ...“ (zitiert nach: *Paul Schilder*, *Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein*, Berlin 1914, S. 56). *Henriette*, *Schleiermachers* töchterliche Freundin, dann Braut und Gattin, schreibt dem geliebten Mann: „In jedem Augenblick frisch und frei leben, das muß etwas Köstliches sein. ... Ich fühle dann so gewiß, einmal werde ich dahin gelangen, in solchem Sinne und Geiste

Vom Fühlen im Sinne bloßen Wahrnehmens der Gefühle als anspruchsvoller Atmosphären, deren Zumutung man mehr oder weniger gewachsen sein kann, muß also das Fühlen als Ergriffensein, als affektives Betroffensein, als Mitschwingen, scharf unterschieden werden.

Damit drängt sich die Frage auf, was zum Fühlen als Wahrnehmung einer Atmosphäre hinzukommen muß, damit es zum affektiven Betroffensein von ihr wird. Die Antwort kann leicht gegeben werden: Das Gefühl ergreift durch leibliche Regungen, die es dem Betroffenen auferlegt. Kummer wird z.B. der meinige (statt bloß mitleidig wahrgenommener fremder), wenn er sich mir auf die Brust legt oder mich in anderer Weise leiblich spürbar bedrückt. Wehmut und Heiterkeit einer Landschaft werden *meine* Gefühle, wenn etwas in mir (man sagt gern metaphorisch: das Herz mir) leiblich spürbar aufgeht oder sich verschließt, eng oder weit wird, während ich sonst jene objektiven Gefühle der Landschaft in distanzierter, eventuell ästhetisch genießender Betrachtung wahrnehme. Ein apartes seelisches Fühlen außer dem affektiven Betroffensein in Gestalt leiblicher Regungen ist zur Ergriffenheit durch Gefühle nicht erforderlich; aber allerdings schöpfen die vorhin besprochenen Prozesse personaler Emanzipation und personaler Regression, die das personale Subjekt an die Enge seines Leibes binden und für Bildung und Umbildung seiner persönlichen Situation sorgen, beständig aus dem affektiven Betroffensein und wirken darauf zurück, so daß Art und Grad der Offenheit und Empfänglichkeit für Gefühle oder der Sperrung gegen diese auch von der personalen Verarbeitung abhängen. Das Fühlen selbst als affektives Betroffensein vom Gefühl ist nichts desto weniger leibliches Betroffensein.

immer fortzuleben, denn ohne Spannung still und ruhig innig ist mein Gefühl, ich könnte gewiß darin leben.“ „... o mein lieber Vater, wäre mein Herz warm und weich, und es würde noch so tief verwundet, und es trüge noch so heiße Schmerzen, ich wäre dennoch glücklicher, als jetzt in dieser kalten Ruhe und Unempfindlichkeit.“ „Meine Sehnsucht hinaus ist oft unbeschreiblich, ich könnte mich wohl bisweilen frei machen, ich hätte aber doch nur halben Genuß. Auf Augenblicke tue ich es, und wie köstlich, wie erquickend und erfrischend ist es, wenn ich so gegen Abend recht erschöpft und nach freier Luft schmachtend hinaustrete in den vollen Glanz – mir ist dann, als wäre ich in eine andre Welt versetzt; alle Gefühle der Liebe, der Wehmut, der Sehnsucht sind in mir wach, und doch ist vor allem in mir vorherrschend das flehende Gebet, die unaussprechliche Sehnsucht Eurer wert zu sein, Deiner und Ehrenfrieds und meiner Kinder – wahrhaft lebendig zu sein in allen Teilen meines Wesens“ (*Friedrich Schleiermachers* Briefwechsel mit seiner Braut, hg. v. *H. Meisner*, Gotha 1919, S. 49f., 100, 141).

Einwände, wie sie *Carl Stumpf* 1899 gegen den allerdings allzu weit getriebenen Reduktionismus der Theorie von *James* und *Lange*, die außer dem Fühlen auch die Gefühle selbst als Leib- oder Körperzustände ausgibt, erhob²³, krankten, sofern sie das Fühlen der Gefühle einem Seelenleben oberhalb der leiblichen Regungen reservieren sollen, an einem physiologistisch beschränkten Mißverständnis der leiblichen Regungen als Organempfindungen, als ob immer gleich das Herz in der Brust spürbar zu tanzen oder der Puls zu klopfen beginnen müßte, wenn der Leib mit dem Impuls eines Gefühls mitgeht. Viel wichtiger sind dabei die Veränderungen im Bereich der ganzheitlichen leiblichen Regungen, z.B. derer, die Scheler als Lebensgefühle entdeckte und abstempelte (s.o.). Namentlich die ganzheitlichen Bewegungssuggestionen, die wie der Impuls zum Aufrichten bei Stolz oder die Tendenz zum Versinken im Orgasmus den Leib mit *einem* Schläge durchziehen, sind an der Ergriffenheit durch Gefühle beteiligt. Nur dadurch, daß das Gefühl als mächtige Atmosphäre den Leib unmittelbar mit solchen Bewegungssuggestionen heimsucht, läßt sich die erstaunliche Sicherheit und Selbstverständlichkeit der Gebärde verstehen, mit der jeder, auch der Ungeschickteste, seinem Gefühl Ausdruck zu geben vermag: Der Freudige weiß zu hüpfen, der Kummervolle zu stöhnen und schlaff oder wie gebrochen dazusitzen, der Beschämte den Kopf zu senken und die Schultern einzuziehen, der hoffnungslos Verzweifelte gellend aufzulachen; niemand, der so betroffen ist, muß erst verlegen fragen, wie man so etwas macht. Anders verhält es sich mit den Sympathiegefühlen. Der Mitleidige, der bloß mittelbar und nicht leiblich spürbar vom fremden Kummer heimgesucht wird, muß sich oft genug verlegen fragen, wie er seinem Mitleid Ausdruck geben soll, weil er dabei an einem Kummer Maß nimmt, der ihn nicht als ergreifende Macht leiblich packt und ihm daher auch nicht von selbst ein leibliches Ausdrucksverhalten in der Gebärde eingibt.

Entscheidend für die leibliche Resonanz auf Atmosphären – die Ergriffenheit durch Gefühle, die wie das Wetter am eigenen Leib, aber nicht als etwas vom eigenen Leib gespürt werden – ist der vorhin beschriebene vitale Antrieb, die intensive und rhythmische Konkurrenz von Engung und Weitung als Spannung und Schwel-

23 *Carl Stumpf*, Über den Begriff der Gemütsbewegung, in: *Zeitschrift für Psychologie* Band 21, 1899; dazu *Hermann Schmitz*, Der Gefühlsraum (s.o. Anmerkung 4), S. 156-158.

lung. Je mehr die Spaltbarkeit des Antriebs – d.h. die Ablösbarkeit von Anteilen privativer Engung und privativer Weitung aus ihm – und dessen rhythmische Komponente gegenüber der bloß intensiven ausgeprägt sind, desto besser wird der Leib im affektiven Betroffensein elastisch reagieren können. Daher ist z.B. die Angst wegen der Rhythmik des Antriebs in ihr viel offener für Gefühle und unter diesem Gesichtspunkt „interessanter“ als der Schmerz; ich denke etwa an die hier schon gestreifte Dämmerungsangst in kühl-fahler Abendstimmung, an die Ichangst – die Angst, ich zu sein, ohne Rücksicht darauf, wer ich bin, wie ich mich befinde –, die die „Existenzphilosophen“ (*Kierkegaard, Heidegger, Sartre*) im Auge gehabt haben dürften, weiter die Angst als Grauen und (eventuell reizvolles) Gruseln, die Schuldangst und die unbestimmte Erwartungsangst in einer mit Ahnungen geschwängerten Atmosphäre. Wie sehr sich der gleichfalls rhythmisch betonten und daher im leiblich-affektiven Betroffensein anpassungsfähigen Wollust eine zarte und bunte Fülle von Gefühlen im Spielraum zwischen Liebe und Haß aufmodulieren läßt, zeigen Geschichte und Gegenwart der Geschlechterbeziehungen. Auch die Klaviatur der Abspaltung privativer Engung und privativer Weitung aus dem Antrieb bedienen die Gefühle reichlichst, indem sie sich dort durch Entzücken („Das Herz geht mir auf“), Erleichterung („Ein Stein fällt mir vom Herzen“), Bestürzung (privative Engung) usw. niederschlagen. Dagegen kommt ihnen der bloß intensive Antrieb nicht entgegen; ein Mensch, dessen Antrieb weder sich spalten noch zwischen dominanter Spannung und dominanter Schwellung schwingen kann, liegt wie ein Fels oder Stein in der Brandung der Gefühle. Das quälende „Gefühl der Gefühllosigkeit“ (s.o.) bei Psychasthenie und endogener Depression ist das Zeugnis einer solchen Einbuße an Resonanzfähigkeit durch Lähmung des Antriebs bezüglich Rhythmus und Spaltbarkeit.²⁴ Die Therapie der Störungen des affektiven Betroffenseins von Gefühlen wird wesentlich auf diesen Mechanismus Rücksicht zu nehmen haben. Er ist auch der Hintergrund der Temperamentsunterschiede, auf die sich die Konstitutionstypen von *Kretschmer* (fortgesetzt durch *Veit*)²⁵ reduzieren lassen, wenn

24 Vgl. zur endogenen Depression *Hermann Schmitz*, *System der Philosophie* Band IV: Die Person, Bonn 1980, S. 322-331; *Der vergessene Leib. Phänomenologische Bemerkungen zu Leib, Seele und Krankheit*, in: *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 35, 1987, S. 270-278.

25 *Ernst Kretschmer, Körperbau und Charakter*, 21./22. Auflage Berlin usw. 1955; *Ernst*

man vom Körperbau absieht; *Ewert* geht in seinem vorhin besprochenen Referat auf diese Unterschiede ein.²⁶ Nach meiner Deutung ist der Zykllothymiker besonders zum rhythmischen Schwingen seines vitalen Antriebs und dadurch zum Wechsel expansiven Hochgefühls mit den in spannender Beklemmung sich niederlassenden depressiven Stimmungen befähigt; der schizothyme Antrieb neigt zur Spaltung, was bei der Freisetzung privativer Weitung Gelegenheit zu beflügeltem Schwärmen, aber auch zu Distanz, Ironie und strategischem Handeln in geschickter Handhabung personaler Emanzipation gibt, bei Freisetzung privativer Engung dagegen zu schreckhafter Störbarkeit führt, der der so Betroffene durch Empfindlichkeit und Abkapselung gegensteuert; der Bathmothymiker schließlich ist von der leiblichen Disposition her weder zum Schwingen noch zum Spalten des Antriebs begabt, sondern dieser staut sich und erreicht nur ruckartig ein anderes Niveau.²⁷ Die Einsicht in diese von der leiblichen Disposition bedingten Unterschiede der Empfänglichkeit, Verarbeitungs- und Reaktionsbereitschaft im Verhältnis zu Gefühlen (aber nicht nur zu ihnen) ist für die Psychotherapie sicherlich von auch praktischem Wert.

Obwohl das affektive Betroffensein von Gefühlen demnach stets ein Betroffensein durch leibliche Regungen ist, scheint es mir doch möglich, es von dem affektiven Betroffensein durch bloße leibliche Regungen zu unterscheiden, und zwar durch eine Gesetzmäßigkeit seiner Entfaltung in der Zeit, also in derselben Dimension, die *Ewert*³ zur Abhebung der „eigentlichen Gefühle“ von den Stimmungen nützen will, wogegen ich Einspruch erhoben habe. Das affektive Betroffensein von leiblichen Regungen besteht bloß in der Subjektivität der betreffenden Tatsachen. Sie laufen mehr oder weniger gleichgültig gegen die Stellungnahme des personalen Subjekts auf seinem Niveau personaler Emanzipation zu ihnen ab; ein hinlänglich kräftiger Schmerz meldet sich z.B. ohne viel Rücksicht darauf,

Kretschmer, Willi Enke, Die Persönlichkeit der Athletiker, Leipzig 1936; Hans Veit, Die energetische Proportion der Athletikertemperaturen, in: Zeitschrift für menschliche Vererbungs- und Konstitutionslehre Band 35, 1960, S. 303-319; Das soziale Verhalten der „bathmothymen“ Athletikertemperaturen, ebd. Band 36, 1961, S. 98-107.

²⁶ wie Anmerkung 3, S. 402: „So schwingt die Stimmung des Zykllothymikers zwischen den Polen gehoben (heiter) und depressiv (traurig), die Stimmungsproportion des Schizothymikers verschiebt sich mit wechselnden Anteilen von Hyperästhesie (Empfindlichkeit) und Anästhesie (Kühle), und die Stimmungen des Viskösen werden durch die Dimension explosiv-phlegmatisch beschrieben.“

²⁷ Vgl. *Hermann Schmitz, Die Person* (s.o. Anmerkung 24), S. 331-343.

ob sich die Person wehleidig oder tapfer usw. zu ihm verhält. Zwar gibt es von der Person handhabbare Techniken, sich aus besonnenem Entschluß leiblich so einzustellen, daß die Regung (z.B. der Schmerz) beeinflußt und eventuell abgeschaltet werden kann; diese Techniken bestehen aber in der Anwendung raffinierter Methoden des Eingriffs in den vitalen Antrieb selbst (z.B. im Yoga und im autogenen Training)²⁸, nicht im bloßen Stellungnehmen von einem Niveau personaler Emanzipation aus. Daraus ergibt sich auch die Toleranz leiblicher Regungen gegen Beobachtung von einem solchen Niveau aus; sie widerstreben solcher Beachtung nicht und behaupten sich unbeschadet auch im Lichtstrahl der Aufmerksamkeit.

Das durch leibliche Regungen ergreifende Gefühl ist dagegen ein Partner der Person, zu dem diese ein gleichsam dramatisches Verhältnis hat. Die Ergriffenheit von einem Gefühl ist nur echt, wenn sie mit einer Überwältigung der Person einsetzt, die aber keineswegs als aufdringlicher Überfall stattzufinden braucht, sondern auch durch unbemerktes Einschleichen geschehen kann, z.B. bei Liebe und Neid, die nicht selten nach allmählicher Vorbereitung plötzlich aufzucken, als seien sie schon Herren im Haushalt der Person, die sich dabei ertappt, wie sie sich ihnen ausgeliefert hat, und dann manchmal mit mehr oder weniger Erfolg widersetzlich zurückzuckt. Deswegen gibt es unechte Gefühle, richtiger: unechte Ergriffenheit von Gefühlen, in dem Sinn, daß die Entschiedenheit darüber, ob tatsächlich Ergriffenheit besteht, in zweideutiger Schwebelage bleibt, wie oft bei Sympathiegefühlen (Mitleid, gefühlsmäßige Anteilnahme mit Hoffnung und Sorge) und beim Hysteriker. Solche Unechtheit beruht darauf, daß es bezüglich der Ergriffenheit an der anfänglichen Überwältigung durch die ergreifende Macht, der sich die personale Auseinandersetzung in Preisgabe oder Widerstand erst in einer zweiten Phase anschließt, gefehlt hat. Eine entsprechende Unechtheit des affektiven Betroffenseins von bloßen leiblichen Regungen scheint nicht vollkommen. Weil die Ergriffenheit durch Gefühle die dramatische Struktur von Zug und Gegenzug (Überwältigung und Preisgabe oder Widerstand) besitzt, widersetzt sie sich der gleichzeitigen Beobachtung, die einen neu-

28 Vgl. *Hermann Schmitz*, *System der Philosophie* Band II Teil 1: *Der Leib*, Bonn 1965, S. 178-194 (Mystische Techniken der Leibbemeisterung) und 151-169 (Leibinsbildung und Leibinselschwund); *Leib und Gefühl* (s.o. Anmerkung 4) S. 49-53.

tralen, registrierenden Stand außerhalb des Dramas voraussetzt, und wird, anders als das affektive Betroffensein von der bloßen leiblichen Regung, durch die beobachtende Einstellung, falls diese dennoch gelingt, zurückgedrängt. Dieser Eigenart des affektiven Betroffenseins von Gefühlen trage ich dadurch Rechnung, daß ich die Bezeichnung als Ergriffenheit ihm vorbehalte; ich spreche also nicht von Ergriffenheit durch leibliche Regungen, die nicht Gefühle sind, wie Schmerz, Jucken, Durst, Müdigkeit oder Frische. Damit wird meine 1969 angegebene allgemeine Definition des Gefühls verständlich, in der ich dessen Grundzüge, so wie sie im Vorstehenden entwickelt worden sind, zusammenzufassen versuche: *Gefühle sind ortlos ergossene Atmosphären, die einen Leib, den sie einbetten, in der Weise des affektiven Betroffenseins heimsuchen, wobei dieses die Gestalt der Ergriffenheit annimmt.*²⁹ Von Lust und Unlust ist in dieser Definition wohlweislich nicht die Rede; sie sind überhaupt nicht Gefühle, sondern Modifikationen des affektiven Betroffenseins von leiblichen Regungen und von Gefühlen in gleicher Weise und gehören nicht einmal zu jedem affektiven Betroffensein von Gefühlen, nicht z.B. bei einem so ausgeprägten Gefühl wie dem feierlichen Ernst, wohl auch nicht beim Gefühl der Achtung.³⁰

Mir bleibt nur noch die anfangs erwähnte Aufgabe, Hauptetappen und Wendepunkte der Auffassung vom Gefühl in Europa, einschließlich seiner philosophischen Auslegungen, zu markieren. Wenn es nur auf das Gefühl überhaupt und die Stellung des Menschen zu ihm ankommen soll, darf man sagen, daß alle wesentlichen Entscheidungen in der griechischen Antike, einschließlich der (griechischsprachigen) christlichen, gefallen sind; das gilt aber keineswegs für einzelne Gefühle wie die Liebe³¹. Die Geschichte dieser Umwälzungen habe ich ausführlich dargestellt³²; hier beschränke ich mich auf knappe Erwähnung einiger Hauptpunkte. Sie betreffen einerseits die Gefühle selbst, andererseits das affektive Betroffensein von Gefühlen. Die Gefühle der Griechen, nach Maßgabe der Bedeutung ihrer Gefühlsnamen, sind wenigstens ursprünglich, vor einer erst in klassischer Zeit und auch dann nicht vollständig sich durch-

29 Der Gefühlsraum (s. o. Anmerkung 4) S. 343

30 ebd. S. 169-183

31 Zur Geschichte der Liebe vgl. in meinem Buch *Die Liebe* (s.o. Anmerkung 4) die Kapitel 3 und 8.

32 wie Anmerkung 29, S. 403-519: Zur Geschichte der Erfahrung des Gefühls als Macht.

setzenden Spezialisierung, weniger vielseitig und vieldeutig spezialisiert als die unseren, sofern wir sie mit Worten wie „Liebe“ oder „Angst“ belegen; sie stehen näher bei den „Uraffekten“, die *Gustav Kafka* durch vier elementare „Bezugswendungen“ definiert³³ und nur mit Mühe durch deutsche Gefühlsworte benennen kann. Eros ist z.B. keineswegs gleich erotisch im Sinne der Geschlechtsliebe (Aphrodite), sondern ein universaler dranghafter Zuwendungsaffekt – es kann sich auch um Hunger, Habgier, Herrschsucht, Mordlust, Heimweh oder „Eros der Ferne“ zur Ausfahrt über See, Kleptomane und vielerlei anderes handeln –, Phobos der entgegengesetzte dranghafte Abwendungsaffekt schlechthin (daher mobilisierende Furcht, während die immobilisierende, lähmende „Deos“ heißt). Orgé ist zunächst unspezifische Aufwallung (etymologisch verwandt unserem Fremdwort „Orgasmus“) und wird dann durch aggressive Züge zum Zorn, wie auch Thymós, der aber nie ganz die Züge eines autonomen Regungsherdes der Impulse überhaupt ablegt. Mit dem Eros haben die Griechen große Schwierigkeiten; der mächtige, aber unspezifische, im Geschlechtsleben nur besonders ausgeprägte Drang, vielleicht eher Libido (im Sinne von *Freud*) oder Wille (im Sinne von *Schopenhauer*) als Liebe, ist ihnen unheimlich, und diese Reserve hat vielleicht Schuld daran, daß in ihrem Gefühlsleben die erotische Faszination (Aphrodite) mit der Zuneigung zu dem, was lieb (philos) als angehörig ist (Philia), nicht zusammenwächst wie im amor der Römer seit *Catull*. Pothos und Himeros sind zugleich der fesselnde Reiz des Attraktiven und die Erregung des Impulses zu ihm hin. Insofern kann man allen vier Uraffekten *Kafkas* viel eher griechische als deutsche Namen geben.³⁴ Solche einfachen Linien kehren im ersten stoischen Affektsystem des *Zenon von Kition* wieder, der die leibliche Betroffenheit durch die Vektoren der Erregungen (Affekte) sehr plastisch unter die vier Titel „Zusammenzie-

33 *Gustav Kafka*, Über Uraffekte, in: Acta Psychologica Band VII, Amsterdam 1950. Seine Formeln für die vier Bezugswendungen lauten: „Her mit dir zu mir! Fort mit dir von mir! Fort mit mir von dir! Hin mit mir zu dir!“ Der Vorschlag, auf diese einfachen motorischen Impulse eine Klassifikation der Gefühle zu gründen, hat in der modernen Psychologie Anklang gefunden und wird auch von *Ewert* (wie Anmerkung 3, S. 413) hervorgehoben, obwohl er ersichtlich nur die zentrierten Gefühle betrifft, diese als Intentionen (nach Art von Strebungen oder Forderungen) verkennt und die Gabelung des Zentrums in Verdichtungsbereich und Verankerungspunkt völlig ignoriert.

34 „Her mit dir zu mir“: Eros. „Fort mit dir von mir“: Orgé, Thymós als Aggressionsaffekte. „Fort mit mir von dir“: Phobos. „Hin mit mir zu dir“: Pothos.

hung, Ergießung, Erhebung, Absturz“ (leibliche Engung und Weitung, Hebung und Depression) bringt und diesen Elementartypen leiblichen Betroffenseins von Gefühlen, wenn ich richtig rekonstruiert habe, respektive Furcht, Begierde, Lust und Leid zuordnete, während sein Enkelschüler *Chrysipp* diese phänomenologische Pionierarbeit verwirrte und verdarb.³⁵ An solchem Material orientiert sich das griechische Verständnis des affektiven Betroffenseins von Gefühlen. In der *Ilias* werden Eros und bekommener Kummer (Achos, formelhaft als verhüllende düstere Wolke) als Atmosphären, die den Menschen einbettend ergreifen, verstanden, und auch das heitere Behagen (Euphrosyne) wird von *Homer* „als eine ergreifende und umgreifende reale Macht gesehen“³⁶. In der archaischen Lyrik gibt es wie in der *Ilias* (nicht in der *Odyssee*) Momente der Besessenheit – die Muse singt als der Chor, Eros blickt den Ibykos aus feuchten Knabenaugen an – und eindrucksvolle Versinnlichungen der ergreifenden Macht des Gefühls als Sturm (Eros) und als etwas aus einer Gewitterwolke hervor Packendes (Phobos), zugleich aber Manifestationen der Selbstbehauptung des dichtenden Individuums und im Zusammenhang damit einer Abhebung des affektiven Betroffenseins (μέλλει μοι, etwas geht mir zu Herzen) vom ergreifenden Gefühl selbst. Mit *Aischylos* und *Empedokles* vollendet sich die archaische Auffassung des Gefühls als ergreifende Macht ohne Introjektion in eine Seele.

Hier ist es wichtig und aufschlußreich, sogleich die Brücke zum Urchristentum zu schlagen, weil diese archaischen Griechen mit den frühen Christen die „Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen“ gemein haben, noch vor der Schwelle der Introjektion der Gefühle (als Seelenzustände) zu stehen, und dabei fast gleiche Formen der Explikation ihres Gefühlsverständnisses finden.³⁷ „Vollkommene Liebe treibt die Furcht aus“, heißt es im 1. Johannesbrief, und im *Agamemnon* des *Aischylos* fragt der Chor: „Wieso denn schwebt beharrlich mir diese Angst als Vorsteherin des grauserblickenden Herzens vor .. und setzt sich nicht, sie ausspeiend nach Art wirrer Traumbilder, gelehrige Kühnheit auf den lieben Thron des Gemüts?“ Die Gefühle als ergreifende Mächte tragen unter sich ihre

35 wie Anmerkung 29, S. 504f.

36 *Joachim Latacz*, Zum Wortfeld „Freude“ in der Sprache Homers, Heidelberg 1966, S. 173.

37 Vgl. auch in *Leib und Gefühl* (s.o. Anmerkung 4) den Abschnitt „Empedokleisches im Urchristentum“ (S. 303-306).

Konflikte auf dem Boden des menschlichen Erlebens aus, dessen Sitz für *Paulus*, der keine Seele kennt, der an sich unschuldige, aber verführbare Leib des Menschen ist, um den sich Geist und Fleisch streiten³⁸; der Geist wird von ihm wie die Liebe, das Fleisch wie der Streit bei *Empedokles* charakterisiert. Für diesen ist die Liebe eine ergreifende und gestaltende Atmosphäre, die man beim intelligenten Blick in die Welt als wirkende, mischende Macht sehen kann, während sie den Menschen als ihren Gliedern eingepflanzte Macht der Liebe, Freude und Eintracht geläufig ist; daß jene Liebe zugleich diese ist, gibt *Empedokles* als seine ureigenste Entdeckung aus. Ebenso, als Atmosphäre, umgreifende und durchdringende Macht, wird die Liebe im Urchristentum verstanden, etwa im 1. Johannesbrief als Gott, der in uns ist und in dem wir sind, bei *Paulus* als das tätige Wesen, das die Eintrachtswerke der Christen vollbringt, und überaus zahlreich und konkret ist im Christentum die Auffassung dessen, was später als Gesinnung vieler Einzelner verstanden wird, als wirkende Macht und Atmosphäre, in der sich die Christen oder die Sünder aufhalten. Der Friede gehört dazu³⁹; später zu Floskeln verblaßte Sprüche – „Gehe hin in Frieden“, „Er möge ruhen in Frieden“ – sind ganz konkret zu verstehen. Die mächtigste Atmosphäre dieser Art ist der heilige Geist, ursprünglich ein als Atmosphäre die Gemeinde umfassendes und durchdringendes Gefühl befreiender Liebe und Freude; als im 4. Jahrhundert die Umdeutung dieses überpersönlichen Gefühls in eine göttliche Person durchgesetzt werden sollte, traf *Basilios von Cäsarea* noch auf erbitterte Gegner, die sich lieber die Zunge abgebissen hätten, statt auf die Präposition „im“ heiligen Geist zugunsten der diesen mit Vater und Sohn koordinierenden Wendungen „mit“ oder „und“ dem heiligen Geist zu verzichten.⁴⁰ Dieses archaische, bei den philosophisch unverbildeten Christen spontan wieder durchbrechende Verständnis des Gefühls wird seit dem 5. Jahrhundert v. Chr. abgelöst durch die Introjektion der Gefühle.

Bis tief in dieses Jahrhundert hinein hatten die Griechen kein Wort für genossene Lust; „ἡδονή“ hieß Geruch und nahm dann erst die neue Bedeutung an. Statt sexueller Lust kennt der archaische

38 Vgl. *Schmitz*, wie Anmerkung 28, S. 507-528: *Paulus*.

39 Vgl. *Hermann Schmitz*, *System der Philosophie* Band III, Teilband 4: *Das Göttliche und der Raum*, Bonn 1977, S. 33-35.

40 ebd. S. 16f., zum heiligen Geist S. 13-43

Lyriker *Mimnermos* die goldene Aphrodite als Sphäre der Erotik, die seinen Lebenswillen so zentral bestimmt, daß er sterben möchte, wenn ihm ihre Werke – heimliche Liebe und schmeichelnde Gaben und Paarung – nicht mehr am Herzen liegen. Die Lysistrate des *Aristophanes* wehrt dagegen den Einwand, die Männer würden den pazifistischen Sexualstreik ihrer Frauen mit Gewalt brechen, mit der Begründung ab: „Da ist keine Lust drin.“ Die faszinierende Macht der goldenen Aphrodite ist zur privaten Lust geworden, nach deren kalkulierbarem Gewinn sich das Verhalten richtet. Die Philosophen übernehmen diese Introjektion zwecks Umdeutung der ergreifenden Mächte, zu denen anfangs die Lust selbst als Widersacher gerechnet wird, in die Triebe niederer Schichten der zu diesem Zweck von *Platon* dreigeteilten Seele, die von der Oberschicht, in der die Person als Vernunft die Zügel führt, regiert werden sollen. Im Spätwerk *Platons* und bei *Aristoteles* ist die Umdeutung der Affekte in Misch- und Folgebildungen aus Lust und Unlust vollendet. Dieses System der Affektenlehre überspringt von den Stoikern hin zu *Thomas von Aquino* den Einbruch des urchristlichen, wieder archaischen (aischyleisch-empedokleischen) Gefühlsverständnisses; abgefangen ist er schon bei *Augustinus*, der die Liebe nicht mehr im Sinne des 1. Johannesbriefes als gegenwärtige Atmosphäre versteht, die Gott ist, in dem wir sind und einander lieben, sondern als das der einzelnen Seele wesensmäßig innewohnende Gewicht, das sie, ob sie es weiß oder nicht, zu ihrem natürlichen Ort, letztlich zu Gott, so zieht wie die Elemente nach der Physik des *Aristoteles* zu dem ihrigen.

Dasselbe Leitbild, nur ohne die rigoristische Ausrichtung auf Gott, beherrscht die Liebesauffassung in der Affektenlehre des *Thomas von Aquino*. Die barocke Affektenlehre setzt die stoische Systematik der Affekte und deren Gegenüberstellung zur Vernunft fort. *Kant* vollendet die Introjektion der Gefühle, indem er diese als Lust und Unlust von aller darstellenden Bedeutung, die über das innere Leben des Gemütes hinausführt, ablöst, allerdings nicht konsequent: Sowohl das Gefühl des Erhabenen als auch das Gefühl der Achtung weisen nach seiner Lehre in die übersinnliche Welt. Im späten 19. Jahrhundert setzt die von *Brentano* ausgehende These der Intentionalität der Gefühle diesen sozusagen wieder Augen ein, indem sie sie jedoch nach Art von Intentionen, die sich aus der Seele oder dem Bewußtsein hervor auf ein Ziel richten, mißversteht; *Brentano* wirft sogar die Gefühle mit den Willensakten in dieselbe

Grundklasse psychischer Phänomene (neben den Vorstellungen und den Urteilen). Verheißungsvolle Annäherungen an eine offene, vom Bann der Introjektion der Gefühle befreite Phänomenologie der Gefühle bringen *Cornelius* und *Krüger* mit ihren ganzheitlichen Auffassungen (s. o.), *Heidegger* mit der Deutung der Befindlichkeit als Durchstimmtheit des „Daseins“ vom Seienden im Ganzen, *Sartre* mit seiner Skizze einer Theorie der Emotionen, die diese als magische Verwandlungen des Gesichts der Welt ausgibt. Keiner dieser Vorschläge ist ausgereift. Nur an einem Spezialfall gelingt die phänomenologisch reine Darstellung einer eigenartigen, bedeutenden Atmosphäre in ihrer Gegenständlichkeit als ergreifendes Gefühl, von dem ein ihm zugewandtes Fühlen als spezifische Ergriffenheit erfüllt ist. Ich meine die überaus genaue und plastische Herausarbeitung des Numinosen durch *Rudolf Otto*, dessen Werk die verdiente Wirkung gehabt hat, obgleich er, da der begriffliche Rahmen seiner Erkenntnistheorie und Anthropologie seiner Entdeckung und Leistung als Phänomenologe nicht gewachsen war, die Einwände seiner hochmütig in den Netzen der Tradition verfangenen Kritiker nicht abzuschneiden vermochte.⁴¹ Die allgemeine Theorie, die solchen Einwänden mit scharfen Begriffen und genauer Begründung den Boden abgräbt, habe ich aufgestellt.

41. wie Anmerkung 39, S. 74-89

Zur Psychophysiologie von Emotionen

Alfons O. Hamm

Einleitung

Das starke Herzklopfen, die schweißnassen Handflächen und die zitternden Glieder einer sich fürchtenden Person sind so augenfällige Begleiterscheinungen emotionaler Prozesse, so daß es nicht weiter verwundert, daß die wissenschaftliche Analyse von Emotionen seit langem eines der fundamentalsten Forschungsgebiete der Psychophysiologie ist (vgl. Schwartz 1986; Öhman 1987). Dabei hebt sich die in der psychophysiologischen Forschung verwendete Arbeitsdefinition des Emotionsbegriffes eindeutig ab von der Tradition der Bewußtseinspsychologie, in der Emotionen als subjektiv erlebte Gefühlszustände aufgefaßt werden, die sich nur durch bewußte Introspektion erschließen lassen. Eine solche Definition impliziert jedoch, daß Emotionen niemand anderem zugänglich sind, als der Person selbst, welche das Gefühl erlebt. Lang hat jedoch als einer der einflußreichsten Kritiker dieser phänomenologischen Sichtweise immer wieder darauf hingewiesen, daß sich eine naturwissenschaftlich orientierte Analyse von Emotionen immer auf beobachtbare und meßbare Phänomene beziehen muß (vgl. Lang 1968, 1971, 1978).

Der Emotionsbegriff in der psychophysiologischen Forschung

Nach Lang sind Emotionen komplexe Reaktionssyndrome, welche durch diskrete Ereignisse ausgelöst werden (interne oder externe) und sich in drei meßbaren Systemen bzw. Indikatorbereichen manifestieren, nämlich a) in den *verbalen Äußerungen über subjektive Erlebnisweisen* (häufig als subjektive Komponente von Emotionen bezeichnet), b) dem offenen, *motorisch expressiven Verhalten* (Mimik, Gestik, Vokalisation, Flucht, Annäherung, Exploration etc., d.h. die Ausdrucks- und Verhaltenskomponente von Emotionen) und c) in

jenen vom autonomen Nervensystem gesteuerten *neurovegetativen Veränderungen* (häufig als physiologische Komponente bezeichnet). Diese viszeralen Modulationen werden zudem von Veränderungen im *endokrinen System* begleitet und unterstützt, wobei während emotionaler Prozesse das Glucocorticoidsystem (Hypothalamus – Hypophyse – Nebennierenrinde; ACTH, Cortisol) und das sympathiko-adrenerge System (Hypothalamus – Nebennierenmark; Adrenalin, Noradrenalin) aktiviert werden (vgl. zur Übersicht *Baum, Grunberg & Singer 1982; Birbaumer & Schmidt 1991*).

Dieser sogenannte *Drei-Ebenen-Ansatz*, wonach Emotionen aufgrund der Ausprägungen in den drei oben genannten Reaktionskomponenten inklusive ihrer antezedenten situativen Bedingungen erschlossen werden, hat sich in der empirischen Emotionsforschung inzwischen als breiter Konsens durchgesetzt (*Ekman 1984; Frijda 1986; Öhman 1987; Scherer 1990; Schneider 1990*). In Abbildung 1 ist diese psychophysiologische Konzeptualisierung emotionaler Phänomene nochmals schematisch verdeutlicht.

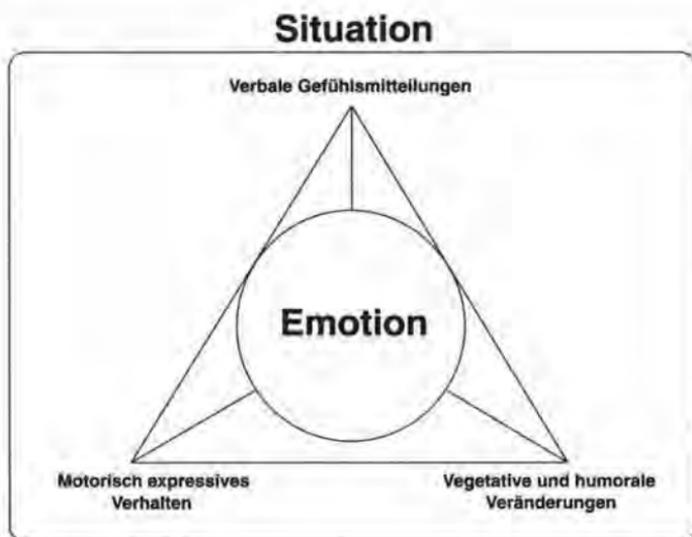


Abb.: 1

Obwohl die Notwendigkeit einer solchen Mehrebenenanalyse in der modernen, empirischen Emotionsforschung immer wieder hervorgehoben wird, gehen viele neuere Emotionstheorien nach wie vor von der impliziten bewußtseinspsychologischen Annahme aus,

daß diese drei Reaktionskomponenten peripherer Ausdruck eines inneren emotionalen Zustandes seien, der mehr oder weniger isomorph mit dem subjektiven Gefühlsleben sei (Öhman 1992). Folgerichtig postulieren solche Modelle, daß Emotionen als Entität zentral im Gehirn repräsentiert seien und eine Aktivierung dieser Strukturen sich in festen invarianten somatischen und viszerale Reaktionsmustern äußern würden. Postuliert wird eine begrenzte Anzahl sogenannter Primäremotionen (z.B. Furcht, Ärger, Ekel, Freude usw.), welche sich sowohl anhand stabiler mimischer Ausdruckskonfigurationen (vgl. Ekman 1971), aber auch aufgrund spezifischer autonomer Reaktionsmuster zuverlässig und eindeutig voneinander unterscheiden lassen. Eine solche Konzeption entspricht zwar dem Alltagsverständnis emotionaler Phänomene, nicht aber der empirischen Realität.

Sprachliche Mitteilungen von Gefühlserlebnissen

Unsere Sprache umfaßt eine Vielzahl von Begriffen, um emotionale Erlebnisweisen mitzuteilen. Davitz (1969) extrahierte beispielsweise mehr als 400 Emotionsworte bei einer Wortfelderhebung mit Hilfe des Thesaurus. Auf eine ähnlich hohe Zahl, nämlich 558 kam Averill (1975) aufgrund von Befragungen, in denen jeweils die Wahrscheinlichkeit beurteilt werden sollte, mit der ein Wort tatsächlich eine Emotion bezeichnet. Dabei war man sich weitgehend einig, daß diese vielen sprachlichen Nuancierungen nicht notwendigerweise mit entsprechenden voneinander differenzierbaren emotionalen Zuständen einhergehen. Vielmehr war es das Ziel wissenschaftlicher Emotionsforschung, diese Vielfältigkeit von Beschreibungen emotionaler Erlebnisqualitäten auf eine Liste *fundamentaler Emotionsbegriffe* zu reduzieren. Faktorenanalytische Auswertungen der mit Hilfe verschiedenster Skalen (z.B. Mood Adjective Checklist; Nowlis 1965; Profile of Mood Scales [POMS]; McNair, Lorr & Droppelman 1971; Multiple Affect Adjective Checklist [MAACL]; Zuckerman & Lubin 1965) erhobenen Befindlichkeitsdaten ergaben daher je nach Untersuchung immer wieder 6–12 oblique Faktoren (vgl. Übersicht bei Watson & Tellegen 1985). Diese Befunde wurden häufig zur Stützung der oben erwähnten diskreten Emotionsmodelle herangezogen (Izard 1977; Ekman 1982). Kritiker dieser kategorialen Emotionsmodelle haben jedoch wiederholt auf die starke Variabilität in der

Anzahl der extrahierten Faktoren sowie auf ihre äußerst hohen Interkorrelationen hingewiesen (Russell & Mehrabian 1977; Russell 1980).

Eine intensive Reanalyse dieser Ursprungsdaten aus acht Untersuchungen bestätigte, daß tatsächlich bis zu *dreiviertel* der Gesamtvarianz aller Gefühlsbeschreibungen durch zwei bipolare und nach einer Varimax-Rotation orthogonal zueinander stehende Faktoren aufgeklärt wurde (Watson & Tellegen 1985). Der erste Faktor, *positive Affektivität*, ist durch Gefühlsbeschreibungen wie *aktiv, begeistert, erfreut, stolz* und *enthusiastisch* gekennzeichnet. Dazu orthogonal steht der zweite Faktor, *negative Affektivität*, welcher durch Emotionen wie *wütend, feindselig, ängstlich, angeekelt* und *verachtend* sprachlich kodiert ist. Geringe Ausprägungen in positiver Affektivität äußern sich in Befindensschilderung wie *schlätfrig, schwerfällig* und *lustlos*. Bei geringer negativer Affektivität beschreiben sich die Personen als *entspannt, gelassen* oder *friedvoll*. Abbildung 2 zeigt das von Watson und Tellegen (1985) vorgeschlagene dimensionale Strukturmodell emotionalen Erlebens.

Diese dimensionale Struktur emotionaler Erlebnisberichte wird auch durch Studien belegt, welche mit Hilfe multidimensionaler Skalierungsmethoden Emotionsworte hinsichtlich ihrer Ähnlichkeitsrelationen analysiert haben (Traxel & Heide 1961; Russell 1980). Aber auch die Beurteilungen subjektiver Gefühlserlebnisse mit Hilfe eines Polaritätsprofils (Osgood, Suci & Tannenbaum 1957) belegen wiederholt die Existenz sogenannter basaler Gefühlsdimensionen, wobei sich die affektive *Valenz* und die *Erregung* als die beiden zuverlässigsten und validesten Ordnungsdimensionen emotionaler Erlebnisberichte herauskristallisiert haben (Mehrabian & Russell 1974; Hamm & Vaitl 1993). In dem beschriebenen Strukturmodell von Watson und Tellegen (1985) sind die Valenz- und Erregungsdimensionen jeweils als horizontale und vertikale Achse repräsentiert. Auf diesen beiden Achsen befinden sich Emotionen, bei denen wechselseitig hohe und geringe Ausprägungen an positiver und negativer Affektivität gemischt vorliegen.

Faßt man die Befunde hinsichtlich der sprachlichen Mitteilungen emotionaler Erlebnisweisen zusammen, so läßt sich folgendes feststellen: Menschen sind zwar in der Lage, ihre emotionalen Erlebnisweisen äußerst nuanciert zu beschreiben, allerdings belegen die Befunde verschiedenster Forschungslinien, daß diese Gefühlsmitteilungen entlang weniger basaler Ordnungsdimensionen organisiert werden können.

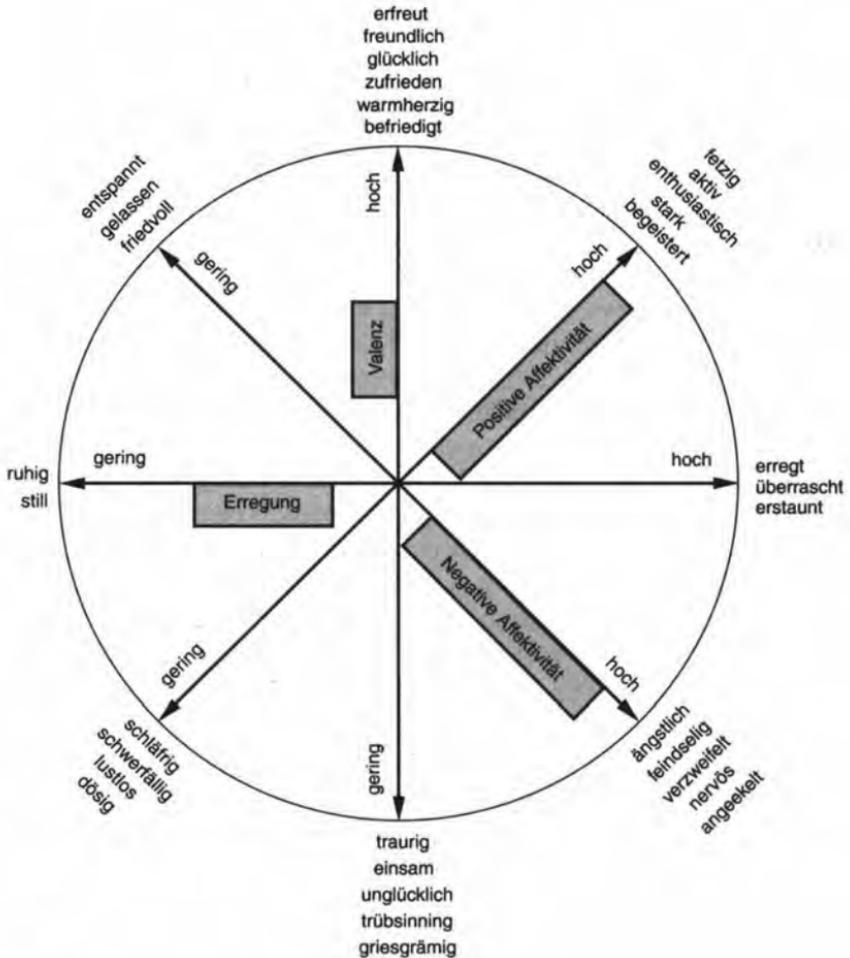


Abb.: 2

Motorisch expressives Verhalten

Neben dem Gefühlserleben wird auch der motorische Ausdruck als zentrale Komponente von Emotionen immer wieder hervorgehoben (Frijda 1986; Scherer 1990; Schneider 1990; Izard 1991). Emotionsbegleitendes Ausdrucksverhalten ist häufig unüberschaubar und unüberhörbar und umfaßt Aspekte der Mimik, Gestik und Vokalisation. Obwohl bereits Hippokrates auf die expressive Wirkung emotionaler Erregung hingewiesen hat (vgl. Übersicht bei Scherer & Wallbott 1990), war es Darwins Buch „Der Ausdruck der Gemüthsbebewegungen beim Menschen und den Tieren“ (Darwin 1872)*, welches die systematische Erforschung insbesondere des mimischen Ausdrucks entscheidend anregte. Seine Überlegungen finden sich in vielen neueren Emotionstheorien wieder (Ekman 1971; Ekman, Friesen & Ellsworth 1972; Izard 1977, 1993), welche postulieren, daß sich diskrete Emotionen eindeutig anhand prototypischer mimischer Ausdruckskonfigurationen voneinander unterscheiden lassen. Aufgrund dieser Überlegungen sind insbesondere in den siebziger Jahren komplexe Beobachtungs- und Kodiersysteme zur Erfassung des mimischen Ausdrucksverhaltens entwickelt worden (Ekman & Friesen 1978; Izard 1980). Mittels dieser Kodierungstechniken wurde versucht, das mimische Verhalten möglichst genau zu objektivieren, indem kleinste unterscheidbare Aktionsgruppen (*Action Units*) definiert wurden, deren emotionskongruente Veränderung dann per Video aufgezeichnet und quantifiziert wurden. Die Emotion „Wut“ beispielsweise ist dabei durch ein Zusammenziehen der Augenbrauen, das Zusammenpressen der Lippen und einer Anspannung der Augenlider gekennzeichnet. Abbildung 3 zeigt das typische Beispiel eines wütenden Gesichtsausdrucks, eine Zeichnung, welche dem Buch von James Parsons (1746/1963) „Human Physiognomy Explained“ entnommen wurde.

* Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, daß Darwins Gedanken über die funktionale Beziehung von mimischem Ausdruck und Emotionen in ihren Kernpunkten bereits 1762, also über 100 Jahre früher von dem englischen Arzt James Parsons veröffentlicht wurden (Tassinary & Geen 1990).



Abb.: 3

Obwohl viele empirische Untersuchungen ebenso wie ethologische Beobachtungen belegen, daß Personen sehr gut in der Lage sind, diskrete emotionale Zustände anhand verschiedener Gesichtsausdrücke abzulesen (Ekman 1973; Izard 1977; vgl. Abb. 3) und diese Emotionszuordnung eine hohe interkulturelle Stabilität aufweist (Eibl-Eibesfeldt 1984), ist der umgekehrte Weg weniger eindeutig. Versucht man nämlich Emotionen zu induzieren und das dabei entstehende mimische Ausdrucksverhalten zu analysieren, ergeben sich nur selten diskrete mimische Muster, welche eindeutig den verschiedenen Primäremotionen zuzuordnen sind. Vielmehr findet man häufig Mischungen („blends“; Ekman 1971) zweier oder sogar mehrerer emotionstypischer Gesichtsausdrücke, entweder simultan vorliegend oder sequentiell in rascher Folge auftretend. Dies mag einerseits an methodischen Problemen liegen, sowohl im Labor als auch im Feld diskrete Emotionen separat zu evozieren. Andererseits muß aber auch berücksichtigt werden, daß die verwendeten Kodierungsverfahren im wesentlichen die *kommunikative*, also die soziale Funktion des mimischen Ausdrucks erfassen. In diesem Sinne können eine ganze Reihe externaler Faktoren, welche nichts mit dem emotionalen Geschehen an sich zu tun haben, den mimischen Ausdruck mit beeinflussen. So kommt es beispielsweise darauf an, ob ich die Freude über mein „full-house“ durch das Aufsetzen eines „Pokerface“ verbergen, also nicht kommunizieren will, oder ob ich meine „Freude“ über die dritte Krawatte unter dem Weihnachtsbaum durch eine „gute Miene zum Spiel“ zum Ausdruck bringen

möchte, damit niemand beleidigt ist. Für den starken Einfluß solcher kulturell normierten Ausdrucksformen und Selbstdarstellungsabsichten – Scherer und Wallbott (1990) nennen dies die „pull-Faktoren“ des Ausdrucks – spricht auch, daß weibliche Probanden eine deutlich stärkere emotionale Expressivität in ihren mimischen Reaktionen aufweisen als männliche Personen (Schwartz, Brown & Ahern 1980; Bradley, Greenwald & Hamm 1993).

Ein weiteres Problem der Kodiersysteme besteht darin, daß lediglich relativ intensive emotionale Zustände in der Mimik so sichtbar werden, so daß sie über Beobachtungsmethoden erfaßt werden können. Die Induktion solch intensiver Emotionen ist jedoch häufig mit ethischen Problemen verbunden. Seit Anfang der achtziger Jahre werden daher vermehrt elektromyographische Verfahren (EMG) zur Messung mimischer Reaktionen eingesetzt. Diese haben den Vorteil, daß visuell kaum wahrnehmbare mimische Miniaturreaktionen registriert werden können, wodurch tatsächlich die expressive Funktion der Mimik, also die spontanen Emotionsäußerungen erfaßt werden können (Fridlund & Izard 1983). In den letzten Jahren haben insbesondere die umfangreichen Arbeiten von Cacioppo und seiner Mitarbeiter dazu beigetragen, die Reliabilität und Validität von Gesichtsmuskel-EMG-Studien zur Erfassung des mimischen Ausdrucks entscheidend zu verbessern (Fridlund & Cacioppo 1986; Cacioppo, Martzke, Petty & Tassinari 1988; Cacioppo, Tassinari & Fridlund 1990). Abbildung 4 zeigt die für das emotionstypische

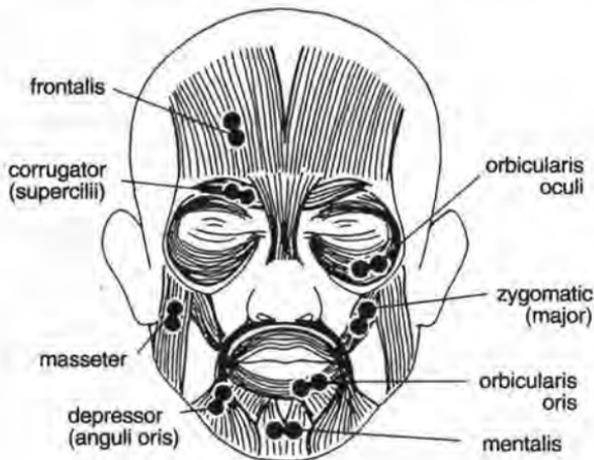


Abb.: 4

mimische Ausdrucksverhalten wichtigsten Muskelgruppen, sowie die Plazierungen der Miniaturelektroden zur Ableitung der entsprechenden Muskelaktivität.

In einer Vielzahl von Studien erwiesen sich insbesondere der *m. corrugator supercilii* („Stirnrunzler“) und der *m. zygomaticus major* („Mundwinkelheber“) als die beiden sensibelsten Muskelgruppen, um zwischen positiven und negativen Affektäußerungen zu differenzieren. Stellen Personen sich beispielsweise negativ valente Szenen vor, kommt es zu einer deutlichen Aktivitätssteigerung des Corrugatormuskels (Schwartz et al. 1980; Fridlund, Schwartz & Fowler 1984), während die Imagination angenehmer Situationen mit einer Entspannung des Corrugatormuskels und einer Zunahme der Zygomaticus-Aktivität einhergeht (Cuthbert, Vrana & Bradley 1991). Analoge Muster der Gesichtsmuskelaktivität ergeben sich auch dann, wenn Personen Bilder von wütenden vs. freundlichen Gesichtsausdrücken bzw. Diapositive von Furcht-relevanten vs. Furcht-irrelevanten Objekten betrachten (Dimberg 1990), oder einstellungsdiskrepante – vs. konforme Mitteilungen erhalten (Cacioppo & Petty 1979). Ähnliche Befunde berichtet auch Jäncke (1992), welcher bei seinen Probanden eine vermehrte Zygomaticus-Aktivität fand, wenn die Personen angenehme Bilder betrachten (z.B. erotisches Bild oder Fotografien lachender Babies), während die Wahrnehmung unangenehmer Diapositive (z.B. Bilder von Unfall-Opfern) mit einer deutlichen Aktivitätssteigerung des Corrugatormuskels assoziiert war. Vermehrte Corrugator-Aktivität ließ sich auch in denjenigen Phasen eines 30minütigen Interviews nachweisen, in denen Personen vermehrt von negativen Gefühlserlebnissen (Trauer, Furcht, Wut) berichteten (Cacioppo et al. 1988).

Einen noch eindeutigeren Nachweis der systematischen Kovariation zwischen affektiver Valenz und der Gesichtsmuskelaktivität (*m. corrugator supercilii*; *m. zygomaticus major*) im Sinne einer „Emotions-Psychophysik“ führten Hamm und Vaitl (1993) sowie Lang, Greenwald, Bradley und Hamm (1993). In diesen beiden Studien sahen jeweils 64 bzw. 48 studentische Versuchspersonen eine Serie von 42 (bzw. 32) Diapositiven unterschiedlichen Inhalts (z.B. Bilder von Schlangen, Spinnen, Waffen, Unfallopfern, Pilzen, Haushaltsgegenständen, Landschaften, Sportaktionen, nackten Paaren usw.), welche breit über die Valenz- und Erregungsdimension streuten. Es zeigte sich übereinstimmend in beiden Studien, daß die negativ bewerteten Reize mit einem deutlichen Anstieg der Corrugator-Ak-

tivität einhergingen, während positiv beurteilte „Diapositive“ eine Entspannung dieser Muskelpartie herbeiführten. Diese inverse lineare Beziehung zwischen den Amplituden der Corrugatorreaktionen und den Valenzbeurteilungen der Diapositive ist im oberen Teil von Abbildung 5 verdeutlicht. Dieser Trend war bei 81 % aller Probanden zu beobachten, d.h., er war kein Artefakt der Mittelwertbildung.

Die Amplituden der Zygomaticusreaktionen waren dagegen, wie erwartet, am größten beim Betrachten der am angenehmsten beurteilten Bilder (vgl. unterer Teil von Abb. 5). Gleichzeitig kam es aber auch bei den extrem unangenehmen Bildern zu einem leichten Anstieg der Zygomaticus-Aktivität (bei sehr unangenehmen Bildern „Grimassieren“ die Probanden, d.h. Zygomaticus- und Corrugator-Aktivität sind gleichzeitig erhöht, eine mimische Reaktion, welche übrigens auch durch Schmerzreize ausgelöst wird; *Vaughan & Lanzetta* 1980). In Abbildung 5 sind diese funktionalen Beziehungen zwischen Valenzurteilen und Corrugator- (oberer Teil) sowie Zygomaticus-Aktivität (unterer Teil) nochmals verdeutlicht.

Obwohl die Valenz des Affekts (angenehm vs. unangenehm) den größten Varianzanteil des mimischen Ausdrucks erklärt, lassen sich mit Hilfe dieser elektromyographischen Messungen dennoch auch emotionsspezifische Reaktionsmuster herauskristallisieren. So fanden sich die stärksten Corrugatorreaktionen bei den Diapositiven (z.B. hungerndes Kind), die bei den Probanden „Trauergefühle“ auslösten (vgl. *Lang et al.* 1993). Tatsächlich wurde diese Muskelpartie bereits von *Darwin* (1872) als „Leidensmuskeln“ („grief-muscles“) bezeichnet. Berichteten die Personen dagegen von Furchtgefühlen, kam es eher zu einer Entspannung in den Augenbrauenmuskeln. Außerdem belegen neuere Befunde von *Vrana* (1993), daß die Vorstellung ekelerregender Szenen spezifisch mit einer Aktivierung der levator labii superioris Region assoziiert ist.

Ob man allerdings aufgrund des Nachweises emotionsspezifischer mimischer Ausdruckskonfigurationen auf die Existenz fester „Affektprogramme“ schließen kann, deren Aktivierung dann auch zu zuverlässigen, emotionstypischen *viszeralen Reaktionsprofilen* führt (*Ekman* 1984; *Levenson* 1992), ist äußerst fraglich. Als Beleg dieser These werden ja immer wieder die Untersuchungen von *Ekman, Levenson* und *Friesen* (1983) sowie *Levenson, Ekman* und *Friesen* (1990) angeführt. In diesen beiden Experimenten forderten die Autoren ihre Probanden auf, willkürlich spezifische Gesichtsmuskelpartien anzuspannen und so sechs voneinander diskriminier-

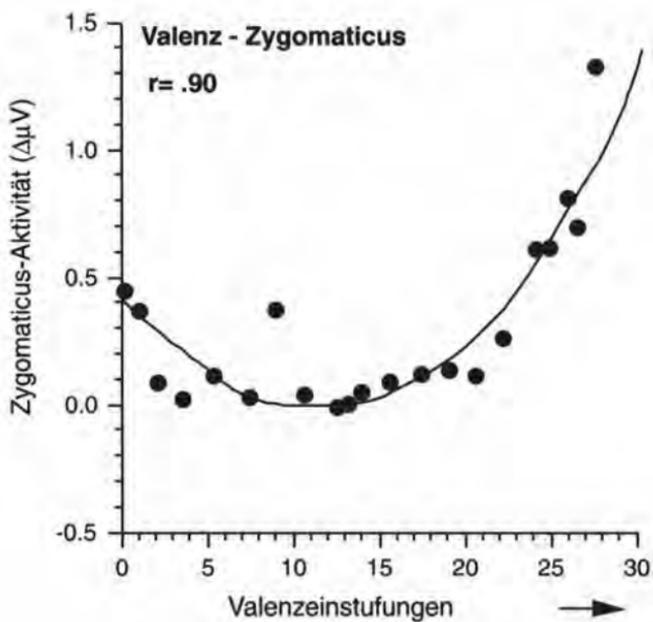
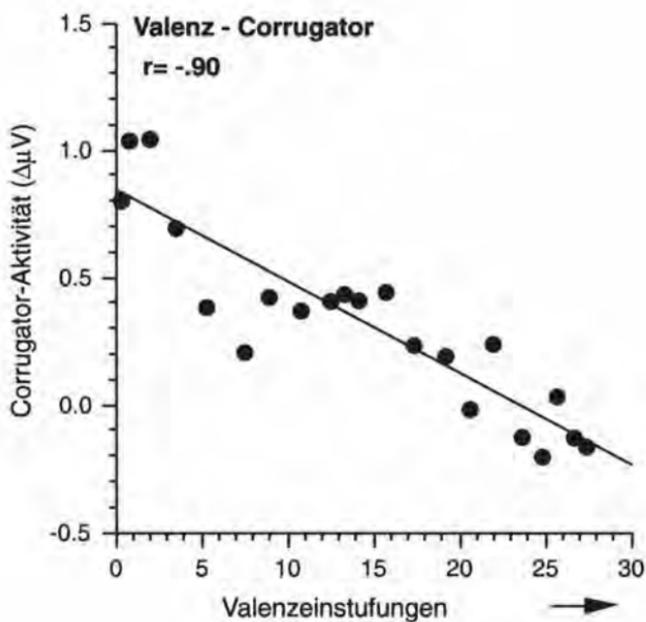


Abb.: 5

bare emotionstypische Ausdruckskonfigurationen herzustellen. Die Autoren postulierten gemäß ihres Modells fester „Emotionsprogramme“, daß sich diese unterschiedlichen mimischen Konfigurationen auch in typischen viszeralen Reaktionsmustern äußern müßten (für eine kritische Übersicht dieser an die „facial feedback“ Hypothese angelehnten Sichtweise siehe *Lanzetta & McHugo 1986; Izard 1990*).

Die Befunde beider Experimente waren allerdings wenig eindeutig. So fanden die Autoren wiederholt eine vermehrte *Vasodilatation* peripherer *Hautgefäße* bei der mimischen Darstellung von Ärger. Ein solches Reaktionsmuster widerspricht allerdings eindeutig dem von anderen Autoren postulierten vorwiegend noradrenerg dominierten viszeralen Ärgerprofil, bei dem man eben eine Erhöhung des peripheren Widerstandes, also eine vermehrte Vasokonstriktion erwarten würde. Bevor auf diese Diskussion der Existenz emotionstypischer viszeraler Reaktionsprofile im nächsten Kapitel näher eingegangen wird, soll zur Relativierung des Modells von *Ekman* und Mitarbeitern noch darauf hingewiesen werden, daß ärgertypische mimische Reaktionen (z.B. das Zusammenziehen der Augenbrauen) auch bei hoher Aufmerksamkeit und Konzentration (*Frijda 1986*) oder bei Antizipation einer körperlichen Anstrengung (*Smith 1989*) auftreten, ohne daß dadurch fixe Affektprogramme angestoßen würden. Motorisch expressives Verhalten ist zwar ein äußerst wertvoller Indikator emotionaler Phänomene, man sollte es aber nicht für selbstverständlich halten, daß es sich hierbei um unzweideutige Anzeichen emotionaler Zustände handelt (*Öhman & Birbaumer 1993*).

Neurovegetative Veränderungen

James (1884) war wahrscheinlich einer der ersten Befürworter der These emotionstypischer viszeraler und somatischer Reaktionsmuster. *James* und *Lange (1887)* gingen in ihrer Emotionstheorie sogar so weit zu behaupten – und dies rief den leidenschaftlichen Widerspruch des ebenfalls an der Harvard Universität lehrenden Physiologen *Cannon (1927)* hervor – daß das Erleben einer Emotion aufgrund der Interozeption dieser spezifischen viszeralen und somatischen Reaktionsprofile entstehe. Ein solches Modell setzt natürlich die Existenz emotionstypischer vegetativer Reaktionsprofile voraus. Die empirische Befundlage hierzu ist jedoch äußerst widersprüchlich.

Ausgangspunkt dieser systematischen empirischen Untersuchungen war eine Fallstudie von *Wolf und Wolff* (1947). Die Autoren beobachteten bei ihrem Laborassistenten, welcher eine große Magenfistel hatte, eine starke Reduktion der Blutversorgung der Magenwand, wenn er sich fürchtete, während seine Magenschleimhaut purpurrot wurde und anschwell, wenn er sich ärgerte. Diese Beobachtung stimulierte eine Vielzahl von Experimenten in den fünfziger und sechziger Jahren, in denen versucht wurde, Ärger- und Furcht-spezifische vegetative Reaktionsmuster zu evozieren. Die klassische Studie, welche in diesem Zusammenhang von den Befürwortern der *Spezifitätshypothese* immer wieder angeführt wird, ist die von *Ax* (1953). *Ax* registrierte polygraphisch mehrere physiologische Indikatoren und induzierte bei seinen Versuchspersonen sowohl Ärger (der Versuchsleiter beschimpfte und beleidigte die Versuchsperson) als auch Furcht (ein „inkompetenter“ Versuchsleiter täuschte die Fehlfunktion der Registriergeräte in solch dramatischer Weise vor, daß die Versuchsperson glauben mußte, in Gefahr zu schweben, durch einen elektrischen Schlag hingerichtet zu werden). *Ax* (1953) fand bei dieser Form der Furchtinduktion einen deutlichen Anstieg der Herzrate, des systolischen Blutdrucks und der Respirationsrate und interpretierte dies als ein adrenerg dominiertes Reaktionsprofil. Dagegen kam es unter der Ärgerinduktion zu einem Anstieg des diastolischen Blutdrucks, der Muskelspannung und zu einem Abfall der minimalen Herzrate, was von *Ax* (1953) als Nachweis eines noradrenergen Reaktionsprofils interpretiert wurde.

Diese Befunde regten natürlich eine ganze Reihe von Folgeuntersuchungen an, welche die ursprüngliche Dichotomie zwischen beiden emotionsspezifischen vegetativen Mustern nicht immer bestätigen konnten. So konnten *Funkenstein, King und Drolette* (1954) die ursprünglich von *Ax* (1953) gefundenen vegetativen Angst- und Ärgerprofile nicht eindeutig replizieren. Die Autoren versuchten ihre diskrepanten Befunde dadurch zu erklären, daß sie ihre Versuchspersonen in solche unterteilten, die ihren Ärger eher in sich hineinfressen und solche, die ihrem Ärger Luft machen. *Schachter* (1957) führte eine Replikationsstudie im Labor von *Ax* durch und versuchte über die Bildung eines Quotienten zwischen noradrenergen und adrenergen Indikatoren die Ursprungsdaten zu bestätigen.

In späteren Studien wurde dann versucht, die diskreten emotionalen Zustände durch Vorstellungsprozesse zu induzieren. *Schwartz*,

Weinberger und Singer (1981) fanden lediglich im diastolischen Blutdruck eine Differenzierung zwischen Ärger- und Angst-induzierenden Vorstellungsszenen in der erwarteten Richtung, während in der Herzrate und im systolischen Blutdruck keine Unterschiede zwischen beiden Emotionsbedingungen auftraten. Roberts und Weerts (1982) konnten diese Ergebnisse replizieren. Keinerlei zuverlässig zwischen „Ärger“ und „Furcht“ diskriminierbaren autonomen Profile konnten jedoch kürzlich von Stemmler (1989) gefunden werden, wenn die Emotionsinduktion durch die mentale Vorstellung entsprechender Erlebnisinhalte erfolgte. Es ist genau diese Variabilität der vegetativen Muster, welche Psychophysiologen schon seit Jahrzehnten bei ihren Bemühungen, zuverlässige emotionstypische vegetative Reaktionsprofile nachzuweisen, frustriert hat (vgl. Mandler 1984). Ein Grund für diese Variabilität ist die Tatsache, daß die primäre Funktion vegetativer Veränderungen (insbesondere im kardiovaskulären System) die Aufrechterhaltung der innerorganismischen Homöostase ist. Es ist daher nicht weiter verwunderlich, daß ein solches System eben mehr auf die aufgabentypischen metabolischen Anforderungen reagiert als auf emotionale Prozesse (d.h. Treppensteigen führt sehr viel zuverlässiger zu einem deutlichen Anstieg der Herzrate als die Induktion von Furcht). Daher ist es auch verständlich, daß die emotionstypischen vegetativen Muster nicht nur hinsichtlich dispositioneller Faktoren (vgl. Fahrenberg 1987; Stemmler 1992; Cacioppo, Uchino, Crites, Snydersmith, Smith, Berntson & Lang 1992), sondern auch in Abhängigkeit situativer Anforderungen erheblich variieren (Myrtek 1984). Diese Situationspezifität vegetativer Muster zeigt sich dabei insbesondere im kardiovaskulären System. So reagieren Personen typischerweise bei der Enkodierung ekeleregrender visueller Reize mit einer *Dezeleration* der Herzrate (Winton, Putnam & Kraus 1984; Lang et al. 1993; Hamm 1993). Die Vorstellung solcher Szenen ist dagegen häufig mit einer *Akzeleration* der Herzrate verbunden (Vrana & Lang 1990; Bradley, Lang & Cuthbert 1991). Abbildung 6 zeigt die kardialen Veränderungen während des Betrachtens von Diapositiven mit verstümmelten Gesichtern und Gliedmaßen sowie die phasischen Herzratenreaktionen während der Imagination entsprechender Szenen (z.B. „Ich muß mitansehen, wie drei Skins einen Jugendlichen verprügeln. Immer wieder schlagen sie sein blutverschmiertes Gesicht auf die Eisenplatten des Autoskooters. Mir wird ganz schlecht.“).

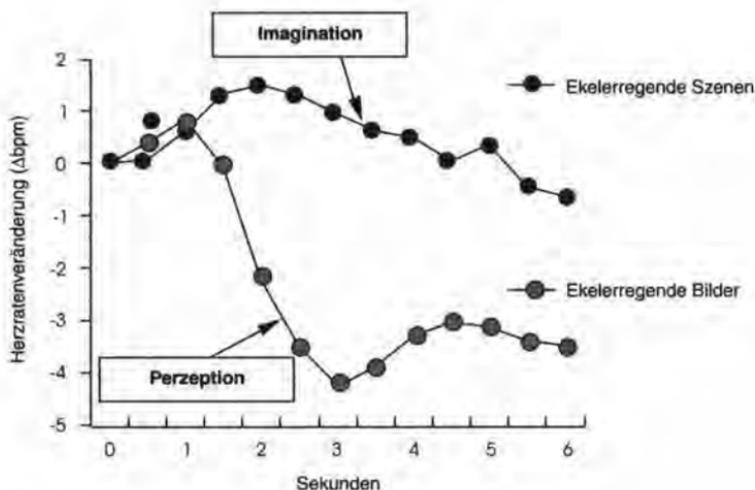


Abb.: 6

Im Gegensatz zur perzeptuellen Verarbeitung aversiver Bildinhalte, bei der es in Übereinstimmung mit den Befunden aus anderen Studien (vgl. Lang, Bradley & Cuthbert 1990) zu einer deutlichen Dezeleration der Herzrate kam, evozierte die Vorstellung entsprechend emotional getönter Gedächtnisinhalte – ebenfalls in Übereinstimmung mit den bisherigen experimentellen Befunden (Jones & Johnson 1980; Vrana & Lang 1990) – eine relative Beschleunigung der Herzrate.

Faßt man die bisher referierten Befunde zusammen, so zeigt sich, daß die verbalen Mitteilungen emotionaler Erlebnisweisen entlang weniger Ordnungsdimensionen organisiert werden können. Zumindest klären diese basalen Gefühlsdimensionen den größten Varianzanteil der Gefühlsmitteilungen der mimischen Reaktionen und der vegetativen Veränderungen auf (die elektrodermale Aktivität, deren Regulation ausschließlich durch den sympathischen Teil des autonomen Nervensystems erfolgt, [Fowles 1986] kovariiert beispielsweise eindeutig mit der Erregungsdimension; vgl. Hamm & Vaitl 1993). Allerdings lassen sich ebenso eindeutige emotionsspezifische mimische Ausdruckskonfigurationen und vegetative Reaktionsprofile finden. Diese hängen jedoch wie auch die mitgeteilten diskreten Gefühle ab vom situativen Kontext, der individuellen Reaktionsdisposition inklusive der spezifischen Struktur des Organismus, dem Temperament und der individuellen Lerngeschichte einer Person.

Diese große situative und interindividuelle Variabilität *innerhalb* der verschiedenen Emotionsindikatoren spricht daher ebenso gegen die Existenz sogenannter fester „Affektprogramme“ (Ekman 1984; Levenson 1992) wie die häufig zu beobachtende starke Dissoziation zwischen den verschiedenen Manifestationsebenen emotionalen Geschehens. Dies heißt aber nicht, daß sich kategoriale und dimensionale Sichtweisen emotionaler Prozesse notwendigerweise unvereinbar gegenüberstehen müssen. Es ist durchaus möglich, und auch wünschenswert, beide empirische Tatbestände, d.h. die gleichzeitige Existenz basaler Gefühlsdimensionen und das Auftreten situationsspezifischer, emotionstypischer Reaktionsmuster in ein theoretisches Modell zu integrieren. Ein solches integratives Modell wurde kürzlich von Lang und Mitarbeitern vorgelegt (Lang, Bradley & Cuthbert 1990, 1992).

Biphasische Organisation emotionalen Verhaltens und situationsspezifische Reaktionsmuster

Nach Lang sind Emotionen eindeutig definierbare Reaktionsereignisse, welche in Form propositionaler Netzwerke im Gehirn repräsentiert sind (vgl. Lang 1979, 1985, 1987, 1994). Affektive Reize (internale oder externale) aktivieren diese neuronalen Netzwerke und führen so zu registrierbaren efferenten Veränderungen. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, daß sich diese emotionalen Netzwerke von anderen im Gedächtnis gespeicherten, nicht-emotionalen Wissensstrukturen im wesentlichen durch ihre Verbindung mit subcortical repräsentierten basalen Motivationssystemen unterscheiden (vgl. Lang 1994).

In diesem Sinne sind Emotionen Handlungsdispositionen (Frijda 1986), welche immer die Aktivierung dieser basalen Verhaltenssysteme implizieren. Die Valenz des Affekts, also seine evaluative Komponente (Osgood et al. 1957; LeDoux 1987) betrifft dabei die *Gerichtetheit* des Verhaltens (Hebb 1949). Dies bedeutet, daß sich ein Organismus entweder in einer *Bereitschaft zur Abwehr* oder in einer *Annäherungsdisposition* befinden kann. Wird das Aversions-Abwehrsystem aktiviert (negative Valenz), sind protektive und defensive Verhaltensprogramme (z.B. Flucht, Vermeidung, Angriff usw.) gebahnt, während bei einer Bereitschaft zur Annäherung konsumma-

torisches, appetitives Verhalten (Nahrungsaufnahme, Paarung, Exploration, Pflegeverhalten) bevorzugt wird (Schneirla 1959; Plutchik 1980).

Diese biphasische Organisation emotionalen Verhaltens läßt sich bis zur Ebene exterozeptiver Reflexe nachweisen. Protektive und defensive Reflexe (z.B. Abwehr und Vermeidung noxischer Ereignisse) werden potenziert, wenn das aversive Motivationssystem aktiviert wird. Die Stimulation des Appetenzsystems übt dagegen eine synergistische Wirkung auf appetitive bzw. konsumatorische Reflexe (z.B. Speichelsekretion oder die beim kopulatorischen Verhalten beteiligten Reflexmuster) aus und hemmt die defensiven Programme (Konorski 1967; Dickinson & Dearing 1979; Lang et al. 1990).

Neben der affektiven *Valenz* (angenehm vs. unangenehm), also der Disposition eines Organismus, entweder ein appetitives oder ein aversives Verhaltenssystem zu aktivieren, betrifft die *Erregungsdimension* die Intensität des emotionalen Verhaltens, d.h. das Ausmaß an bereitgestellten energetischen Ressourcen (vgl. Hebb 1949; Lang et al. 1990, 1992). Die Intensität des Affekts kann dabei unabhängig von seiner Valenz-Richtung die beteiligten efferenten Systeme modulieren. Zunehmende Intensität sowohl positiver als auch negativer Emotionen resultieren beispielsweise in einer stärkeren Aktivierung insbesondere des sympathischen Teils des autonomen Nervensystems, welche sich dann eben in entsprechenden vegetativen Veränderungen manifestiert.

Lang und Mitarbeiter sprechen in diesem Zusammenhang von zwei *strategischen* Dimensionen, um die herum das *taktische*, also kontextabhängige und situationsspezifische Verhalten organisiert ist. Dies bedeutet, daß es beispielsweise bei Aktivierung des aversiven Motivationssystems (strategische Ebene) zu einer Vielzahl unterschiedlicher, situationsspezifischer Reaktionen (taktische Ebene) kommen kann.

Diese theoretische Konzeptualisierung soll am Beispiel der Emotion „Furcht“ einmal näher illustriert werden. Auf der Ebene basaler Motivationssysteme läßt sich die Emotion „Furcht“ wohl am besten beschreiben als ein Zustand *starker negativer Affektivität*, welcher zusätzlich durch ein hohes *Erregungsniveau* und die Aktivierung eines subcortical repräsentierten *Aversions-Abwehrsystems* (welche neuronalen Strukturen für die Regulation dieses Systems entscheidend sind, wird weiter unten noch näher erläutert) charakterisiert ist. Entscheidend ist nun, daß es bei der Induktion von Furchtzu-

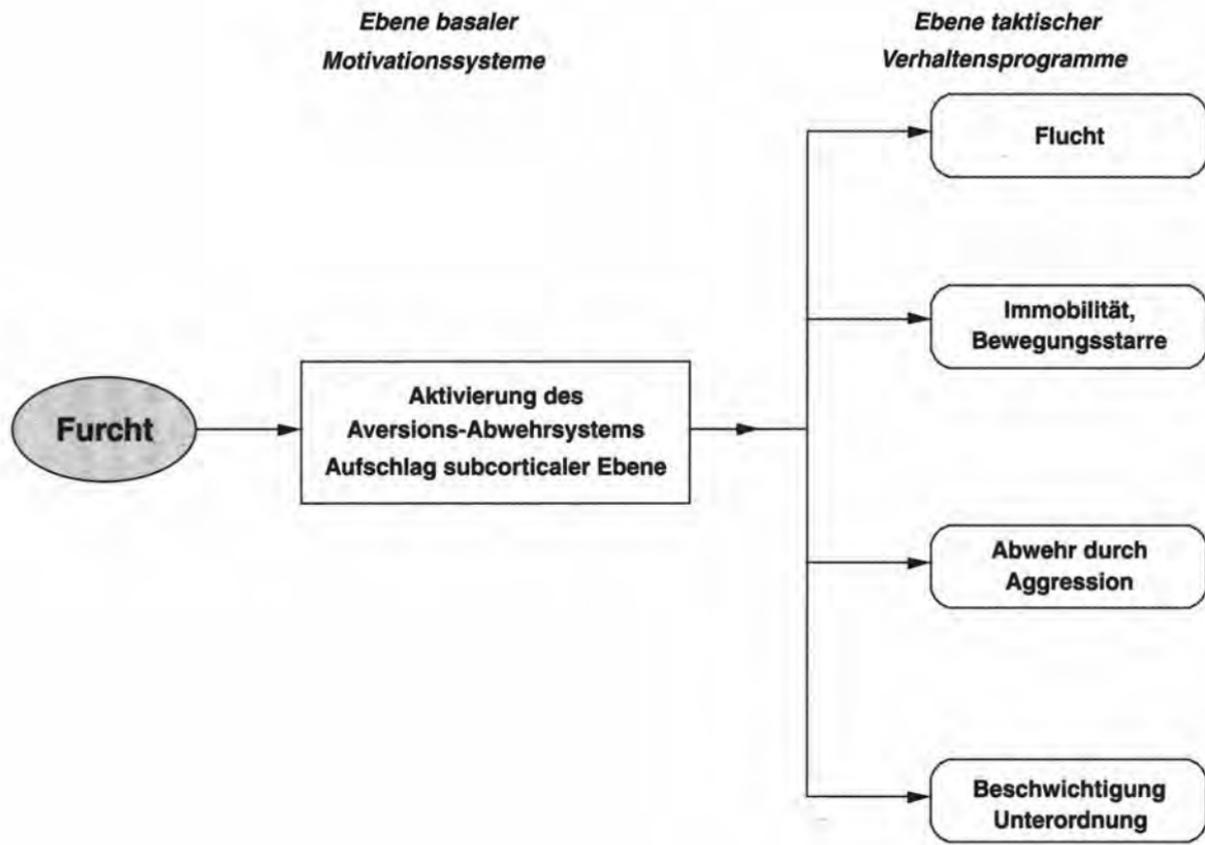


Abb.: 7

ständen zwar immer zu einer Aktivierung dieser basalen Abwehrdisposition, nicht jedoch zu einem invarianten Furcht-spezifischen autonomen/somatischen Reaktionsmuster im Sinne eines diskreten Affektprogrammes kommt. Vielmehr determiniert das Anforderungsprofil des konkreten situativen Kontextes, die Disposition des Organismus, sein Temperament und seine individuelle Lerngeschichte die spezifische vegetative Antwort, das konkrete motorisch expressive Verhalten und die kommunizierten Gefühlsäußerungen.

In Abbildung 7 ist diese hierarchische Organisation affektiver Prozesse für die Emotion „Furcht“ schematisch dargestellt.

So kann der Organismus einerseits bei Aktivierung seines Aversionssystems „Hals über Kopf“ die Flucht ergreifen. In diesem Fall wäre die Furchtreaktion (bei Antizipation der Bedrohung) durch ein sympathikoton dominiertes vegetatives Muster (Steigerung des Herzzeitminutenvolumens, Zunahme der Muskeldurchblutung usw.) gekennzeichnet, um die metabolischen Voraussetzungen für effektives Fluchtverhalten zu schaffen. Tatsächlich kommt es bei Tieren (Ratten und Paviane), die sich durch Flucht einem noxischen Reiz entziehen können, während der Antizipation dieses aversiven Ereignisses zu einer deutlichen Beschleunigung der Herzrate und einem Anstieg des arteriellen Blutdrucks (Smith et al. 1980; Cohen 1980; Iwata & LeDoux 1988). Werden die Tiere dagegen fixiert, d.h., werden sie an der Flucht gehindert, kommt es bei der Antizipation des gleichen Schocks zu einer Herzratendezeleration und einem Blutdruckabfall (Fitzgerald & Teyler 1970; Iwata & LeDoux 1988). In diesem Fall findet sich also ein vagal dominiertes vegetatives Muster der Furchtreaktion. Ähnliche Unterschiede in den vegetativen Profilen der Furchtreaktionen finden sich auch im Humanbereich. So reagieren Tierphobiker typischerweise bei Konfrontation mit ihrem gefürchteten Objekt mit einem deutlichen Anstieg der Herzrate und des Blutdrucks (Geer 1966; Lang, Melamed & Hart 1970; Hamm, Cuthbert, Globisch & Vaitl 1994). Neben dieser starken sympathikotonen Furchtreaktion findet sich gerade bei diesen Phobikern stark ausgeprägtes Fluchtverhalten (solche „Patienten“ rennen beim Anblick einer Spinne tatsächlich Hals über Kopf aus dem Zimmer).

Blut- und Injektionsphobiker dagegen zeigen ein diphasisches kardiovaskuläres Reaktionsprofil, wenn sie eine Venenpunktion erhalten oder sich Bilder oder Filme von Unfällen oder Operationen ansehen. Nach einem kurzfristigen Anstieg von Herzrate und Blut-

druck kommt es zu einer deutlichen Bradykardie und einem Hypotonus (Curtis & Thyer 1983; Öst, Sterner & Lindahl 1984). Dieses vagale Reaktionsprofil ist integraler Bestandteil einer Immobilitätsreaktion (die Patienten müssen sich dem medizinischen Eingriff ja unterziehen, ohne ausweichen zu können). Obwohl beide Phobikergruppen ein unterschiedliches taktisches Reaktionsmuster bei Konfrontation mit der von ihnen gefürchteten Situationen aufweisen, kommt es bei beiden Gruppen zu einer Aktivierung des basalen Abwehrsystems, beobachtbar in einer deutlichen Potenzierung ihrer protektiven Reflexe (Hamm, Globisch, Weike & Wietlacke 1993; Hamm et al. 1994).

Ebenso kann Furcht aber auch plötzlich in Ärger und Aggression umschlagen, sobald ein geeignetes Zielobjekt zur Verfügung steht (vgl. Abb. 7). Genausogut kann der Organismus durch submissives unterwürfiges Verhalten versuchen, die Bedrohung zu bewältigen. Es können aber auch Mischemotionen entstehen, wobei z.B. ein Zustand agitierter Angst zu einem späteren Zeitpunkt in Trauer und Niedergeschlagenheit als dominanten Gefühlszustand übergehen kann sobald die Erregung nachläßt. In allen Fällen käme es jedoch zu einer Aktivierung des subcortical repräsentierten Aversions-Abwehrsystems (vgl. Abb. 7).

Subcorticale Strukturen emotionalen Verhaltens

Folgt man dem oben dargestellten Modell, impliziert emotionales Verhalten also immer die Aktivierung eines primitiven Abwehr- oder Annäherungssystems (Valenz der Emotion). Die Intensität des Affekts betrifft, wie gesagt, die generelle Mobilisierung des Organismus. Die Integration von Steuerung solcher basalen Motivationsysteme geschieht durch *subcorticale Hirnstrukturen*.

Auf die Bedeutung solcher subcorticaler Integrationssysteme bei der Steuerung emotionalen Verhaltens wurde bereits sehr früh in den klassischen Arbeiten von Cannon (1927), Bard (1928) oder Papez (1937) hingewiesen. Diese Autoren konnten zeigen, daß intensive Wutreaktionen auch bei vollständiger Durchtrennung der corticalen Verbindungen selbst durch schwache Reizungen auslösbar waren („*sham rage*“; Scheinwut). Während in diesen älteren Arbeiten noch der Hypothalamus als integratives Zentrum emotionalen Geschehens diskutiert wurde, gelang in den letzten 40 Jahren durch den Einsatz neuerer und präziserer neuroanatomischer, pharmako-

logischer und elektrophysiologischer Untersuchungsmethoden der Nachweis, daß die *Amygdala* die entscheidende Struktur bei der Regulation emotionalen Verhaltens ist (Aggleton 1992). Dabei waren vor allem die neurowissenschaftlichen Arbeiten von *LeDoux* und seinen Mitarbeitern von entscheidender Bedeutung (*LeDoux* 1987, 1990, 1992).

Zur Untersuchung der neuronalen Grundlagen emotionaler Verarbeitung verwendeten *LeDoux* und Mitarbeiter die Methode der Klassischen Furchtkonditionierung, wobei die gelernte Furchtreaktion bei Ratten sowohl über vegetative Veränderungen (Anstieg des arteriellen Blutdrucks) als auch über Verhaltensmaße (Ausmaß der beobachteten Bewegungsstarre) registriert wurde. Mittels Mikrostimulation und Läsionen einzelner Hirnregionen sowie die Injektion von Tracer-Substanzen zur Untersuchung des antero- und retrograden Transports gelang es *LeDoux* und Mitarbeitern die afferenten und efferenten Verbindungen des neuronalen Netzwerkes zu spezifizieren, welche der emotionalen Informationsaufnahme (Reizevaluation) und der Reaktionskontrolle (efferenter Ausgang) zugrunde liegen. Abbildung 8 zeigt ein vereinfachtes Schema der neuronalen Verschaltung zwischen den afferenten Projektionen des auditorischen CS zu den verschiedenen Kernen der *Amygdala* und den efferenten Bahnen zu den autonomen und motorischen emotionalen Reaktionsmustern.

Der wohl wichtigste Befund der Arbeiten *LeDoux*s war der Nachweis, daß trotz vollständiger Läsionen des akustischen corticalen Projektionsfeldes die konditionierte Furchtreaktion erhalten blieb. Durch die Injektion von Tracer-Substanzen konnten *LeDoux*, *Ruggiero* und *Reis* (1985) nachweisen, daß direkte axonale Verbindungen zwischen Regionen des Thalamus und dem lateralen Kern der *Amygdala* existieren. Offensichtlich ist schon auf subcorticaler Ebene eine Aktivierung entsprechender limbischer Strukturen möglich, ohne daß eine genaue corticale Analyse der Stimuluseigenschaften erforderlich ist. Der laterale Kern der *Amygdala* fungiert dabei als ein „sensorisches“ Interface, in dem bereits die Valenzeigenschaften afferenter Eingänge verarbeitet werden (vgl. *LeDoux*, *Farb & Romanski* 1991; *LeDoux* 1992). Von dort projizieren Fasern zum zentralen *Amygdalakern* (*Pitkänen & Amaral* 1991). Dies scheint die Schlüsselregion zur Integration defensiver Verhaltensprogramme zu sein.

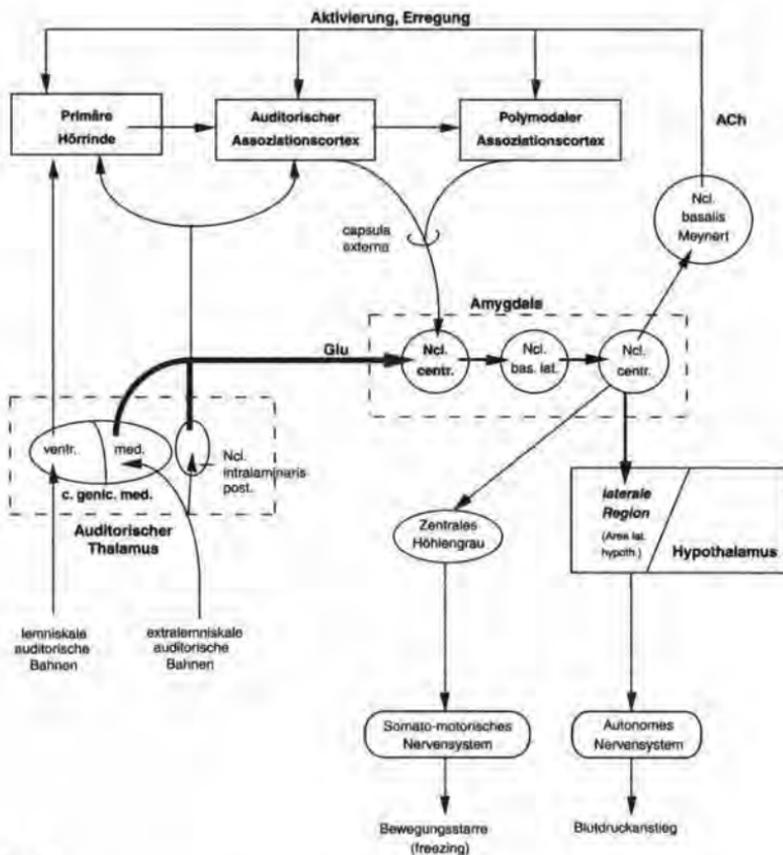
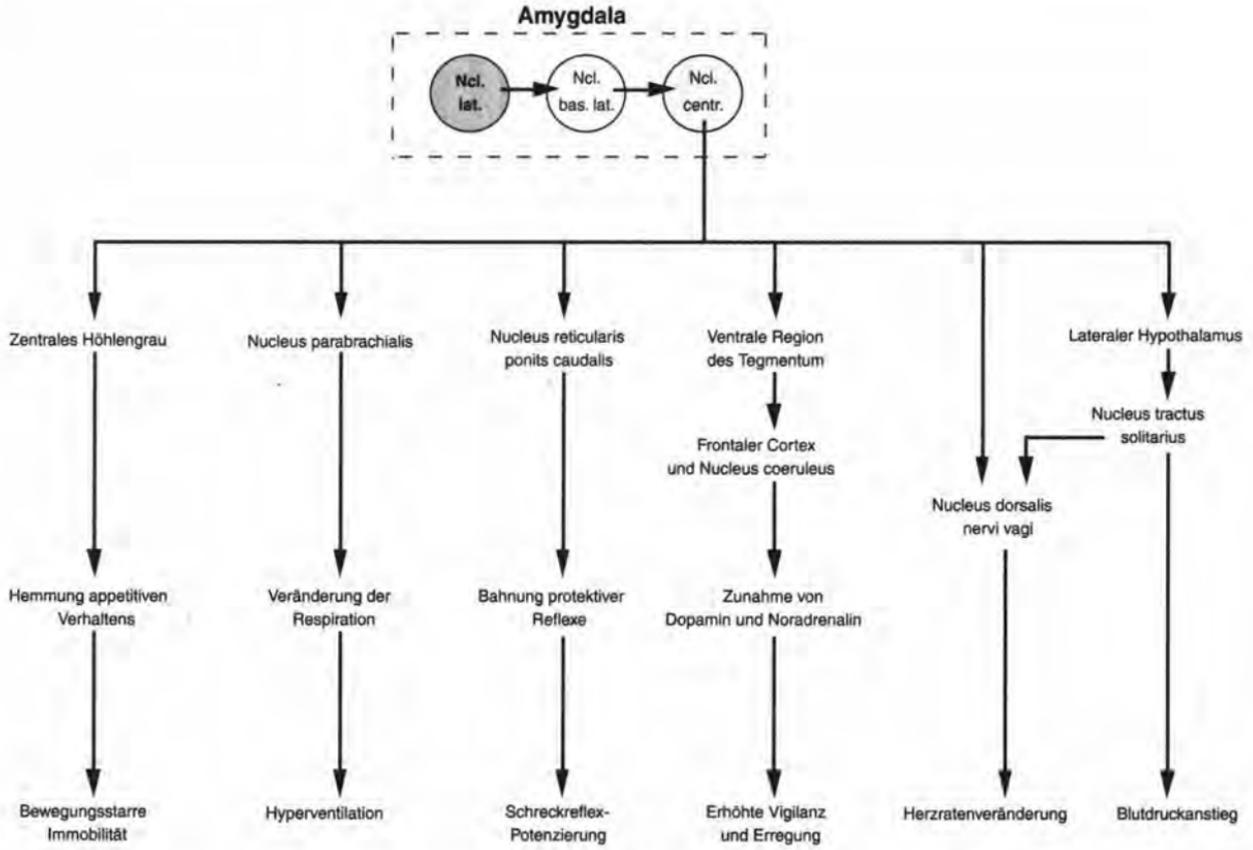


Abb.: 8

Die Aktivierung dieser Struktur resultiert nun aber nicht in einem festen diskreten emotionalen Reaktionsmuster. Vielmehr projizieren vom *nucleus centralis amygdalae* eine Vielzahl efferenter Fasern in verschiedenste nachgeschaltete Zielgebiete, welche dann die Regulation des spezifischen emotionalen Reaktionsmusters übernehmen. Efferente Projektionen vom zentralen Kern der Amygdala zur lateralen Region des *Hypothalamus* sind wahrscheinlich bei der Aktivierung des Sympathikus beteiligt, während die Projektionen zum *dorsalen Vagus*kern der *Medulla oblongata* die parasympathischen Anteile der spezifischen emotionalen Reaktion modulieren (vgl. *Iwata, LeDoux, Meeley, Anerie & Reis 1986; Kapp et al. 1990; Davis 1992*). In Abbildung 9 sind diese neuronalen Verbindungen zwischen dem zentralen Amygdalakern und den nachgeschalteten Hirnregionen am Beispiel der Emotion Furcht nochmals schematisch verdeutlicht.



Eine entscheidende Frage ist natürlich in diesem Zusammenhang, ob sich ein solches theoretisches Modell auch im Humanbereich überprüfen läßt. Wesentliche Anregungen für entsprechende empirische Operationalisierungen lieferten dabei die Befunde von Davis und Mitarbeitern. Diese Arbeitsgruppe konnte in einer Serie von Experimenten zeigen, daß Ratten mit einer *Steigerung* ihrer Ganzkörper-Schreckreaktion (gemessen über das Ausmaß der Lageveränderungen des Käfigbodens, welcher durch das Hochspringen der Tiere verursacht wurde) reagierten, wenn diese in Gegenwart eines Reizes ausgelöst wurde, der einen elektrischen Schock ankündigte (Davis & Astrachan 1978; Berg & Davis 1985; vgl. Übersichten bei Davis 1986, 1989, 1992). Wichtig dabei ist, daß diese *Furcht-induzierte Potenzierung* der Schreckreaktion durch den *zentralen Amygdalakern* reguliert wird. So führen bilaterale Läsionen des *nucleus centralis amygdalae* zur vollständigen Blockade der konditionierten Schreckreflexpotenzierung, ohne daß die obligatorischen Reflexantworten im primären Reflexweg beeinträchtigt würden (Hitchcock & Davis 1986). Dagegen bewirkt eine Stimulation der Amygdala eine Potenzierung der Schreckreaktion (Rosen & Davis 1990).

Die tierexperimentellen Untersuchungen modulatorischer Effekte emotionaler Prozesse auf die Schreckreaktion sind deshalb so interessant, weil sie einen direkten Vergleich mit Experimenten im Humanbereich ermöglichen. Hier läßt sich nämlich eine verblüffende Parallelität der Befunde nachweisen, so daß wahrscheinlich auch beim Menschen ähnliche neuronale Strukturen bei Affekt-induzierter Modulation der Schreckreaktion beteiligt sind.

Im Humanversuch wird allerdings nicht die „Ganzkörper“-Schreckreaktion erfaßt, welche in ihrer vollen Ausprägung aus einer sich entlang der neuronalen Achse von oben (kranial) nach unten (kaudal) ausbreitende Welle von Flexorbewegungen besteht. Vielmehr wird die Lidschlagreaktion, als erste stabilste und zuverlässigste Komponente der gesamten Schreckreaktion (Davis 1984; Graham & Hackley 1991), elektromyographisch (Aktivität des *m. orbicularis oculi*) registriert (vgl. Hamm 1993).

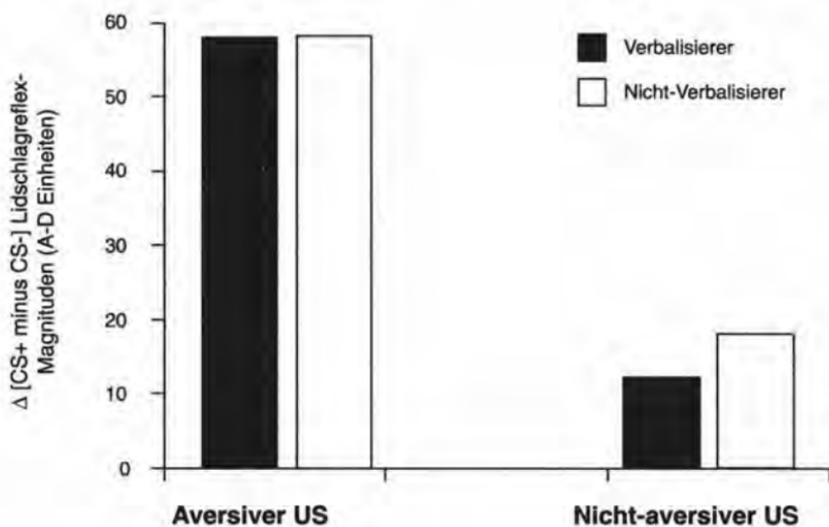
In einer Serie von Experimenten konnten Lang und Mitarbeiter zeigen, daß es auch im Humanbereich zu einer Potenzierung der akustisch ausgelösten Schreckreaktion kam, wenn Personen unangenehme Diapositive betrachteten (Lang, Bradley & Cuthbert 1990, 1992; Bradley, Cuthbert & Lang 1990, 1991; Hamm & Vaitl 1993), sich

furchtauslösende Situationen vorstellten (Vrana & Lang 1990; Cook, Hawk, Davis & Stevenson 1991; Hamm, Gerlach, Globisch & Vaitl 1992), oder das Auftreten eines aversiven Reizes (z.B. elektrischer Schock) antizipierten (Grillion, Ameli, Woods, Merikanagas & Davis 1991; Hamm, Greenwald, Bradley & Lang 1993; Hamm & Stark 1993). Während also die Induktion negativer Affekte konsistent mit einer Bahnung dieses protektiven Reflexes einhergeht, wird die Schreckreaktion bei positiven Motivationslagen gehemmt.

Aufgrund der tierexperimentellen Befunde kann man davon ausgehen, daß die Bahnung dieses prototypischen Schutzreflexes bereits auf subcorticaler Ebene reguliert wird, ohne daß eine elaborierte corticale (also bewußte) Reizverarbeitung erforderlich ist. Neuere Befunde von Hamm und Mitarbeitern stützen diese Hypothese (vgl. Hamm 1993).

In einer Serie von Konditionierungsexperimenten mit insgesamt 100 Probanden konnte nachgewiesen werden, daß eine Potenzierung der akustischen Schreckreaktion nur dann auftrat, wenn der konditionierte Reiz ein aversives Ereignis ankündigte, also durch ihn tatsächlich das subcorticale Aversionssystem aktiviert wurde. Signalisierte der CS dagegen eine angenehme Reaktionszeitaufgabe (die Personen konnten hier Geld gewinnen), wurden – folgerichtig – die protektiven Reflexe nicht gebahnt. Wichtig ist jedoch in diesem Zusammenhang, daß es für die reizspezifische Verstärkung der Schreckreaktion keine Rolle spielte, ob die Personen die Reizrelationen bewußt (cortical?) verarbeitet hatten oder nicht. Abbildung 10 zeigt die Differenzen zwischen den während des CS+ und CS- ausgelösten Schreckreflexgrößen (oberer Teil) und analog dazu, im unteren Teil, das Ausmaß elektrodermaler Reaktionsdifferenzierung (CS+ minus CS-) getrennt für diejenigen Personen, welche die Kontingenzen bewußt verarbeitet hatten (= *Verbalisierer*; 73 % beim aversiven und 62,5 % beim nicht-aversiven Lernen) und den Personen, die die Reizrelationen nicht erkannt hatten (= *Nicht-Verbalisierer*).

Schreckreaktionen



Hautleitwertreaktionen

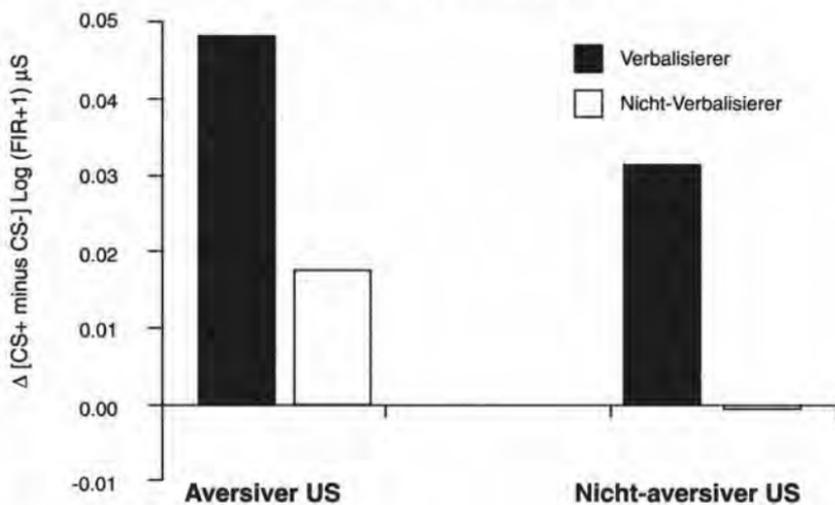


Abb.: 10

Beim aversiven Lernen kam es unabhängig davon, ob die CS-US-Assoziationen bewußt erfaßt wurden oder nicht, zu einer deutlichen Furcht-induzierten Potenzierung der Schreckreaktionen. Nicht-aversives Lernen führte dagegen in keiner der beiden Gruppen zu einer Steigerung der Schreckreaktionsgrößen, wenn diese während des verstärkten Reizes ausgelöst wurden. Ein völlig anderes Bild ergab sich bei den elektrodermalen Reaktionen. Unabhängig vom affektiven Gehalt der US-Bedingungen, wiesen die Probanden nur dann eine gelernte Diskrimination in ihren Hautleitwertreaktionen auf, wenn sie die CS-US Relationen korrekt wahrgenommen, also bewußt verarbeitet hatten. Tatsächlich scheinen die elektrodermalen Veränderungen eher kognitive Prozesse der bewußten Aufmerksamkeitszuordnung und Orientierung auf subjektiv bedeutsame Reize zu reflektieren (vgl. Dawson & Biferno 1973; Dawson & Schell 1985; Öhman 1979, 1988).

Schlußfolgerungen

Der hier vorgestellte psychophysiologische Ansatz versteht Emotionen als ein eindeutig definierbares Reaktionsereignis, welches durch spezifische Netzwerkstrukturen im Gehirn organisiert wird. Die Perzeption internaler oder externaler Reize aktiviert diese neuronalen Repräsentationen, die dann zu einem meßbaren Ausgang in den vegetativen und somatischen Effektorsystemen sowie in den sprachlich mitgeteilten Erlebnisberichten führen. Dabei spricht jedoch die hohe Dissoziation zwischen diesen Manifestationsebenen, aber auch die starke interindividuelle und situationsspezifische Variabilität der einzelnen emotionalen Reaktionsmuster gegen die Existenz „fest verdrahteter“ Affektprogramme (Levenson 1992). Vielmehr unterscheiden sich Emotionen von nicht emotionalen Ereignissen durch ihre Einbettung in primitive basale, subcortical repräsentierte, Motivationssysteme, welche sich beim Menschen nicht wesentlich von denen anderer Säugetiere unterscheiden. Ausgehend von den Überlegungen von Konorski (1963) und Schneirla (1957) wurde daher postuliert, daß im wesentlichen zwei Motivationssysteme, ein *aversives* und ein *appetitives*, die generelle Richtung des emotionalen Verhaltens determinieren, während seine Intensität (Energieaufwand) davon unabhängig variieren kann.

Während individuelle Lerngeschichte, situativer Kontext, genetische Disposition und Temperamentsfaktoren die spezifischen (*taktischen*) affektiven Reaktionsmuster bestimmen, organisieren die basalen Affekt-Dimensionen (*Valenz und Erregung*) die generelle Handlungsdisposition des Organismus. Wird das in der Amygdala repräsentierte Aversionssystem aktiviert, sind alle defensiven Verhaltensprogramme bis zur Ebene protektiver Reflexe gebahnt, während appetitives Verhalten gehemmt wird. Diese Mobilisierung primitiver Abwehrmechanismen kann dabei ohne eine elaborierte corticale (also bewußte) Verarbeitung der sie stimulierenden Reizbedingungen erfolgen. Dementsprechend hat die Mobilisierung einer Annäherungsdisposition einen gegenläufigen (reziproken) Effekt.

Zukünftige Forschung wird zeigen, inwieweit eine solche theoretische Konzeptualisierung wertvolle Implikationen für das praktische psychotherapeutische Handeln aufzeigen kann. Erste vielversprechende Hinweise liegen vor (vgl. Lang, Bradley, Cuthbert & Patrick 1993). Ein wesentliches Anliegen dieses Ansatzes ist es, den Dialog zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen zu fördern, aber auch den Kontakt zu den relevanten Nachbardisziplinen, z.B. den Neurowissenschaften anzuregen. Um in der wissenschaftlichen Analyse emotionaler Prozesse voranzukommen, sind solche interdisziplinären Verbindungen von entscheidender Notwendigkeit.

Literatur

- Aggleton, J.P. (Ed.) (1992). *The amygdala*. New York: Wiley.
- Averill, J.R. (1975). A semantic atlas of emotional concepts. *Catalog of selected documents in Psychology*, 5, 330.
- Ax, A.F. (1953). The physiological differentiation between fear and anger in humans. *Psychosomatic Medicine*, 15, 433-442.
- Bard, P. (1928). A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system. *American Journal of Physiology*, 84, 490-515.
- Baum, A., Grunberg, N.E. & Singer, J.E. (1982). The use of psychological and neuroendocrinological measurement in the study of stress. *Health Psychology*, 1, 217-236.
- Berg, W.K. & Davis, M. (1985). Associative learning modifies startle reflexes at the lateral lemniscus. *Behavioral Neuroscience*, 99, 191-199.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1991). *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.

- Bradley, M.M., Cuthbert, B.N. & Lang, P.J. (1990). Startle reflex modification: Emotion or attention. *Psychophysiology*, 27, 513-523.
- Bradley, M.M., Cuthbert, B.N. & Lang, P.J. (1991). Startle and emotion: Lateral acoustic stimuli and the bilateral blink. *Psychophysiology*, 28, 285-295
- Bradley, M.M., Greenwald, M.K. & Hamm, A.O. (1993). Affective picture processing. In: N. Birbaumer & A. Öhman (Eds.), *The structure of emotion: Psychophysiological, cognitive, and clinical aspects.* (S. 48-65). Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Cacioppo, J.T. & Petty, R.E. (1979). Attitudes and cognitive response: An electrophysiological approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, S. 2181-2199.
- Cacioppo, J.T., Martzke, J.S., Petty, R. E. & Tassinari, L.G. (1988). Specific forms of facial EMG response index emotions during an interview: From Darwin to continuous flow hypothesis of affect-laden information processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 592-604.
- Cacioppo, J.T., Tassinari, L.G. & Fridlund, A.J. (1990). The skeletomotor system. In: J.T. Cacioppo & L.G. Tassinari (Eds.). *Principles in psychophysiology.* (S. 325-384). Cambridge: University Press.
- Cacioppo, J.T., Uchino, B.N., Crites, S.L., Snyder-Smith, M.A., Smith, G., Berntson, G.G. & Lang, P.J. (1992). Relationship between facial expressiveness and sympathetic activation in emotion: A critical review, with emphasis on modeling underlying mechanisms and individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 110-128.
- Cannon, W.B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Cohen, D.H. (1980). The functional neuroanatomy of a conditioned response. In: R.F. Thompson, L.H. Hicks & V.B. Shoykov (Eds.), *Neural mechanisms of goal directed behavior and learning* (S. 283-302). New York: Academic Press.
- Cook, E.W., Hawk, L.W., Davis, T.L. & Stevenson, V.E. (1991). Affective individual differences and startle reflex modulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 5-13
- Curtis, G.C., Thyer, B. (1983). Fainting on exposure to phobic stimuli. *American Journal of Psychiatry*, 140, 771-774.
- Cuthbert, B.N., Vrana, S.R. & Bradley, M.M. (1991). Imagery: Function and physiology. In: P.K. Ackles, J.R. Jennings & M.G.H. Coles (Eds.), *Advances in psychophysiology* Vol 4 (S. 1-42). Greenwich, CT: JAI Press.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals.* London: Murray. (dt. 1872: *Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen beim Menschen und den Thieren.* Stuttgart: Schweizerbart).
- Davis, M. (1984). The mammalian startle response. In: R.C. Eaton (Ed.), *Neural mechanisms of startle behavior* (S. 287-351). New York: Plenum Press.
- Davis, M. (1986). Pharmacological and anatomical analysis of fear conditioning using the fear-potentiated startle paradigm. *Behavioral Neuroscience*, 100, 814-824.
- Davis, M. (1989). The role of the amygdala and its efferent projections in fear and anxiety. In: P. Tyrer (Ed.), *Psychopharmacology of anxiety* (S. 52-79). Oxford: Oxford University Press.
- Davis, M. (1992). The role of the amygdala in conditioned fear. In: J. Aggleton (Ed.), *The amygdala* (S. 255-306). New York: Wiley.
- Davis, M. & Astrachan, D.I. (1978). Conditioned fear and startle magnitude: Effects of different footshock or backshock intensities used in training. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 4, 95-103.
- Davitz, J.R. (1969). *The language of emotions.* New York: McGraw Hill.

- Dawson, M.E. & Biferno, M.A. (1973). Concurrent measurement of awareness and electrodermal classical conditioning. *Journal of Experimental Psychology*, 101, 82-86.
- Dawson, M.E. & Schell, A.M. (1985). Information processing and human autonomic classical conditioning. In: P.K. Ackles, J.R. Jennings & M.G.H. Coles (Eds.), *Advances in psychophysiology*. Vol. 1 (S. 89-165). Greenwich, CT: JAI Press.
- Dickinson, A. & Dearing, M.F. (1979). Appetitive-aversive interactions and inhibitory processes. In: A. Dickinson & R.A. Boakes (Eds.), *Mechanisms of learning and motivation* (S. 203-231). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dimberg, U. (1990). Facial electromyography and emotional reactions. *Psychophysiology*, 27, 481-494.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1984). *Die Biologie menschlichen Verhaltens*. München: Piper.
- Ekman, P. (1971). Universals and cultural differences in facial expression of emotion. In: J.K. Cole (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (S. 207-283). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Ekman, P. (1982). *Emotion in the human face* (2nd ed). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In: K.R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotions* (S. 319-343). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ekman, P., Friesen, W.V. & Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face: Guidelines for research and integration of findings*. New York: Pergamon Press.
- Ekman, P., Levenson, R.W. & Friesen, W.V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208-1210.
- Fahrenberg, J. (1987). Theory in psychophysiology: The multi-component analysis of psychophysiological reactivity. *Journal of Psychophysiology*, 1, 9-11.
- Fitzgerald, R.D. & Teyler, T.J. (1970). Trace and delayed heart rate conditioning in rats as a function of US intensity. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 70, 242-253.
- Fowles, D.C. (1986). The eccrine system and electrodermal activity. In: M.G.H. Coles, E. Donchin & S.W. Porges (Eds.), *Psychophysiology* (S. 51-96). Amsterdam: Elsevier.
- Fridlund, A.J. & Izard, C.E. (1983). Electromyographic studies of facial expressions of emotions and patterns of emotions. In: J.T. Cacioppo & R.E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (S. 243-286). New York: Guilford Press.
- Fridlund, A.J., Schwartz, G.E. & Fowler, S.C. (1984). Pattern recognition of self-reported emotional state from multiple-site facial EMG activity during affective imagery. *Psychophysiology*, 21, 622-637.
- Fridlund, A.J. & Cacioppo, J.T. (1986). Guidelines for human electromyographic research. *Psychophysiology*, 23, 567-589.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Funkenstein, D.H., King, S.H. & Drolette, M. (1954). The direction of anger during a laboratory stress-inducing situation. *Psychosomatic Medicine*, 16, 404-413.
- Geer, J.H. (1966). Fear and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 253-255.
- Graham, F.K. & Hackley, S.A. (1991). Passive and active attention to input. In J.R. Jennings & M.G.H. Coles (Eds.), *Handbook of cognitive psychophysiology: Central and autonomic nervous system approaches* (S. 251-356). New York: Wiley.
- Grillon, C., Ameli, R., Woods, S.W., Merikangas, K. & Davis, M. (1991). Fear-potentiated startle in humans: Effects of anticipatory anxiety on the acoustic blink reflex. *Psychophysiology*, 28, 588-595.

- Hamm, A.O. (1993). Psychophysiologie phobischer Störungen. Unveröffentlichte Habilitationsschrift am Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig Universität Gießen.
- Hamm, A.O. & Vaitl, D. (1993). Emotionsinduktion durch visuelle Reize: Validierung einer Stimulationsmethode auf drei Reaktionsebenen. *Psychologische Rundschau*, 44, 143-161.
- Hamm, A.O., Gerlach, M., Globisch, J. & Vaitl, D. (1992). Phobia specific startle reflex modulation during affective imagery and slide viewing. *Supplement to Psychophysiology*, 29, S36 (Abstract).
- Hamm, A.O., Globisch, J., Weike, A. & Wietlacke, M. (1993). Habituation and startle modulation: Persistence of fear in simple phobics. *Supplement to Psychophysiology*, 30, S13 (Abstract).
- Hamm, A.O., Greenwald, M.K., Bradley, M.M. & Lang, P.J. (1993). Emotional learning, hedonic change, and the startle probe. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 453-465.
- Hamm, A.O., Cuthbert, B.N., Globisch, J. & Vaitl, D. (1994). Startle reflex modulation and psychophysiological response patterns to affective stimulation in subjects with specific phobias and non-phobic controls. Zur Veröffentlichung eingereichtes Manuskript.
- Hebb, D.O. (1949). The organization of behavior: A neurophysiological theory. New York: Wiley.
- Iwata, J. & LeDoux, J.E. (1988). Dissociation of associative and non-associative concomitants of classical fear conditioning in the freely behaving rat. *Behavioral Neuroscience*, 102, 66-76.
- Iwata, J., LeDoux, J.E., Meeley, M.P., Arneric, S. & Reis, D.J. (1986). Intrinsic neurons in the amygdaloid field projected to by the medial geniculate body mediate emotional responses conditioned to acoustic stimuli. *Brain Research*, 383, 195-214.
- Izard, C.E. (1977). Human emotions. New York: Plenum Press.
- Izard, C.E. (1980). The maximally discriminative facial movement coding system (MAX). Newark: Instructional Resources Center, University of Delaware.
- Izard, C.E. (1990). Facial expressions and the regulation of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 487-498.
- Izard, C.E. (1991). Perspectives on emotions in psychotherapy. In: J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy, and change* (S. 280-289). New York: Guilford Press.
- Izard, C.E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 100, 68-90.
- James, W. (1984). What is an emotion. *Mind*, 9, 188-205.
- Jäncke, L. (1992). EMG-Reaktionen mimischer Muskeln nach wiederholter Darbietung von Bildern mit positiver, negativer und neutraler Valenz. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 34, 434-454.
- Jones, G.E., & Johnson, H.J. (1980). Heart rate and somatic concomitants of mental imagery. *Psychophysiology*, 17, 339-347.
- Kapp, B.S., Wilson, A., Pascoe, J.P., Supple, W., & Whalen, P.J. (1990). A neuroanatomical systems analysis of conditioned bradycardia in the rabbit. In: M. Gabriel & J. Moore (Eds.), *Learning and computational neuroscience: Foundations of adaptive networks* (S. 53-90). Cambridge, MA: Bradford Books/MIT Press..
- Konorski, J. (1967). Integrative activity of the brain. Chicago: University of Chicago Press.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In: J.M. Shlien (Ed.), *Research in Psychotherapy*, Vol. 3 (S. 90-103). Washington DC: American Psychological Association.

- Lang, P.J. (1971). The application of psychophysiological methods in the study of psychotherapy and behavior modification. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 75-125). New York: Wiley.
- Lang, P.J. (1978). Anxiety: Toward a psychophysiological definition. In: H.S. Akiskal & W.H. Webb (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Exploration of biological predictors* (S. 365-389). New York: Spectrum Publications.
- Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 475-512.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (S. 131-170). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P.J. (1987). Image as action: A reply to Watts and Blackstock. *Cognition and Emotion*, 1, 407-426.
- Lang, P.J. (1994). The motivational organization of emotion: Affect-reflex connection. In: S. Van Goozen, N.E. Van de Poll & J.A. Sergeant (Eds.), *The emotions: Essays on emotion theory* (S. 61-93). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P.J., Bradley, M.M., & Cuthbert, B.N. (1990). Emotion, attention, and the startle reflex. *Psychological Review*, 97, 377-398.
- Lang, P.J., Bradley, M.M. & Cuthbert, B.N. (1992). A motivational analysis of emotion: Reflex-cortex connections. *Psychological Science*, 3, 44-49.
- Lang, P.J., Bradley, M.M., Cuthbert, B.N., & Patrick, C.J. (1993). Emotion and psychopathology: A startle probe analysis. In: L.J. Chapman, J. P. Chapman & D.C. Fowles (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research*, Vol. 16 (S. 163-199). New York: Springer.
- Lang, P.J., Greenwald, M.K., Bradley, M.M. & Hamm, A.O. (1993). Looking at pictures: Affective, facial, visceral, and behavioral reactions. *Psychophysiology*, 30, 261-273.
- Lang, P.J., Melamed, B.G. & Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 176, 220-234.
- Lange, C.G. (1887). *Über Gemüthsbewegungen*. (Aus dem Dän. übersetzt von Kurella). Leipzig: Thomas.
- Lanzetta, J.T. & McHugo, G.J. (1986). The history and current status of the facial feedback hypothesis. Paper presented at the 26th Annual Meeting of the SPR, Montreal, Canada.
- LeDoux, J.E. (1987). Emotion. In: V.B. Mountcastle, F. Plum & S.B. Geiger (Eds.), *Handbook of physiology*. Section 1. The nervous system. Vol. V: Higher functions of the brain (S. 419-459). Bethesda, MD: American Physiological Society.
- LeDoux, J.E. (1990). Information flow from sensation to emotion: Plasticity in the neural computation of stimulus value. In: M. Gabriel & J. Moore (Eds.), *Learning and computational neuroscience: Foundations of adaptive networks* (S. 3-51). Cambridge, MA: Bradford Books/MIT Press.
- LeDoux, J.E. (1992). Brain mechanisms of emotion and emotional learning. *Current Opinion in Neurobiology*, 2, 191-197.
- LeDoux, J.E., Ruggiero, D.A. & Reis, D.J. (1985). Projections to the subcortical forebrain anatomically defined regions of the medial geniculate body in the rat. *Journal of Comparative Neurology*, 242, 182-213.
- LeDoux, J.E., Farb, C.R. & Romanski, L.M. (1991). Overlapping projections to the amygdala and striatum from auditory processing areas of the thalamus and the cortex. *Neuroscience Letters*, 134, 139-144.

- Levenson, R.W. (1992). Autonomic nervous system differences among emotions. *Psychological Science*, 3, 23-27.
- Levenson, R.W., Ekman, P. & Friesen, W.V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology*, 27, 363-384.
- Mandler, G. (1984). *Psychology of emotion and stress*. New York: Norton.
- McNair, D.M., Lorr, M. & Droppleman, L.F. (1971). *Manual: Profile of mood states*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Mehrabian, A. & Russell, J.A. (1974). *An approach to environmental psychology*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Myrtek, M. (1984). *Constitutional psychophysiology*. San Diego, CA: Academic Press.
- Nowlis, V. (1965). Research with the Mood Adjective Check List. In: S.S. Tomkins & C.E. Izard (Eds.), *Affect, cognition, and personality* (S. 352-389). New York: Springer.
- Öhman, A. (1979). The orienting response, attention, and learning: An information-processing perspective. In: H.D. Kimmel, E.H. van Olst & J.F. Orlebeke (Eds.), *The orienting reflex in humans* (S. 443-471). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Öhman, A. (1987). The psychophysiology of emotion: An evolutionary-cognitive perspective. In: P.K. Ackles, J.R. Jennings & M.G.H. Coles (Eds.), *Advances in psychophysiology*, Vol. 2 (S. 79-127). Greenwich, CT: JAI Press.
- Öhman, A. (1988). Nonconscious control of autonomic responses: A role for Pavlovian conditioning? *Biological Psychology*, 27, 113-135.
- Öhman, A. (1992). Orienting and attention: Preferred preattentive processing of potentially phobic stimuli. In: B.A. Campbell, R. Richardson & H. Haynes (Eds.), *Attention and information processing in infants and adults: Perspectives from human and animal research* (S. 263-295). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Öhman, A. & Birbaumer, N. (1993). Psychophysiological and cognitive-clinical perspectives on emotion: Introduction and overview. In: N. Birbaumer & A. Öhman (Eds.), *The structure of emotion: Psychophysiological, cognitive, and clinical aspects*. (S. 3-17). Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Osgood, C., Suci, G. & Tannenbaum, P. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana, IL: University of Illinois.
- Öst, L.-G., Sterner, U. & Lindahl, I.L. (1984). Physiological responses in blood phobics. *Behavioral Research and Therapy*, 22, 109-117.
- Papez, J.W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 38, 725-748.
- Pitkänen, A. & Amaral, D.G. (1991). Demonstration of projections from the lateral nucleus to the basal nucleus of the amygdala: A PHA-L study in the monkey. *Experimental Brain Research*, 83, 465-470.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.
- Roberts, R.J. & Weerts, T.C. (1982). Cardiovascular responding during anger and fear imagery. *Psychological Reports*, 50, 219-230.
- Russell, J.A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Russell, J.A. & Mehrabian, A. (1977). Evidence for a three-factor theory of emotion. *Journal of Research in Personality*, 11, 273-294.
- Schachter, J. (1957). Pain, fear, and anger in hypertensives and normotensives: A psychophysiological study. *Psychosomatic Medicine*, 19, 17-29.

- Scherer, K.R. (1990). Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie. In: K.R. Scherer (Ed.), *Psychologie der Emotion: Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. 3 (S. 1-38). Göttingen: Hogrefe.
- Scherer, K.R. & Wallbott, H.G. (1990). Ausdruck von Emotion. In: K.R. Scherer (Ed.), *Psychologie der Emotion: Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. 3 (S. 345-422). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, K. (1990). Emotionen. In: H. Spada (Ed.), *Lehrbuch Allgemeine Psychologie*. (S. 403-449). Bern: Huber.
- Schneirla, T.C. (1959). An evolutionary and developmental theory of biphasic processes underlying approach and withdrawal. In: M.R. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (S. 1-42). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Schwartz, G.E. (1986). Emotion and psychophysiological organization: A systems approach. In: M.G.H. Coles, E. Donchin & S.W. Porges (Eds.), *Psychophysiology* (S. 243-377). Amsterdam: Elsevier
- Schwartz, G.E., Brown, S.L. & Ahern, G.L. (1980). Facial muscle patterning and subjective experience during affective imagery: Sex differences. *Psychophysiology*, 17, 75-82.
- Schwartz, G.E., Weinberger, D.A. & Singer, J.A. (1981). Cardiovascular differentiation of happiness, sadness, anger, and fear following imagery and exercise. *Psychosomatic Medicine*, 43, 343-364.
- Smith, C.A. (1989). Dimensions of appraisal and physiological response in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 339-353.
- Smith, O.A., Astley, C.A., DeVit, J.L., Stein, J.M. & Walsh, K.E. (1980). Functional analysis of hypothalamic control of the cardiovascular responses accompanying emotional behavior. *Federation Proceedings*, 39, 2487-2494.
- Stemmler, G. (1989). The autonomic differentiation of emotions revisited: Convergent and discriminant validation. *Psychophysiology*, 26, 617-632.
- Stemmler, G. (1992). The vagueness of specificity: Models of peripheral physiological emotion specificity in emotion theories and their experimental discriminability. *Journal of Psychophysiology*, 6, 17-28.
- Tassinary, L.G. & Geen, T.R. (1990). James Parsons, M.D.: A forgotten pioneer in the psychophysiology of emotion. *Supplement to Psychophysiology*, 27, S69 (Abstract).
- Traxel, W. & Heide, H.J. (1961). Dimensionen der Gefühle: Das Problem der Klassifikation der Gefühle und die Möglichkeit seiner empirischen Lösung. *Psychologische Forschung*, 26, 179-204.
- Vaughan, K.B. & Lanzetta, J.T. (1980). Vicarious instigation and conditioning of facial expressive and autonomic responses to a model's expression display of pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 909-923.
- Vrana, S.R. (1993). The psychophysiology of disgust: Differentiating negative emotional contexts with facial EMG. *Psychophysiology*, 30, 279-286.
- Vrana, S.R. & Lang, P.J. (1990). Fear imagery and the startle-probe reflex. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 189-197.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Winton, W.M., Putnam, L.E. & Krauss, R.M. (1984). Facial and autonomic manifestations of the dimensional structure of emotion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 20, 195-216.
- Wolf, S. & Wolff, H.G. (1947). Human gastric function: An experimental study of a man and his stomach. New York: Oxford University Press.
- Zuckerman, M. & Lubin, B. (1965). The Multiple Affect Adjective Check List. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

Autorenhinweise

Die hier berichtete Forschung wurde mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft durchgeführt (Az. Ha 1593/6-1).

Legenden zu den Abbildungen

Abb. 1: Psychophysiologische Konzeptualisierung von Emotionen, welche aufgrund der Ausprägungen in drei meßbaren Reaktionssystemen sowie anhand der sie auslösenden Situation erschlossen werden.

Abb. 2: Zwei-Faktoren-Struktur verbal geäußerter emotionaler Erlebnisweisen nach dem Modell von *Watson* und *Tellegen* (1985) (aus: *Hamm* 1993).

Abb. 3: Wütender Gesichtsausdruck: Zeichnung aus dem Buch von *James Parsons* (1746/1963): „*Human Physiognomy Explained*“

Abb. 4: Schematische Darstellung der für das emotionstypische mimische Ausdrucksverhalten wichtigsten Muskelgruppen sowie die Plazierungen der Miniaturelektroden zur Erfassung der elektromyographischen Aktivität. Wichtige Muskelpartien, welche eindeutig zwischen positiver und negativer Affektlage unterscheiden, sind der *m. corrugator supercilii* und der *m. zygomaticus major* (aus: *Fridlund & Izard* 1983).

Abb. 5: Kovariation der Valenzeinstufungen (es handelt sich hier um die mit Hilfe der Computer-Version des Self-Assessment Manikin (SAM) (vgl. *Hamm & Vaitl* 1993) vorgenommenen Beurteilungen; Skalenbereich: 0–30; 0 = sehr unangenehm; 30 = sehr angenehm) mit den Veränderungen im Corrugator- und Zygomaticus EMG (aus: *Hamm* 1993).

Abb. 6: Phasische Herzratenreaktionen während der Imagination und der perzeptiven Verarbeitung ekelregender Szenen und Bilder. Je nach situativen Anforderungen führt die Induktion von Ekel einmal zu einer Dezeleration, im anderen Fall zur Akzeleration der Herzrate.

Abb. 7: Hierarchische Organisation emotionalen Verhaltens am Beispiel der Emotion „Furcht“. Auf der Ebene basaler Motivationssysteme kommt es bei Furcht immer zur Aktivierung eines subcortical repräsentierten Aversions-Abwehrsystems. Nachgeschaltet sind spezifische taktische Verhaltensprogramme, deren Aktivierung vom situativen Kontext, der individuellen Lerngeschichte, aber auch von Temperamentsfaktoren abhängt (aus: *Hamm* 1993).

Abb. 8: Schematische Darstellung der neuronalen Bahnen, welche der emotionalen Reizverarbeitung (Evaluation) und der Kontrolle der affektiven Reaktion durch die Amygdala zugrundeliegen. Der konditionierte Tonreiz gelangt über die lemniskalen Bahnen in den ventralen Abschnitt des corpus geniculatum mediale (*c. genic. med.*) im auditorischen Thalamus und von dort in die primäre Hörrinde. Extralemniskale Fasern projizieren vom *colliculus inferior* zu anderen Gebieten des auditorischen Thalamus, nämlich in den medialen Abschnitt des *c. genic. med.* und zum posterioren *nucleus intralaminaris*. Im Gegensatz zum ventralen Teil des *c. genic. med.* projizieren die Fasern des medialen Abschnitts des *c. genic. med.* und die des posterioren *nucleus*

intralaminaris nicht nur zum auditorischen Cortex, sondern direkt auf subcorticaler Ebene zum lateralen Kern der Amygdala. Der laterale Kern der Amygdala (Ncl. lat.) fungiert dabei als ein sensorisches Interface, in dem der emotionale Anteil der aus allen afferenten Eingängen eintreffenden Information integriert und koordiniert wird. Der Ncl. lat. projiziert zum basalen lateralen Kern der Amygdala (Ncl. bas. lat.) mit seinen intensiven Projektionen zum Cortex (nicht dargestellt) und von dort zum zentralen Kern der Amygdala (Ncl. centr.). Auf der effernten Seite teilen sich die neuronalen Bahnen dann auf. Projektion vom Ncl. centr. zur lateralen Region des Hypothalamus vermitteln den autonomen Anteil (Anstieg des arteriellen Drucks) der konditionierten Furchtreaktion, während Projektionen zum zentralen Höhlengrau im Mittelhirn die motorische Komponente der gelernten Furchtreaktion (Bewegungsstarre) modulieren. Außerdem projiziert der Ncl. centr. zum Nucleus basalis Meynert, welcher weitverzweigte Verbindungen zum Cortex aufweist und bei der corticalen Aktivierung eine wichtige Rolle spielt (modifiziert nach *LeDoux* 1992; aus: *Hamm* 1993).

Abb. 9: Efferente Verbindungen zwischen dem zentralen Kern (Ncl. centr.) der Amygdala und den verschiedenen Zielregionen im Gehirn, welche wahrscheinlich an der Regulation der spezifischen Reaktionsmuster beteiligt sind, welche mit der Emotion „Furcht“ assoziiert sind (modifiziert nach *Davis* 1992; aus: *Hamm* 1993).

Abb. 10: Differenzen der während der verstärkten (CS+) und unverstärkten (CS-) konditionierten Reize ausgelösten Lidschlagreflexgrößen (oberer Teil) bei aversiver (elektrischer Schock als US) und nicht-aversiver (Reaktionszeitaufgabe als US) Konditionierung, getrennt für die Probanden, welche die Kontingenzrelationen bewußt wahrgenommen haben (= Verbalisierer) und die Personen, welche die Assoziationsregel nicht erkannt haben (= Nicht-Verbalisierer). Im unteren Teil sind die entsprechenden Differenzwerte der konditionierten Hautleitwertreaktionen getrennt für beide US-Bedingungen und Probandengruppen dargestellt (aus: *Hamm* 1993).

Kinder, Jugendliche, Gefühl, Umwelt – Sozialisation und Entwicklung von Emotionen

Dieter Ulich

Douglas, ein 13 Monate alter Bub, spielt mit Bauklötzen. Vorsichtig setzt er einen Klotz auf den anderen. Als der Turm fertig ist, lacht *Douglas* und klatscht in die Hände. Seine Mutter ruft aus: „Gut, *Doug*. Das ist ein großer Turm. Freust du dich, don't you feel good?“ Als *Douglas* später einen weiteren Klotz auf die Spitze des Turms legen will, stürzt dieser ein. Der Bub bricht in Tränen aus und verstreut energisch die Bauklötze um sich herum. Sein Weinen bringt die Mutter herbei. Sie nimmt ihn auf den Schoß, wischt ihm die Tränen ab und sagt sanft zu ihm: „Don't feel bad. Ich weiß, du bist ärgerlich. Es ist frustrierend, einen so hohen Turm zu bauen, da, versuch's nochmal“ (*Lewis, Rosenblum* 1978).

1. Sozialisationseinflüsse aus der Familie

Wie das Beispiel zeigt, kommentieren und benennen Eltern häufig das emotionale Verhalten ihrer Kinder, und zwar auch schon lange, bevor die Kinder selbst sprechen können (*Lewis, Michalson* 1983). Die Eltern liefern dem Kind bestimmte Begriffe. Und diese verknüpft das Kind allmählich immer zutreffender mit einem auslösenden Ereignis bzw. einer Klasse auslösender Ereignisse mit dem eigenen, aktuell erlebten Zustand sowie mit einem bestimmten mimischen oder sonstigen Gefühlsausdruck (*Michalson, Lewis* 1985).

Die Art und Weise, wie Pflegepersonen mit Kindern umgehen, ist bekanntlich äußerst wichtig für die Lebendigkeit des emotionalen Erlebens, die Breite des kindlichen Gefühlsrepertoires und die Ausprägung spezifischer Gefühlsqualitäten wie z.B. Vertrauen, Mitgefühl, Hilfsbereitschaft. Weiterhin ist wichtig, welchen emotionsrelevanten Situationen und Erfahrungen die Eltern ihre Kinder tatsächlich aussetzen. Von Bedeutung ist schließlich auch, welche Auffassungen in einer Kultur bestehen über die erwünschte emo-

tionale Ausstattung der Kinder sowie darüber, wie diese Ausstattung erreicht werden soll (vgl. Ulich 1989, Kap. 6.3).

Die von unserem Beispielkind *Douglas* erwartete Emotionalität entwickelt sich am ehesten dann, wenn die Mutter zunächst einmal die Auffassung ihrer Kultur und Schicht teilt, daß Kinder abhängige und schutzbedürftige Wesen sind, denen man eine möglichst glückliche und unbeschwerte Zeit geben soll (*Malatesta, Haviland* 1982). Buben, so glaubt man in dieser Kultur weiterhin, seien irritierbarer und seelisch verletzbarer als Mädchen, deshalb achtete die Mutter bei *Douglas* besonders auf negative Gefühlsäußerungen; sie versuchte diese unmittelbar nach ihrem mimischen Auftreten in positive Zustände umzuwandeln, indem sie *Douglas* eine entsprechende eigene mimische Veränderung vorspielte (ebd.). Außerdem spiegelte sie positive Gefühlsäußerungen von *Douglas* prompt zurück, und zwar einige Monate länger als bei *Douglas* Schwester *Betty*, mit der die Mutter früher in einen Emotions-Dialog mit einer breiteren Palette unterschiedlicher Emotionen eintrat (ebd.).

Mutter und Kind imitieren gegenseitig ihren Gefühlsausdruck (*Malatesta, Izard* 1984). Und in dem Maße, in dem der mütterliche Gesichtsausdruck zu dem des Kindes korrespondiert, kann das Kind immer stabilere emotionale Reaktionsbereitschaften entwickeln.

Gelingt das emotionale Zwiegespräch mit wechselseitigem Vertrautwerden nicht, beachtet etwa die Mutter die Wünsche und Signale des Kindes zu wenig, oder verhält sie sich passiv oder abwehrend, dann versiegt das emotionale Kommunikationsverhalten des Kindes, seine Emotionen werden ausgedünnt, flachen sich ab, der emotionale Ausdruck verschwindet, das Kind verhält sich „neutral“ (*Geppert, Heckhausen* 1988, 123).

Hätte die Mutter *Douglas* gar mißhandelt, so wäre er später gegenüber Gleichaltrigen sehr wahrscheinlich aggressiv geworden, er wäre ihnen in Not weniger oft und weniger gerne beigestanden (*Harris* 1989, 37). Mißhandelte Kinder reagieren selten mit Anteilnahme auf das Unglück eines Kindes, das sich in Not befindet, also z. B. weint (*Main, George* 1985, auch das Folgende).

Allenfalls schauen sie hin, streicheln es mechanisch. Öfter allerdings zeigen sie Feindseligkeit, Drohgebärden, körperliche Attacken. Oder sie regen sich selbst sehr auf, zeigen Furcht oder innere Not oder eine Mischung von beidem. Ein nicht-responsiver, kalter, disziplinierender und herabwürdigender Umgang mit dem Kind

kann bei diesem später zu Mitleidlosigkeit, Gewalttätigkeit und gestörten Sozialbeziehungen führen (Mantell 1972).

Unerfreuliche Interaktionen der Pflegepersonen mit Kindern schränken auch deren Fähigkeit ein, bestimmten emotionalen Episoden den jeweils adäquaten emotionalen Gesichtsausdruck des entsprechenden Gefühls richtig zuzuordnen (Camras, Grow & Ribordy 1983; Camras 1985, 144-146). Alle Gefühle konnten die mißhandelten Kinder schlechter identifizieren bzw. zuordnen; tendenziell konnten die Mißhandelten Glück weniger gut zuordnen als die nichtmißhandelten Kinder, im Vergleich etwa zu Ärger und Traurigkeit.

Die Eltern-Kind-Beziehung wird allmählich ein Bezugssystem und „Hilfsmotor“ für die Ausbildung eigenständiger emotionaler und kognitiver Orientierungen des Kindes sowie seiner Handlungsfähigkeit. Freilich bleibt auch der etwas über einjährige Douglas noch angewiesen auf die emotionale Rückmeldung und den emotionalen Ausdruck der Mutter, wenn er sich in neuen und ungewohnten Situationen befindet. Dann versucht er sich bei der Mutter oder einer anderen Bezugsperson rückzuversichern, von deren Gesicht er eine Emotion abzulesen versucht, die Grundlage für seine eigene Reaktion sein könnte („social referencing“, vgl. Klinnert u.a. 1983, bes. 63 ff; Lewis, Michalson 1983, 198-205).

Geht z. B. die Mutter mit einer dem Kind fremden Person freundlich um, so zeigt das Kind dem Fremden gegenüber auch weniger Zurückhaltung (vgl. Murphy 1983, 21 ff; Buechler & Izard 1983, 301-304). Eine Mutter kann durch die von ihr gezeigte Emotion das Kind ermutigen oder auch entmutigen, wenn es sich in einer unsicheren, risikoreichen Situation befindet. Als Beispiel kann uns ein Experiment mit der sog. „visuellen Klippe“ dienen (Sorice u.a. 1985): Ein Tisch wurde so konstruiert, daß die eine Hälfte der Fläche aus Holz, die andere aus Glas bestand. Die „Klippe“ bezeichnet nun den Abbruch im Oberflächenmuster der Holzfläche beim Übergang in die Tiefe. In dem Experiment überquerte keines der Kinder die Klippe, wenn die Mutter ein ängstliches Gesicht machte; die meisten Kinder trauten sich jedoch, wenn die Mutter lächelte (s. Abb. 1).

Wenn z. B. die Mutter auf drei verschiedene Spielzeuge mit jeweils einem freundlichen, ängstlichen oder neutralen Gesicht reagiert, dann zeigen 12 bis 18 Monate alte Kinder beim ängstlichen Gesicht ein stärkeres Bindungsverhalten: sie nähern sich der Mutter schneller, bleiben näher bei ihr und berühren sie (Klinnert 1984, zit. n. Harris 1989, 20/21).

Es ist ergänzend anzunehmen, daß Kinder auch gegenüber sozialen Objekten wie etwa Menschen einer bestimmten sozialen Schicht, Hautfarbe oder gegenüber gesellschaftlichen Außenseitern oder auch gegenüber hochgeschätzten Personen in ähnlicher Weise den emotionalen Gesichtsausdruck wichtiger Bezugspersonen als Kommentar und Richtschnur ihrer eigenen emotionalen und Handlungsorientierung nutzen.

2. Kulturvergleiche

Kehren wir nun wieder zu unserem *Douglas* und seiner Mutter zurück. Aus der Sicht anderer Kulturen und anderer historischer Epochen mag die omnipräsente (und omnipotente?) Mutter vielleicht weniger als die Verwirklichung eines Wunschtraums (z.B. der Bindungstheoretiker) denn als Vision eines Alptraumes erscheinen. Sicherlich kann aus Geborgenheit und Privatheit auch Isoliertheit und Abgeschlossenheit werden; eine Exklusivität der Mutter-Kind-Beziehung kann einerseits Besitzansprüche fördern und andererseits objektive und subjektive Abhängigkeit und Ausgeliefertsein begünstigen.

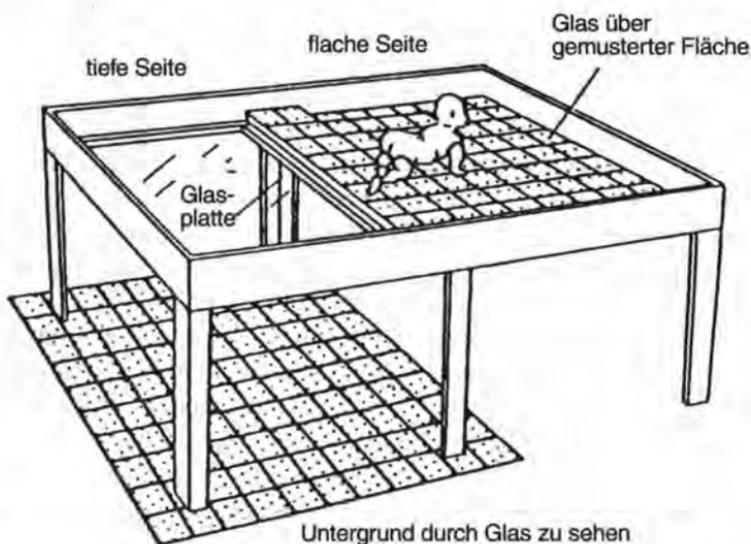


Abb. 1: Die visuelle Klippe

Lebte *Douglas* mit seiner Mutter nicht in Baltimore, sondern z.B. in einem Dorf in Afrika, dann wäre er längst der Aufsicht seiner Geschwister überantwortet (vgl. z.B. *Harkness, Super* 1985). Die Mutter hätte auf dem Feld zu tun, hätte keine Zeit, mit dem Kind zu spielen, würde nur im Notfall von älteren Kindern herbeigerufen. *Douglas* hätte vermutlich auch keine eigens für ihn hergestellten oder besorgten Spielsachen; er würde mit den anderen Kindern in der Nähe der Hütte sitzen und sich mit dem beschäftigen, was diese natürliche Umwelt an Gegenständen (wie z.B. Hausrat, Nahrungsmittel, Haustiere) ihm bietet.

Nicht alle Kulturen fördern den emotionalen Ausdruck der Kinder, verstärken positive Emotionen und sorgen sich um die Entwicklung einer lebendigen Gefühlswelt. So glauben z.B. die Mütter der Bantu in Kenia, daß ihre Kinder zur Kommunikation unfähig sind, daß sie nur Hunger und Unbehagen signalisieren können und daß intensive Emotionen insgesamt gefährlich sind und vermieden werden müssen (*Dixon* u.a. 1981, zit. n. *Malatesta, Haviland* 1985, in L/S, 101 f). Die Interaktionen zwischen den Erwachsenen sind so geregelt, daß Äußerungen intensiver Emotionen geächtet sind; weder ausgeprägt positive noch negative Gefühle sind beobachtbar. Der Gesichtsausdruck ist höflich-neutral, Blickkontakt wird vermieden. Auch im Kontakt mit dem Kind vermeidet die Mutter längeren Blickkontakt, sie ist emotional sehr zurückhaltend, es gibt keine mimischen Interaktionsspiele wie in euro-amerikanischen Kulturen. Die Mütter vermeiden Spiele, durch welche die Kinder übermäßig in Aufregung geraten könnten. Sie tun alles, um die Emotionalität der Kinder zu dämpfen, um jede Art von Erregung sofort zu unterbinden, z.B. auch durch physische Einschränkungen wie etwa das Festhalten eines Armes.

Wenn freudige Erregung Kinder nur in Schwierigkeiten bringt und wenn Zurückhaltung und emotionale Neutralität hohe Wertschätzung durch die Erwachsenen erfahren, dann werden solche Kinder allmählich ein Gefühl von persönlichem Glück entwickeln, das gekennzeichnet ist von Ruhe und In-Ruhe-gelassen-werden. In euro-amerikanischen Kulturen scheint „Glück“ dagegen auch Schwung, Aufregung, Bewegung und Anteilnahme zu beinhalten. In einer kulturanthropologischen Vergleichsstudie stellten *Harkness, Super* (1985, 33 ff) unter Verwendung einfacher Schema-Zeichnungen fest, daß sich die physiognomischen Anmutungsqualitäten der Zeichnungen unterschieden je nachdem, welche Erfahrungen

die Mitglieder einer Kultur mit dem eigenen Glücklichein bisher gemacht hatten (s. Abb. 2).

Die Kulturanthropologin *Lutz* (1983) berichtet über die Ifaluk, einen Volksstamm auf einer Südseeinsel, daß dort in den Kindern ganz gezielt Furcht und Angst erzeugt würden, um sie zu regelgerechtem Verhalten zu bringen. Auch Schuld und Scham ruft man häufig hervor.

Erwachsene sind gehalten, auf Regelübertretungen von Kindern mit „berechtigtem Ärger“ zu reagieren, um den Kindern möglichst früh angepaßtes Verhalten beizubringen. Möglicherweise führt eine Erziehung, in der das Angstmachen, häufige Strafandrohung, das Bestrafen durch Beschämung an der Tagesordnung sind, zu einer spezifischen Sensibilität für bestimmte Emotionen. So zeigte z.B. eine Studie (*Borke* 1973), daß chinesische Vorschulkinder Furcht und Traurigkeit in fiktiven Episoden besser identifizieren konnten als amerikanische Kinder.

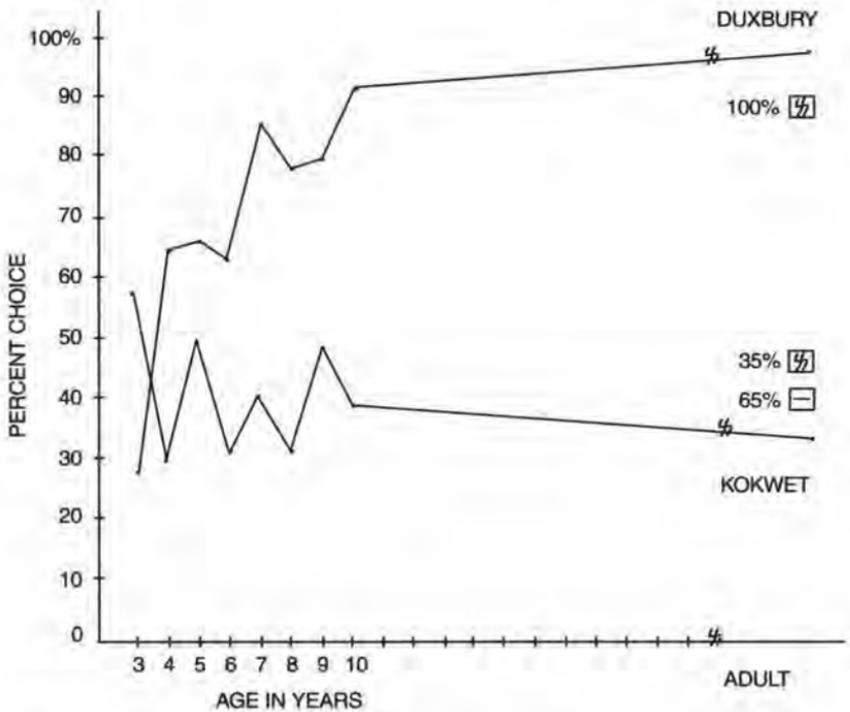


Abb. 2: Kulturvergleich (aus *Harkness/Super* 1985, S. 33 ff)

Während bei den Ifaluk bewußt gezeigter Ärger in den Kindern Furcht und Unterordnung erzeugen soll, glauben beispielsweise japanische Mütter, daß sie durch das Vermeiden des Ausdrucks eigenen Ärgers ihren Kindern bei der Hemmung von Ärgergefühlen helfen können (Gordon 1989, 328). Im emotionalen Dialog japanischer Mütter mit ihren Kindern scheinen eher Versuche der Besänftigung und Linderung bzw. der Unterdrückung von Äußerungen eines Unbehagens zu dominieren, während amerikanische Mütter ihre Kinder, wie wir bei Douglas schon gesehen haben, eher stimulieren und Äußerungen von Wohlbehagen und Glück verstärken (Izard, Malatesta 1987, 525 f). Japanische Mütter scheinen ihre Kinder mehr auf dem Arm zu tragen, sich mehr auf das Beruhigen zu konzentrieren, die Kinder öfter zu wiegen, auch in den Schlaf.

Auch die soziale Schichtzugehörigkeit scheint über Lebenswelt- und Arbeitsplatz Erfahrungen die emotionale Sozialisation zu beeinflussen. So versuchen etwa white-collar-Eltern, die in bürokratischen Systemen arbeiten, ihre Kinder kompetent zu machen für die Art der sozialen Interaktion, die sie selbst von ihrem Arbeitsplatz her kennen. Sie versuchen, bei ihren Kindern das Erleben von (karriereschädlichem) Ärger zu unterdrücken, sie ermutigen aber emotionale Differenzierungsfähigkeit und Feinfühligkeit sowie eine gute Kontrolle über Stimmungen und Temperament (Gordon 1989, 336). In der Arbeiterschicht scheinen Aggression und Ärger etwas anders sozialisiert zu werden (Miller, Sperry 1987, zit.n. Saarni 1989, 192 f). Gegenüber Stärkeren, wie z.B. den Eltern, dürfen Ärger und Aggression nicht geäußert werden; gegenüber allen anderen, die einen irgendwie beeinträchtigen, sollen die Kinder sich jedoch aggressiv verteidigen. Unrecht und Beeinträchtigung soll man mit offenem Ärger, mit Vergeltung und Machtdemonstration begegnen, um sich selbst dadurch wieder zu stärken. Auf Angriffe sollen die Kinder nicht mit Traurigkeit, Verletztheit, Entmutigung und Enttäuschung reagieren, um keine Schwäche zu zeigen, um sich nicht einer Ausbeutung und Opferrolle auszuliefern. Die Eltern fördern also eher Emotionen, die einem das Gefühl geben, mächtig und im Recht zu sein.

Was die Bindungssicherheit der Kinder in Abhängigkeit vom mütterlichen Interaktionsstil betrifft, so zeigen Studien hier große Unterschiede auch zwischen recht verwandten Kulturen (Izard, Malatesta 1987, 526; Harris 1989, 106 ff).

Resümierend: In verschiedenen Kulturen hält man ganz offensichtlich unterschiedliche Emotionen für wertvoll, wichtig und sozialisationswürdig, und zwar entsprechend den in diesen Kulturen geltenden Wertvorstellungen und Werten. Die unterschiedlichen Akzentsetzungen drücken sich auch im Wortschatz für Emotionsbegriffe aus (vgl. *Levy* 1984). Je nach der Bedeutung von Emotionen in einer Kultur sind diese sprachlich über- oder unterrepräsentiert.

3. Historische Vergleiche

Wenn wir nun wieder zu unserem *Douglas* und seiner Mutter zurückkehren, dann werden wir feststellen, daß der Bub inzwischen müde geworden ist und seine Mutter ihm eine Gutenacht-Geschichte vorliest. Wie jeden Abend liest sie ihm eine Geschichte vor über den glücklichen Tod eines frommen Kindes im Vergleich zum fürchterlichen Tod der unreligiösen Kinder. Nun, wir haben uns ein bißchen vertan in der Zeit, wir sind jetzt in der Kolonialzeit Amerikas, in der es, auch unter dem Einfluß des Puritanismus, als angemessen galt, Kinder gelegentlich bewußt Kummer, Leiden und Schrecken auszusetzen (*Gordon* 1989, 335 ff). Kinder derartigen Erfahrungen auszusetzen galt sogar als Mittel der Charakterbildung, auch wenn die Eltern sich von dieser harten Pflicht oft überfordert fühlten. In viktorianischer Zeit pfl egten die Erwachsenen zwar den Glauben an die kindliche Unschuld, quälten aber gleichzeitig die Kinder mit harten Disziplinforderungen und grausamen Geschichten, außerdem beuteten sie die Kinder durch Kinderarbeit aus.

Im frühen 19. Jahrhundert gab es dann eine Veränderung in der erziehenden Literatur (*Gordon* 1989, 333): Die puritanische Betonung von Schmerz und Furcht vor der Sünde wich allmählich einer Einimpfung von Angst vor mehr irdischen Gefahren, die bei Ungehorsam gegenüber den Eltern drohten.

Welchen Emotionen, Erfahrungsmöglichkeiten und Gelegenheiten für eigene Gefühle wurden Kinder über die Jahrhunderte hinweg ausgesetzt? Im Mittelalter teilten Erwachsene und Kinder die alltäglichen Lebens- und Erfahrungsräume in viel stärkerem Maße, als dies heute der Fall ist (*Gordon* 1989, 330). Kummer und Trauer, sexuelle Bedürfnisse und Aktivitäten, Aggression und Gewalt wurden vor den Kindern ausgelebt. Die Kinder wurden nicht ausgesperrt, vor den Kindern wurde wenig verborgen, emotionale Erfah-

rungen und Erlebnisse wurden geteilt. Auch in einigen traditionellen afrikanischen Gesellschaften gibt es noch diese einheitlichen, nicht-segregierenden Lebens- und Erfahrungsräume.

Wegen der hohen Kindersterblichkeit und anderer Härten des Lebens entwickelten sich in früheren Zeiten allerdings nicht die positiven, innigen oder gar exklusiven Mutter- bzw. Eltern-Kind-Beziehungen, wie sie heute im euro-amerikanischen Raum als normal bzw. erwünscht gelten (Lehr 1984). Kinder hatten teilweise wirtschaftliche Bedeutung, teilweise galten sie aber auch als Plage. Sie wurden oft weggegeben oder gar ausgesetzt. Wenn sie das erste Jahr überlebten, wuchsen sie meist nicht in einer exklusiven Beziehung, sondern im Familienverband unter oft erbärmlichen Umständen heran.

Auch in der Gründerzeit der Vereinigten Staaten lebten Erwachsene und Kinder ihre Stimmungen relativ frei aus, sie vergnügten sich in gemeinsamen Spielen (a.a.O.). Kinder waren auch beim Sterben nahestehender Menschen wie z.B. ihrer Geschwister anwesend (a.a.O., 336). Die Kinder partizipierten an Arbeit und Haushalt, waren allen emotionalen Belangen der Eltern ausgesetzt (a.a.O., 325 f). Um die Mitte des 19. Jahrhunderts begannen die neuen Mittelschichtmütter, die Umwelt der Kinder von möglichen Gefahren und Versuchungen zu „reinigen“, die Lebenswelten der Kinder und Erwachsenen segregierten sich, Kinder sollten sich nur noch unter gutem Einfluß aufhalten. Frauen schrieb man in dieser Hinsicht besonders lobenswerte Eigenschaften zu; damit begann eine doppelte Segregation, denn den Frauen wurde die emotionale „Beziehungsarbeit“ und die Kinderaufzucht in alleiniger Verantwortung zugeschoben.

Während Kinder und Erwachsene in früheren Zeiten auch ihren Ärger relativ frei auslebten, begannen die Erwachsenen spätestens zur Viktorianischen Zeit, Ärgerausbrüche von Kindern als lästig, unbequem und damit unzulässig zu empfinden (Stearns, Stearns 1986; Gordon 1989, 330). Als im 18. Jahrhundert die Kontrolle von Ärger wichtiger wurde, kam das neue Wort „tantrum“ (Koller, Wutanfall) auf (Gordon 1989, 322 f).

Ärger sieht man heute als ein unfreundliches, abzulehnendes Gefühl an, das die Zielerreichung und Handlungseffizienz behindert. Es gibt allerdings auch gegenläufige Tendenzen. Die von amerikanischen Frauenmagazinen vermittelten kulturellen Gefühls-

schablonen erlauben etwa ab 1960 den Frauen in ihren Beziehungen wieder etwas mehr Ärger-Ausdruck (*Cancian, Gordon 1988*).

Unser *Douglas*, so scheint es, hat großes Glück, daß er im 20. Jahrhundert in der Mittelschicht einer euro-amerikanischen Kultur aufwächst. In dieser Zeit und in dieser Kultur stellen Wohlbefinden, Unversehrtheit und Glück von kleinen Kindern wichtige Werte dar, historische Errungenschaften, die früher keineswegs selbstverständlich waren.

4. Emotionale Entwicklung als Aufbau (und Veränderung) emotionaler Schemata

Wie sieht nun die (weitere) emotionale Entwicklung unseres *Douglas* aus?

Um diese Frage zu beantworten, genügt es nicht, lediglich die Sozialisationseinflüsse aufzuzählen, denen *Douglas* in den ersten Lebensjahren unterliegt.

Zusätzlich müssen wir wissen, auf welche Weise und mit welchem Ergebnis sich diese Einflüsse in der Persönlichkeitsstruktur des heranwachsenden *Douglas* niederschlagen und schließlich zu bestimmten emotionalen Reaktionsbereitschaften führen, die sich in charakteristischer Weise von denen anderer Personen unterscheiden.

Damit nähern wir uns nun allmählich einer Antwort auf die Frage, worin emotionale Entwicklung besteht, bzw. was das eigentlich ist, was sich da entwickelt. Meine Antwort darauf lautet: *Douglas* entwickelt – wie alle anderen Kinder auch – im Laufe seines Älterwerdens unterschiedliche emotionale Schemata, die seine künftigen emotionalen Erlebnisse und Erfahrungen sowohl ermöglichen wie auch beeinflussen. Emotionale Entwicklung verstehe ich also als Aufbau – und Veränderung – emotionaler Schemata (vgl. auch *Ulich, Kampfhammer 1991, Teil I, Ulich, Mayring 1992*).

Was sind nun emotionale Schemata? Das Schema-Konzept ist eine heuristische Hilfskonstruktion zur Verdeutlichung und zum besseren Verständnis der

- a) Strukturiertheit und
- b) der Selektivität (Gerichtetheit, Sensitivität, „Filterwirkung“) emotionaler Eindrucksbildung und emotionalen Erlebens.

Emotionale Schemata sind psychische Strukturen, die aus ineinander verschachtelten Substrukturen aufgebaut sind. Diese Substrukturen kennzeichnen die „Inhalte“ emotionaler Schemata näher.

Emotionale Schemata ermöglichen, strukturieren und begrenzen Erfahrungen. Emotionale Schemata sind Bezugssysteme des aktuellen Erlebens, innerhalb derer sich die emotionale Bedeutung eines Ereignisses ergibt.

Emotionale Schemata sind *zugleich* Verwahrungsort früherer emotionaler Erlebnisse und Erfahrungen und Organisationsform künftigen emotionalen Erlebens. Emotionale Schemata sind Niederschläge und Verdichtungen sowohl von kulturellen und sozialisationstheoretischen Einflüssen wie auch der individuellen Lern- und Erlebnisgeschichte der Person; diese Schemata repräsentieren also Erfahrungen und Einflüsse. Emotionale Schemata verleihen dann ihrerseits Ereignissen Bedeutung, Schemata reichern Ereignisse mit Sinn und Bedeutung an.

Die vier im folgenden zu erläuternden Komponenten bzw. Substrukturen emotionaler Schemata sind: Gefühlstypen, kulturelle Gefühlsschablonen, emotionale Wertbindungen und emotionale Gewohnheitsstärken (s. Abb.3).

Komponenten des emotionalen Schemas

Gefühlstypen	▶	begrifflich-strukturelle Komponente; Kontext-invariant; Kompetenz-Aspekt (Fähigkeit)
Gefühlsschablonen	▶	Konventionelle Komponente, Kontext-sensibel, kulturell-normativer Aspekt
Wertbindungen	▶	evaluative Komponente; Präferenz-Aspekt
Gewohnheitsstärken	▶	dispositionelle Komponente; Eigenschafts-Aspekt (Bereitschaft)

Abb. 3: Komponenten des emotionalen Schemas

4.1 *Gefühlstypen* sind hochgeneralisierte Konfigurationen aus Ereigniswahrnehmung, Zustandswahrnehmung und Emotionsbenennung (vgl. auch Lewis, Michalson 1983). Sie entstehen aus sukzessiven, wiederkehrenden Koppelungen von Ereigniswahrnehmungen, Zustandswahrnehmungen und Emotionsbenennungen (s. Abb. 4).

Gefühlstyp, -typisierung

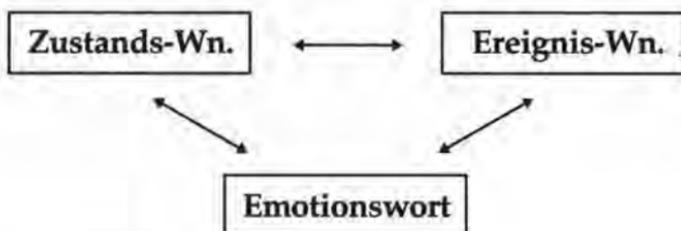


Abb. 4: Gefühlstyp, -typisierung

Unser Beispiel „*Douglas*“ demonstriert sehr schön diesen Vorgang der Synchronisierung: *Douglas* erlebt in Verbindung mit einem bestimmten Ereignis und einer bestimmten Situation einen eigenen Zustand, der von der Mutter benannt wird: „Don't you feel good!“ angesichts des fertigen Turms, bzw. „I know you're angry“; *Douglas* lernt allmählich, daß sich Freude und Ärger jeweils in gewisser Weise immer „gleich“ anfühlen. Gefühlstypen stellen also die begrifflich-strukturelle Komponente emotionaler Schemata dar. Sie sind bis zu einem gewissen Grad Kontext-invariant; sie repräsentieren den Kompetenz-Aspekt emotionalen Erlebens, und zwar im Sinne von „Fähigkeit“.

4.2 *Kulturelle Gefühlsschablonen* sind „Vervielfältigungsmuster“ für das wiederkehrende Erleben von kultur- und gruppenspezifischen, „-typischen“ Gefühlsreaktionen. Gefühlsschablonen repräsentieren kulturspezifische, settingbezogene Relevanzkriterien, Erwartungen und Regeln im Hinblick auf die Auslösung bzw. Entstehung ganz

bestimmter Gefühle in bestimmten Situationen. Gefühlsschablonen stellen mithin die „konventionelle“ Komponente emotionaler Schemata dar; sie repräsentieren den kulturell-normativen Aspekt und sind entsprechend Kontext-sensibel.

Kulturelle Gefühlsschablonen sind auch Bestandteil von sozialisatorischen „Mitgliedschaftsentwürfen“, die in einer Gesellschaft, Gruppe oder Institution Erwartungen und Wünsche im Hinblick darauf spezifizieren, welche Merkmale ein „ordentliches“ (erwachsenes) Mitglied der Gruppe ausmachen.

Und diese Mitgliedschaftsentwürfe enthalten auch für das emotionale Erleben bestimmte Entwürfe, Regeln und Erwartungen im Hinblick darauf, wann und in welchen Situationen wem gegenüber welche Gefühle erwünscht bzw. angemessen und erlaubt sind.

Sehen wir uns dazu wieder unseren *Douglas* an: Ist es ein Zufall, daß er einen möglichst hohen Turm bauen will, daß die Mutter meint, er müßte sich nach dem Erfolg „gut“ fühlen? Daß die Mutter ihren Sohn ermuntert, es nach dem Zusammenstürzen noch einmal zu versuchen?

4.3 Wertbindungen sind Repräsentationen von gefühlsrelevanten individuellen Wertbezogenheiten und Wertpräferenzen. Die Bedeutung von Wertbezogenheit für die Entstehung einer Gefühlsregung wird klar, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß Gefühlsregungen nur dann entstehen, wenn uns irgend etwas betrifft, bewegt, nicht kalt läßt, nicht gleichgültig ist. Gefühle erleben wir nur dann, wenn wir irgendwie in irgend etwas involviert sind, wenn etwas von Belang für uns ist, wenn uns etwas angeht, berührt. Wir *lernen*, in *was* wir involviert sein sollen, was uns gleichgültig sein soll, was uns berühren darf.

Wertbindungen sind die evaluative Komponente von emotionalen Schemata, sie repräsentieren den Präferenzaspekt. Wertbindungen sind also „Wichtigkeitsindizes“, Maße der Involviertheit und Betroffenheit. Welche Wertbezogenheit, welche Bindungen an welche Werte, welche Präferenz-Hierarchie wird nun unser *Douglas* aufbauen? In seiner Kultur stellt, wie schon vorhin vermutet, individuelle Leistung eine sozial definierte, erwünschte Eigenschaft bzw. einen erwünschten Zustand, also einen Wert, dar. Wenn Wertbindung die engagierte, ich-beteiligte Überzeugung ist, daß ein bestimmter Wert verwirklicht werden muß, dann werden Erfolg und Mißerfolg häufige Anlässe für Emotionen von *Douglas* sein.

4.4 *Gewohnheitsstärken* repräsentieren spezifische emotionale Reaktionsbereitschaften bzw. „-neigungen“. Gemeint ist die Leichtigkeit bzw. der Grad der Aktivierbarkeit eines bestimmten emotionalen Schemas, also ein Merkmal, eine „Eigenschaft“ des Schemas selbst. Je höher die Gewohnheits- bzw. Assoziationsstärke ist, desto leichter tritt das Schema in Aktion, wird es aktiviert. Gemeint ist eine positive „Voreingenommenheit“ im Hinblick auf das Erleben eines Gefühls; diese Gefühle sind „wiederkehrende Anliegen“ (Heckhausen über Motive). In bezug auf negative Gefühle, wie z.B. häufig wiederkehrende Ängste, muß man allerdings eher von einem „Wiederholungszwang“ sprechen. Gewohnheitsstärken sind die dispositionellen Komponenten von emotionalen Schemata; sie repräsentieren den Eigenschaftsaspekt, hier im Sinne von Bereitschaft, nicht von Fähigkeit.

Wie sieht dies nun bei unserem *Douglas* aus? Entsprechend je nach dem Arrangement seines Kinderzimmers und seiner Spielsachen und je nach den Verstärkungstechniken und Emotionsetikettierungen der Mutter können Freude und Stolz, bezogen auf individuelle Leistungen, eine hohe Gewohnheitsstärke annehmen, bei häufigem Versagen die Gefühle Scham und Furcht.

4.5 *Entwicklung oder Sozialisation?* Gelegentlich finden wir eine mindestens implizite Gleichsetzung von emotionaler Entwicklung mit der Entstehung von Bindung und Beziehungsfähigkeit im ersten Lebensjahr. Angesichts der Vielgestaltigkeit und Reichhaltigkeit des Gefühlslebens eines Erwachsenen wird jedoch rasch klar, daß sich emotionale Entwicklung nicht in der Begründung von Urvertrauen und Kommunikationsfähigkeit erschöpfen kann.

Auch die Feinfühligkeit der Bezugspersonen des Kindes ist nur einer unter vielen wichtigen Bedingungsfaktoren. Feinfühligkeit und der damit zusammenhängende, möglicherweise genetisch vorgeprogrammierte Signalaustausch können ihre entwicklungsfördernde Wirksamkeit nur dann entfalten, wenn sie eingebettet sind in eine kulturelle Wertschätzung kindlichen Wohlbefindens und kindlicher Entwicklung. Feinfühlig verhalten sich darüber hinaus auch nur solche Eltern, die

- a) ihr Kind und
- b) sich selbst bejahen können,
- c) die unter nicht zu großen Belastungen stehen,
- d) die soziale Unterstützung erhalten,

- e) die nicht zuviel Widerspruch zwischen den Bedürfnissen des Kindes und eigenen Interessen erleben und
- f) deren allgemeine Lebenslage, Partnerbeziehung u.ä. ein entspanntes Umgehen mit dem Kind überhaupt erlauben (vgl. z.B. Rosner u.a. 1990).

Es ist also eine Vielzahl von Einflußsystemen anzunehmen, die einander ergänzen, die man also nicht gegeneinander ausspielen sollte. Die Bedürfnisse und Interessen des Kindes sind freilich kein bloßer Reflex oder das reine Spiegelbild der Einflüsse, denen es ausgesetzt ist bzw. war. Schon das Neugeborene scheint über bedeutsame integrative Fähigkeiten zu verfügen (Papoušek 1984). Was das Kind erfährt und erlebt, verarbeitet es von Anfang an eigenständig und konstruktiv. Auch seine Gefühle sind so immer auch Ausdruck lebendiger, selbstbestimmter Aktivität.

Literatur

- Borke, H., The development of empathy in chinese and american children between three and six years of age: a cross cultural study, *Developmental Psychology* 9 (1973) 102-108.
- Buechler, S., Izard, C.E., On the emergence, functions, and regulation of some emotion expressions in infancy, In: Plutchik, R., Kellermann, H. (Hrsg.), *Emotion*, Vol. 2: Emotions in early development, Academic Press, New York 1983, 293-314.
- Camras, L.A., Socialization of affect communication, In: Lewis, M., Saarni, C. (Hrsg.), *The socialization of emotions*, Plenum, New York 1985, 141-160.
- Camras, L.A., Grow, J.G., Rivordy, S.C., Recognition of emotional expression by abused children, *Journal of Clinical Child Psychology* 12/3 (1983) 325-328.
- Cancian, F.M., Gordon, S.L., Changing emotion norms in marriage: Love and anger in U.S. women's Magazines since 1900, *Gender & Society*, 2/3 (1988) 308-341.
- Dixon, S., Tronick, E., Keeler, C., Brazelton, T.B., Mother-infant interaction among the Gusii of Kenya, In: Field, T.M., Sostek, A.M., Vietze, P., Leiderman, P.H. (Hrsg.), *Culture and early interaction*, Erlbaum, Hillsdale, N.Y. 1981.
- Geppert, U., Heckhausen, H., Ontogenese der Emotionen (ungekürzte Langfassung), Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung, Reprint 2, München, In: Scherer, K.R. (Hrsg.), *Psychologie der Emotion*, Enzyklopädie der Psychologie, Bd. C/IV,3, Hogrefe, Göttingen 1988.
- Gordon, St.L., The socialization of children's emotions: emotional culture, competence, and exposure, In: Saarni, C. (Hrsg.), *Children's understanding of emotion*, Cambridge University Press, Cambridge 1989, 319-349.
- Harkness, S., Super, C.M., Child-environment interactions in the socialization of affect, In: Lewis, M., Saarni, C. (Hrsg.), *The socialization of emotions*, Plenum, New York 1985, 21-36.

- Harris, P.L., *Children and emotion. The development of psychological understanding*, Basil Blackwell, Oxford 1989.
- Izard, C., Malatesta, C.Z., Perspectives on emotional development. In: Osofsky, J.D. (Hrsg.), *Handbook of infant development*, Wiley, New York 1987, 949-954.
- Klinnert, M., The regulation of infant behavior by maternal facial expression, *Infant Behavior and Development* 58 (1984) 937-944.
- Klinnert, M.D., Campos, J.J., Sorce, J.F., Emde, R.N., Svejda, M., Emotions as behavior regulators: Social referencing in infancy, In: Plutchik, R., Kellermann, H. (Hrsg.), *Emotions*, Vol. 2: Emotions in early development, Academic Press, New York 1983, 57-86.
- Lehr, U., Wandel von Familienstrukturen und Konsequenzen für die Frühpädagogik, In: Pthenakis, W.E. (Hrsg.), *Tendenzen der Frühpädagogik*, Schwann, Düsseldorf 1984, 51-63.
- Lewis, M., Michalson, L., *Children's emotions and moods*, Plenum, New York-London 1983.
- Lewis, M., Rosenblum, L.A., Introduction: Issues in affect development, In: Lewis, M., Rosenblum, L.A. (Hrsg.), *The development of affect*, Plenum, New York 1978, 1-19.
- Levy, R.I., The emotions in comparative perspective, In: Scherer, K.R., Ekman, P. (Hrsg.), *Approaches to emotion*, Erlbaum, Hillsdale 1985, 397-412.
- Lutz, C., Parental goals, ethnopscyhology, and the development of emotional meaning, *Ethos* 11 (1983) 246-262.
- Main, M., George, C., Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates: A study in the day care setting, *Developmental Psychology* 21, (1985) 407-412.
- Malatesta, C.Z., Haviland, J.M., Learning display rules: The socialization of emotional expression in infancy, *Child Development* 53 (1982) 991-1003.
- Malatesta, C.Z., Haviland, J.M., Signals, symbols, and socialization. The modification of emotional-expression in human development, In: Lewis, M., Saarni, C. (Hrsg.) *The socialization of emotions*, Plenum, New York 1985, 89-116.
- Malatesta, C.Z., Izard, C.E., The ontogenesis of human social signals: From biological imperative to symbol utilization, In: Fox, N.A., Davidson, R.J. (Hrsg.), *The psychology of affective development*, Erlbaum, Hillsdale 1984, 161-206.
- Mantell, D.M., *Familie und Aggression. Zur Einübung von Gewalt und Gewaltlosigkeit*, Fischer, Frankfurt 1978.
- Michalson, L., Lewis, M., What do children know about emotions and when do they know it? In: Lewis, M., Saarni, C. (Hrsg.), *The socialization of emotions*, Plenum, New York 1985, 117-139.
- Miller, P., Sperry, L., The socialization of anger and aggression, *Merrill-Palmer Quarterly* 33 (1987) 1-31.
- Murphy, L.B., Issues in the development of emotion in infancy, In: Plutchik, R., Kellermann, H. (Hrsg.), *Emotion*, Vol.: Emotions in early development, Academic Press, New York 1983, 1-34.
- Papoušek, M., Wurzeln der kindlichen Bindung an Personen und Dinge: Die Rolle der integrativen Prozesse, In: Eggers, Chr. (Hrsg.), *Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind*, PVU, München 1984, 155-184.
- Rosner, S. u.a., Belastung, soziale Unterstützung, Partnerbeziehung und Einstellung zum Kind als Bedingungen der mütterlichen Feinfühligkeit, Poster auf dem 37. Kongreß der DGfP Kiel 1990.
- Saarni, C., Harris, P.L. (Hrsg.), *Children's understanding of emotion*, Cambridge University Press, Cambridge 1989.

- Sorce, J.F., Emde, R.N., Campos, J.J., Klinnert, M.D., Maternal emotional signaling: Its effects on the visual cliff behavior of one-years-old, *Developmental Psychology* 21 (1985) 195-200.
- Stearns. C.Z., Stearns, P., Anger: The struggle for emotional control in America's history. University of Chicago Press, Chicago 1986.
- Ulich, D., Das Gefühl. Eine Einführung in die Emotionspsychologie, Psychologie-Verlags Union, München 1989.
- Ulich, D., Kampfhammer, H.-P., Sozialisation der Emotionen, In: Hurrelmann, K., Ulich, D. (Hrsg.), Neues Handbuch der Sozialisationsforschung, Beltz, Weinheim-Basel 1991.
- Ulich, D., Mayring, Ph., Psychologie der Emotionen, Kohlhammer, Stuttgart 1992.

Entwicklungstheorie der Emotionen und Psychopathologie

Otto Kruse

1. Einleitung

Die emotionale Entwicklung prägt die psychische und soziale Welt des Kindes. Lange vor sprachlicher Kommunikation kann das Kind emotionale Botschaften austauschen und besitzt über seine emotionalen Ausdrucksweisen effektive Mittel, seine Umwelt zu beeinflussen. Emotionen sind ein zentrales Element der psychischen Organisation, sie prägen maßgeblich die Struktur der sozialen Beziehungen, die ein Kind eingeht, und sie bestimmen im Zusammenwirken mit den Kognitionen die Prozeßcharakteristika der menschlichen Informationsverarbeitung.

Emotionen verkörpern aber nicht nur Bereiche primärerer Sensibilität und Aktionsbereitschaft, die das Kind mit seiner sozialen Umwelt verbinden, sondern sind auch – das ist die Kehrseite von Sensibilität – Bereiche primärer psychischer oder emotionaler Verletzlichkeit. Welche kritischen Lebensereignisse man auch immer analysiert, es sind in erster Linie die beteiligten emotionalen Reaktionen, die den weiteren Entwicklungsverlauf bestimmen. Auch Streß wird immer häufiger mit dem Begriff „emotionale Belastung“ gleichgesetzt (z.B. Scherer 1985, 1989, 213). Eine Analyse der emotionalen Entwicklung kann dementsprechend differenzierte Aussagen darüber machen, welche Arten psychischer oder emotionaler Verletzlichkeit es gibt, welche Zeitpunkte in der Entwicklung mit besonderer Verletzlichkeit verbunden sind und welche Folgen solche „Verletzungen“ haben können.

Aus verschiedenen empirischen und theoretischen Ansätzen hat sich in der letzten Dekade mit der *Entwicklungspsychopathologie* eine wissenschaftliche Disziplin herausgebildet, die sich bemüht, Ansätze der Entwicklungspsychologie, der klinischen Psychologie und der Kinderpsychiatrie zu integrieren (Achenbach 1982; Sroufe & Rutter 1984; Garmezzy 1985; Kazdin 1989). Einen ähnlichen Anspruch hat die *klinische Entwicklungspsychologie*, die sich mit Entwicklungsstö-

rungen unterschiedlicher Art befaßt (Noam & Kegan 1982; Kruse 1991). Eine Theorie der emotionalen Entwicklung bietet sich als theoretische Basis dieser beiden Disziplinen an (vgl. z.B. Krause 1990; Kruse 1991).

Die systematischen Verbindungen zwischen emotionaler und psychopathologischer Entwicklung darzustellen, ist Ziel dieses Beitrags. Zu diesem Zweck werde ich (1) darauf eingehen, was unter dem Begriff „emotionale Entwicklung“ zu verstehen ist; (2) darstellen, wie sich emotionale Erfahrungen charakterisieren lassen, die Ausgangspunkt psychopathologischer Entwicklung sein können; (3) Auswirkungen belastender Lebenserfahrungen auf die Emotionalität skizzieren und (4) die großen thematischen Felder der emotionalen bzw. psychopathologischen Entwicklung kurz umreißen und dabei die Themen Bindungsentwicklung, Intimitätsentwicklung, Selbstwertentwicklung, Aggressionsentwicklung, moralische Entwicklung und Angstentwicklung streifen.

2. Dimensionen emotionaler Entwicklung

Emotionen sind komplexe Reaktionsmuster, die expressive, physiologische, subjektive, kognitive und motorische bzw. behaviorale Komponenten umfassen (vgl. Kleinginna & Kleinginna 1981). Eine bestimmte Emotion läßt sich als eine mehr oder weniger stabile Konfiguration dieser einzelnen Komponenten bezeichnen. Angst hat also ein charakteristisches Profil von physiologischen Abläufen, subjektivem Empfinden, Ausdruck, kognitiven Prozessen und implizierten Aktionstendenzen, das die Angst im Erleben identifizierbar, kommunizierbar, empathisch nachfühlbar und handlungswirksam macht. Ähnliche Muster gibt es für Freude, Kummer, Ärger, Neugier usw. Über die Entstehung dieser emotionalen Reaktionsmuster gibt es unterschiedliche Auffassungen, die sich im wesentlichen danach unterscheiden, welche Bedeutung sie biologischer Reifung bzw. sozialen Lern- und Selbstorganisationsprozessen beimessen. Da diese Positionen zu unterschiedlichen Vorstellungen über die psychopathologische Entwicklung führen, werde ich sie im folgenden kurz darstellen.

Reifung

Zu Beginn seiner Entwicklung besitzt das Neugeborene einige „fest verdrahtete“ emotionale Reaktionsmuster, in denen Gesichts- und Stimmausdruck, physiologische Reaktionen und wahrscheinlich auch Erleben miteinander verbunden sind. So sind z.B. Ekel- und Schreckreaktionen unmittelbar nach der Geburt auslösbar (Peiper 1963; Izard 1979); auch mimische Anzeichen von Neugier und Freude und eine Palette mimischer „Aktionseinheiten“ als Grundlage emotionalen Ausdrucks sind bereits in den ersten Tagen zu beobachten (Oster & Ekman 1977; Oster 1978; Field & Walden 1982). Das Kind hat keinen bewußten Zugang zu diesen emotionalen Programmen und weiß nichts über sie (Terwogt & Olthof 1989). Der diesen Phänomenen zugrundeliegende Entwicklungsprozeß ist einer der Reifung.

Die meisten Emotionsforscher akzeptieren heute die Existenz zumindest einiger „Basis-“ oder elementarer Emotionen, die sich kulturinvariant bei allen Kindern entwickeln (Tomkins 1962, 1963; Izard, 1981, 1991; Ekman, Friesen & Ellsworth 1982; Barrett & Campos 1987; Kruse 1985, 1991). Die Anzahl der als elementar angenommenen Emotionen schwankt dabei zwischen vier und zehn. Aus der Beobachtung der kindlichen Entwicklung läßt sich feststellen, daß die Auftretenszeitpunkte einzelner Emotionen relativ invariant sind (vgl. Emde et al. 1976; Sroufe 1979b; Izard & Buechler 1979).

Elementare Emotionen sind nach dieser Vorstellung biologisch präformierte Aktions- und Ausdrucksmuster und bestehen vor ihrer Entwicklung in einer „präexpressiven“ Form (vgl. Lewis & Michalson 1983), ähnlich wie ein Zahn im Kiefer bereits ausgebildet ist, bevor er durchbricht. Das schließt nicht aus, daß vor allem die später auftretenden Emotionen die Existenz bestimmter kognitiver Fähigkeiten voraussetzen, wie z.B. die Tiefenangst voraussetzt, daß die Tiefenwahrnehmung entwickelt ist (Campos et al. 1978).

„Synthese“ der Emotionen

Auch wenn es unmittelbar nach der Geburt bereits integrierte, prototypische emotionale Reaktionen (wie Ekel und Schreck) gibt, existieren die einzelnen Komponenten der Emotionen zunächst unverbunden nebeneinander. Bereits kurz nach der Geburt bei-

spielsweise findet man Anzeichen von Lächeln, ohne daß man aber sicher sein kann, daß auch der Affekt der Freude mit diesem mimischen Ausdruck verbunden ist. So kann man einen zweiten Entwicklungsprozeß vermuten, der in der Koordination von emotionalem Erleben (Lust/Unlust), mimischem Ausdruck, kognitiven Prozessen und physiologische Reaktionen besteht. Diese Synthese zunächst disjunkter Elemente zu konsistenten Reaktionsmustern läßt sich als Formierungsphase der Emotionen betrachten.

In Frage steht, wie die Klammer beschaffen ist, die die einzelnen Komponenten der Emotionen zu einer integralen Reaktion verbindet. Neben der eben erwähnten Position, daß es sich dabei um einen Vorgang der (biologisch bedingten) Reifung handelt, gibt es auch die Meinung, daß diese Klammer gelernt ist. Sie wird vor allem von der Psychoanalyse vertreten, ausgehend etwa von *Spitz* (1959). Auch diese Position geht von der Existenz elementarer Emotionen aus, vermutet jedoch, daß deren Struktur durch die sozialen Erfahrungen der ersten Lebensjahre gebildet wird. *Spitz* (1959), ähnlich wie *Sroufe* (1979a, 1984) und *Emde* (1980) vermuten, daß es in der psychischen Entwicklung „biobehaviorale Wendepunkte“ gibt, die jeweils Zeichen für ein neues Entwicklungsniveau sind. Neue soziale Erfahrungen, neue motorische bzw. kognitive Fähigkeiten und physiologische Prozesse strukturieren sich dabei zu emotionalen Einheiten. Betont wird dabei die Wechselwirkung zwischen inneren Bedingungen und sozialer Umwelt. Die Synthese der Emotionen ist gemäß dieser Theorie primär ein sozialer Prozeß.

Auch funktionalistische oder konstruktivistische Ansätze (z.B. *Barrett & Campos* 1987; *de Rivera* 1986) betonen den Aspekt der *Konstruktion* von Emotionen, wobei sie entweder annehmen, daß sich Emotionen als beliebige Kombination von Aktionstendenzen, kognitiven Einschätzungen und Ausdrucksmustern ohne feste Verknüpfung der Elemente formieren (etwa *Kagan* 1987), oder daß sich um einige Basisemotionen „Familien“ verwandter emotionaler Erscheinungen gruppieren (vgl. *Fisher et al.* 1990, 85).

Vor allem psychoanalytische Theoretiker haben sich in ihrem Konzept der „frühen Störung“ damit beschäftigt, ob und wie das Emotionssystem in seinen globaleren Funktionsweisen im frühen Formierungsstadium beeinträchtigt werden kann. Die wichtigste Hypothese (*Krystal* 1988) geht davon aus, daß es – vor allem aufgrund von Störungen der frühen Mutter-Kind-Interaktion – zu Deformationen emotionaler Kernreaktionen kommen kann und dabei

z.B. die Ausdruckskomponente oder der hedonische Ton (Lust-Unlust-Empfindung) von der Gesamtreaktion entkoppelt werden können. Diese Hypothese ist nur unter der Annahme plausibel, daß die Verklammerung der Emotionen gelernt ist.

Emotionale Sozialisation

Unter dem Begriff „emotionale Sozialisation“ lassen sich Lernvorgänge zusammenfassen, denen die emotionale Entwicklung unterworfen ist. Schon in den ersten Lebensmonaten entwickeln sich kognitive Kontrollmechanismen, mit denen Säuglinge den Verlauf ihrer emotionalen Reaktionen beeinflussen können. Kontrollmechanismen entstehen zunächst vor allem zur Beeinflussung intensiver bzw. negativer Emotionen. Aus anfänglich reflexartigen Kontrollmustern entwickeln sich differenzierte „action scripts“ und „emotional skills“ (Fischer et al. 1990, 98 ff.), die der Integration von Emotionen in Handlungsstrukturen dienen.

Auch der emotionale Ausdruck wird durch Erfahrung modifiziert. Ein Kind muß zwar nicht lernen, wie man Ärger ausdrückt. Es bringt diesen Ausdruck als ungelerntes, neuromuskuläres Innervationsmuster mit auf die Welt. Aber es kann lernen, den Ärgerausdruck zu verstärken, abzuschwächen, zu unterdrücken oder durch ein Lächeln zu überspielen. Und es muß lernen, wann Ärger auszudrücken und wann zu vermeiden ist. Zur emotionalen Sozialisation gehört also das Lernen von Ausdrucksregeln (Ekman & Friesen 1969a; Ekman 1988; Lewis & Michalson 1982, 1983).

Ebenfalls erworben werden müssen die Auslöser von Emotionen. Es gibt offensichtlich eine Reihe ungelernter Auslöser, mit denen Kinder von Natur aus ausgestattet sind. Dazu gehört z.B. der Geschmack von Seife, der bei Neugeborenen das typische Ekelgesicht hervorruft (Steiner 1979) oder die Tiefenfurcht, die etwa mit 6 bis 8 Monaten entsteht, kurz nachdem ein Säugling zu krabbeln beginnt (Scarr & Salapatek 1970; Campos et al. 1978). Alle weiteren Auslöser der Angst müssen aber erworben werden. Auslöser von Emotionen können kognitive Prozesse, aber auch Wahrnehmungen, physiologische Vorgänge oder andere Emotionen sein (Lewis & Michalson 1983).

Die Entwicklung emotionaler Auslöser ist ein Synonym für die Entwicklung emotionaler Bezüge zur Umwelt. Das Kind bezieht

sich in seiner Entwicklung handelnd und erkennend auf seine Umwelt und eignet sich dabei auch deren emotionale Wertigkeit an. Ein wichtiger Sozialisationsagent, der bereits kurz nach der Geburt wirksam ist, sind die nonverbalen Signale der Pflegepersonen, die das Kind wesentlich früher zu dekodieren in der Lage ist, als deren sprachlich vermittelte Botschaften. Bald nach der Geburt suchen Säuglinge aktiv nach nonverbaler Information, etwa aus Gesicht oder Stimme der Mutter, um ihr Handeln danach auszurichten (vgl. Sorce et al. 1981). Das Kind wird auf diesem Weg als Familienmitglied sozialisiert und paßt sich der emotionalen Struktur der Familie an. Es lernt Modalitäten von Nähe und Distanz, von Aggression und Angst, von Schuld und Scham, von Spiel und Neugier, von Freude und Verbundenheit.

Integration von Emotion und Persönlichkeit

Die Entwicklung der Emotionalität ist eine Lebensaufgabe, die in jedem Alter neue Anforderungen stellt. Dazu gehören schließlich auch Wachstums- und Selbstbeeinflussungsprozesse, die von der erwachsenen Persönlichkeit verlangt werden. Die Emotionalität nimmt mit dem Alter an Differenziertheit zu und ist eine wichtige Quelle von Kreativität und Spontanität (Averill & Nunley 1992). Die Person muß ihre Gefühlswelt kennenlernen und sich mit ihr arrangieren; sie muß ihre Emotionalität beherrschen und gleichzeitig ihren Gefühlen trauen lernen; sie muß emotionale Blockaden überwinden, und lernen, Emotionales effektiv zu kommunizieren. Sie muß die emotionalen Bezüge zu unterschiedlichen Lebensbereichen wie Arbeit, Familie, Freizeit, Gesundheit usw. koordinieren und gewichten. Sie muß so unterschiedliche Lebeneinstellungen wie Egoismus und Altruismus, Abgrenzung und Verbundenheit, Moral und Aggression ausbalancieren. Wachstumsprozesse dieser Art werden oft als Lebensaufgaben verstanden; zu ihnen gehört die bewußte Entwicklung der Emotionalität, das Gewinnen von Einsicht in ihre Determinanten und ihre Koordination mit den rationalen Bewußtseinsmomenten zu Selbstkonzepten, Einstellungen, Lebensphilosophien usw.

3. Emotion, Streß und Psychopathologie

Entwicklungsbeeinträchtigungen haben in der Regel ihren Ausgangspunkt in emotionalen Belastungen oder, was nur ein anderer Begriff dafür ist, in Streß (z.B. Lazarus 1966, 1981, 1986; Dohrenwendt 1979; Nitsch 1981; Kruse 1991). „Streß“ wird dabei als Sammelbegriff für unterschiedliche emotionale und physiologische Belastungen verwendet. In jüngster Zeit wird deutlich, daß der Streßbegriff in ein Emotionskonzept überführbar ist, wobei sich Streß, wie Scherer (1989, 213) vorschlägt, über eine „atypische Intensität und Dauer der zugrundeliegenden Emotionen“ bestimmen läßt. Damit können, wie Scherer an anderer Stelle (Scherer 1985, 199) formuliert, qualitativ unterschiedliche Formen von Streß, nämlich Ärger-Streß, Angst-Streß, Kummer-Streß usw. beschrieben werden.

In bezug auf die Entwicklung psychischer Störungen ist die Frage relevant, welche Arten von Streß zu emotionalen Verletzungen führen, also dauerhafte Folgen für die emotionale Entwicklung haben. Kinder und Erwachsene sind in allen Lebensphasen Streß und negativen Emotionen ausgesetzt; sie brauchen sogar ein gewisses Maß an Streß für ihre Entwicklung und ihr Wohlbefinden. Wie kann man zwischen „normalem“ Streß und solchem Streß unterscheiden, der psychisch krank macht? Bei der Beurteilung der Wirkung von Streß auf die Entwicklung können vier Momente von Bedeutung sein (vgl. Kruse 1991, 67 f.):

Dauer und Häufigkeit des Streßreizes: Streß wirkt nachhaltiger auf die emotionale Entwicklung, wenn er zeitlich ausgedehnt ist oder sich wiederholt, als wenn er kurzzeitig und einmalig ist.

Intensität der Streßreaktion: Streß wirkt umso nachhaltiger auf die psychopathologische Entwicklung, je intensiver die involvierten emotionalen Reaktionen sind; sie können im Extremfall traumatischen Charakter annehmen.

Qualität der Streßreaktion: Bedeutsam für die Entwicklung kann die Qualität der beteiligten Emotionen sein, die im einzelnen in die Streßreaktion involviert sind und dabei vor allem die Kombinationen, in denen sie auftreten (z.B. kann Angst in Verbindung mit Schuld oder Kummer belastender wirken als Angst allein).

Möglichkeiten der Streßbewältigung: Coping- oder Bewältigungsmöglichkeiten wie kognitive Verarbeitung, Abwehrmechanismen, Handlungsmöglichkeiten oder soziale Unterstützung haben einen gewichtigen Einfluß nicht nur auf den Verlauf der Streßreaktion

selbst, sondern auch auf deren psychopathologische Folgen (Lazarus 1966, 1975, 1986). Sie vermitteln die Wirkung von Stressoren und tragen zu ihrer Bewältigung bei.

Berücksichtigt man diese Dimensionen, lassen sich vier Arten von Streß oder emotionalen Erfahrungen beschreiben, die aus der traditionellen Psychopathologie bzw. Klinischen Psychologie bekannt sind: kumulativ wirkende emotionale Belastungen, psychische Traumata, emotionale Defizite bzw. Frustrationen und emotionale Konflikte.

Kumulativ wirkende emotionale Belastungen

Dabei handelt es sich um langfristig wirkende oder sich wiederholende Streßbedingungen von mittlerer oder niedriger Intensität, etwa kumulative Trennungserfahrungen, häufige Angst-Situationen, Selbstwert-Verletzungen, Verletzungen des Schamgefühls, moralischer Streß, Verletzung von Ekelschranken, Konfrontation mit Zwang und Aggression usw. Jede einzelne dieser emotionalen Erfahrungen wäre von ihrer Intensität her bewältigbar. Erst die Häufung und die Kombination unterschiedlicher Streßarten bewirkt eine dauerhafte Veränderung der emotionalen Befindlichkeit.

Kleine Kinder beispielsweise haben eine bestimmte Kapazität, um mit Trennung von den Eltern umzugehen. Wie *Robertson & Robertson* (1971) beschrieben haben, können vier- bis fünfjährige Kinder unter günstigen Bedingungen bereits Trennungen von der Mutter schadlos überstehen, die sich im zeitlichen Rahmen von einigen Wochen bewegen. Allerdings nur dann, wenn keine vorherigen Belastungen vorhanden waren, und nur dann, wenn nicht weitere Belastungen auftreten. Je länger die Trennung anhält, desto leichter kann sie in eine traumatische Reaktion übergehen. Aber auch ohne traumatische Qualität zu erlangen, zwingen repetitive oder langdauernde Streßzustände eine Person zu Adaptationsleistungen, etwa in Form verstärkter Kontrollmechanismen, kompensatorischer Handlungen oder Verleugnungsmechanismen.

Traumatische Lebenserfahrungen

Streß von hoher Intensität, wie er beispielsweise von extrem belastenden Lebensereignissen hervorgerufen wird, führt zu relativ homogenen Reaktionsmustern, die als Trauma-Reaktion oder – im diagnostischen Manual DSM III R der APA (1987) – als Posttraumatisches Streß-Syndrom (PTSD) beschrieben wird. „Trauma“ bedeutet dabei so viel wie „Gewalteinwirkung von außen“; ein psychisches Trauma ist ein Ereignis, das verletzend auf die psychischen Strukturen wirkt. Von einem Posttraumatischen Streß-Syndrom spricht man dann, wenn eine Person ein überwältigendes Erlebnis hatte, das außerhalb der normalen Erfahrungsbreite liegt, wie ernsthafte Bedrohungen des eigenen Lebens, Erleiden von Gewalttaten, plötzliche Zerstörungen oder Unfälle. Psychische Traumata sind das extremste Zeichen emotionaler Verletzlichkeit. Sie sind letztlich dadurch wirksam, daß angesichts außergewöhnlicher Erfahrungen die Betroffenen sich vor der Intensität ihrer eigenen Emotionen schützen müssen.

Die Dynamik der traumatischen Reaktion ist durch Abwehr der starken, beunruhigenden Emotionen gekennzeichnet, die allerdings nie vollständig gelingt, so daß die negativen Gefühle flashbackartig oder im Traum wiederkehren und vorübergehend ganz Besitz von der Person ergreifen (Horowitz 1986; v.d. Kolk & Kadish 1987). Die Person kann sich vor diesen Wiederholungen schützen, indem sie die Gedanken an das Ereignis vermeidet und sich durch eine Amnesie vor der Erinnerung schützt. Sie erreicht dies jedoch nur auf Kosten starker Einschränkungen ihrer Emotionalität, einem verminderten Interesse an der Umwelt und einer emotionalen Entkoppelung von der sozialen Bezugswelt. Schlaflosigkeit, Irritabilität, Wutausbrüche, Hypervigilanz, übersteigerte Schreckreaktionen und starke physiologische Reaktionen nennt das DSM III R als weitere Symptome.

Folgende traumatische Lebenserfahrungen in der Neurosenpsychologie sind bisher eingehender untersucht worden: das Mißhandlungs-Syndrom (Kempe & Kempe 1980; Mayhall & Norgard 1983), das traumatische Inzestsyndrom (Donaldson & Gardener 1985) oder Inzest-Opfer-Syndrom (Herman 1981), das Vergewaltigungs-Trauma-Syndrom (Burgess & Holmstrom 1974b), traumatische Kriegsneurosen (Grinker & Spiegel 1945a, b; Figley 1978, 1985), das KZ-Opfer-Syndrom (Krystal 1968; Niederland 1968), das Trauma des Verlusts

(Heinicke & Westheimer 1966; Bowlby 1976, 1983) und traumatische Katastrophenerfahrungen (Smith 1983; Wilson, Smith & Johnson 1985; Gleser et al. 1981).

Emotionale Defizite und Frustrationen

Eine weitere Quelle von Streß und emotionaler Verletzlichkeit sind emotionale Defizite bzw. Frustrationen. Streß kann daraus entstehen, daß bestimmte Emotionen – in der Regel positive – nicht oder nur ungenügend angesprochen werden. Besonders in den ersten Lebensjahren sind Kinder auf Pflege, Anregung und Hilfe angewiesen. Sie brauchen darüber hinaus eine Person, die sich ihnen kontinuierlich zuwendet und emotionale Präsenz zeigt; sie brauchen die Stimulation durch ein zugewandte Gesicht, das ihre Freude und Neugier hervorruft und das sie emotional anspricht (z.B. Stern 1985). Die frühe Kindheit ist wegen dieser Abhängigkeiten des Säuglings eine Zeit besonderer emotionaler Verletzlichkeit. Emotionale Defizite aus dieser Zeit sind eine wichtige Prädisposition für spätere Beeinträchtigungen. Sie erhöhen also die emotionale Verletzlichkeit des Kindes. Umgekehrt ist eine sichere Elternbindung ein protektiver Faktor, der die Wahrscheinlichkeit, psychische Störungen zu entwickeln, senkt.

Emotionale Defizite entstehen nicht nur in Deprivationssituationen (womit Aufwachsen ohne Eltern gemeint ist), sondern können auch in vollständigen Familien auftreten. Die wichtigsten Defizite liegen in defizitärem Bindungsangebot, in Defiziten an familiärer Zuwendung und Schutz und in defizitärer emotionaler Kommunikation zwischen Eltern und Kind.

Frustrationen kommen durch Reduktion von positiven Emotionen zustande, wie es etwa bei der Geburt eines Geschwisters häufig der Fall ist. Dabei wird ein hohes Maß an mütterlicher Zuwendung plötzlich drastisch reduziert; dieser Entzug an Zuwendung kann als sehr belastend und enttäuschend erlebt werden (siehe dazu Dunn & Kendrick 1980; Dunn, Kendrick & McNamee 1981; Kendrick & Dunn 1980). Wie diese Autorinnen betonen, haben Kinder aber auch beträchtliche Kapazitäten, um die Geburt eines Geschwisters positiv zu verarbeiten und sie als Ausgangspunkt neuer Entwicklungsschritte zu nutzen.

Emotionale Konflikte

Eine letzte Form von Streß ist dadurch charakterisiert, daß Emotionen unterschiedlicher hedonischer Qualität gleichzeitig auftreten. Viele emotionale Probleme erhalten erst dadurch Relevanz, daß sie mit anderen emotionalen Bestrebungen in Konflikt geraten. Lust allein ist kaum eine relevante Ursache für psychopathologische Entwicklung; in Verbindung mit Angst oder Schuldgefühlen kann allerdings ein innerer Spannungszustand oder Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt entstehen. Konflikte sind in verschiedenen therapeutischen Schulen als Ausgangspunkte neurotischer Entwicklung beschrieben worden (vgl. *Epstein* 1982), am systematischsten durch die Psychoanalyse, die allerdings alle neurotischen Störungen als konfliktbedingt ansah oder noch ansieht (siehe etwa *Fenichel* 1980, 38, oder *Brenner* 1986). Das dürfte – wenn man z.B. an traumatische Ursachen denkt – eine unzulässige Verallgemeinerung sein. Traumatische Reaktionen können, müssen aber nicht konflikthaft sein.

Typische emotionale Konflikte lassen sich z.B. zwischen sexuellen Lustgefühlen und Angst, zwischen Aggression und Schuldgefühlen oder zwischen Kummer und Selbstwertgefühl (Stolz) finden. Emotionale Konflikte sind dann Ausgangspunkt psychopathologischer Prozesse, wenn sie sich nicht lösen lassen, und die Entwicklung infolgedessen lange Zeit im Spannungsfeld entgegengesetzter Emotionen steht.

4. Auswirkungen pathogener Belastungen auf die Emotionalität

Verständnis der Symptomatik psychischer Störungen erfordert Verständnis der Entwicklungswege, die zu ihnen führen. Diese Entwicklungswege sind zeitlich ausgedehnt, mitunter über Jahrzehnte, und haben viele Determinanten, die dynamisch miteinander verbunden sind. Von ihnen soll ein Aspekt dargestellt werden, nämlich die Veränderung der emotionalen Entwicklung selbst, die im Gefolge belastender Lebensereignisse auftritt. Der dritte Schnittpunkt zwischen emotionaler und psychopathologischer Entwicklung liegt also in einer Charakterisierung problematischer, beeinträchtigter Formen emotionaler Entwicklung.

Desintegrierte emotionale Kernreaktionen

Eine erste Beeinträchtigung betrifft, wie angedeutet, die Struktur der Emotionen selbst. Es ist gesagt worden, daß aversive Einflüsse in der Formierungsphase der Emotionen deren Strukturen so beeinträchtigen können, daß sie immer oder über lange Zeit eine ungewöhnliche Form behalten. So kann es sein, daß der expressive Anteil der Emotionen verkümmert ist, daß ihr physiologischer Anteil hypertrophiert ist, daß ihr „Signalanteil“ so reduziert ist, daß die Selbstwahrnehmung nicht richtig gelingt oder daß Gefühle eher simuliert als wirklich erlebt werden (Krause 1990). Die Betroffenen erleben ihre eigene Emotionalität als fremd oder ungewöhnlich; sie können darunter leiden, ihre Gefühle nicht richtig spüren zu können.

Desintegrierte emotionale Kernreaktionen verändern den grundlegenden Charakter der Emotionen und damit der Persönlichkeitsentwicklung, des Selbstbezuges und der sozialen Beziehungen. Krause (1990) bezeichnet entsprechende pathologische Prozesse als „Störungen des internen Aufbaus des Emotionssystems“. Ihre Ursachen liegen in emotionalen Defiziten und ungewöhnlichen Formen des emotionalen Austauschs zwischen Mutter und Kind im ersten Lebensjahr. Deformierte emotionale Strukturen werden als Ursache von psychosomatischen sowie schizoiden und schizophrenen Störungen vermutet (Krause 1988, 1990).

Fixierung emotionaler Reaktionsmuster

Ein Kennzeichen emotionaler Entwicklung ist die ständige, wenn auch langsame Veränderung des emotionalen Reaktionsrepertoires entsprechend den veränderten Handlungsmöglichkeiten, sozialen Strukturen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten des Kindes. Eine Folge von emotionalen Belastungen kann darin liegen, daß einzelne Elemente der Emotionen in ihren kindlichen Bezügen verharren. Dies ist immer bei psychischen Traumata der Fall. Aber auch langanhaltender oder repetitiver Streß, emotionale Defizite oder Konflikte können diese Wirkung haben. Fixierung kann mit Abwehr von Emotionen einhergehen, speziell dann, wenn starke Gefühle involviert sind. Anders ist es bei emotionalen Defiziten. Sie können mit einer Wiederholungstendenz verbunden sein, die da-

durch zustande kommt, daß Bedürfnisse des Kindes nicht erfüllt wurden und noch lange Zeit später nach Befriedigung verlangen.

Verschiedene Komponenten der Emotionen können Fixierungen unterliegen. Die Auslöser können in einem frühen Stadium stehenbleiben, so daß beispielsweise im Erwachsenenalter Dinge beängstigend wirken, vor denen sich sonst nur Kinder fürchten. Das Emotionserleben kann in einer kindlichen Form verbleiben. Da Kinder weniger Distanz zu ihren Gefühlen haben und zudem weniger kognitive Kontrolle über sie ausüben können, wirken kindliche Gefühlsmuster subjektiv bedrohlicher als die der Erwachsenen. Mit den Emotionen können auch *Beziehungsmuster* erhalten bleiben, die zum Zeitpunkt existierten, an dem die Gefühle entstanden. Emotionale Reaktionen, die aus früheren Stadien der biographischen Entwicklung stammen, wirken manchmal fremd und bedrohlich für die Person. Sie können den emotionalen Reaktionen einen irrationalen Zug geben und lassen die Person als unreif, unerwachsen erscheinen. Sie geraten oft in Konflikt mit den „erwachsenen“ Gefühlen.

Blockierte Emotionen und Emotionsabwehr

Ein häufig anzutreffendes Zeichen psychischer Störungen sind blockierte oder abgewehrte Emotionen. Manchmal erscheint das emotionale System einer Person „skotomisiert“ (Kruse 1985), so als könne sie einzelne Emotionen nicht spüren. „Abwehr“ bedeutet dabei, daß eine Emotion oder ein komplexerer Gefühlszustand zwar existent ist, aber durch einen aktiven Prozeß „unspürbar“ oder „unadressierbar“ gemacht wird. Unspürbar wird eine Emotion z.B. dadurch, daß eine andere Emotion sie verdeckt, wie z.B. das Schuldgefühl aggressive Impulse subjektiv „unsichtbar“ machen kann. Ein anderer Weg besteht darin, alle Auslöser einer Emotion und sogar alle Erinnerungen an diese Auslöser dem bewußten Zugang zu entziehen. Als abwehrende Mechanismen kommen Prozesse in Frage, die sich aus dem Wechselspiel von kognitiven und emotionalen Prozessen ergeben.

Die dramatischsten Formen emotionaler Einschränkungen finden sich – wie erwähnt – bei den posttraumatischen Störungen. Sie sind gerade dadurch gekennzeichnet, daß extrem starke emotionale Erfahrungen nicht verarbeitet werden konnten und dissoziiert werden mußten. Verleugnung und Verdrängung sind regelmäßig bei

Personen mit traumatischen Lebenserfahrungen zu finden. *Terr* (1983) berichtet in einer Untersuchung von Kindern, die vier Jahre zuvor Opfer einer dramatisch verlaufenden Schulbusentführung geworden waren, daß diese auf verschiedene Weise die Gedanken an das traumatische Ereignis unterdrückten. Achtzehn der 25 Kinder unterbanden die Erinnerung dadurch, daß sie nicht darüber nachdachten und darüber sprachen, wobei die Eltern diese Strategie zu unterstützen schienen. Auch im Interview beobachtete *Terr* diese Verleugnungs- und Ausfluchtmanöver. Gleichzeitig fand *Terr* allerdings, daß die Kinder auch absurdeste Details dieser Entführung minutiös genau gespeichert hatten, so daß die Verleugnung ein Schutz vor den eigenen Erinnerungen zu sein schien. Abwehrmechanismen scheinen dadurch die mit starken Emotionen verbundene Verletzlichkeit zu reduzieren.

Versagen der emotionalen Steuerung

Es ist nach wie vor nicht genau bekannt, wie der Selbstregulationsprozeß aussieht, der die Emotionen zu einem verlässlichen intraorganismischen Signalsystem macht. Es ist schon von *Pawlow* und *Freud* erwähnt worden, daß die Emotionen sich als innere Signale verstehen lassen, die wichtige Steuerungsfunktionen für das Denken und Handeln haben und darüber informieren, wie gewisse Grundanliegen des Organismus vertreten werden (*Tomkins* 1962; *Zajonc* 1980; *Scherer* 1981; *Kruse* 1985). Emotionen stehen dabei in komplexen Beziehungen zu den kognitiven Steuerungsmechanismen und können mit ihnen sowohl arbeitsteilig zusammenwirken als auch antagonistisch gegeneinanderarbeiten.

Der Automatismus der emotionalen Steuerung funktioniert sehr „geräuschlos“; es bleibt dem Bewußtsein verborgen, wie die Psyche die „richtige“ Emotion für die „richtige“ Situation auswählt. Aus der Psychotherapie ist uns geläufig, daß beim Vorliegen von psychischen Problemen dieser Automatismus offensichtlich beeinträchtigt ist. Es treten dann störende Emotionen auf, sei es, daß sie zu intensiv sind, daß sie scheinbar situationsinadäquat sind oder daß sie in Situationen, wo sie erwartet würden, fehlen. Andere Formen der Inadäquatheit liegen darin, daß die negativen Emotionen gegenüber den positiven überwiegen, daß einzelne Emotionen ununterbrochen aktiviert sind, daß abwechselnd nur die positiven oder nega-

tiven Emotionen ansprechbar sind (Stimmungsschwankungen) oder einem Ereignis widersprüchliche Emotionen gelten (Ambivalenz). Ein allgemeines Zeichen neurotischer Störungen liegt darin, daß die Betroffenen ihren Gefühlen nicht trauen können, daß die Emotionen ihnen also „falsche“ Werte über ihr Leben liefern und somit desorientierend wirken. Sie sind dann gezwungen, ihre Entscheidungen in stärkerem Maße durch rationale Erwägungen unter Ausblendung der Gefühle zu treffen. Verminderung von Spontaneität, emotionaler Bezogenheit, Authentizität und emotionaler Präsenz sind die Folgen.

5. Zentrale Themen der emotionalen und psychopathologischen Entwicklung

Bindungsentwicklung

Familiäre und soziale Bindungen sind Beziehungen, die mit intensiven und vor allem langfristig wirksamen Emotionen ausgestattet sind. Bindungen existieren in allen Altersstufen, wobei die emotionalen Qualitäten der eigentlich bindenden Gefühle über die Biographie hinweg relativ gleich bleiben, trotz der großen Unterschiede im Bindungsverhalten und in den kognitiven Repräsentanten von Bindungen. Die Fähigkeit, Bindungen einzugehen und aufrechtzuerhalten, Autonomie und Bindung auszubalancieren, Distanz trotz Bindung auszuhalten und obsolet gewordene Bindungen aufzulösen, sind wichtige Fähigkeiten, die von der erwachsenen Persönlichkeit erwartet werden. Psychotherapie hat viel mit der Regulierung von Bindungen und der Auflösung von Bindungsstörungen zu tun. In der Psychotherapie wird in der Regel selbst eine Bindung herbeigeführt oder zugelassen (Übertragung), die alle Anzeichen der Wiederholung kindlicher Beziehungs- und Bindungsformen besitzt, wobei gerade die problematischen, aber auch die versäumten Elemente früherer Bindungen wiederholt werden.

Bindungen lassen sich von unterschiedlichen Seiten, so von ihrer kognitiven Steuerung oder den sozialen und familienbezogenen Komponenten her untersuchen. Zwei unterschiedliche emotionale Mechanismen liegen Bindungen zugrunde. Der erste ist emotional-positiver Natur und eng mit der Emotion Freude verbunden. Dieser

Mechanismus bewirkt, daß die Nähe einer Bindungsperson mit angenehmen Gefühlen gratifiziert wird. Der zweite ist emotional-negativer Natur und eng mit den Emotionen Kummer und (Trennungs-) Angst verbunden (Averill 1968, 1979). Er wirkt dadurch bindend, daß die Trennung von einer Bindungsperson mit einem unangenehmen Gefühl sanktioniert wird.

Die Untersuchung der Bindungsentwicklung und ihrer Störungen ist das zentrale Anliegen des monumentalen Werks von John Bowlby (1973, 1975, 1976, 1983). Kerngedanke seiner Arbeit ist die Überlegung, daß die Bindungserfahrungen in der Kindheit das Modell sind für die Art des emotionalen Bezugs zu anderen Menschen im späteren Lebensalter. Ein wichtiges Ergebnis der Forschung, die Bowlbys Tradition entstammt, liegt in dem Nachweis, daß die Bindungsentwicklung mit der Geburt beginnt, und daß in den ersten acht Monaten wesentliche Grundlagen für die weitere Bindungsentwicklung gelegt werden. Betrachtet man in einer standardisierten Untersuchungssituation, wie einjährige Kinder in einer für sie fremden Umgebung sich von der Mutter trennen und sich ihr wieder zuwenden, kann man charakteristisches, über den Zeitraum vieler Jahre hinweg stabiles Bindungsverhalten des Kindes beobachten. Ainsworth und Mitarbeiter (1978), die diese Untersuchungstechnik entwickelten, unterschieden Kinder mit sicherer Bindung von solchen mit unsicher-ambivalenter und unsicher-vermeidender Bindungsqualität. Sie fanden, daß die Bindungsqualität mit der Art der Zuwendung der Mutter im ersten Lebensjahr korrespondiert. Mütterliche Zugewandtheit, emotionale Verfügbarkeit und Sensibilität scheinen dabei die wichtigsten Faktoren zu sein, die zu sicherem Bindungsverhalten führen (vgl. auch Grossmann 1984; Grossmann & Grossmann 1985; Grossmann et al. 1986). Längsschnittuntersuchungen haben ergeben, daß unsichere Bindung mit späteren Entwicklungsproblemen korrespondieren (z.B. Sroufe 1979a, 1983; Lewis et al. 1984). Die klinische Erfahrung legt nahe, daß die Bindungsqualität eine Variable ist, die bis ins Erwachsenenalter stabil ist. Darüber gibt es allerdings bisher keine empirische Information.

Bindungen machen Menschen vor allem dadurch verletzlich, daß sie auf die Präsenz, Zuwendung und Wertschätzung der Bindungsperson angewiesen sind und bei Trennung von oder Konflikt mit dieser Person leiden. Probleme der Bindungsentwicklung ergeben sich (siehe z.B. Rutter 1978; Kruse 1991) aus (a) emotionalen Defiziten, vor allem an Freude, Zuwendung, familiärer Geborgenheit wie

bei Kindern, die ohne Eltern oder im Heim aufwachsen, (b) traumatischen Trennungserfahrungen wie plötzlicher Verlust der Familie oder Tod der Eltern, (c) kumulativen Trennungserfahrungen, die die Emotion Kummer beständig stimulieren, wie bei distanzierendem Familienklima, Ablehnung durch die Eltern oder Vernachlässigung und (d) konflikthaften Scheidungen oder Familienauflösungen, in denen emotionale Sicherheiten und rationale Gewißheiten im familiären Zusammenleben zerstört werden. Bindungsstörungen drücken sich subjektiv primär als Verlassenheitsgefühle (Kummer) aus und haben zur Folge, daß das Vertrauen in soziale Bindungen gestört und die Intensitätsregulation der Bindungsgefühle beeinträchtigt ist. Bindungsstörungen können sich (a) in dem überstarken Bedürfnis nach Nähe, (b) in der Unfähigkeit, Nähe zuzulassen und starken Ängsten vor Bindungen, (c) in der Unfähigkeit, Trennung zu tolerieren und (d) in der Tendenz, Bindungen plötzlich abzubrechen ausdrücken.

Selbstwertentwicklung

Selbstwert ist ein fundamentaler Bereich der emotionalen Entwicklung mit großer Bedeutung sowohl für die Persönlichkeits- als auch die Neurosenentwicklung. Trotz dieser großen Bedeutung bleiben die Begriffe „Selbstwert“ und „Selbstwertgefühl“ seltsam unscharf. In der englischen Literatur wird Selbstwertgefühl vorwiegend unter dem Begriff *self esteem* (z.B. *Coopersmith* 1967; *Bednar et al.* 1989) behandelt, in der Psychoanalyse unter dem Namen *Narzißmus* (z.B. *Kohut* 1973, 1977), in der deutschen Literatur als *Selbstwertgefühl* (z.B. *Kruse* 1985, 1986, 1991). Selbstwert hat eine emotionale Seite, die eng mit dem Erleben von Erfolg/Mißerfolg und von Über-/Unterlegenheit verbunden ist, und eine kognitive Seite, die mit Selbstbildern, Selbstkonzepten sowie Leistungs- und Gütemaßstäben für das eigene Handeln zusammenhängt. Zum ersten Auftreten des Selbstwertgefühls gibt es nur eine Beobachtung von *Heckhausen* (1985), der das Alter von eineinhalb Jahren als kritischen Zeitpunkt nennt, wobei zunächst das positive und mit einem halben Jahr Verzögerung das negative Selbstwertgefühl zu beobachten ist.

Coopersmith (1967) formuliert vier Bedingungen als Voraussetzung einer gelungenen Selbstwertentwicklung: (1) eine respektvolle und akzeptierende Behandlung des Kindes in seiner Familie, (2)

Erfolg im Leben, (3) realistische und flexible Wertvorstellungen und (4) die Fähigkeit, den eigenen Selbstwert gegen Abwertung und Mißerfolg zu verteidigen. Eine andere Voraussetzung scheint eine sichere Bindung in der Kleinkindphase zu sein; es gibt Hinweise darauf, daß die Selbstwertentwicklung erschwert ist, wenn die Elternbindung eines Kindes unsicher ist (*Murphy & Moriarty 1976; Sroufe 1983; Rutter 1987*). Umgekehrt dürfte eine gelungene Selbstwertentwicklung selbst ein wichtiger protektiver Faktor sein, der die Auseinandersetzung mit Stressoren erleichtert und das Risiko mindert, psychische Störungen zu entwickeln (*Murphy & Moriarty 1976*).

Beeinträchtigungen der Selbstwertentwicklung können viele Ursachen haben, und Menschen bleiben lebenslang in ihrem Selbstwert verletzlich. Es ist eine wichtige Lebensaufgabe des Erwachsenwerdens, ein rundes und stabiles Selbstwelterleben zu erreichen. Typische Verletzungen des Selbstwertes resultieren z.B. aus (a) Ablehnung und Vernachlässigung in der Familie oder Herabsetzung eines Kindes gegenüber seinen Geschwistern (vgl. *Kruse 1991*), (b) einer Karriere von Mißerfolg und Versagen in der Schule (*Garmezy 1986*), (c) Viktimisierungen durch sexuellen Mißbrauch, Mißhandlungen oder Gewalttaten (z.B. *Jehu 1988; Martin & Breezeley 1976, 1977*), Stigmatisierungen durch Diskriminierung, soziale Ausgrenzung, Krankheit oder Behinderung (vgl. *Kruse 1991, 242 ff.*) und (d) Verlusterfahrungen und Scheidung in der Familie (*Garmezy 1986*).

Intimitätsentwicklung

Intimität ist eine Form sozialer Nähe, die immer mit dem Risiko emotionaler Verletzung verbunden ist. Erst in letzter Zeit ist Intimität überhaupt Gegenstand psychologischer Betrachtung geworden (vgl. z.B. *Fisher & Sticker 1983*). Dabei wird Intimität in der Regel mit dem Begriff „Nähe“ gleichgesetzt; es scheint mir aber sinnvoller, den Begriff *Intimität* auf Beziehungsformen einzugrenzen, in denen sexuelle Gefühle eingeschlossen sind. Die Eltern-Kind-Beziehung wäre damit durch Nähe, nicht aber Intimität gekennzeichnet.

Der Begriff *Intimität* trägt aber gleichwohl der Tatsache Rechnung, daß sexuelle Beziehungen in der Regel mit einer emotionalen Öffnung, mit Nähe und Gefühlen der Verbundenheit gegenüber

dem Partner verknüpft sind. Sexualität kann auch unter Ausschluß dieser Nähe (d.h. ohne Intimität) erfolgen, wie bei der Prostitution oder gewaltsamem Sex. Intimität ist also mehr als Sexualität und erfordert wechselseitiges Vertrauen, offenen Kontakt und emotionalen Austausch.

Intimität ist auch eine Bezeichnung für eine bestimmte Art des Selbstbezuges; intim nennen wir Körperteile, Gedanken, Empfindungen, die wir nicht mit der Öffentlichkeit teilen. Dabei scheint die Preisgabe von Intimem eng mit Scham verbunden zu sein. Jede Person entwickelt eine Art von Schutzraum um ihren eigenen Körper, ihre persönlichen Gedanken und Empfindungen und schützt diesen Raum vor dem Eindringen Unbefugter.

Die Intimitätsentwicklung hat ihre frühesten Wurzeln in der Entwicklung sexueller Gefühle und dem Entstehen einer keimhaften sexuellen Identität im zweiten und dritten Lebensjahr. Allerdings scheint das Schamgefühl erst zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr entwickelt zu sein. Wenn Kinder in diesem Zeitraum plötzlich beginnen, sich ihrer Nacktheit zu schämen, ist das ein Zeichen dafür, daß das Schamgefühl und damit ein Gefühl für Intimität entwickelt ist. Die Fähigkeit zu befriedigender Intimität erfordert die Koordination komplexer emotionaler Bezüge, die mit Sehnsüchten und Bedürfnissen, mit sexueller Lust und Bindungsgefühlen, mit Selbstwert-, Schuld- und Schamgefühlen verbunden sein können. Sie zu erreichen ist eine wichtige Lebensaufgabe, deren Lösung wiederum Voraussetzung für eine befriedigende Partnerbeziehung ist. Intimität ist zwar nicht identisch mit sozialer Bindung, scheint jedoch einigermaßen regelmäßig zu Bindungen zu führen.

Frauen wie Männer sind in ihrer Intimität lebenslang besonders verletzlich, wie die Folgen von Vergewaltigungen zeigen (vgl. z.B. *Burgess & Holmstrom 1974a, 1979a, b, 1980; Katz & Masur 1979*). Störungen der Intimitätsentwicklung entstehen meist als Folge eines unerwünschten Übertretens von Scham- oder Intimitätsgrenzen. Sexueller Mißbrauch hat sich als einer der gravierendsten neurotogenen Stressoren der Kindheit herausgestellt. Sexueller Mißbrauch, zumal in der Familie des Kindes, führt zu einer verfrühten Konfrontation des Kindes mit der erwachsenen Sexualität, auf die es noch nicht vorbereitet ist. Sexueller Mißbrauch verändert die emotionale Welt des Kindes dramatisch. Angst-, Haß-, Rivalitäts-, Eifersuchts-, Triumph- und Minderwertigkeitsgefühle von schwer vorstellbarer

Intensität können in seine Welt einbrechen. Das Vertrauen zur Familie wird gestört, Selbstwert- und Bindungsprobleme belasten das Kind. Grenzüberschreitungen, die den Intimbereich des Kindes verletzen, können langsam und subtil oder gewaltsam und überfallartig stattfinden. Ein Kernpunkt in der Symptomatik von sexuellem Mißbrauch bleibt der beeinträchtigte Bezug zur Intimität, was sich in sexuellen Störungen, Abneigung gegen Körperlichkeit, fehlendes Vertrauen in intime Bindungen, Schuld- und Schamgefühle und Geschlechtsrollenunsicherheit ausdrücken kann.

Moralische Entwicklung

Die moralische Entwicklung ist ein weiterer Bereich der emotionalen Sozialisation, der große Bedeutung für die Entstehung psychischer Probleme besitzt. Die kognitive Seite der moralischen Entwicklung ist von *Kohlberg* (1976) als Sequenz von Stadien abstrakter werdender moralischer Urteilsfähigkeit beschrieben worden. Die emotionale Seite wird vor allem durch Gefühle bestimmt, die mit Schuld und Scham assoziiert sind. Schuld und Scham sind die Emotionen, die sich als letzte in der Entwicklung zeigen. Sie sind erst zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr in das Verhalten integriert.

Die Entwicklung von Moral und Gewissen ist ein wichtiger Verbindungspunkt zwischen Individuum und sozialer Umwelt. Das Gewissen verkörpert moralische Normen und Werte, in denen sich das Individuum seiner sozialen Umwelt und – in den höheren Stadien der moralischen Entwicklung – auch sich selbst verpflichtet fühlt. Das Gewissen umfaßt dabei die moralischen Elemente, deren Verletzung das Individuum tatsächlich mit Schuldgefühlen beantwortet. Schuldgefühl kann sozial mißbilligtes, unmoralisches Verhalten effektiv hemmen; es verkörpert eine Form der Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft und ist damit im Kern altruistisch.

Die Entwicklung von Scham – verwandte Konzepte sind Peinlichkeit (*Edelman* 1987), Schüchternheit (*Zimbardo* 1977; *Buss* 1986) und Narzißmus (z.B. *Nathanson* 1987) – ist eng mit der Entstehung von Selbstbewußtheit und Selbstaufmerksamkeit verbunden. Scham ist – wie im Abschnitt über Intimität bereits gesagt – eine unmittelbare Reaktion auf die Verletzung von Intimität und ist eng mit der Entwicklung eines Körpergefühls und der Sexualität verbunden.

Auch intime Gefühle und Gedanken werden durch Scham vor offener Kommunikation bewahrt, so daß die Entwicklung der Emotionalität selbst durch starke Schamgefühle beeinträchtigt sein kann. Ohne Schamgefühl wären Menschen „schamlos“; es gäbe keine Heimlichkeit, keine Intimität, kein Verstecken des Körpers, keine Prüderie, keine Distanz zu anderen Menschen usw.

Die moralische Entwicklung erfordert differenzierte kognitive Strukturen, die helfen, zwischen unterschiedlichen Rechtsgütern, moralischen Normen und Loyalitäten, denen ein Individuum ausgesetzt ist, zu vermitteln. Es ist eine wichtige Lebensaufgabe, zu einer konsistenten Moral zu finden, die in sich hierarchisch organisiert ist, die differenzierte Loyalitäten besitzt (und z.B. zwischen den Loyalitäten zu Familie, Beruf, Nation, ideologischer Verpflichtung, Religion usw. unterscheiden kann) und die genug Spielraum für eigene Interessenspositionen läßt.

Die wichtigsten Ursachen moralischer Störungen liegen in einer zu starken Beanspruchung der Emotionen Schuld- und Schamgefühl in der Kindheit, wie das z.B. exemplarisch bei vielen Formen sexuellen Mißbrauchs der Fall ist. Mißbrauchte Kinder verletzen nach ihrem eigenen Empfinden wichtige Loyalitäten in der Familie; ihr Gefühl, etwas Verbotenes zu tun, kann schockartige Schuldgefühle hervorrufen, die eine Relativierung der Geschehnisse verhindern. Antizipierte moralische Verurteilung kann zu extremer Scham führen. Viele Formen sexuellen Mißbrauchs verlaufen deshalb traumatisch. Gewissensstörungen finden sich oft im Gefolge von Inzest. Sie können aber auch als Folge aggressiver Handlungen (oder Phantasien) in der Kindheit und deren Hemmung durch Schuld auftreten.

Aggressionsentwicklung

Aggressivität ist eine wichtige Entwicklungsressource für jeden Menschen, aber auch ebenso oft eine Ursache von Konflikt. Aggression kann in zweifacher Hinsicht Ausgangspunkt psychischer Fehlentwicklungen sein: Erstens dadurch, daß sie gehemmt oder blockiert und das mit ihr verbundene Entwicklungspotential eingeschränkt ist, und zweitens dadurch, daß sie im „Emotionshaushalt“ einer Person einen zu großen Raum einnimmt und so zu hyperaggressivem, unsozialem oder selbstschädigendem Verhalten führt.

Eine Besinnung auf die emotionstheoretischen Wurzeln der Aggressivität kann helfen, ihre Determinanten besser zu verstehen. Erst nach langen Kontroversen darüber, ob Aggression ein Trieb oder gelerntes Verhalten sei, hat die Aggressionsforschung neue Impulse erhalten, indem sie sich auf die Emotion Ärger zu beziehen begann. Ärger ist dabei nicht gleichzusetzen mit Aggression; Ärger ist nur das emotionale Substrat des Phänomens Aggression, das keineswegs zwingend mit Feindseligkeit oder Aggression verbunden ist (Izard 1991, 247). Funktionen des Ärgers liegen darin, Verhalten zu energetisieren und die Reaktionsstärke zu intensivieren, Verhalten zu unterbrechen und das Verhalten aktiv auf ein interferierendes Ereignis zu lenken, negative Gefühle zu kommunizieren, das Selbst zu verteidigen und Ereignisse als Provokationen zu diskriminieren (Novaco 1975). Neben all diesem liegt eine weitere Funktion des Ärgers darin, als Auslöser für Aggression zu dienen.

Ärger ist wenige Wochen nach der Geburt als Emotion präsent; sicher läßt sich Ärger bei fünfmonatigen Säuglingen aus dem Gesicht ablesen (Izard & Buechler 1979) und bei siebenmonatigen Säuglingen durch Frustrationsexperimente auslösen (Stenberg et al. 1983). Im gleichen Alter kann man aggressiven Protest auch als Folge von Trennungen beobachten (Bowlby 1976, 1983). Im zweiten Lebensjahr tritt Ärger vor allem in Form von Trotzreaktionen auf. Trotz ist eine ungelernete, spontan auftretende Handlung mit einer relativ komplexen, charakteristischen Form. Kein Baby muß lernen, wie man einen Trotzanfall bekommt; es muß ihn auch nicht üben oder von anderen imitieren (Hebb 1972). Auch bei Schimpansenkindern finden sich Trotzanfälle von ähnlicher Form (Hamburg & Lawick-Goodall 1978). Trotz tritt vorwiegend dann auf, wenn Erwachsene den Intentionen des Kindes entgegenhandeln und seine Eigenständigkeit einschränken (Kemmler 1957). Trotz ist also eine wichtige Quelle der Selbstbehauptung.

Kinder zeigen im zweiten Lebensjahr ein hohes Niveau an aggressivem Verhalten, das im Lauf der Entwicklung in seiner Auftrenshäufigkeit abnimmt (Goodenough 1931; Cairns 1979). Aggressives Verhalten muß also im Lauf der Entwicklung *verlernt* werden. Es kann sich verfestigen, wenn die Eltern dem Kind keine Alternativen zur Durchsetzung seiner Intentionen vermitteln (vgl. Morton 1987). Wenn sich aggressives Verhalten früh verfestigt, bleibt es lange Zeit ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal (Olweus 1979, 1984) und hat prädiktiven Wert für späteres antisoziales und delinquentes

Verhalten (Loeber & Dishon 1983; Loeber et al. 1984). Verantwortlich für die Verfestigung aggressiven Verhaltens sind dabei offensichtlich drei Variablen: (1) Toleranz gegenüber der Aggression des Kindes, (2) negative Einstellung der Mutter gegenüber dem Kind und (3) Bestrafung und machtorientierte Erziehung (McCord et al. 1961; Olweus 1980, 1984).

Beeinträchtigungen der Ärgerentwicklung können zu Störungen im Bereich der Aggressivität führen. Ein Übermaß an Ärger tritt bei Kindern als Hyperaggressivität, bei Jugendlichen eher als soziale Störung mit asozialem Verhalten oder Kriminalität auf. Die umgekehrte Aggressionsstörung ist die Unfähigkeit, sich zu behaupten oder durchzusetzen. Sie beruht auf einer Blockade oder Abwehr aggressiver Impulse, wobei oft Schuldgefühle das Moment sind, das die Emotion Ärger blockiert.

Angstentwicklung

Angst – der Begriff Furcht wird hier synonym verwendet – hat insofern eine Sonderstellung in der Psychopathologie, als sie in fast allen Formen psychischer Störungen involviert ist. Die klinisch-psychologische Forschung hat sich deshalb auch lange Zeit fast nur auf Angst bezogen und dabei die anderen Emotionen vernachlässigt. Angst ist von ihrer Funktion her ein generelles, inneres Warnsignal, dessen Auftreten eine potentielle Schädigung oder Gefahr anzeigt. Was psychisch „Gefahr“ bedeutet, ist allerdings auch emotional bestimmt. Gefährlich für ein Kind ist das, was seine negativen Gefühle ansprechen kann. Angst schützt so vor der Wirkung der anderen negativen Emotionen. Angst kann Schuld-, Scham- oder Versagensgefühlen vorbeugen. Angst tritt dabei auf, bevor wir in eine Situation kommen können, in der wir uns z.B. schämen müßten. Es ist im klinischen Kontext immer angezeigt, bei vorliegenden Ängsten zu untersuchen, ob ihnen nicht ein anderes emotionales Problem zugrunde liegt.

Angst hat aber auch eine eigene Entwicklungsgeschichte und es gibt genuine Angst-Störungen. Um den 6. bis 8. Monat treten drei Arten von Ängsten auf. *Fremdenfurcht* oder Acht-Monatsangst ist eine spontan auftretende Abneigung gegen fremde Personen, die Kinder dazu veranlaßt, nach kurzem, aufmerksamen Abtasten eines fremden Gesichtes mit den Augen unvermittelt in lautes Weinen

auszubrechen. Die Fremdenfurcht hat sich als universelles Phänomen erwiesen, das bei einem sehr hohen Prozentsatz von Kindern aufzufinden ist (Sroufe 1977; Emde et al. 1976). Kurz nachdem Säuglinge zu krabbeln beginnen, entsteht, zweitens, die *Tiefenfurcht* (Campos et al. 1978). Etwas zeitversetzt zur Fremdenfurcht tritt, drittens, die *Trennungsfurcht* auf. Kinder zeigen einen bekümmerten Gesichtsausdruck, fangen an zu weinen oder versuchen zu folgen, wenn sie von der Mutter verlassen werden (Stayton et al. 1973). Nicht ganz klar ist jedoch, ob es sich dabei tatsächlich um eine Furcht- und nicht eine Kummer-Reaktion handelt. Das Weinen als typischer Ausdruck von Kummer legt diese Interpretation nahe.

Kinder haben ein relativ hohes Niveau an Angst (Gittelman 1985) und nennen auf Nachfragen z.B. Ängste vor Hunden, Schlangen, dunklen Räumen, aber auch vor Riesen, Hexen, Monstern, Leichen usw. (vgl. Kruse 1991, 100). Unklar ist, wieweit diese normalen Kindheitsängste mit Angst-Störungen korrelieren. Aufgrund der engen Verwobenheit von Ängsten mit anderen Emotionen ist eine klare Klassifikation von Angst-Störungen zur Zeit nicht möglich, so daß nachfolgend nur einige Anhaltspunkte gegeben werden können. *Ängstlichkeit und Schüchternheit* sind weit verbreitete Phänomene und entstehen wahrscheinlich als Verbindung von Angst- und Schamgefühlen (Buss 1986a, b; Leary 1986). *Trennungsangst* kann sich als Folge von Elternverlust oder Familienauflösung verselbständigen und zu einem eigenen Symptombild werden (Gittelman 1985). *Traumatische Angst* ist regelmäßiges Symptom von traumatischen Erfahrungen, insbesondere bei Unfällen, Kriegs- oder Katastrophenerlebnissen, die mit starker Todesbedrohung verbunden sind (Wilson et al. 1985), bei Folterungen und Mißhandlungen sowie bei Gefängnis- und Lagerhaft (Niederland 1968; Matussek 1971), aber auch bei sexuellem Mißbrauch (Herman 1988; Browne & Finkelhor 1986) und Vergewaltigungen (Sutherland & Scherl 1970; Burgess & Holmstrom 1974a, b; Kilpatrick et al. 1979; Katz & Masur 1979; Burge 1983) zu finden.

Schlußbemerkung

Emotionen werden nicht nur von der Entwicklung geprägt, sondern sie organisieren selbst die Entwicklung. Entsprechend ist die Entstehung psychischer Störungen nicht allein von den Wirkungen der

sozialen Umwelt auf das Kind zu verstehen, sondern nur dann, wenn man auch das einbezieht, was das Kind als Emotionalität auf die Welt mitbringt. Emotionen sind eine eigenständige Größe des Psychischen und lassen sich nicht auf Kognitives, Triebhaftes oder Soziales reduzieren; sie verlangen nach einer eigenen Entwicklungstheorie.

Eine wesentliche Erfahrung, die viele angehende Psychotherapeut/inn/en machen, liegt darin, den emotionalen Äußerungen ihrer Klientel trauen zu lernen. Sehr viel mehr als die rationalen Erwägungen zeigen die Gefühle den Weg zu den problematischen Bereichen, mit denen eine psychotherapeutische Auseinandersetzung gewinnbringend ist. Was allerdings bisher fehlt, ist eine entsprechende Theorie, die die emotionale Entwicklung nachzeichnet und mit der Entstehung psychischer Störungen in Beziehung setzt.

Ich habe versucht, plausibel zu machen, daß mit den einzelnen Emotionen auch Bereiche primärer emotionaler Verletzlichkeit existieren, und habe Arten von kritischen Ereignissen beschrieben, die die emotionale Entwicklung beeinträchtigen können, ebenso wie die Folgen, die diese Beeinträchtigungen für die emotionale Entwicklung haben können. Schließlich habe ich die wichtigsten thematischen Bereiche dargestellt, in denen sich emotionale Probleme finden lassen. Ich hoffe, daß dieser Ansatz helfen kann, die psychotherapeutische Aufarbeitung der emotionalen Entwicklung zu effektivieren.

Literatur

- Achenbach, T.M. (1982). *Developmental psychopathology* (2. ed.). New York: Wiley.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C. Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- APA (1987): *Diagnostic criteria from DSM III R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Averill, J.R. (1968). Grief: Its nature and significance. *Psychological Bulletin*, 70, 721-748.
- Averill, J.R. (1979). The functions of grief. In: C.E. Izard (ed.), *Emotions in personality and psychopathology*, (S. 339-368). New York: Plenum Press.
- Averill, J.R. & Nunley, E.P. (1992). *Voyages of the heart*. New York: The Free Press.
- Barrett, K.C. & Campos, J.J. (1987). Perspectives of emotional development II: A functional approach to emotions. In: J. Osofski (ed.), *Handbook of infant development* (2. ed.) (S. 555-578). New York: Wiley.
- Bednar, R.L., Wells, M.G. & Peterson, S.R. (1989). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington, D.C.: APA

- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung: Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1983). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Brenner, C. (1986). *Elemente des seelischen Konflikts*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Burge, S.K. (1983). Rape: Individual and family reactions. In: C.R. Figley & H.J. McCubbin (eds.), *Stress and the family, vol. II: Coping with catastrophe*, (S. 103-119). New York: Brunner/Mazel.
- Burgess, A.W. & Holmstrom, L.L. (1974a). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Burgess, A.W. & Holmstrom, L.L. (1974b). Rape: Victims of crisis. Bowie, Md.: Rovers J. Brady Co.
- Burgess, A.W. & Holmstrom, L.L. (1979a). Rape: Sexual disruption and recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 648-657.
- Burgess, A.W. & Holmstrom, L.L. (1979b). Adaptive strategies in recovery from rape. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1278-1282.
- Buss, A.H. (1986). Two kinds of shyness. In R.A. Schwarzer (ed.), *Self-related cognitions in anxiety and motivation*, (S. 65-76). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Cairns, R.B. (1979). *Social Development: The origins and plasticity of interchanges*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Campos, J.J., Hiatt, S., Ramsay, D., Henderson, C. & Svejda, M. (1978). The emergence of fear in the visual cliff. In M. Lewis & L.A. Rosenblum (eds.), *The development of affect* (S. 149-182). New York: Plenum Press.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Dohrenwendt, B.P. (1979). Stressful life events and psychopathology. In J.E. Barrett, R.M. Rose & G. Klerman (eds.), *Stress and mental disorder* (S. 1-15). New York: Raven Press.
- Donaldson, M.A. & Gardner, R. (1985). Diagnosis and treatment of traumatic stress among women after childhood incest. In C.R. Figley (ed.), *Trauma and its wake* (S. 356-377). New York: Brunner/Mazel.
- Dunn, J. & Kendrick, C. (1980). The arrival of a sibling: Changes in patterns of interaction between mother and first-born child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 119-132.
- Dunn, J., Kendrick, C. & McNamee, R. (1981). The reaction of first-born children to the birth of a sibling: Mother's reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 1-18.
- Edelman, R.J. (1987). *The psychology of embarrassment*. Chichester: Wiley.
- Ekman, P. (1988). *Gesichtsausdruck und Gefühl*. Paderborn: Junfermann.
- Ekman, P. & Friesen, W.V. (1969 a). The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage and coding. *Semiotica*, 1, 49-98.
- Ekman, P., Friesen, W.V. & Ellsworth, P.C. (1982). What are the similarities and differences in facial behavior across cultures? In: P. Ekman (ed.), *Emotion in the human face* (2. ed.) (S. 128-143). Cambridge: Cambridge University Press.

- Emde, R.N. (1980). Levels of meaning for infant emotions: A biosocial view. In W.A. Collins (ed.), *Development of cognition, affect and social relations*. Minnesota symposia on child psychology, vol. 13 (S. 1-37). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Emde, R.N., Gaensbauer, T.J. & Harmon, R.J. (1976). *Emotional expression in infancy*. New York: International Universities Press.
- Epstein, S. (1982). Conflict and stress. In L. Goldberger & Brezniz (eds.), *Handbook of stress* (S. 49-68). New York: The Free Press.
- Fenichel, O. (1980). *Psychoanalytische Neurosenlehre* (2. Aufl.). Freiburg i.Br.: Walter-Verlag.
- Field, T.M. & Walden, T.A. (1982). Production and perception of facial expressions in infancy and early childhood. In H.W. Reese & L.P. Lipsitt (eds.), *Advances in child development and behavior* (S. 272-312). New York: Academic Press.
- Figley, C.R. (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans. Theory, research, treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1985). *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- Fischer, M. & Sticker, G. (eds) (1983). *Intimacy*. New York: Plenum Press.
- Fischer, K.W., Shaver, P.R. & Carnochan, P. (1990). How emotions develop and how they organise development. *Cognition and Emotion* 4, 1990, 81-127
- Garnezy, N. (1986). Developmental aspects of children's responses to the stress of separation and loss. In M. Rutter, C.E. Izard & P.B. Read (eds.), *Depression in young people*, (S. 297-323). New York: Guilford Press.
- Gittelman, R. (1985). Anxiety disorders in children. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child psychology*, vol 8 (S. 53-79). New York: Plenum
- Gleser, G.C., Green, L. & Winget, C. (1981). *Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek*. New York: Academic Press.
- Goodenough, F.L. (1931). *Anger in young children*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Greenspan, S. & Greenspan, N.T. (1985). *First Feelings: Milestones in the emotional development of your baby and child*. New York: Viking.
- Grinker, R.R. & Spiegel, J.P. (1945a). *Men under stress*. London: J. & A. Churchill Ltd.
- Grinker, R.R. & Spiegel, J.P. (1945b). *War neuroses*. Philadelphia: The Blakiston Company.
- Grossmann, K.E. (1984). Die Ontogenese kindlicher Zuwendung gegenüber Bezugspersonen und gegenüber Dingen. In C. Eggers (Hrsg.), *Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind* (S. 121-154). München: Urban & Schwarzenberg.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (1985). Maternal sensitivity and newborn's orienting responses as related to quality of attachment in Northern Germany. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 33-250.
- Grossmann, K.E., Grossmann, K. & Schwan, A. (1986). Capturing the wider view of attachment: A reanalysis of Ainsworth's strange situation. In C.E. Izard & P.B. Read (eds.), *Measuring emotions in infants and children*, vol. II. (S. 124-171). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hamburg, D.A. & Lawick-Goodall, J.v. (1978). Factors facilitating development of aggressive behavior in chimpanzees and humans. In W.W. Hartup & J.d. Wit (eds.), *Origins of aggression* (S. 57-83). Den Haag: Mouton Publishers.
- Hebb, D.O. (1972). *Textbook of psychology*. Philadelphia: Saunders.
- Heckhausen, H. (1985). Emotionen im Leistungsverhalten aus ontogenetischer Sicht. In C. Eggers (Hrsg.), *Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter* (S. 95-132). Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.

- Heinicke, C.M. & Westheimer, J. (1966). *Brief Separations*. New York: International Universities Press.
- Herman, J. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge: Harvard University Press.
- Herman, J.L. (1988). *Father-daughter incest*. In F.M. Ochberg (ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence* (S. 175-195). New York: Brunner/Mazel.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndroms* (2. ed.). New York: Jason Aronson.
- Izard, C.E. (1979). *The maximally discriminative facial movement coding system (Max)*. Newark, Del.: Instructional Resources Center, University of Delaware.
- Izard, C.E. (1981). *Die Emotionen des Menschen*. Weinheim: Beltz.
- Izard, C.E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C.E. & Buechler, S. (1979). *Emotion expressions and personality integration in infancy*. In C.E. Izard (ed.), *Emotion in personality and psychopathology* (S. 445-472). New York: Plenum Press.
- Jehu, D. (1988). *Beyond sexual abuse*. Chichester: Wiley.
- Kagan, J. (1987). *Die Natur des Kindes*. München: Piper
- Katz, S. & Masur, M.A. (1979). *Understanding the rape victim: A synthesis of research findings*. New York: Wiley.
- Kazdin, A.E. (1989). *Developmental psychopathology. Current research, issues and directions*. *American Psychologist*, 44, 180-187.
- Kemmler, L. (1957). *Untersuchung über den frühkindlichen Trotz*. *Psychologische Forschung*, 25, 279-338.
- Kempe, R.S. & Kempe, C.H. (1980). *Kindesmißhandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kendrick, C. & Dunn, J. (1980). *Caring for a second child: Effects on the interaction between mother and first-born*. *Developmental Psychology*, 16, 303-311.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. & Resick, P.A. (1979). *The aftermath of rape: Recent empirical findings*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 658-669.
- Kleinginna, P.R. & Kleinginna, A.M. (1981). *A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition*. *Motivation and Emotion*, 5, 345-355.
- Kohlberg, L. (1976). *Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach*. In T. Lickona (ed.), *Moral development and behavior* (S. 152-187). New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Kohut, H. (1973). *Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- v.d. Kolk, B. & Kadish, W. (1987). *Amnesia, dissociation, and the return of the repressed*. In B. v.d. Kolk (ed.), *Psychological trauma* (S. 173-190). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Krause, R. (1988). *Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der „frühen Störungen“*. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 38, 77-86.
- Krause, R. (1990). *Zur Psychodynamik der Emotionsstörungen*. In K.R. Scherer (Hrsg.), *Psychologie der Emotion*, Bd. C/IV/3, *Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, O. (1985). *Emotionsdynamik und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Kruse, O. (1986). *Emotionstheoretische Erklärungsansätze in der Psychotherapie*. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 18, 454-475.
- Kruse, O. (1991). *Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung*. Stuttgart: Enke.
- Krystal, H. (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

- Lazarus, R.S. (1975). The self-regulation of emotion. In L. Levi (ed.), *Emotions: Their parameters and measurement*, (S. 47-67). New York: Raven Press.
- Lazarus, R.S. (1981). Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*, (S. 198-232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lazarus, R.S. (1986). The psychology of stress and coping. In C.D. Spielberger & I.G. Sarason (eds.), *The psychology of stress and anxiety*, vol.10 (S. 399-418). Washington: Hemisphere Publishing.
- Lewis, M. & Michalson, L. (1982). The socialization of emotions. In T. Field & A. Fogel (eds.), *Emotion and early interaction*, (S. 189-212). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Lewis, M. & Michalson, L. (1983). *Children's emotions and moods: Developmental theory and measurement*. New York: Plenum Press.
- Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C., & Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six-year-olds from early social relations. *Child Development* 55, 123-136.
- Loeber, R. & Dishion, T.J. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.
- Loeber, R., Dishion, T.J. & Patterson, G.R. (1984). Multiple gating: A multistage assessment procedure for identifying youth at risk for delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 21, 7-32.
- Martin, H.P. & Breezeley, P. (1976). Personality of abused children. In H.P. Martin & C.H. Kempe (eds.), *The abused child*, (S. 105-112). Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Martin, H.P. & Breezeley, P. (1977). Behavioral observations of abused children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 373-387.
- Matussek, P. (1975). *Internment in concentration camps and its consequences*. Berlin: Springer.
- Mayhull, P.M. & Norgard, K.E. (1983). *Child abuse and neglect*. New York: Wiley.
- McCord, W., McCord, J. & Howard, A. (1961). Familial correlates of aggression in nondelinquent male children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 79-93.
- Morton, T. (1987). Childhood aggression in the context of family interaction. In D.H. Crowell, I.M. Evans & L.R. O'Donnell (eds.), *Childhood aggression and violence*, (S. 117-158). New York: Plenum Press.
- Murphy, L.B. & Moriarty, A.E. (1976). *Vulnerability, coping and growth*. New Haven: Yale University Press.
- Nathanson, D.L. (1987). A timetable for shame. In D.L. Nathanson (ed.), *The many faces of shame*, (S. 1-63). New York: Guilford Press.
- Niederland, W.G. (1968). Clinical observations on the survivor syndrome. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 313-315.
- Nitsch, J.R. (1981). Streßtheoretische Modellvorstellungen. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. (S. 52-140). Bern: Huber.
- Noam, G. & Kegan, R. (1982). Soziale Kognition und Psychodynamik: Auf dem Weg zu einer klinischen Entwicklungspsychologie. In W. Edelstein & M. Keller (Hrsg.), *Perspektivität und Integration* (S. 422-460). Frankfurt: Suhrkamp.
- Novaco, R.W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, M.A.: Lexington Books.
- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660.

- Olweus, D. (1984). Development of stable aggressive reaction patterns in males. In R.J. Blanchard & D.C. Blanchard (eds.), *Advances in the study of aggression*, vol. 1, (S. 103-138). London: Academic Press.
- Oster, H. (1978). Facial expression and affect development. In M.Lewis & L.A.Rosenblum (eds.), *The development of affect* (S. 43-75). New York: Plenum Press
- Oster, H. & Ekman, P. (1977). Facial behavior in child development. In: A.Collin (ed.), *Minnesota symposia on child psychology*, vol. 11 (S. 231-276). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum
- Peiper, A. (1963). *Cerebral function in infancy and childhood*. New York: Consultants Bureau.
- de Rivera, J. (1986). Emotions as social relationships. *Motivation and Emotion* 10, 351-369
- Robertson, J. & Robertson, J. (1971). Young children in brief separation: A fresh look. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 264-315.(1962).
- Rutter, M. (1978). Bindung und Trennung in der frühen Kindheit. München: Juventa.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Scarr, S. & Salapatek, P. (1970). Patterns of fear development during infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, 16, 53-90.
- Scherer, K.R. (1981). Wider die Vernachlässigung der Emotionen in der Psychologie. In: W. Michaelis (Hrsg.), Bericht über den 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Zürich 1980, Bd. 1, (S. 304-327). Göttingen: Hogrefe
- Scherer, K.R. (1985). Streß und Emotion: Ein Ausblick. In: K.R.Scherer, H.G. Wallbott, F.J. Tolkmitt & G. Bergmann (Hrsg.), *Die Streßreaktion*, (S. 195-205). Göttingen: Hogrefe
- Scherer, K.R. (1989). Von den Schwierigkeiten im Umgang mit den Emotionen oder: Terminologische Verwirrungen. *Psychologische Rundschau*, 40, 208-216.
- Smith, S.M. (1983). Disaster: Family disruptions in the wake of natural disaster. In C.R. Figley & H.J. McCubbin (eds.), *Stress and the family*, vol. 2: Coping with catastrophe, (S. 120-147). New York: Mazel.
- Sorce, J.F., Emde, R.N., Klinnert, M.D., & Campos, J.J. (1981). Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of one-year-olds. Paper presented at a meeting of the Society for Research in Child Development. Boston, Mass., April 1981.
- Spitz, R.A. (1959). *A genetic field theory of ego formation*. New York: International Universities Press.
- Sroufe, L.A. (1977). Wariness of strangers and the study of infant development. *Child Development*, 48, 731-746.
- Sroufe, L.A. (1979a). The coherence of individual development, early care, attachment, and subsequent developmental issues. *American Psychologist*, 34, 834-841.
- Sroufe, L.A. (1979b). Socioemotional development. In J.D. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development*. (S. 462-516). New York: Wiley.
- Sroufe, L.A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M.Permutter (ed.), *Development and policy concerning children with special needs*. The Minnesota symposia on child development, vol. 16, (S. 41-81). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Sroufe, L.A. (1984). The organization of emotional development. In K. Scherer & P. Ekman (eds.), *Approaches to emotion*, (S. 109-128). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Sroufe, L.A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29

- Stayton, D., Ainsworth, M.S. D. & Main, M. (1973). Development of separation behavior in the first year of life. *Developmental Psychology*, 9, 213-225.
- Steiner, J.E. (1979). Human facial expressions in response to taste and smell stimulation. *Advances in Child Development and Behavior*, 13, 257-295.
- Stenberg, C., Campos, J.J. & Emde, R.N. (1983). Facial expression of anger in seven-month-olds. *Child Development*, 54, 178-184.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Sutherland, S. & Scherl, D.J. (1970). Patterns of response among victims of rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 503-511.
- Terr, L. (1983). Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550.
- Terwogt, M.M. & Olthof, T. (1989). Awareness and self-regulation of emotion in young children. In: C. Saarni & P. Harris (eds.): *Children's understanding of emotion* (S.209-240). Cambridge: Cambridge University Press
- Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness, vol. I. The positive affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S.S. (1963). *Affect, imagery, consciousness, vol. II. The negative affects*. New York: Springer.
- Wilson, J.P., Smith, W.K. & Johnson, S.K. (1985). A comparative analysis of PTSD among various survivor groups. In C.R. Figley (ed.), *Trauma and its wake*, (S. 142-172). New York: Brunner/Mazel.
- Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking. *American Psychologist*, 35, 151-157.
- Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

II. Gefühle und Psycho- therapie – übergreifende, „integrative“ Ansätze

Die Beeinflussung von Emotionen – ein gemeinsamer Nenner für die Psychotherapie

Lilly Kemmler, Paul Mecheril, Theo Schelp

1. Einleitung

Dem Gegenstandsbereich der Emotionen bzw. Gefühle – wir verwenden diese Begriffe synonym – kommt im Rahmen der Psychotherapieforschung nach einer längeren Phase der Vernachlässigung in jüngster Zeit vermehrt Aufmerksamkeit zu (z.B. Greenberg & Safran 1986; Schelp & Kemmler 1988; Lazarus, R. 1991; Kruse 1991; Kemmler, Schelp & Mecheril 1991; Mees 1991). Der vorliegende Aufsatz kann als weiteres Indiz für diese Strömung verstanden werden.

Die Untersuchung von Emotionen in der Psychotherapieforschung ist aus verschiedenen Gründen naheliegend. Emotionale Belastungen sind meistens der Anlaß dafür, daß Klienten professionelle therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. „Es kommt selten vor, daß ein Psychotherapeut Personen befragt, die die Vorgänge in ihrem Unbewußten rekonstruiert haben wollen, die danach streben, sich selbst zu verwirklichen, die lernen möchten, ihre irrationalen Selbstgespräche durch rationale Feststellungen zu ersetzen, oder sich einer Gegenkonditionierung unterziehen wollen. ... Normalerweise suchen Klienten einen Therapeuten auf, weil es ihnen ‚schlecht geht‘. Sie fühlen sich ängstlich, deprimiert, demoralisiert, angespannt, unsicher, sonderbar, unzufrieden, verwirrt“ (Woolfolk 1978, 85)¹. Und das heißt zugleich: Klienten suchen therapeutische Hilfe in der Hoffnung auf, daß ihre Belastungen eine Veränderung erfahren, allgemeiner formuliert, daß ihre Gefühle sich verändern. Vor diesem Hintergrund ist es nicht weiter erstaunlich, daß – wie wir es an anderer Stelle ausführlich dargestellt haben (Kemmler et al. 1991) – der Großteil der Äußerungen von Therapeuten und Klienten in psychotherapeutischen Gesprächen auf Aspekte von Emotionen bezogen sind. Dies ist der Fall unabhängig davon, welcher untersuchten psychotherapeutischen „Schule“ (Psychoanalyse, Rational-Emotive Therapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie) die betrachteten Gespräche zugehörig

sind. Die Thematisierung und der Versuch der Beeinflussung von Emotionen stellt somit eine bedeutsame Gemeinsamkeit im Vorgehen verschiedener Psychotherapieschulen dar. Die Gemeinsamkeiten zwischen den Schulen beschränken sich nicht nur auf den Versuch der Beeinflussung von Emotionen in der Praxis der therapeutischen Interaktion, sondern finden sich auch in den theoretischen Aussagen der Psychotherapieschulen zu den jeweiligen Emotionskonzepten. Die Emotionskonzepte der Psychoanalyse (PA), der Rational-Emotiven Therapie (RET), der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (GT), der Gestalttherapie (GST) und der Verhaltenstherapie (VT) werden wir weiter unten skizzieren (Abschnitt 2). Diese Skizzen leiten zu einem Modell der Beeinflussung gestörter Emotionen über, das die zentralen Charakteristika der Emotionskonzepte der fünf Therapieschulen integriert (Abschnitt 3). Diesem Integrationsversuch liegt die Annahme zugrunde, daß die Beeinflussung von Emotionen in unterschiedlichen Therapieschulen prozessual und strukturell ähnlich ist, wenn auch unterschiedliche inhaltliche Aspekte betont werden. Ziel des Integrationsversuches ist die Entwicklung eines Begriffssystems, anhand dessen es möglich ist, jenseits therapieschulspezifischer Terminologien über die Therapie von Emotionen zu sprechen und sie weiterzuentwickeln.

Bevor wir uns in Abschnitt 2 einer näheren Klärung des Begriffs Emotion zuwenden, wollen wir an dieser Stelle eine erste Kennzeichnung unseres Verständnisses von Emotion vorstellen. Unter „Emotion“ verstehen wir ein komplexes, übergreifendes Phänomen. Es umfaßt physiologische und kognitive Prozesse, zusammen mit subjektiv getönten Erfahrungen sowie mit Handlungs- und Verhaltensweisen, die für das jeweilige Gefühl charakteristisch sind. Emotionen haben eine Signalfunktion, indem sie dem Individuum über seinen augenblicklichen inneren Zustand und seine Umwelt Auskunft geben. Aus ontogenetischer Sicht werden emotionale Vorgänge durch Differenzierungsprozesse geformt. Alle aktuellen emotionalen Empfindungen entstehen im Hier-und-Jetzt: In der Gegenwart ablaufende psychische Prozesse bestimmen die Qualität und die Intensität der emotionalen Erfahrung. Bei diesen Prozessen handelt es sich vorrangig um Bewertungs- bzw. Einschätzungsvorgänge. Diese sind dem Individuum nicht notwendigerweise bewußt oder von seinem Willen abhängig, aber sie können –

wenn dies gewünscht oder notwendig ist – mindestens teilweise bewußtgemacht, verstandesmäßig analysiert und verändert werden.

2. Theoretische Voraussetzungen der möglichen Beeinflussung von Emotionen durch Psychotherapie

Wie wir an anderer Stelle ausführlich dargestellt haben (Kemmler et al. 1991), scheint es uns wichtig, in bezug auf den Gegenstand Emotion zwei Ebenen zu unterscheiden: 1. eine phänomenale Ebene und 2. eine konzeptuelle Ebene² (nach Ulich 1982). Auf der phänomenalen Ebene zeigt sich, daß Gefühle für den betroffenen Menschen etwas existentiell Reales sind. Es sind Erfahrungen, die jeder Mensch macht. Gefühle geben ihm Auskunft darüber, in welchem Verhältnis er sich zu seiner Umgebung befindet. Emotionen sind Zustandsinformationen und haben in diesem Sinne Signalfunktion. Gefühle bringen Bewußtheit und insbesondere Selbstbewußtheit in Form von Selbstbetroffenheit zum Ausdruck. Gefühle werden als ganzheitliche Erfahrungen erlebt und können nur als Ganzes verstanden werden. Sie können überdauernd als Stimmung oder eher akut als Gefühl oder Affekt erlebt werden. Gefühle erfährt der Betroffene oft spontan oder unwillkürlich. Sie können sogar als unausweichlich oder bedrängend erlebt werden und können weitere Gefühle bewirken. Gefühle sind ein wichtiges Kommunikationsmedium, sie werden sprachlich wie nicht-sprachlich durch spezifische Ausdrucksweisen übermittelt. Es lassen sich verschiedene gefühlsmäßige Qualitäten unterscheiden, sowohl im Hinblick auf den zeitlichen Verlauf wie von der phänomenalen Ausprägung her.

Im Hinblick auf den Alltagssprachlichen Gebrauch des Wortes Gefühl sei darauf verwiesen, daß es mehrere umgangssprachliche Verwendungsweisen des Wortes gibt.

Diese Bedeutungsvariabilität des Begriffs Gefühl birgt gerade im Rahmen psychotherapeutischer Interaktion die Gefahr von Mißverständnissen in sich, wenn beispielsweise die Klientenäußerung „Ich habe das ‚Gefühl‘, dieser Sommer ist eine mittlere Katastrophe“ vom Therapeuten als Ausdruck eines Gefühlszustandes – und nicht als Ausdruck einer Einschätzung oder Annahme – verstanden und behandelt wird.

In Abgrenzung von der phänomenalen Ebene kann der Begriff Emotion auf einer konzeptuellen Ebene als hypothetisches Konstrukt verstanden werden. „Emotion“ bezeichnet einen theoretischen Begriff für vermutete Strukturen und Prozesse. In diesem Verständnis weist der Begriff Emotion folgende konstitutive Aspekte auf (siehe dazu ausführlich *Leventhal* 1982; *Schelp* 1985; *Schelp & Kemmler* 1988): subjektive positive oder dysphorische Erlebnisweisen, physiologische Veränderungen, die wahrscheinlich in spezifischen Mustern einhergehen, zum Teil phylogenetisch vorgegebene Handlungs- und Ausdruckstendenzen. Emotionale Phänomene entstehen aus der kognitiv beschreibbaren Auseinandersetzung eines Individuums mit seiner Umwelt. Das emotionale Repertoire wird auf dem Hintergrund einer individuellen Lebensgeschichte entwickelt. Es gibt interindividuell große Unterschiede im emotionalen Erleben und Verhalten, die durch kulturell-soziale, biologisch-physiologische und personale Faktoren bedingt sind.

Mit diesem groben Umriß unseres konzeptuellen Emotionsverständnisses – das wir an anderer Stelle (*Kemmler et al.* 1991) ausführlicher vorgestellt haben – wollen wir deutlich machen, daß es sich u.E. bei Emotionen, ihrer Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderungen nach um Komplexe handelt, in deren Mittelpunkt Prozesse der Einschätzung und Bewertung der Umwelt, der eigenen Person und der Interaktion zwischen Person und Umwelt stehen. Mit anderen Worten spielen u.E. Prozesse der kognitiven Einschätzung für die aktuelle Entwicklung von Emotionen eine bedeutende Rolle. *Lazarus* (1984, S. 124) versteht unter einer „kognitiven Einschätzung, daß eine Person entweder in der Form einer primitiven bewertenden Wahrnehmung oder eines hochdifferenzierten symbolischen Prozesses (feststellt; Einschub der Verf.), daß ihr Wohlergehen, zum Positiven oder Negativen hin, in einer Transaktion betroffen ist.“ Wir gehen mit *Lazarus* davon aus, daß die subjektive Bedeutung ein unmittelbarer Bestandteil jeder Transaktion eines Individuums mit seiner Umwelt ist, da bereits der Wahrnehmungsakt durch selektive, konstruktive Vorgänge wie Bedürfnisse, Lebenspläne und -regeln sowie kognitive Stile beeinflusst wird. Demzufolge umfassen Emotionen kognitive Komponenten, wenn nicht als Auslöser, so doch als wesentliche Bestandteile von Emotionen. Um Mißverständnissen vorzubeugen sei darauf hingewiesen, daß die Beteiligung kognitiver Strukturen und Prozesse an der Aktualgenese

von Emotionen nicht notwendig Momente der Reflektion, Rationalität oder Bewußtheit impliziert.

In welchem Verhältnis steht nun das skizzierte Emotionsverständnis zu den Emotionskonzepten psychotherapeutischer Schulen? Die Begründer der verschiedenen Therapieschulen haben die Entwicklung ihrer Therapieschulen natürlich nicht mit einer Emotionstheorie begonnen, sondern die Entwicklung ist eher von der therapeutischen Praxis zu einer Persönlichkeitstheorie verlaufen. Aus diesem Grund müssen die Emotionskonzepte der hier betrachteten Therapieschulen aus den theoretischen Positionen der Schulen rekonstruiert werden, die Emotionskonzepte liegen – ausgenommen das Konzept der RET – lediglich implizit vor. Die Rekonstruktion der Emotionskonzepte findet sich bei *Schelp* und *Kemmler* (1988). Tabelle 1 faßt die dortigen Angaben zusammen und gibt einen Überblick über die Emotionskonzepte der PA, RET, GT, GST und VT³ in bezug auf Aussagen zu 1. den Bestandteilen und Vorgängen bei Emotionen, 2. der Funktion angemessener und Wirkung unangemessener Emotionen, 3. der Ontogenese von Emotionen, 4. der Aktualgenese von Emotionen und 5. den beteiligten Körperprozessen und Organsystemen von Emotionen.

Bei der Betrachtung der klinischen Emotionstheorien der untersuchten Psychotherapieschulen wird deutlich, daß alle fünf psychotherapeutischen Richtungen Emotionen als komplexes Phänomen betrachten, an dem physiologische Prozesse wie subjektiv getöntes Zustandserleben und die Aktivierung oder die Ausführung bestimmter, für die Emotion charakteristischer Verhaltensweisen beteiligt sind. Die Art des Zusammenwirkens der an Emotionen beteiligten Prozesse wird bis auf die klassische Verhaltenstherapie von allen anderen Therapieschulen als dynamisch bezeichnet, wobei der Ausgangspunkt der emotionalen Dynamik unterschiedlich gesehen wird. Unter funktionalen Gesichtspunkten gehen alle Emotionstheorien davon aus, daß Emotionen als Signale auftreten, auch wenn sie unangemessenen oder für das Individuum belastend sind. Emotionen machen dem Individuum deutlich, wie sein gegenwärtiger Zustand beschaffen ist und leiten es dazu an, Handlungen durchzuführen, sie fortzuführen oder zu verändern. Diese Signalfunktion haben Emotionen selbstverständlich nicht nur für das sie erlebende Individuum, sondern auch für den Therapeuten. Emotionstheorien, auch die psychoanalytische, siedeln die Aktualgenese von Emotionen im Hier-und-Jetzt an, auch wenn der Grundstein für

Tab.1: Vergleich der klinischen Emotionstheorien (aus: T. Schelp & L. Kemmler, *Emotion und Psychotherapie*, Huber, Bern 1988, S. 114-115).

	Rational-Emotive Therapie	Gestalt-Therapie
Bestandteile/Vorgänge bei Emotionen	Transaktionales Zusammenwirken von Wahrnehmung, Erregung, physiologischen Prozessen, kognitiven Bewertungsmustern und Verhaltensweisen	Ganzheitliche Gestalt von Erregung, Wahrnehmung von Körperprozessen und Verhaltensweisen sowie kognitiven Bewertungsprozessen, die subjektiv erlebt werden
Funktion angemessener und Wirkung unangemessener Emotionen	Sichern in Transaktion mit anderen Lebensprozessen das möglichst langfristige Wohlbefinden und Überleben des Individuums	Signalisieren den Status des Organismus/Umwelt-Feldes, motivieren zu Handlungen, die der organismischen Selbstregulation dienen, ermöglichen Bewußtsein
	Problematische Emotionen signalisieren die Behinderung förderlicher Transaktionen der Lebensprozesse und behindern diese Prozesse selbst	Unvollständige Emotionen signalisieren Blockierung der organismischen Selbstregulation und der Bewußtheit des Organismus/Umwelt-Feldes
Ontogenese von Emotionen	Bestimmte spontane Emotionen (feelings) sind angeboren, sie differenzieren sich durch die Entstehung von Bewertungsmustern, die eine biologisch bedingte Tendenz zur Irrationalität aufweisen	Differenzierung von Erregungsqualitäten in vollständige Emotionen sowie (implizit) differenzierte Bewertungskategorien für das Organismus/Umwelt-Feld
Aktualgenese von Emotionen	Emotionen entstehen aus der Wechselwirkung von Körperwahrnehmung, Erregung, Verhalten und Bewertungen auslösender Ereignisse für das Wohlbefinden und Überleben des Individuums	Emotionen entstehen aus der Integration einer Körperwahrnehmung (Erregung), der Wahrnehmung des Organismus/Umwelt-Feldes und seiner Bewertung für das Wohlbefinden des Individuums
Beteiligte Körpervorgänge/Organsysteme	Fehlanzeige	Fehlanzeige

Psychoanalyse	Verhaltenstherapie	Gesprächstherapie
Körperliche Entladungsprozesse, unbewußte Trieberfüllungswünsche und subjektives Erleben (lust- oder unlustgetönt) der Abfuhrprozesse	Motorisches Verhalten, physiologische Reaktionen und subjektives Erleben (Empfindungen)	Ganzheitliches Phänomen mit körperlichen Spannungs- oder Entspannungszuständen, unbewußten Bedürfnisbefriedigungswünschen und subjektivem Erleben
Signalfunktion (Angst), Motivation zu Handlungen, die der Trieberfüllung dienen	Signalisieren Wohlbefinden oder Beeinträchtigung, beeinflussen das Verhalten nicht	Signalfunktion (Zustand der Persönlichkeitsstruktur), wirken motivierend zur Selbstaktualisierung
Desorganisation des Individuums, Symptombildung	Signalisieren Gefährdung, Verlust usw., führen zu neurotischen Verhaltensweisen	Signalisieren Inkongruenz, Angst desorganisiert die Selbststruktur und führt zu bedürfniskonträrem Verhalten
Entwicklung von der Abfuhr dienenden (unreifen) Emotionen zu reifen, der Realitätskontrolle des Ich unterliegenden, differenziert den Abfuhrkanälen angepaßten Emotionen	Angeborene emotionale Grundmuster werden durch Konditionierung auf immer differenziertere Weise mit verschiedenen Reizen verknüpft	Durch Differenzierung von Bedürfnissen und Werthaltungen entstehen mehr oder weniger starke Inkongruenzen, die zu unterschiedlichen Emotionen führen
Emotionen entstehen aus dem Konflikt von unbewußten Triebregungen und der Kontrolle der Triebimpulse durch die Steuerungsinstanzen des Ich	Emotionen entstehen beim Eintreffen eines Reizes entweder automatisch (durch autonome Konditionierung) oder mittels gelernter Bewertungskonzepte	Emotionen entstehen aus der Bewertung des jeweiligen Zustands der Persönlichkeitsstruktur im Hinblick auf die erreichte Befriedigung mehr oder weniger wichtiger aktueller Bedürfnisse
Fehlanzeige	Fehlanzeige	Fehlanzeige

die auftretende Emotion in der Vergangenheit des Individuums gelegt worden sein sollte. Darum läßt sich als übereinstimmendes Merkmal der betrachteten Emotionstheorie der Prozeß der Differenzierung ausmachen. Dagegen machen die verschiedenen Psychotherapieschulen keine differenzierten Aussagen zu den an der Emotionsentstehung beteiligten Körpersystemen. Für alle Schulen ist zu irgendeinem Zeitpunkt ein unterschiedlich konzipierter Bewertungsvorgang von entscheidender Bedeutung für die subjektive Qualität und/oder die Intensität der Emotion.

Der Vergleich der klinischen Emotionskonzepte macht auch deutlich, daß die Auffassungen der betrachteten Therapieschulen eine Vielzahl an Gemeinsamkeiten aufweisen. Dieses Ergebnis wird, wie bereits eingangs angesprochen, von empirischen Beobachtungen gestützt: Der emotionale Sprachgebrauch von Therapeuten aus PA, RET, GT und GST weist deutlich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede auf (*Kemmler & Rehms 1991*).

Die konzeptuellen und empirisch beobachtbaren Gemeinsamkeiten im Umgang unterschiedlicher Therapieschulen mit dem Gegenstand Emotion weisen, wie eingangs bereits erwähnt, darauf hin, daß die Beeinflussung von Emotionen in unterschiedlichen Therapieschulen prozessual und strukturell sehr ähnlich ist. Vor der näheren Bestimmung dieser Strukturen und Prozesse, ist es nun notwendig, etwas zu dem Status der Sprache zu sagen, in der die Beschreibung der Strukturen und Prozesse möglich ist. Wie bereits *Goldfried (1982)* festgestellt hat, ist das Sprachproblem das größte Hindernis auf dem Weg zu einer Integration der Therapieschulen: Solange wir auf der Ebene der therapieschulspezifischen Terminologien verbleiben, muß die Herausarbeitung von (bestehenden!) Gemeinsamkeiten scheitern. Zur Beschreibung der Gemeinsamkeiten bedarf es folglich einer von den Therapietheorien der einzelnen Schulen unabhängigen Sprachregelung. Idealerweise zeichnete sich die „Sprache“ dadurch aus, daß sie menschliches Verhalten und Erleben zu erklären vermag. Die Erklärung menschlichen Verhaltens und Erlebens ist jedoch lediglich im Rahmen eines Modells möglich, das nicht aus Abstraktionen von Erfahrungsinhalten sondern aus hypothetischen Struktur- und Prozeßelementen besteht. Zu den Inhalten rechnen wir zum Beispiel die persönliche Gedanken- und Empfindungswelt eines Menschen, die Inhalte subjektiver Wahrnehmungen, Gedanken, Vorstellungen, Träume, Erinnerungen und Gefühle sowie phänomenale Berichte, jede Beschreibung darüber, was ein

Mensch erlebt und anderen mitteilt. Beschreibungen eigener Erfahrungen sind durchwoven von Erfahrungsabstraktionen. Bereits die einem Individuum vorgegebene Sprache liefert eine Vielzahl von Abstraktionen, die das Individuum zur Beschreibung seiner persönlichen Gedanken- und Erlebenswelt verwendet. Zu den Begriffen, die aus der Abstraktion persönlicher Erfahrungen stammen, sind u.E. auch Begriffe, die im Rahmen der Terminologien unterschiedlicher Psychotherapieschulen verwendet werden, zu rechnen. Diese wissenschaftlichen Abstraktionen können selbstverständlich auch wieder in die Alltagssprache übergehen und damit zu einer Möglichkeit der individuellen Beschreibung eigener Erfahrungen werden. Als Beispiel seien der über die *Freudsche* Theorie popularisierte Begriff des Unbewußten oder Begriffe wie Über-Ich, Verdrängung oder Fehlleistung genannt.

Von Begriffen, die aus Abstraktionen persönlicher Erfahrungen resultieren, unterscheiden wir Begriffe, die hypothetische Strukturen und Prozesse modellieren. Die „Sprache“ der Informationsverarbeitungstheorie ist auf dieser begrifflichen Ebene angesiedelt. Sie stellt u.E. einen Begriffsapparat zur Verfügung, der zum einen für die Beschreibung des Gegenstandes Emotion geeignet ist (z.B. *Leventhal* 1984). Zum anderen ist es mittels informationsverarbeitungstheoretischer Termini möglich, ein Erklärungsmodell für die therapeutische Beeinflussbarkeit von Emotionen zu entwickeln (*Schelp* 1985; *Schelp & Kemmler* 1988, 1991). Im Mittelpunkt eines solchen Modells sind an der Beeinflussung und Veränderung von Emotionen kognitive Prozesse und Strukturen beteiligt. Es sei betont, daß es sich bei diesen kognitiven Strukturen und Prozessen um hypothetische Variablen handelt, denen nicht notwendig Erfahrungen des eine Emotion erlebenden Individuums zugrunde liegen müssen. Im Rahmen dieses Verständnisses bezeichnet Kognition den theoretischen Begriff für konstruktive Prozesse eines aktiven, sich seine subjektive Welt schaffenden Individuums. Der Begriff umfaßt den Erwerb, die Organisation und den Gebrauch von Wissensinhalten. Durch kognitive Prozesse werden die einem Individuum verfügbaren (aber ihm nicht notwendigerweise bewußten) inneren und äußeren Informationen über sich selbst, seine Welt, über das Gesamt seines bewußten und unbewußten Erlebens umgesetzt, verringert, weiterverarbeitet, gespeichert, hervorgeholt und schließlich benutzt (vgl. *Neisser* 1967). Unter den Begriff Kognition als hypothetische Variable fallen Organisationsprinzipien wie „kognitive Schemata“,

„semantische Netzwerke“, „Skripts“, „Gedächtnis“ oder auch, im Sinne *Piagets*, der Assimilations- bzw. Akkomodationsprozeß.

Im nächsten Abschnitt wollen wir eine psychotherapeutisch relevante Umsetzung informationstheoretisch geleiteter Überlegungen zur therapeutischen Beeinflußbarkeit von Emotionen vorstellen. Zu beachten ist dabei, daß bei dem Transfer auf psychotherapeutisch relevante Inhalte (und Techniken) der hypothetische Charakter der informationstheoretisch modellierbaren Strukturen und Prozesse gleichsam „mitzulesen“ ist.

3. Beeinflussung von Emotionen

In diesem Abschnitt soll versucht werden, Beeinflussungen von Emotionen darzustellen, die in jeder Therapieform angewandt werden können. Emotionen bzw. Gefühle können nach unserer Auffassung prinzipiell in vielerlei Weise psychotherapeutisch beeinflußt werden. Als Beispiele seien genannt: Beeinflussung durch Medikamente (z.B. *Tölle* 1991; *Benkert & Hippus* 1986); Beeinflussung durch die immaterielle Modifikation physiologischer Vorgänge (z.B. Entspannungsvorgänge, Biofeedback (z.B. *Birbaumer & Kimmel* 1979); Beeinflussung durch Veränderung des Verhaltens wie beispielsweise bei der „Reizüberflutung“ (z.B. *Bartling, Fiegenbaum & Krause* 1980); Beeinflussung durch den Einsatz kreativer Ausdrucksmittel (z.B. *Petzold* 1991). Zumeist werden Emotionen u.E. jedoch im Zuge der verbalen Interaktion zwischen Therapeut und Klient beeinflußt. Die verbale Interaktion zwischen zwei Menschen kann nun als Prozeß der wechselseitigen Verarbeitung von Information, also als kognitiver Prozeß, betrachtet werden. Folglich handelt es sich bei psychotherapeutischen Interaktionen um Situationen, in denen es um die Veränderung der Gefühle einer Person (des Klienten) durch kognitive (= informationsverarbeitungs-) Prozesse geht⁴.

Vor diesem Hintergrund verstehen wir als Ausgangspunkt der Veränderung von gestörten Emotionen die Aktivierung kognitiver Strukturen und Prozesse. In der Therapie emotionaler Störungen wird es, aufgrund der Zentralität des kognitiven Systems für psychische Vorgänge und der Verschränktheit emotionaler und kognitiver Prozesse, (auch) um die Beeinflussung der Interpretations-, Bewertungs- und Entscheidungsprozesse des betroffenen Individuums gehen müssen. Emotionale Störungen treten vorwiegend dann

auf, wenn Menschen für innerpsychische oder externe Ereignisse keine kognitiven Konzepte bzw. Schemata oder Pläne zur Verfügung haben (vgl. auch *Grawe* 1987). Mithin können als zentrale Ansatzstellen zur therapeutischen Beeinflussung von Emotionen verstanden werden: a. Aktivierung kognitiver Strukturen, b. Bewußtmachung vorhandener Emotionen, c. Differenzierung der Wahrnehmens-, Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten, d. Veränderung von Bewertungen, e. Auswahl und Entscheidung bei der Veränderung von Emotionen. Die angeführten Prozesse (zumindest a-d) finden sich in den Aussagen der in Tabelle 1 aufgelisteten Emotionskonzepte der fünf Therapieschulen zu der Veränderung von problematischen Emotionen als Veränderung der Intensität, der Qualität des Erlebens und Wahrnehmens von Emotionen wieder. Somit können die nachfolgend kommentierten Prozesse als übergeordnete Punkte eines *integrativen Modells der Therapie gestörter Emotionen* verstanden werden (eine ausführlichere Darstellung findet sich bei *Schelp & Kemmler* 1988, Kap. 6).

a. Die Aktivierung kognitiver Strukturen als Ausgangspunkt für die Veränderung von Emotionen

Die Aktivierung kognitiver Strukturen kann als Ausgangspunkt der Veränderung von Emotionen betrachtet werden. Es können sowohl verbale wie non-verbale (z.B. Malerei, Tanz, Musik) Techniken der Aktivierung unterschieden werden.

Beispiele für verbale Techniken stellen die Methode des „Lauten Denkens“ (*Lauth* 1984), Video-Rekonstruktionen (*Davison, Robins & Johnson* 1983), das „Freie Assoziieren“ (*Freud* 1938) oder auch das „Streaming“ (*Mahoney* 1985) dar. Das gemeinsame Prinzip dieser Methoden besteht darin, daß Klienten zu einer weitestgehend ungefilterten Produktion kognitiver Vorgänge (dem „Bewußtseinsstrom“), die im Zusammenhang mit bestimmten Emotionen stattfinden, angehalten werden sollen. Neben Verfahren, die einen möglichst direkten Zugriff auf die kognitiven Repräsentationen bei Klienten anzielen, sind auch alle Methoden der Erlebnisaktivierung geeignet, Therapeuten einen Eindruck aktiv wirkender kognitiver Schemata zu vermitteln, seien es die Verbalisierungen emotionaler Erlebnisinhalte mit dem Ziel einer Steigerung der Selbstexploration (*Rogers* 1951), die Technik des „Focusing“ (*Gendlin* 1981), Anregun-

gen zur Aktivierung des Erlebens in der Gestalttherapie (z.B. Stevens 1986), Aktivierung des kognitiven Netzwerkes in der Fokaltherapie nach Balint, Ornstein und Balint (1973), Methoden der Reizüberflutung (Bartling, Fiegenbaum & Krause 1980), aber auch jede Form von Rollenspiel, jede Art von Konfrontation des Klienten mit einer subjektiv bedeutsamen Aufgabe. Mit allen Methoden der Erlebnisaktivierung kann eine möglichst breite Palette von Erfahrungen körperlicher, kognitiver und emotionaler Art erreicht werden.

b. Bewußtmachung: das Wahrnehmen, Erkennen und Anerkennen von Gefühlen

Die unter diesem Punkt gefaßte Möglichkeit, Emotionen zu beeinflussen geht davon aus, daß das Wahrnehmen, Erkennen und Akzeptieren der als belastend oder als gestört geltenden Emotionen des Klienten eine unabdingbare Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie ist. Gestörte Emotionen sollten sowohl von Therapeut wie Klient wahrgenommen, erkannt und akzeptiert werden. Das primäre Ziel des Bewußtmachens von Emotionen besteht darin, dem Klienten die prinzipielle Veränderbarkeit seiner Emotionen erfahrbar zu machen. Weiterhin soll der Prozeß der Bewußtmachung dazu beitragen, daß Klienten Einsicht in das transaktionale Zusammenwirken von Gedanken, Gefühlen und Handlungen bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung ihrer Emotionen nehmen.

Als wichtige Aspekte der Bewußtmachung von Emotionen können genannt werden:

- Arbeit im Hier-und-Jetzt: Klienten soll die Veränderbarkeit ihrer Emotionen erfahrbar gemacht werden. Dazu gehört die Arbeit im Hier-und-Jetzt, das heißt der Versuch, das emotionale Befinden an möglichst aktuell auftretenden oder leicht aktivierbaren Gefühlen zu erheben, gerade auch solchen, die während der Therapiestunde selbst auftreten.
- Zulassen von Emotionen: Emotionen des Klienten – insbesondere belastende – werden als sinnvolles Datum eines komplexen Systems und nicht als etwas, „was nicht sein darf“, in der therapeutischen Situation begriffen. Verbalisierungstechniken wie auch beispielsweise aktiv-direktives Diskutieren können dazu beitragen, daß Klienten ihre Gefühle zu akzeptieren lernen.

- Katharsis: Emotionen können auch mittels kathartischer Reaktionen bewußt werden, insofern „Katharsis“ verstanden wird als eine „Bezeichnung für das Vollenden (ganz oder teilweise) einer vorher verhinderten oder unterbrochenen Abfolge des Selbst-Ausdrucks“ (Nichols & Efran 1985, 55). Kathartische Erfahrungen sollen Klienten helfen, ihre Gefühle besser zu erkennen und verstehen zu lernen.
- Konfrontationen: In therapeutischen Situationen werden Klienten in vielfältiger Weise mit ihren Emotionen konfrontiert. Konfrontationen können genutzt werden, um den Klienten die Erfahrung zu ermöglichen, daß negative Emotionen aushaltbar sind (etwa Walen, Di Guiseppe & Wessler 1980; Borgart 1991) und daß die Angst vor der Belastung, Ellis (1979, 1980) spricht von „discomfort anxiety“, (häufig) größer ist als die tatsächliche Belastung.

c. Differenzierung der Wahrnehmungs-, Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten

Ein Mangel an Differenzierungsprozessen wird in fast allen Therapiekonzepten zumindest implizit als Bedingung für psychische Störungen und damit Ermöglichung von Differenzierung als allgemeines Therapieziel angesehen. Menschen mit emotionalen Problemen verfügen nur über ein *verarmtes* Modell der Welt, das durch Auslassung, Verzerrung und Generalisierung zustande gekommen ist. Durch Methoden der „Anreicherung“ solcher Modelle werden nach Bandler & Grinder (1975) für den Klienten neue Reaktionen und Handlungsalternativen verfügbar gemacht. Verarmung und Anreicherung subjektiver Welt-Modelle im Rahmen des psychotherapeutischen Geschehens sind aber nichts anderes als Synonyme für Ent-Differenzierung und Differenzierung. Um therapeutische Differenzierungsmöglichkeiten ins Blickfeld zu rücken, sei auf das Vorgehen in verschiedenen Therapieschulen hingewiesen: In der Gestalttherapie wird zum Beispiel versucht, die Wahrnehmungsfähigkeit des Individuums, seine Bewußtheit für kognitive – und auch körperliche – Prozesse zu erhöhen. In der RET geht es um die Differenzierung von Bewertungsmustern. Eine zentrale Vorgehensweise in der klassischen Verhaltenstherapie besteht darin, die Eingleisigkeit und damit Undifferenziertheit bestimmter Verknüp-

fungen von Reiz und Reaktion abzuschwächen und damit sukzessive aufzulösen. Allgemein scheinen imaginative Techniken besonders geeignet, bei Klienten Prozesse anzuregen, in denen möglichst viele Lebenssysteme angesprochen werden. Mit anderen Worten kann über imaginative Techniken die Assimilationsfähigkeit *des Individuums* verbessert und somit die Intensität und Qualität belastender Emotionen verändert werden. Wichtig ist für die Klienten, adäquate kognitive Schemata und Pläne verfügbar zu machen, die sich dadurch auszeichnen, daß überraschende, ungewöhnliche, gefährliche, unkontrollierbare und unvorhersagbare Ereignisse assimiliert werden können. Auch Rollenspiele – in vielen Therapieformen angewandt – können Differenzierungsprozesse in Gang setzen.

d. Die Veränderung von Bewertungen

Kognitive Bewertungsvorgänge, so unterschiedlich sie auch jeweils sein mögen, spielen für die Entstehung von Qualität und/oder Intensität der Emotionen eine zentrale Rolle. Immer geht es bei diesen Bewertungsprozessen um die Frage, welche Bedeutsamkeit oder Wichtigkeit ein Individuum bestimmten externen oder intrapsychischen Ereignissen für sich selbst zumißt. Der Widerstreit von Lustprinzip und Realitätsprinzip in der Psychoanalyse, der organismische Bewertungsprozeß der Gesprächspsychotherapie, die gelernten Ereignisbewertungen der *Wolpeschen* Verhaltenstherapie, die Zustandsbewertungen des Organismus/Umwelt- Feldes der Gestalttherapie und die „rationalen“ Bewertungsmuster der RET, alle diese Bewertungen beziehen sich darauf, wie ein Individuum die ganz persönliche Bedeutung einschätzt, mit der es bestimmte Ereignisse oder Folgen von Ereignissen (Zustände) sieht. Bewertungen weisen folgende Grundstruktur auf: Ist das, was bewertet wird, gut oder schlecht für das bewertende Individuum? Hierbei besteht das Problem darin, die Kriterien der Bewertung zu bestimmen. Hinweise darauf finden sich vielleicht bei dem, was *Metzger* (1957) die *gute Gestalt* als Ergebnis von Wachstums- und Selbstverwirklichungsvorgängen genannt hat. Die Konsistenz und Kongruenz von kognitiven Schemata und die Übereinstimmung von Schemata und Ereignissen, die zu ihrer Aktivierung geführt haben, kann als allgemeingültiges Kriterium für die Bewertungen vermutet werden (*Mahoney* 1985; *Guidano & Liotti* 1983, 1985). Es gibt also so etwas wie Metabe-

wertungen, die im Anschluß an *Kuhn* (1962) als „persönliche Paradigmen“ bezeichnet werden. Sie gehören zur Tiefenstruktur oder zu den zentralen – möglicherweise zum Teil biologisch vermittelten – Lebenspositionen von Klienten. Zentrale Bewertungen geben damit sozusagen die *Blaupause* für die einzelnen Bewertungen ab, die Menschen über Ereignisse ihres Lebens treffen. Diese Kernannahmen sind sehr schwer zu eruieren. Sie können zum Beispiel deutlich werden durch eine Analyse der Widerstände gegen Versuche, die offenkundigen Bewertungen der Oberflächenstruktur zu verändern. Die Veränderungen von Bewertungen können weiterhin durch die Modellfunktion des Therapeuten vermittelt werden. Diese Veränderungen wirken dann der Demoralisierung oder der Hoffnungslosigkeit des Klienten entgegen und erhöhen den Glauben an die eigene Selbstwirksamkeit („self-efficacy“, *Bandura* 1977). Die Umstrukturierung bzw. die Reorganisation kann für zentrale bewertende Kognitionen durch Disputation, Erklärung, Interpretation, Konfrontation geschehen, durch Experimentieren mit problematischen Situationen. Sehr wichtig ist es aber auch, Verhaltensweisen auszuführen, die im Bewußtsein der Klienten untersagt sind, die aber mit möglichen neuen Kernbewertungen konsistent sind („Paradoxe Intervention“).

Mit *Mahoney* (1974) können sechs mögliche Vorgehensweisen zur Veränderung von Bewertungen angegeben werden:

1. Bewußtmachung und Konkretisierung der Bewertungen
2. Inbeziehungsetzung der Bewertung zu anderen kognitiven Strukturen
3. Übernahme des „therapeutischen Rationales“ durch den Klienten
4. häufige Wiederholung
5. Verstärkung im Sinne des operanten Konditionierens
6. Ausführung von Handlungen, die mit der neu angestrebten Lebensregel in Einklang stehen.

e. Auswahl und Entscheidung bei der Veränderung von Emotionen

Raimy (1985) beschreibt die große Bedeutung, die der Entscheidung bei der Veränderung von Emotionen zukommt und nennt sie kognitive Beweisaufnahme („cognitive review of the evidence“). Das

bedeutet für den Klienten, bei einer Entscheidung nicht der Wahrheit auszuweichen, die Tatsachen nicht nach Gutdünken zu verändern, nicht die Erfüllung unmöglicher Wünsche zu phantasieren und die Entscheidung vor sich her zu schieben. Die Hinführung des Klienten zu Entscheidungen als therapeutische Maxime ließ sich nicht als Gemeinsamkeit aus unseren Untersuchungen der fünf „klassischen“ Therapieformen direkt herleiten, scheint uns aber wesentlicher Bestandteil jeder Therapieform zu sein. Das heißt, daß dem Klienten geholfen wird, bei der Auswahl vorhandener Alternativen klare Präferenzen zu beziehen, die sich aus seinen Zielen ergeben (*Prochaska & DiClemente 1982*). Das kann bedeuten, sich zu einer möglicherweise schmerzhaften Verhaltensweise zu entscheiden, Ungewißheit auszuhalten, um ein längerfristiges Ziel zu erreichen. Das neue Handeln verändert dann wiederum die bewertenden Kognitionen, welche wiederum auf weitere Handlungen einwirken (z.B. *Margraf & Schneider 1990*).

4. Ausblick

Die vorgetragenen Überlegungen legen nahe, daß in der Psychotherapie subjektiv problematischer Emotionen dreierlei erreicht werden soll: erstens die Verbesserung des Wahrnehmens, Erkennens und auch des Anerkennens der eigenen Gefühle, zweitens die Regulation der Intensität der Emotionen in bezug auf die Minderung subjektiver Belastung und/oder die Widerspruchsfreiheit zu einer gesellschaftlichen Norm und drittens eine qualitative Veränderung bestimmter Gefühle gleichfalls in Richtung auf Belastungsreduktion bzw. soziale Verträglichkeit.

Das vorgestellte integrative Modell der Therapie gestörter Emotionen sei als Ansatz zur Erreichung der drei allgemeinen therapeutischen Ziele verstanden. Die Überlegungen zu dem Modell sind jedoch nicht abgeschlossen und markieren in diesem Sinne einen sowohl durch weitere Forschung wie durch Anregungen aus der psychotherapeutischen Praxis differenzierungs- und spezifizierungsfähigen Vorschlag. Die zentrale Bedeutung des vorgeschlagenen Modells der Therapie gestörter Emotionen besteht u.E. für praktisch tätige Therapeuten darin, daß es möglich wird, das eigene therapeutische Tun auf einer der eigenen Therapiesprache überge-

ordneten Ebene zu reflektieren, ohne deswegen die eigene Sprachgewohnheit und -identität aufzugeben.

Literatur

- Balint, M., Ornstein, P.H. & Balint, E., Fokalthherapie: Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse, Suhrkamp, Frankfurt 1973.
- Bandler, R., & Grinder, J., The structure of magic. Vols. I and II, Science and Behavior Books, Palo Alto, CA, 1975; dt.: Metasprache und Psychotherapie, Junfermann, Paderborn, 8. Aufl. 1994.
- Bandura, A., Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, in: *Psychological Review*, 84 (2), 191-215, 1977.
- Bartling, G., Fiegenbaum, W. & Krause, R., Reizüberflutung: Theorie und Praxis, Kohlhammer, Stuttgart 1980.
- Benkert, O. & Hippus, H., Psychiatrische Pharmakotherapie, Springer, Berlin, 4. Aufl. 1986.
- Birbaumer, N. & Kimmel, H.D. (Eds.), Biofeedback and self regulation, Hillsdale, Erlbaum, N.Y. 1979.
- Borgart, E.-J., Negative Emotionen, in: R. Meermann & W. Vandereyken (Hrsg.), Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis, Schattauer, Stuttgart 1991.
- Davison, G.C., Robins, C. & Johnson, M.C., Articulated thoughts in simulated situations: A paradigm for studying cognition in emotion and behavior, in: *Cognitive Therapy and Research*, 7, 19-40, 1983.
- Ellis, A., Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part I), in: *Rational Living*, 14, 3-8, 1979.
- , Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part II), in: *Rational Living*, 15, 25-30, 1980.
- Euler, H.A. & Mandl, H. (Hrsg.), Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, Urban & Schwarzenberg, München 1983.
- Freud, S., Abriß der Psychoanalyse, GW Band XVII, Imago, London 1938.
- Gendlin, E.T., Focusing, Bantam Books, New York, 1981; dt.: Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme, Otto Müller, Salzburg 1981.
- Goldfried, M.R., On the history of integration, in: *Behavior Therapy*, 13, 572-593, 1982.
- Grawe, K., Schema-Theorie und heuristische Psychotherapie, in: *Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Bern*, 87/1, 1987.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D., Emotion in psychotherapy. Affect, cognition and the process of change, Guilford Press, New York 1987.
- Guidano, V.F. & Liotti, G., Cognitive processes and emotional disorders, Guilford Press, New York 1983.
- , A constructivistic foundation for cognitive therapy, In: M.J. Mahoney & A. Freemann (Hrsg.): *Cognition and psychotherapy*, Plenum Press, New York 1985.
- Izard, C.E., Human emotions Plenum Press, New York, 1977; dt. Die Emotion des Menschen, 1981.
- Kemmler, L., Schelp, T. & Mecheril, P., Sprachgebrauch in der Psychotherapie: Emotionales Geschehen in vier Therapieschulen, Huber, Bern 1991.

- Kemmler, L. & Rehms, W., Wie sprechen Therapeuten und Klienten über Emotion und Kognition? – Die Ergebnisse einer Inhaltsanalyse von 40 Therapiegesprächen verschiedener Schulen, in: L. Kemmler, T. Schelp & P. Mecheril, Sprachgebrauch in der Psychotherapie: Emotionales Geschehen in vier Therapieschulen. S. 33 – 55
- Kruse, O., Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung. Perspektive einer klinischen Entwicklungspsychologie, Enke, Stuttgart 1991.
- Kuhn, T.S., The structure of scientific revolutions, University of Chicago Press, Chicago, IL, 1962; dt.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt 1967.
- Lauth, G., Erfassung von Kognitionsverläufen in Problemlösungstherapien, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 13, 18-38, 1984.
- Lazarus, R.S., On the primacy of cognition, in: *American Psychologist*, 39, 124-129, 1984.
- , Cognition and Motivation im Emotion, in: *American Psychologist*, 46, 352-367, 1991.
- Leventhal, H., The integration of emotion and cognition: A view from the perceptual-motor theory of emotion, in: M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.), *Affect and Cognition. The 17th Annual Carnegie symposium*. Erlbaum, Hillsdale 1982.
- , A perceptual-motor theory of emotion, in: L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. XVI, Academic Press, New York 1984.
- Mahoney, M.J., Cognition an behavior modification, Ballinger, Cambridge MA, 1974; dt.: Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Interpretationsschritte, 1977.
- , Psychotherapy and human change processes, in: M.J. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and Psychotherapy*, Plenum Press, New York 1985.
- Margraf, J. & Schneider, S., Panik, Angstanfälle und ihre Behandlung, Springer, Berlin 1992.
- Mees, U., Die Struktur der Emotionen, Hogrefe, Göttingen, 1991
- Metzger, W., Psychologie, Steinkopff, Darmstadt 1957².
- Neisser, U., Cognitive Psychology, Appleton-Century-Crofts, New York 1967; dt.: Kognitive Psychologie, 1974.
- Nichols M.P. & Efran J.S., Catharsis in psychotherapy: A new perspective, in: *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 22 (1), 46-58, 1985.
- Petzold, H. & Orth, I., Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. I und II, Junfermann, Paderborn 1991.
- Prochaska, J. & DiClemente, C., Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change, in: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288, 1982.
- Raimy, V., Misconceptions and the cognitive therapies, in: M.J. Mahoney & A. Freeman (Hrsg.), *Cognition and psychotherapy*, Plenum Press, New York 1985.
- Rogers, C.R., Client-Centered Therapy, Houghton Mifflin, Boston 1951; dt.: Die klientbezogene Gesprächstherapie, 1973.
- Schelp, T., Emotionen und Psychotherapie. Zur Anwendung der Emotionspsychologie in der Psychotherapie, unveröffentlichte Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster 1985.
- Schelp, T. & Kemmler, L., Emotion und Psychotherapie. Ein kognitiver Beitrag zur Integration psychotherapeutischer Schulen, Huber, Bern 1988.
- , Ein Vorschlag zum präziseren Gebrauch kognitiver Begriffe in der Psychotherapie, in: L. Kemmler, T. Schelp & P. Mecheril, Sprachgebrauch in der Psychotherapie. Emotionales Geschehen in vier Therapieschulen, Huber, Bern 1991, Kap. 8, S. 140-152.
- Scherer, H.R., (Hrsg.), Psychologie der Emotionen, Enzyklopädie der Psychologie, Bd. III, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Stevens, J.O., Die Kunst der Wahrnehmung, Kaiser, München 1986.

Tölle, R., Psychiatrie, Springer, Berlin 9. Aufl. 1991.

Ullich, D., Das Gefühl, Urban & Schwarzenberg, München 1982.

Walen, S.R., Di Guisepppe, R. & Wessler, R., A practitioner's guide to Rational-Emotive therapy, Oxford University Press, Oxford, 1980; dt.: RET-Training, 1982.

Woolfolk, R.L., Emotion aus multimodaler Perspektive, in: A.A. Lazarus (Hrsg.), Multimodale Verhaltenstherapie, Fachbuchhandlung für Psychologie, Frankfurt/Main 1978.

Anmerkungen

1. Alle uns im deutschen Sprachraum nicht verfügbaren Quellen sind in unserer Übersetzung zitiert.
2. Wir verzichten auf extensive Literaturverweise, da diese erfahrungsgemäß eher hinderlich und verwirrend beim Lesen sind. Der an Literatur interessierte Leser sei einmal auf Schelp und Kemmler (1988) und Kemmler et al. (1991) sowie auf einschlägige Bücher zu dem Gegenstand Emotion verwiesen (Izard 1977; Ullich 1982; Euler & Mandel 1983; Scherer 1990).
3. Die meisten der in diesem Buch dargestellten Therapieschulen können u.E. unter die fünf in Tabelle 1 angeführten Schulen subsumiert werden, da diese sowohl dynamische, tiefenpsychologische, erlebnisaktivierende, kognitive und verhaltensorientierte einschließen.
4. Auf der Grundlage eines transaktionalen Verständnisses vom Zusammenwirken verschiedener Teilbereiche menschlichen Erlebens und Verhaltens, gehen wir davon aus, daß jedes Verfahren der Beeinflussung von Emotionen zumindest teilweise kognitiv vermittelt wird bzw. veränderte Kognitionen nach sich zieht.

Eingegangen Mai 1992

Das schulenübergreifende Emotionskonzept der „Integrativen Therapie“ und seine Bedeutung für die Praxis „emotionaler Differenzierungsarbeit“

*Hilarion Petzold**

„Ich fühle, also bin ich!“

1. Konzepte und Materialien zu einer entwicklungs- orientierten, integrativen Theorie der Emotionen

„Eigenleibliches Spüren“ in persönlicher, „affektiver Betroffenheit“ (Schmitz 1989) begründet – auch unter evolutionstheoretischer Perspektive (Hernegger 1985) – die Daseinsgewißheit des Menschen in der **sozioökologischen Welt** (Petzold et al. 1994a) und seinen Bezug zu ihr. Das wird erkennbar seit dem Erwachen der Affekte, das im letzten Schwangerschaftstertial durch den Zugriff der Wissenschaft auf den weiblichen Leib (Duden 1991) der Beobachtung zugänglich wird, z. B. über physiologische Messungen, Ultraschallaufzeichnungen und über Intrauterinphotographie. Die **emotionale Interaktion** zwischen dem Baby, seinen Bezugspersonen und seiner **sozioökologischen Welt** (Petzold et al. 1994a), die **emotionale Kultur**, in der es aufwächst, erweist sich über die gesamte Säuglings- und Kleinkindzeit bis hin in die späte Kindheit als ein zentrales Moment für die Ausbildung der Persönlichkeit – z.B. ihres Grundvertrauens, ihrer Daseinsgewißheit, ihres Selbstwert- und Lebensgefühls. Sie ist weiterhin bestimmend für die Entwicklung der Fähigkeit zu zwischenmenschlichem Miteinander. Positive emotionale Interaktionen sind ein Prädiktor für Gesundheit, negative, besonders wenn sie *zeitextendiert* und ohne Kompensation zur Wirkung kommen, ein wichtiger Faktor für die mögliche Ausbildung von Krankheiten (Petzold, Schuch 1991; Petzold et al. 1991).

* Aktualisierter Nachdruck aus: H. Petzold, Integrative Therapie, Bd. II, 2, Junfermann, Paderborn 1992a.

1.1 Entwicklung, Sozialisation – individuelle und kollektive Dimensionen des Emotionskonzeptes

Obleich in den Standardwerken der Entwicklungspsychologie die „emotionale Entwicklung“ traditionell kaum Beachtung findet (Nickel 1975; Oerter 1984), ja die Begriffe *Emotion*, *Gefühl* oder *Affekt* noch nicht einmal in den Schlagwortverzeichnissen auftauchen (Oerter, Montada 1987; Trautner 1991), kann man nicht umhin festzustellen:

Emotionen bestimmen den Weltbezug des Menschen, sein Verhalten in Situationen und Interaktionen. Fehlende, negative oder mißlungene emotionale Situationen, Deprivationen durch Defizite an Zuwendung, Störungen und Konflikte durch emotionale „*mis-matches*“, traumatisierende Überflutungen mit toxischen Gefühlen und Gefühlsintensitäten, z. B. Streßgefühlen als Hauptfaktoren von Pathogenese (vgl. Petzold 1975e, 1988n, 354ff), machen es erforderlich, das Augenmerk einer „*developmental clinical psychology*“ nicht nur auf die Beziehung als solche zu richten (Sameroff, Emde 1989), sondern darauf, was in Beziehungen **sozialer Netzwerke** (*convoy*s) an emotionaler Interaktion – positiver wie negativer – geschieht. Das Zusammenwirken von protektiven und Risikofaktoren, von Salutogenese und Pathogenese läßt es ratsamer erscheinen, von einer „*differentiellen, klinischen Entwicklungspsychologie*“ (Petzold 1975h) als von einer „*developmental psychopathology*“ (Achenbach 1982; Garnezy 1974c; Sroufe, Rutter 1984) zu sprechen. Der Umgang mit „*co-affective states*“ (Stern 1985) und empathische Feinabstimmung „*emotionaler Lagen*“ durch ko-respondierende Gefühlsresonanzen in einer differenzierten **emotionalen Kultur** ist eine der wichtigsten Funktionen der Sozialisation und ko-emotiver, entwicklungsfördernder Erziehung. Folgen des Mißlingens dieser Prozesse – aufgrund psychischer Störungen bei Eltern (z. B. Depressionen, Vyt 1992) – begegnen wir bei unseren Patienten in der Therapie, und es wird nun die Sache des Therapeuten, mit diesen Folgen im konkreten Kontakt mit dem Patienten umzugehen. Dem Ermöglichen von, der Beeinflussung von und dem Umgang mit Emotionen kommt deshalb im Rahmen von Psychotherapie größte Bedeutung zu. Dies wird durch die vergleichende Psychotherapieforschung vollauf bestätigt (Schelp, Kemmler 1988). In den großen Therapie-schulen spielt der Umgang mit Emotionen, wie die Analyse von Tonbandaufzeichnungen zeigt, eine hervorragende Rolle, ja Kemmler und Mitarbeiter konnten nachweisen, „daß die expliziten und

impliziten Emotionstheorien, die in Psychoanalyse, kognitiver (rational-emotiver) Verhaltenstherapie, klientenzentrierter Gesprächstherapie und Gestalttherapie aufgestellt worden sind, aus einem konstruktiv-kognitiven Blickwinkel betrachtet, große Gemeinsamkeiten aufweisen“ (Kemmler, Schelp, Mecheril 1991, 9).

So haben denn auch die verschiedenen Therapieschulen Beiträge zur Emotionstheorie im klinischen Kontext geleistet. Für das Verständnis von Gefühlen als solchen ist allerdings – sieht man auf die Erträge der neueren Emotionspsychologie – von seiten der Psychotherapieformen bislang wenig Erhellendes gekommen. Insbesondere klassisch psychoanalytische, von der Triebtheorie ausgehende Konzepte sind heute nicht mehr zu halten, und so gehen neue emotionstheoretische Entwürfe, besonders aus dem Bereich der Selbstpsychologie, andere Wege. Sie richten sich an der kognitiven und emotionalen Entwicklung des Selbst aus (Stern 1985, 1987), eines Selbst, das in Beziehungen steht (Emde 1980 a, b, c). Dabei werden alte Probleme der Neurosetheorie, z. B. linearkausale Ableitungen von „frühen Störungen“ und biologistische Argumentationen, z. T. fortgeschrieben (Krause 1983, 1988). Die Rekonzeptualisierung psychoanalytischer Affekttheorie (Krause, dieses Buch; Moser 1983, 1985; Nathanson 1987; Krystal 1988), ihre Ausrichtung an einer Theorie des sich entwickelnden Selbst, machen auch Quergänge zur kognitiven Entwicklungstheorie des Selbst (Noam, Kegan 1982; Ulich 1987; Kagan 1981, 1984) und die hier entwickelten Konzepte zu pathogenen Einflüssen (Guidano, Liotti 1983; Schwarzer 1987; Horowitz 1986) möglich und legen Integrationsbemühungen nahe.

In der **Integrativen Therapie** wird den Emotionen nicht nur aufgrund der leib- und bewegungstherapeutischen Praxis oder wegen der Einflüsse aus Gestalttherapie und Psychodrama größte Aufmerksamkeit geschenkt, sondern aufgrund ihrer auf das Konzept der „wechselseitigen Empathie“ zentrierten Praxis (Petzold et al. 1994a) und konsequenten entwicklungspsychologischen Orientierung (idem 1990e). Dieser komplexe Hintergrund und das Integrationsparadigma, das wir vertreten, verlangen im Hinblick auf ein Konzept der Emotion einen übergreifenden Ansatz, in dem kognitivistische Perspektiven, klinische Streß- und Traumaforschung (Horowitz 1986; Figley 1985; Rutter 1981; Kolk 1987; Garmezy 1985, 1986; Ochberg 1988), Ereignisforschung (Dorenwendt, Dorenwendt 1974; Filipp 1990), Bewältigungs- und Vulnerabilitätsforschung

(Jerusalem 1990; Murphy, Moriarty 1976; Masten, Garmezy 1985) und die Erkenntnisse der „developmental psychopathology“ (Sameroff, Emde 1989; Stevenson 1985; Sroufe, Rutter 1984) zu berücksichtigen wären. Dabei muß die Zentrierung auf die Kindheit (Kazdin 1989) hin zu einer Lebenslaufperspektive überschritten werden (Ullich 1989; Hurrelmann 1988). In der Integrativen Therapie wurden mit Blick auf die Psychopathologie (Petzold, Schuch 1991) und die Entwicklungstheorie des „Selbst im convoy“ (Petzold 1990e, et al. 1991, 1994a) derartige Synopsen versucht, und unsere emotionstheoretischen Überlegungen sind in diesen Kontext eingebunden.

Betrachten wir die Probleme unserer Patienten und Patientinnen, so haben *psychische, psychosomatische* und *soziale Erkrankungen* und Störungen immer auch wesentlich mit negativen Gefühlen sowie mit Störungen in der Handhabung von Emotionen zu tun (Ullich 1982, 118) und damit mit Schwierigkeiten in der zwischenmenschlichen Interaktion, da diese wesentlich emotionsbestimmt ist. Für die Psychotherapie stehen deshalb die Emotionen im Zentrum ihrer Arbeit (Nichols, Zax 1977; Greenberg, Satran 1987, 1989; Kruse 1985, 1986; Kemmler et al. 1991). Im psychotherapeutischen Handeln geht es um die Wahrnehmung, Klärung, Differenzierung, Feinabstimmung, Regulation, Deutung, Versprachlichung, Veränderung von Gefühlen, und das in einem eminent emotionalen Kontext, dem einer *empathischen* therapeutischen Beziehung. Emotion kann deshalb mit Fug und Recht als ein integrierendes Konstrukt für die Psychotherapie betrachtet werden (Schelp, Kemmler 1988).

Streß, Überlastung, Krisen als Ursachen von Störungen (Petzold 1982r, 1991p, 1991j) sind in der Regel mit emotionalen Erregungen, ja Extremzuständen verbunden (Scherer 1985). Einige Patienten werden von negativen Grundgefühlen bestimmt (Depressionen, Angst), andere können ihre Aggression nicht kontrollieren, andere leiden daran, daß sie keine Liebe und Geborgenheit erfahren hatten, wieder andere daran, daß sie keine Emotionen zeigen können oder daß sie „gefühlsarm“ sind. Bei näherer Betrachtung unter biographischer Perspektive wird deutlich: Die emotionale Kommunikation in der Primärgruppe zwischen dem Kind und seinen wichtigen Bezugspersonen (Vater/Mutter/Geschwister usw.) und der Bezugspersonen untereinander (Vater/Mutter) waren gestört, defizitär, einseitig, inkonstant, so daß sich spezifische dysfunktionale oder gestörte „emotionale Stile“ ausgebildet haben. Dabei erscheint es uns nicht überzeugend, für bestimmte „neurotische Strukturen“

Leitemotionen bzw. Leitaffekte (Krause 1988) anzunehmen, da Emotionen, wie zu zeigen ist, in hohem Maße kontextabhängig sind, die Persönlichkeit in beständigem Wandel ist, so daß eine derartige Festlegung uns problematisch dünkt, besonders, wenn sie sich am Raster klassischer Neurosenlehre orientiert. *Emotionale Stile* bilden sich zwar in der Sozialisation aus, aber sie sind nicht auf eine „Leitemotion“ zentriert, sondern betreffen das gesamte emotionale Leben eines Menschen, und – dies ist wesentlich – sie sind wandelbar, selbst wenn man eine gewisse Temperamentabhängigkeit unterstellt (Zentner 1993).

Besonders aufschlußreich wird dies durch Untersuchungen von Kindern mit depressiven Eltern. Mütterliche Depressionen führen beim Kleinkind vermehrt zu Angst und Furchtsamkeit (Ghodsian et al. 1984; Pound et al. 1985). Es können Depressionen, aber auch aggressives, antisoziales Verhalten auftreten (Trad 1987; Zahn-Waxler et al. 1988). Oft werden die kognitive und soziale Kompetenz eingeschränkt (Weintraub et al. 1986) und Motivationen, Bewältigungsverhalten, ja die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Breznitz, Friedman 1988; Richman et al. 1982; Redding et al. 1990). Andererseits führen *protektive Faktoren* zu Kompensationen (Rolf et al. 1990; Petzold et al. 1991), so daß monokausale Herleitungen obsolet sind (Ernst, v. Luckner 1987; Robins, Rutter 1990).

Eine differenzierte Untersuchung solcher emotionaler Interaktionsstile in der Primärgruppe unter longitudinaler Perspektive bringt eine Vielzahl nachteiliger und protektiver emotionaler Muster zutage (Petzold et al. 1994a) und es läßt sich sagen: Vieles spricht für unsere These, daß das „Scheitern emotionaler Sozialisation im Sinne ‚emotionaler Differenzierungsarbeit‘, das Fehlen ko-emotiver Resonanzen und der Mangel an ‚emotionaler Sicherheit‘ und ‚emotionaler Nahrung‘ zentrale Momente in der Entstehung von Pathogenese sind“ (idem 1970c, 19). Depressive Eltern z. B. können auf die Kommunikationsangebote ihrer Kinder in der Regel nicht ausreichend antworten, weder auf der behavioralen Ebene noch auf der emotionalen. Sie überschwemmen entweder das Kind mit depressiven Gefühlen, oder/und – das ist nicht weniger nachteilig – sie bleiben emotional „stumpf“ oder resonanzlos. Gerade für die Kleinkindperiode ist diese Reaktionsweise depressiver Eltern besonders typisch: Sie sind schweigsam, zurückgenommen, arm in der non-verbalen Kommunikation und karg in der verbalen. Der fehlende Antrieb, depressive Kraftlosigkeit machen dies verstehbar. Zwischen

der erschlagenden, hyperaktiven, gefühlsüberflutenden Kommunikation hektischer, dominanter „hysterisch strukturierter“ Eltern und der kargen Zuwendung sowie dem niedrigen Aktionsniveau depressiver Eltern liegt ein breites Spektrum entwicklungsfördernder Verhaltensweisen, in denen emotionale Vielfalt eine Rolle spielt, ein breites Spektrum von Nuancierungen und Dosierungen ohne die aufgezeigten Einseitigkeiten. Zieht man eine Parallele zu psychotherapeutischen Interventionsstilen, so zeigt der klassische psychoanalytisch-abstinente Stil beunruhigende Ähnlichkeiten zum Emotions- und Verhaltensstil depressiver Eltern. Das Interventionsverhalten in einem ausschließlich aktionalen, aktivistischen Psychodrama- und Gestalttherapiestil wiederum zeigt ebenso beunruhigende Gemeinsamkeiten mit dem Verhalten von überaktiven Eltern, die „des Guten zuviel“ tun. Probleme – das sei betont – zeitigen solche elterlichen Stile (und sehr wahrscheinlich auch die therapeutischen Stile), wenn sie „zeitextendiert“ zur Wirkung kommen, und das ist bei Eltern mit relativ stabilen, einseitigen emotionalen Lagen und Stilen der Fall, genauso wie bei Therapeuten und Therapeutinnen, die aufgrund der Ideologie ihrer Schulen und ihrer therapeutischen Sozialisation einen relativ stereotypen Beziehungs- und Interventionsstil praktizieren. Emotionales Nachnähren und Nachsozialisieren, *emotionale Differenzierungsarbeit* – und diese impliziert immer eine lebendige verbale, nonverbale und prosodisch ko-emotive Interaktion – kann auf jeden Fall dann nicht geleistet werden.

Das ganze Spektrum von bedrohlichen Gefühlen, die Erwachsene Kindern vermitteln – sei es, indem sie bedrohende Situationen herstellen oder selbst furchteinflößende Emotionen generieren (Angst, Wut, sexuelles Begehren etc.) –, emotionale Belastungen (Ulich 1982, 218; Kemmler, Schelp 1988, 54) und/oder emotionale Defizite (Petzold 1977a) zeigen Wirkung bei Menschen: bei Kindern wie bei Erwachsenen und bei alten Menschen. Die Konsequenz ist, daß das emotionale Leben und Erleben eine negative Entwicklung nimmt, sei es, daß es sich unzureichend entfaltet oder sich die Fähigkeit zur *Dosierung* oder zur *Flexibilität* nicht ausbildet, sei es, daß sich sozial problematische Gefühle übermäßig stark ausprägen. Für die Persönlichkeitsentwicklung und die persönliche Reife entstehen dann Nachteile. Eine Persönlichkeit mit einer reichen, differenzierten Emotionalität, die Tiefenintensität gewinnen kann, bedarf eines „guten Nährbodens“, und das ist stets das „emotionale Klima“ der primären Bezugsgruppe und ihres sozialen Netzwerkes

in den ersten Lebensjahren, die im wesentlichen emotional, d. h. *ko-emotiv* bestimmt sind. An dieser Stelle ist es nicht möglich, die Emotionstheorie der Integrativen Therapie in ihrer Relevanz für die Praxis therapeutischer Arbeit in extenso darzustellen. Es sollen deshalb nur einige wichtige Positionen aufgezeigt werden:

Nach der anthropologischen Grundformel (idem 1965, 1974k) der Integrativen Therapie ist das **Leibsubjekt** konstituiert durch den Körper als „die Gesamtheit aller physiologischen bzw. organismischen Prozesse“ (Motorik, Sensorik, Tonusregulation etc.), durch die Psyche als die „Gesamtheit aller Prozesse des Empfindens, Fühlens und Wollens“ (z. B. Affekte, Emotionen, Stimmungen, Motivationen, Volitionen) und durch den Geist als die „Gesamtheit aller kognitiven, reflexiven, mnestischen, imaginativen, wertenden und spirituellen Prozesse und ihrer Inhalte“ im Verein mit der *individuellen Sozialität* als der „Gesamtheit aller kommunikativen und sozialen Prozesse“ auf dem Hintergrund von gesellschaftlichen Traditionen und kulturellen Klimata und der *persönlichen Ökologie* als der „Gesamtheit aller persönlich relevanten, ökologischen Bezüge“ auf dem Hintergrund regionaler und mundaner ökologischer Verhältnisse (vgl. idem et al. 1994a). Gefühle sind demnach in unserem Ansatz eine anthropologische Konstituente (Hernegger 1985, 1989). Sie wirken als Erregungszustände im *Somatischen* und bestimmen maßgeblich das *Psychische*, denn dieses ist **subjektiv**, von einem erlebnisfähigen *Ich* bestimmt, das ein „affektiv getöntes Erleben seiner selbst“ hat, ein *Selbstgefühl* mit den Dimensionen *Wertlosigkeitsgefühl* und *Selbstwertgefühl*. Das Psychische ist **intentional emotiv**. Es ist auf Gegenstände, Personen, Sachverhalte gerichtet, die mit Gefühl besetzt werden. Es ist also **attributiv**. Es schreibt den Gegenständen, Personen, Sachverhalten im Rahmen eines Bezugssystems Qualitäten und Bewertungen zu, die gefühlsgetönt sind. Das *Psychische* ist in gefühlsgesteuerter Weise **kommunikativ**. Über das limbische System wirken auch in den Bereich des *Geistigen* oder *Kognitiven* Emotionen hinein. Das *Geistige* ist **bewußt** und dies nicht nur in einer neutralen Reflexivität, vielmehr findet sich immer eine affektive Tönung oder eine Stimmung im Hintergrund. Das *Geistige* ist **kausal**. Es ermöglicht uns aufgrund vorgängiger Erfahrungen „begründet“ zu handeln, wobei die Begründung auch oder gerade bei rationaler Stringenz emotional getragen ist, etwa von dem Gefühl der Überzeugung, daß diese oder jene Entscheidung richtig ist. Wo immer das *Geistige* **wertend** ist, sind Gefühle mit im Spiel. Das

Geistige ist **regulativ**, es kann reflektierend Bedürfnisse steuern, aufschieben, und auch diese Funktion ist nicht von Affektregungen abzulösen. Selbst wenn die rechte Gehirnhälfte für die emotionale Bewertung von Gegenständen dominant und die linke Hemisphäre eher sprachlich-analytisch orientiert sein soll, wie einige Autoren vertreten, so müssen z. B. visuelle Informationen über ein Objekt, die aus dem linken und dem rechten Sehraum in die jeweilige spiegelbildliche Seite gehen, doch kognitiv *und* emotional, psychisch *und* geistig bestimmt sein, geht es doch um jeweils *einen*, ganzheitlich wahrgenommenen Gegenstand. Auch wenn dramatische, emotionsbetonte Aktionen auf Bildern von *Goya*, *Kandinsky*, *Manet* u. a. häufig auf der linken Bildseite liegen, also die rechte Hemisphäre ansprechen, so wirkt doch immer das Bild als Ganzes.

Gefühle sind also für die Interpretation wahrgenommener Wirklichkeit unabdingbar, sie bestimmen nicht nur „*Psyche*“ und „*Nous*“, sind also anthropologisch relevant, sie sind auch wesentliches Moment unserer Persönlichkeitstheorie, wo sie als die Antriebskräfte des „*Leib-Selbst*“ und als soziokulturell bestimmte Motivations-systeme betrachtet werden (*Petzold 1984i*), die in ihren bewußten Dimensionen durch das *Ich* gesteuert werden und durch die Tönung von Wahrnehmungen, Erfahrungen, Interaktionen, Wertungen (*appraisal, valuation*) auch die „Identitätsarbeit“, d. h. die persönliche und soziale *Konstituierung von Identität* nachhaltig beeinflussen. Unsere anthropologische Formel und die von ihr notwendigerweise bestimmte Persönlichkeitstheorie affirmiert die Verschränkung von **Natur** (Körper-Organismus, ökologischer Kontext/ökologisches Kontinuum) und **Kultur** (Geist, sozialer Kontext/soziales Kontinuum), von Individuum und Gesellschaft (durch Identifikation und Identifizierung, d. h. Selbst- und Fremdattribuierung). Diese Interaktion individueller und kollektiver Impulse und Formierungsstrebungen ist für das Ausbilden von Emotionen von größter Bedeutung, wie *Hernegger (1985, 1989)* auch für den phylogenetischen Prozeß der Gefühlsentstehung zeigen konnte. Das jeweilige Kollektiv synchronisiert seine Lebens- und Überlebensbedürfnisse mit denen des Individuums, das Teil des Kollektivs ist, in einer Weise, die einfache lineare Ursache-Wirkungs-Ableitungen nicht mehr möglich macht. *Norbert Elias* hat in seinem „Entwurf einer Theorie der Zivilisation“ (1939) die zunehmende Verinnerlichung äußerer Kontrollen über den Ausdruck körperlicher und emotionaler Bedürfnisse bis hin zur Entwicklung dessen, was er als „Selbstzwangs-

apparatur“ bezeichnete – ein repressives Über-Ich also –, differenziert beschrieben (Gleichmann et al. 1979; Korte 1990), und diese Kernthese wird auch durch Duerrs (1987, 1991) berechnete und unberechtigte Kritik nicht erschüttert, steht sie doch in einer kulturanalytischen Tradition, in welcher von Hegel und Marx das Phänomen der „Entfremdung“ in unterschiedlichen Facettierungen herausgestellt wurde (Schuller 1991; Petzold, Schuch 1991; Petzold 1993d). Nietzsche, Freud, Weber, Parsons, Riesmann, Adorno, Marcuse, Foucault u. a. haben sie als Affektdisziplinierung durch die Ausbildung von verhaltensleitenden Rationalitätsstrukturen beschrieben. Der „innengeleitete Sozialcharakter“ (Riesmann 1960) ist dabei als Reflexion außengesteuerter Normierungen zu sehen, der wiederum ins „emotionale Feld“ durch seine „affektive Neutralität“ (Parsons) zurückwirkt, wodurch es zu multiplen Akkumulationen kommt, zu nicht-linearen Feed-back- und Feed-forward-Prozessen, die das affektive (und damit moralische) Klima einer Kultur und der in ihr lebenden Individuen bestimmen und die sich selbst in Bewegungen (scheinbarer) Befreiung – etwa der sexuellen – als eine „repressive Entsublimierung“ (Marcuse), als subtile Wirksamkeit der „Dispositive der Macht“ (Foucault) erweisen. Lawrence Kohlberg (1973) hat in seiner entwicklungspsychologischen Forschung zum Entstehen moralischer Urteile und Haltungen umfangreiches Material vorgelegt, das geeignet ist, diesen von Elias aufgezeigten Prozeß zu stützen. Die Genese des „moralischen Subjektes“ (Herzog 1991) ist mit der Einpassung in gesellschaftliche Strukturen verbunden, die häufig zu gesellschaftlichen Zwangsapparaturen geraten, zur „repressiven Toleranz“ (Marcuse et al. 1966), zu Rollen- und Identitätszwang (Adorno, Dahrendorf, Haug, Derrida), zur ubiquitären Neurose als Eroberung der eigenen menschlichen Natur durch die Selbstkontrolle (Goodman 1951, 42) – ein Programm übrigens, das Freud als das Kernanliegen seiner Psychoanalyse herausstellte („Wo Es war, soll Ich werden“) und sich damit – unbewußt – in den disziplinierenden Diskurs der „Macht“ einreihet (Foucault 1976, 1977), der auf eine „Kolonisierung“ (Habermas) hinausläuft, deren Gegenstand der Leib und die Lebenswelt ist, mit einer Minimalisierung des Gefühls und einer Anästhesierung der sinnlichen Wahrnehmungen des *perzeptiven Leibes*, einer Amputation des *expressiven Leibes* und einer Amnesierung des *memorativen Leibes* (Petzold 1988, 193), die das Herstellen biographischer und historischer Bezüge (und damit Kritik) verunmöglicht. Daß dies durch die Verschränkung äußerer und

verinnerlichter *Kontrollen* (Über-Ich-Bildung) über die Leiblichkeit und ihre Regungen (*thymoi, e-motiones*) geschieht, darin liegt der originelle Kern von *Elias'* Zivilisationstheorie, die für psychologische Emotionstheorien gleichsam ein Hintergrundparadigma bietet, das unbedingt im Blick bleiben muß, soll es nicht zu gravierenden Verkürzungen kommen.

Auf diesem Hintergrund also können wir feststellen, daß in **Emotionen** *körperliche/physiologische, subjektiv-psychologische, geistige/kognitiv-reflexive, behavioral-aktionale* und *sozioökologische* Komponenten in einem gegebenen sozialen und kulturellen Kontext/Kontinuum in Form von *Verhalten/Expression* zum Tragen kommen. Emotionen haben *motivationale Funktionen* (Buck 1985). Sie bewirken *Handlungen* (Volpert 1983). Sie haben *kommunikative Funktionen* (Buck 1984) und drücken den Zustand des Leibssubjektes im Kontext aus, woraus sich ergibt, daß Kontextwahrnehmungen bewertet (*valuation*) werden und die Emotionen eine *orientierende Funktion* (Scherer 1984) und eine *selbstregulatorische Funktion* (Heckhausen 1985) erhalten. Emotionen *betreffen* das Leibssubjekt (Schmitz 1989), die Person als Ganzes. Sie werden situativ durch externale oder internale Stimuli ausgelöst, die komplexe endokrine und zentralnervöse (z. B. mnestische) Prozesse in Gang setzen, welche sich auf der Verhaltens-ebene manifestieren, nämlich in Atemmustern, Gesichtsausdruck und Körperhaltung/Bewegung, wobei sie als solche subjektiv wahrgenommen und bewertet werden, d. h. *Bedeutung* erhalten und zugleich Signale an die Umwelt geben. Emotionen orientieren so das Individuum wie seine Umgebung über seinen inneren Zustand, und sie zeigen beiden die Reaktionen auf eine äußere Situation oder ein inneres Ereignis (z. B. einen Einfall). Sie haben also eine informative und kommunikative Funktion, die – wie schon *Darwin* (1892) zeigte – für Tier und Mensch lebenssichernde Qualitäten hat. Eine solche Aussage darf nun nicht zur evolutionsbiologischen Verkürzung führen (so *Plutchik* 1980). Der soziokulturelle Kontext und die entwicklungsbezogene Sicht müssen im Vordergrund bleiben, denn Emotionen sind kulturspezifisch moduliert (*Averill* 1980), über die Lebensspanne hin (*Ulrich* 1987). Makroinflüsse und Mikroinflüsse spielen dabei zusammen. Das preußische Disziplin-konzept ist Ausdruck einer spezifischen kulturellen Entwicklung, aber es wird transportiert über Familien, in denen z. B. „preußische Zucht und Ordnung“ regiert. Die Kulturtheorie von *Norbert Elias* macht in

überzeugender Weise die emotionsmodulierenden Einflüsse des Makrokontextes deutlich.

Für den Einfluß familiärer Sozialisation ist die Untersuchung von Mantell (1978) bei kriegsfreiwilligen „Green Berets“ und Kriegsdienstverweigerern zur Zeit des Vietnamkrieges bedeutsam. Diese Untersuchung kann als unverzichtbare Pflichtlektüre für Psychotherapeuten (und nicht nur für diese) gelten, denn sie macht deutlich, wie *Gefühlskälte* einerseits und *Gewalt* andererseits in familiärer Sozialisation gefördert werden.

Die synchronisierten kognitiven und kommunikativen Momente der Emotionen, z. B. ihre Tönung durch vorgängige, erinnerte Emotionserfahrungen, ihre Nuancierung durch differenzierte Benennungen („Ich bin nicht traurig, eher niedergeschlagen, nein, bedrückt!“) und ihr Ausdruck in Abstimmung auf den sozialen Kontext und die Situation („Ich zeigte mich etwas verstimmt, meinen Ärger, ja, letztlich meine Empörung habe ich jedoch zurückgehalten!“) sind abhängig vom Alter des Menschen, von Temperamentdispositionen (Thomas, Chess 1977; Zentner 1993), seinen „**emotionalen Stilen**“ und seiner „**emotionalen Kultur**“, die ihm durch die „**emotionale Differenzierungsarbeit**“ in seiner Enkulturation und Sozialisation vermittelt wurde. Derartige Differenzierungsarbeit setzt Undifferenziertes voraus, angelegte emotionale Grunddispositionen, die sich an Expressionen und den diese begleitenden physiologischen Reaktionsmustern – *emotional effector patterns* (Bloch 1986, 1989) – deutlich ausmachen lassen. Komplexe Emotionstheorien wie die von Schachter (1964) oder von Izard (1977) oder von Leventhal (1979, 1980, 1982, 1984) hatten das Problem, noch keine konsistente Entwicklungstheorie der Emotionen vorlegen zu können. Betrachtet man verschiedene Ansätze (Lewis, Rosenblum 1978; Lewis, Michalson 1983; Lewis, Saarni 1985; Kagan 1978; Scherer 1979; Scherer, Ekman 1984), so erscheinen die Theorien von Sroufe (1984) und Emde (1984) besonders ausgereift, da sie physiologische, kognitive und sozial-interaktionale Momente berücksichtigen. Für Sroufe steht die soziale Formung physiologischer Spannungs- und Erregungszustände im Vordergrund. Izard (1977, 1981) hingegen nimmt in seiner Theorie der „Entwicklung diskreter Emotionen“ an, daß es angeborene neuronale Erregungsmuster für 10 grundlegende diskrete Emotionen gebe. Diese „primären Gefühle“ seien: 1. Neugier/Interesse, 2. Überraschung/Schreck, 3. Freude, 4. Furcht/Angst, 5. Kummer/Trauer, 6. Ärger/Wut, 7. Widerwillen/Ekel, 8. Verachtung/Ge-

ringschätzung, 9. Scham, 10. Schuld. Für Babys sind diese Gefühle so nicht zu objektivieren. Andere Autoren weisen „anger, disgust, happiness, sadness/distress, fear, surprise“ als Grundemotionen aufgrund von „facial expression“ aus (Boucher 1973; Ekman 1972, 1973), die bei kulturspezifischen Nuancierungen transkulturelle Gültigkeit haben sollen (Tomkins 1963; Friesen 1972; Ekman, Friesen 1975). Wieder andere (Bloch, Lemeignan 1992) sehen als Grundemotionen solche an, die ein eindeutiges respiratorisch-postural-faziales Muster aufweisen: Furcht, Zärtlichkeit, Ärger, Schmerz, Freude, erotische Liebe (ibid.) oder eine raumzeitliche Ausdrucksconfiguration zeigen, eine „essentielle Form“ (Clynes 1977): love, hate, grief, joy, reverence, anger, sex, bliss.

In der Emotionstheorie der Integrativen Therapie sehen wir Emotionen als genetisch disponierte, vom Organismus/Subjekt wahrnehmbare, komplexe Verhaltensmuster an, die in der expressiven Grobstruktur eine gewisse *Invarianz* haben (Gibson 1979) und so als *social affordances* fungieren können (Petzold et al. 1994a). Unter der „*life span developmental perspective*“ sowie unter Berücksichtigung „sozioökologischer Einflußgrößen“ erweisen sie sich als lebensalterspezifisch und kontextbedingt ausgeprägt und getönt. Welche Emotionen dabei als „*basal*“ – der Begriff erscheint mir besser als der einseitig temporalisierende „*primär*“ – zu betrachten sind, hängt – selbst wenn man spezifische Temperamenteinflüsse in Rechnung stellt (Buss, Plomin 1984; Chess, Thomas 1984) – von ihrer Funktion im jeweiligen Lebenskontext ab.

„Baby-Wut“ über einen „*hunger storm*“ (Stern 1990) mit ihrem hohen expressiven Signalwert für die Umwelt wird es beim Erwachsenen nie mehr geben. Kann man bei Föten in den letzten Gestationswochen, bei Frühgeborenen und Neugeborenen aus mimetischem Geschehen und der motorischen Aktivität gegebenenfalls auch Unlust, Angst, Schmerz, explorative Neugier, Widerwillen, Schreck, Freude und Geborgenheit/Zufriedenheit „herauslesen“, so ist damit nichts über die subjektive *Bedeutung* dieser Regungen für das Baby ausgesagt. Es handelt sich um spezifische, frühe *Emotionspatrone*, die sehr bald moduliert werden.

Zur biologischen Regulationsfunktion der Gefühle kommt – mit fortschreitender Einwurzelung des Kindes in die Sozial- und Kulturwelt zunehmend – ihre soziale Funktion und Bewertung. Deshalb sind weder Emotionsklassifikationen, die von frühestem Auftreten her argumentieren, noch solche, die respiratorisch-postural-faziale Eindeutigkeit favorisieren oder transkulturell feststellbare Aus-

drucksformen betonen, ausreichend. Im klinischen Kontext müssen etwa die zehn von Izard (1981) herausgestellten „Grundemotionen“, die nicht alle den ersten Lebensmonaten deutlich zuzuordnen sind, immer im jeweiligen Lebenszusammenhang gesehen werden. Wir ergänzen in der Integrativen Therapie noch zwei „basale“ Emotionen, die sich bei Izard und Ekman nicht finden, die wir aber für äußerst zentral halten: *Grundvertrauen/Geborgenheit* (basic trust) und das um den 12. Monat ausgebildete *Selbstgefühl* mit den später hinzugekommenen Tönungen *positiv*, d. h. Selbstwertgefühl mit ca. 18 Monaten, und *negativ*, d. h. das Minderwertigkeits- bzw. Wertlosigkeitsgefühl mit ca. 24 Monaten. Die Begrenzung auf 10 „primäre“ Gefühle scheint als solche fragwürdig. Für Neid oder Eifersucht z. B. könnte man durchaus auch Momente herausstellen, aufgrund derer sie als „Primärgefühl“ ausweisbar würden.

Da die Gesichtsmuskulatur gegen Ende des letzten Schwangerschaftstertials voll ausgebildet und funktionsfähig ist, lassen sich schon bei Ungeborenen, Frühgeborenen und Neugeborenen mimische Konfigurationen für Emotion ausmachen (Oster, Ekman 1978; Oster 1981), z. B. ganz eindeutig „crying“ als Ausdruck von „distress“. Auch Widerwillen (*disgust*) läßt sich ausmachen (Rosenstein, Oster 1982). Daß sich Emotionen schon früh entwickeln, zeigt die Fülle von Untersuchungen zum *Lächeln*, das zunächst schon bei Frühgeborenen und Neugeborenen (Bower 1979) z. B. während des REM-Schlafes auftritt (Sroufe, Waters 1976), dann im zweiten bis dritten Monat Ausdruck von „mastery“ bei gelungenen Leistungen ist (Papoušek, Papoušek 1977) und vom dritten Monat an eine eindeutig soziale Funktion erhält (Ainsworth 1973), um mit dem vierten Monat in volles, selbstinitiiertes Lachen zu münden (Sroufe 1978). Daß die frühen emotionalen Ausdrucksmuster – ich differenziere „*aggressive, evasive, exitierte, irenische Affektexpressionen*“ (Petzold 1990e) – den emotionalen Tönungen von Gefühlen Erwachsener entsprechen, ist nicht anzunehmen. Es fehlt die Möglichkeit der *distanten Selbstwahrnehmung*, d. h. das kognitive Moment, welches die Emotionen bei älteren Kindern und Erwachsenen einschließlich der Bewertung und Benennung oder der bewußten Erinnerung an vorgängige Gefühle dieser oder ähnlicher Art kennzeichnet. Ich spreche deshalb von „*Vorläufergefühlen*“ (ibid.). Da Neugeborene emotionale Gesichtsmimik diskriminieren und imitieren können (Meltzoff, Moore 1977, 1979, 1983a, b), z. B. zwei Tage alte Babys die Muster „*happy, sad, surprised*“ (Field et al. 1982), ist anzunehmen, daß

die angeborenen emotionalen Muster besonders auf kommunikative Funktionen ausgerichtet sind, die Emotionen ohnehin über das gesamte Leben hin behalten (Hoffmann 1977; Darwin 1877) und die im Frühbereich besonders für die Ausbildung von „attachment“ bedeutsam sind (Ainsworth 1973; Bowlby 1969; Trevarthen 1977, 1979). Insofern kann man den „Vorläuferemotionen“ auch ohne die Ausbildung differenzierter, kognitiver Komponenten den Status von „true emotions“ zuweisen, zumal sie durch den Säugling gezielt eingesetzt werden können (Wolff 1969; Geerwiltz, Bond 1976). Die „Gestaltung“ von Emotionen in sozialisatorischer Interaktion (Lewis, Michalson 1982; Malatesta, Haviland 1982) zeigt eine Verwobenheit psychomotorischer und psychischer, sozialer, kognitiver und ökologischer Momente, so daß die Vorstellung fester Muster, wie sie Ekman, Friesen, Gibson u. a. vertreten haben – nur die grobe Expression kann als „invariant“ aufgefaßt werden –, zu Recht von Emotionsforschern kritisiert wurde (Ulrich 1989), und noch nachhaltiger gilt solche Kritik für physiologische Ansätze wie die von Bloch (1989) oder Clynes (1977), wobei Clynes' Position erhebliche forschungsmethodische Probleme aufweist, weshalb er in der Emotionsforschung kaum Resonanz fand – trotz seiner interessanten Perspektiven.

Über die Lebensspanne hin werden – wie schon gesagt – beständig neue Gefühle und Gefühlstönungen in spezifischen sozialen Kontexten mit jeweils besonderen Bewertungen von Emotionen ausgebildet: *life long emotional development and socialisation*. Dabei sind die kognitiven Dimensionen der Emotionen und der soziale Kontext, die *emotionale Kultur* als Erfahrungsraum von Bedeutung. „Elterliche Liebe“ wird erst durch Elternschaft voll ausgeprägt, bedarf der Elternerfahrung, Gefühle wie „Endlichkeit“ oder „Lebensüberdruß“ erfordern einen entsprechenden Erfahrungshintergrund. Die Existenzängste eines von Arbeitslosigkeit bedrohten Familienvaters unterscheiden sich von denen eines jugendlichen Berufsanfängers oder eines achtzigjährigen Kleinrentners, dessen Lebensgrundlage sich seit seiner Pensionierung beständig verschlechtert hat – lange Jahre negativer Sozialisationserfahrung beschädigen oder zerstören dem alten Menschen Selbstwertgefühl und Würde (Petzold 1983f, 1985d). Mit der Veränderung des kognitiven Differenzierungsniveaus verändern sich auch die Gefühle. Die Dunkelängste, die man häufig mit den involutiven Prozessen des Seniums findet, seien hier als Beispiel genannt (sie können nur zum

Teil als ein Hochkommen kindlicher Pavor-nocturnus-Gefühle gedeutet werden, weil sie auch Ausdruck einer Antizipation der „letzten Dunkelheit“ sind). Entwicklungs-, Rückbildungs- und Transformationsprozesse spielen für die Veränderung der Emotionalität im Lebensverlauf eine große, bislang noch kaum erforschte Rolle und erfordern eine Kooperation von Entwicklungs-, Kognitions- und Sozialisationsforschung: *Verantwortungsgefühl* z. B. erfordert ein voll ausgebildetes operatives Denken, das Ursache-Wirkung-Relationen zu antizipieren vermag. *Pflichtgefühl* verlangt die Fähigkeit, sich und sein Handeln in einem übergeordneten sozialen Rahmen zu sehen und die Reaktionen anderer Menschen auf dieses Handeln vorwegnehmen zu können (*social cognition*). Die beiden genannten Gefühle wird man also nicht bei einem Vierjährigen oder auch einem Siebenjährigen finden, obgleich es auch für diese, erst im Stadium des *operativen Denkens* (Piaget) entwickelten, komplexen Gefühle „Vorläuferemotionen“ gibt, die in spezifischen sozialen Kontexten von Gehorsam, Folgsamkeit, Bravheit über Belohnung und Strafe herausgebildet werden. („Wehe, du läßt dein Brüderchen über die Straße laufen, dann setzt es Popohau! Die Straße ist zu gefährlich. Da kann er totgefahren werden!“ – Für die Fünfjährige ist der erste Satz der relevante „Motivator“ zu einem folgsamen, gebotskonformen Handeln, das durch Angst, aber *nicht* durch ein „Verantwortungsgefühl“ bestimmt ist, für ein solches aber als eine emotionsformende Vorläuferkonstellation anzusehen ist.)

Berufliche Sozialisation ist für die Ausbildung von Gefühlen je spezifischer *Tönung* von herausragender Bedeutung. Die *Tönung* des Verantwortungsgefühls, die in einer Ausbildung zum Berufsoffizier, zum Chirurgen, zum Lehrer herausgebildet wird, wird sich jeweils unterscheiden. Andere Beispiele emotionaler Spezifizierung sind Verlassenheits- und Einsamkeitsgefühle in der Adoleszenz, im Erwachsenenalter und im Senium. Sie unterscheiden sich deutlich in ihrer Tönung. Nicht nur mit Bezug auf Altersstufen, sondern auch geschlechtsspezifisch für Männer und Frauen finden sich unterschiedliche Gefühle und Gefühlstönungen, ein Bereich, über den noch kaum Forschung vorliegt, obgleich sich in der Praxis therapeutischer Arbeit immer wieder deutlich geschlechtsspezifische Ausprägungen von Gefühlen feststellen lassen, die unabdingbar zu berücksichtigen sind. Nicht anders steht es für die kulturelle, ethnische oder religiöse Einfärbung von Gefühlen, wie z. B. bei Schuld oder Scham, Ehrfurcht oder Mitgefühl. Selbst basale Emotionen wie

Liebe und Haß sind von diesen sozioökologischen Kontexten und Traditionen nachhaltig bestimmt (es sei an den „Judenhaß“ im Dritten Reich, an den Amerikahaß fundamentalistischer Khomeini-Anhänger erinnert). All diese nur kurz angerissenen Aspekte machen es erforderlich, eindimensionale Ausrichtungen zu vermeiden, dergestalt, daß man sich etwa bei emotionstheoretischen Überlegungen ausschließlich kognitiv orientiert oder sich – mit Blick auf therapeutische Arbeit – auf das Benennen und „Besprechen“ von Emotionen beschränkt und allenfalls noch das Ausdrücken eines „milden Affektes“ in Kauf nimmt. Es wird vielmehr ein breiter explikativer, aber auch interventiver Ansatz erforderlich, wenn man Emotionen verstehen und erklären, ja, mit ihnen arbeiten will.

Auch kann es nicht angehen, Emotionen nur als autochthone Artikulationen des „*emoters*“ anzusehen, sondern Emotionen sind zu einem großen Teil konfiguratив, ko-respondierend. Sie geschehen zwischen Menschen: dem Säugling und dem „*caregiver*“, zwischen dem Kind und seinem Spielgefährten, zwischen dem Therapeuten und seinem Patienten. „Emotionale Ansteckung“, ko-affektive Regungen, Kommutilität (*beide* „halten sich den Bauch vor Lachen“ oder „nehmen die Hände im Schmerz vors Gesicht“ oder „wenden sich mit Ekel ab“), emotionales Spiegeln, affektives Kontrastieren, gefühlsbetontes Feedback ..., all das zeigt, daß Therapeuten, die die Bedeutung und das Wesen von Emotionen erkannt haben, sich nicht „draußen vor“ halten und emotionslose „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ bzw. „wohlwollende Neutralität“ (*Kernberg*) praktizieren können oder gar eine Haltung der „Gefühlskälte“ (*Freud* 1912, GW VIII, 380f). Die „Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“, die *Freud* (1912, *ibid.*) formulierte, sich nämlich „den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt“ (*ibid.*), kennzeichnen fatalerweise genau die elterlichen Haltungen, die *Mantell* (1978) in seiner Untersuchung für die Elternhäuser der „*Green Berets*“ ausmachen konnte, Männern, die sich über das Töten keine Gedanken machten und sich dabei sogar wohlfühlten. *Freud* reflektierte die analytische Haltung sehr einseitig. Die „Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, daß sie für beide Teile die vorteilhaftesten Bedingungen schafft, für den Arzt die wünschenswerte *Schonung seines Affektlebens*, für den Kranken das größte Ausmaß von Hilfeleistung, das uns heute möglich ist“ (*Freud* 1912, *loc. cit. supr.*, meine

Hervorhebung). Nun, das ist alles andere als überzeugend und für den Therapeuten wie für den Patienten gleichermaßen schädlich (vgl. *Petzold* 1980g, 254).

Mit Blick auf die von Baby- und Kleinkindforschung untersuchten emotionalen Interaktionsstile im „*sensitive caregiving*“ und „*intuitive parenting*“ (*Petzold et al.* 1994a) ist statt dessen zu sagen: Es geht um dosierte *Ko-emotionen* und um ein Spektrum von Intensitäten, insbesondere im Bereich der positiv getönten Gefühle, denn Drohung und Einschüchterung bewirken zwar „Bravheit“, Erziehung zur Härte hilft zwar, Furcht zu bändigen und „tapfer zu sein“, aber diese Strategien bleiben nicht ohne Folgen. Indes, solange das Kind der Norm entspricht, kümmern sich die Eltern nicht um die verborgenen Kosten seiner „Konformität“ (*Izard* 1977/1981, 415). Wiederum wird die soziokulturelle Komponente deutlich. Sie scheint natürlich auch voll in dem zitierten *Freud*-Text auf, der von der Erziehungsideologie seiner Zeit geprägt ist: in preußischen Maximen der Disziplin und dem Neo-Stoizismus, wie er im Lateinunterricht des Humanistischen Gymnasiums als Ideal vermittelt wurde. Bei gezielter Beeinflussung von Emotionen, sei es durch Psychotherapie, Soziotherapie, Beratung oder agogische Maßnahmen, muß deshalb immer eine kritische Reflexion auf den gesellschaftlichen Kontext der Gefühle, um die es geht, erfolgen, auf die Funktion von Emotionen und darauf, wer von den Emotionen „profitiert“. Dies wird besonders wesentlich, wenn leibtherapeutische Arbeit funktional und übungszentriert die physiologische und behaviorale Seite von Emotionen zu beeinflussen sucht (*Petzold* 1974k, 360f, 380f).

1.2 *Emotionen als „Synergeme“ – Konzepte zu einem differentiellen und integrativen Emotionsbegriff*

Aus den bisherigen Ausführungen wird schon offensichtlich, wie schwierig Emotionen zu bestimmen sind und wie komplex die Perspektiven sein müssen, die einzubeziehen sind.

Die verwirrende Vielzahl von emotionstheoretischen Ansätzen ist durch dieses Faktum der Mehrdimensionalität emotionalen Geschehens, der Vielschichtigkeit emotionaler Phänomene und durch die Bedeutung bestimmt, die Emotionen in allen Bereichen des menschlichen Lebens haben, so daß Biologen (*Lorenz* 1980; *Panksepp* 1982; *Vincent* 1990), Psychologen (*Ullich* 1982; *Izard* 1981; *Euler, Mandl*

1983), Soziologen (Scheff 1983; Schumann, Stimmer 1986; Luhmann 1982; Gerhards 1988; Kahle 1981), Philosophen (Scheler 1933, 1948; Schmitz 1989; Heller 1980) glaubten, sich mit ihnen auseinandersetzen zu müssen. Und jede Disziplin, jeder Forschungsansatz, jeder Weg der Konzeptualisierung macht deutlich: es wird im Hinblick auf die Emotionstheorie ein integrativer Ansatz notwendig, der mehrperspektivisch verschiedene Zugangsweisen und Dimensionen berücksichtigt. Kleinginna und Kleinginna (1981) kamen nach Auswertung von 92 Emotionsdefinitionen zu folgendem synthetisierenden Definitionsversuch:

„Emotion ist ein komplexes, von neurohumoralen Systemen vermitteltes Interaktionsmuster von subjektiven und objektiven Faktoren, welches (a) affektive Erfahrung, z. B. ein Empfinden der eigenen Angeregtheit oder Lust/Unlust entstehen lassen kann, (b) kognitive Prozesse und emotional bedeutungsvolle Wahrnehmungseffekte hervorbringen kann, (c) auferregungsauslösende Bedingungen physiologische Anpassungsleistungen zu aktivieren vermag und (d) zu Verhalten führt, das oft – wenn auch nicht immer – expressiv, zielgerichtet und adaptiv ist.“

Izard (1981, 85) definiert:

„Eine Emotion ist ein komplexes Phänomen mit neurophysiologischen, motorisch-expressiven und Erlebniskomponenten. Der individuelle Prozeß, durch den diese Komponenten interagieren, um die Emotion hervorzubringen, ist ein evolutionär-biogenetisches Phänomen. Zum Beispiel sind beim Menschen der Ausdruck von Zorn und das Erlebnisphänomen von Zorn angeborne, kulturübergreifende, universale Erscheinungen.“

Derartige komplexe Emotionsdefinitionen zeigen, wie vielfacetig der Emotionsbegriff ist, und damit wird auch schon deutlich, wie vielfältig die Aufgaben sind, die Emotionen für das Individuum, für Gruppen oder für größere Kollektive, ja für die Gesamtgesellschaft zu leisten haben.

Emotionen sind ihrem Wesen nach relational, sie verbinden und sie trennen, sie ziehen an und sie grenzen ab. Den Fragen zu kollektiver Emotionalität bzw. zu kollektiven emotionalen Lagen kann hier nicht weiter nachgegangen werden, obgleich sie für die Gefühle des Individuums ganz erhebliche Bedeutung haben, denn sie konstituieren das sozioemotionale „Makroklima“, das die sozioemotionalen „Mikroklimata“ nachhaltig beeinflusst. Die theoretischen Annahmen der Integrativen Therapie, ihre „Theorie der Emotionen“ wurden nachhaltig durch derartige Makroinflüsse, den „Zeitgeist“

(Petzold 1989f) der 68er Jahre geprägt, und so lautete eine frühe Definition (idem 1969c, 8, vgl. 1968a, 38):

„Emotionen sind leiblich gegründete, bewegende Kräfte (thymoi) im Menschen, deren Kontrolle und Manipulation durch gesellschaftliche Interessengruppen Herrschaft über Individuen sichert und deren reflektierter und koordinierter Einsatz Individuen Befreiung von gesellschaftlicher Repression ermöglicht. Emotionen müssen sich frei äußern dürfen. Sie drängen ja aufgrund eines inneren Berührtseins und Betroffenseins leiblich-konkret heraus auf andere zu, zu anderen hin und erfahren in der Begegnung mit den Gefühlen der anderen ihre Grenzen und in der Auseinandersetzung mit den Gefühlen der anderen ihre Formung in einer Art und Weise, daß ein konstruktives soziales Miteinander möglich wird – im großen wie im kleinen.“

Diese Überlegungen entsprangen auch unseren Erfahrungen in einem spezifischen „emotionalen Mikroklima“ in der ersten von uns gegründeten therapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige im europäischen Raum, in welcher emotionales Zusammenleben und Miteinanderauskommen müssen eine Grundform des Miteinanderlebens war (ibid.) und wo wir in der Arbeit mit den Abhängigen erfuhren, wie leiblich-konkret Gefühl und Ausdruck, die Regungen des Körpers und die E-motion verbunden waren (Petzold 1985h). Der griechische Begriff „*Thymos*“, eine den ganzen Menschen ergreifende, affektive Leibregung, schien uns das Emotionskonzept in besonders adäquater Weise zu fassen, weil im *Thymos* körperliches, seelisches und geistiges Geschehen verschränkt sind und Therapie, als „Thymopraktik“ verstanden, die verbale Psychotherapie erweiterte (Petzold 1970c, 1974j, 1975e).

Mit Blick auf die psycho- und leibtherapeutische Arbeit wurde dann unser Emotionskonzept mit folgenden Definitionen umrissen:

»Emotionen sind komplexe, das gesamte Leibsobjekt in seinem soziophysikalischen und soziokulturellen Kontext ergreifende Prozesse, Thymosregungen, die mit variierender Intensität, Tönung und Bewußtheit als Affekt, Gefühl, Passion, Stimmung, Grundstimmung oder Lebensgefühl vom ‚Selbst‘ eigenleiblich gespürt und vom ‚Ich‘ bewußt erlebt werden. Sie sind komplexe Synergeme von spezifischen physiologischen (neuronalen, endokrinen, kardiovaskulären, muskulären, respiratorischen) Erregungsmustern, von subjektiven Erlebnisweisen, kognitiven Bewertungen und Benennungen, sozial-kommunikativen Orientierungen und – daraus folgend – von charakteristischem Expressionsverhalten in Mimik, Gestik, Haltung und Bewegung. Sie kommen auf als Resonanz auf Einflüsse der aktuellen Umwelt (Stimulierung) oder als autochthone Impulse der aktuellen Innenwelt (Motivation, Antriebe, Erinnerungen, Phantasien).

– **Emotionen** werden aus genetisch disponierten, basalen affektiv-expressiven Mustern, wir nennen sie ‚**Vorläuferemotionen**‘, zu stabilen transkulturell identifizierbaren Erregungs- und Ausdrucksmustern, wir nennen sie **Grundemotionen**, ausgebildet und in einem Prozeß ‚**individueller emotionaler Differenzierungsarbeit**‘ – über die Lebensspanne hin bis ins hohe Alter – nuanciert und moduliert. Dabei formen sich vor dem Hintergrund der jeweiligen ‚**emotionalen Kultur**‘, d. h. **kollektiven Stilen des Fühlens**, und charakteristischer Anlagen **persönliche emotionale Stile** und ein ‚**Lebensgefühl**‘ aus aufgrund von Stimmungslagen und Grundstimmungen, die in aktuelle Affekte eingehen.

– **Emotionen** werden in ‚**kollektiver emotionaler Differenzierungsarbeit**‘ im Rahmen von kulturellen und zivilisatorischen Formierungsprozessen (Elias) ausgeprägt, gewertet, gefördert oder eingeschränkt, ganz wie es die Bedürfnisse des jeweiligen gesellschaftlichen Systems erforderlich machen. So werden dann auf diesem Hintergrund gesellschaftlicher Traditionen, Bewertungen, Atmosphären, ‚**sozioemotionaler Makroklimata**‘, ‚**Grundemotionen**‘ im Verlaufe der Biographie **enkulturiert** und **sozialisiert**, wobei ‚**komplexe Emotionen**‘ mit spezifischer subjektiver Charakteristik entstehen. Die Familie mit ihrer spezifischen ‚**emotionalen Kultur**‘ als primäre Sozialisationsinstanz und das nähere soziale Netzwerk mit den für sie kennzeichnenden emotionalen Stilen und ‚**positiven emotionalen Mikroklimata**‘ tragen in diesen Prozessen dazu bei, daß die Grundemotionen und komplexen Emotionen gesellschaftsspezifische Tönungen und Intensitäten erhalten.

– **Emotionen** haben für das Individuum eine motivierende, orientierende, wertende und sinnstiftende Funktion im Hinblick auf seinen Bezug zur Umwelt und für die Umwelt eine orientierende und Bewertung ermöglichende Funktion im Hinblick auf den inneren Zustand eines Individuums. Als qualitative Komponente von Kommunikation umgeben **Emotionen** das Leib-Selbst durch die von ihm ausgehenden, subliminal und supraliminal wahrnehmbaren, multiplen Signale (emotiones) als **Atmosphäre**, womit sich aufgrund der ausgelösten Resonanzen ein ‚**emotionales Feld**‘ aufbaut. Dieses kann durch ‚**Ansteckungseffekte**‘ Gruppen und größere Kollektive erfassen, wodurch in Rückwirkungseffekten wiederum das subjektive Gefühl als körperlich-seelisch-geistige Synergie (Thymos) beeinflußt wird. Therapeutische Interventionen zur Veränderung emotionaler Lagen müssen deshalb das **Feld**, seine **emotionale Kultur** einbeziehen und die Leiblichkeit in all ihren Dimensionen. Sie werden sich, weil es um Thymosregungen geht, nicht auf Psychotherapie beschränken können, sondern sie als thymopraktische Leibarbeit und feldorientierte Soziotherapie ergänzen bzw. überschreiten müssen (Petzold 1970c, 57).«

Unser definitorischer Versuch wurde graphisch umgesetzt als Darstellung des Leibsubjektes mit seinem emotionalen Feld, d. h. in Kontext und Kontinuum (vgl. Abb. 1).

Die Konzeption des „emotionalen Feldes“ läßt sich in guter Weise mit der ökologischen „Wahrnehmungstheorie“ von Gibson in Zu-

sammenhang bringen, ein Ansatz, den wir dann auch aufgegriffen haben. Das „Affordance-Konzept“ von Gibson wurde von uns erweitert zum Begriff der „social affordance“. Soziale Interaktion, und hier besonders emotionale Mimik und Gestik, werden als „social affordances“ aufgefaßt: Informationen, die in die soziale Umwelt abgegeben werden und die von Handelnden mit abgestimmten, passenden Handlungsmöglichkeiten „effectivities“ beantwortet werden. Auch im sozialen Bereich sind also Wahrnehmung und Handlung, Kompetenz und Performanz unlösbar miteinander verschränkt, wobei davon ausgegangen werden muß, daß bei komplexen Realitäten, wie wir sie im sozialen Bereich finden, auch symbolvermittelte Momente in Kommunikation/Interaktion in das Zusammenspiel von „affordance“ und „effectivities“ eingehen. Aus diesem Grund muß der Wahrnehmungs-Handlungs-Zyklus des ökologischen Ansatzes erweitert werden zum Modell einer Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsspirale (Petzold et al. 1994a). Emotionen, als *social affordances* aufgefaßt, bieten für die Erklärung sozialen Handelns (*effectivities*) einen guten Ansatz, bei denen einmal transkulturell „invariante“ Muster zum Tragen kommen, andererseits aber auch kulturspezifische Zupassungen dieser Muster möglich sind, sich also die biologische und die soziale Ebene verbinden. Eindrücke aus dem „äußeren“ gesellschaftlichen und situativen Rahmen in Form von Stimulationen/Impression und Resonanzen/Expressionen aus dem „Innenraum“ des Leibssubjektes – beides sind Dimensionen *eines* Feldes – werden damit als Zyklen verstanden, die soziale Interaktionen steuern.

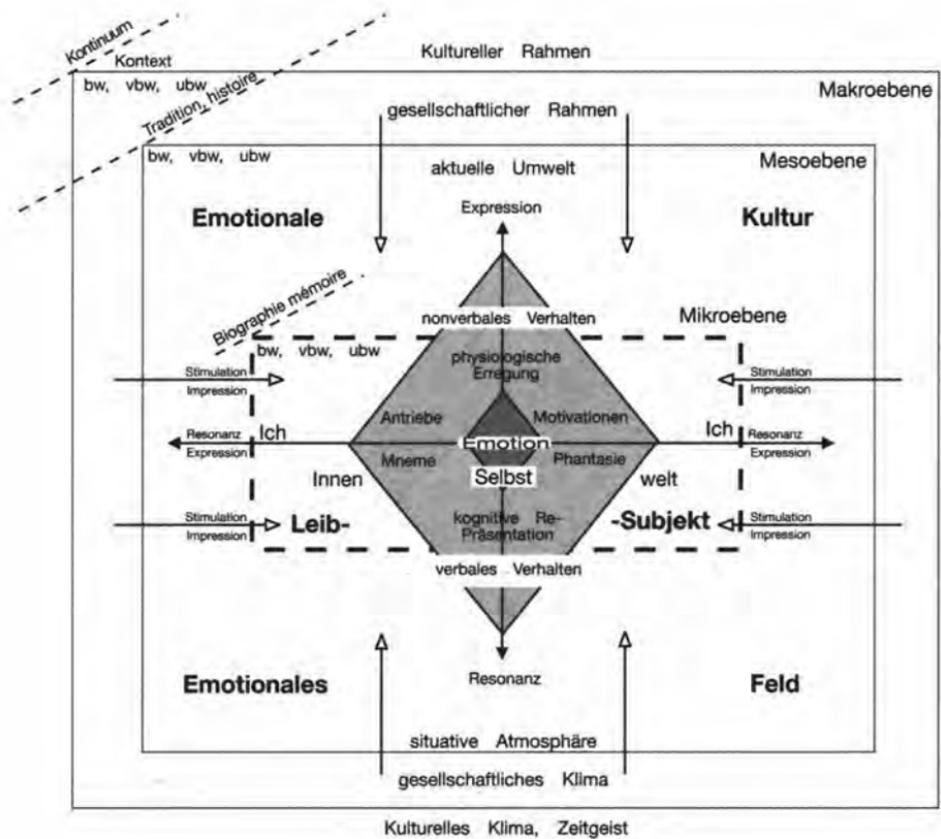


Abb. 1: Das Leibsubjekt mit seinem emotionalen Feld in Kontext und Kontinuum (aus: Petzold 1970c, 58)

Legende: »Das Leibsobjekt lebt in seiner aktuellen Befindlichkeit mit dem Hintergrund biographischer Erfahrung (*mémoire*) und einer gegebenen kulturellen Tradition (*histoire*) in einer Verschränkung (deshalb gestrichelte Linien) von aktueller Umwelt und Innenwelt. Impressionen (d. h. Außenstimulierungen durch Ereignisse im Kontext oder Innenstimulierungen durch motivationale Kräfte, z. B. Antriebe, Erinnerungen, Phantasien) führen zu ‚physiologischen Erregungszuständen‘ und ‚kognitiven Repräsentationen‘ der inneren und/oder äußeren Ereignisse. Die **Synergie** dieser Faktoren als Resonanzphänomene sind die **Emotionen**, die hinter den sichtbaren und hörbaren Verhaltensaüßerungen stehen, zur **Expression** drängen und die damit das ‚emotionale Feld‘ konstituieren sowie die Qualität der „**emotionalen Kultur**“ prägen« (1970c, 58).

In diesen Definitionsversuchen sind verschiedene Perspektiven zusammengefaßt, die physiologische, kognitivistische, sozialpsychologische und soziologische Orientierung repräsentieren. Die darwinistische Tradition der Emotionspsychologie (Darwin 1872, 1877), die in verschiedenen Strömungen gegenwärtiger Entwicklungspsychologie ihren Niederschlag gefunden hat (Izard 1971; Ekman, Friesen 1975; Plutchik 1980), wird auch im Integrativen Ansatz mit der Annahme „diskreter bzw. elementarer Emotionen“ (Tomkins 1962, 1963; Izard 1972; Izard, Tomkins 1966) und spezifischer Temperamenttönungen (Thomas, Chess 1977; Buss, Plomin 1984) – wir sprachen unter Bezugnahme auf Thomas et al. (1968) von „charakteristischen Anlagen“ (Petzold 1970c, 58) – aufgenommen, aber durch Berücksichtigung motorisch-perzeptueller Faktoren (Gellhorn 1964; Tomkins, McCarter 1964) ergänzt. Insbesondere unter einer Entwicklungsperspektive muß man kognitiven Aspekten Einfluß zubilligen (Arnold 1970a; Schachter, Singer 1962; Lewis, Brooks 1978) und sie als mit dem Selbst verbunden betrachten, einem Selbst, das unlösbar in soziale Situationen eingebunden ist, die die Emotionen bestimmen (Averill 1980, 1982). Es muß also in einer **ökologischen Perspektive** (Gibson 1979) über die intraorganismische Interaktion von Physiologie, Emotion, Kognition (Lewis et al. 1984) hinausgegangen werden zur einer Interaktion dieser Größen mit dem Kontext.

Wenn wir also etwas wie „Grundemotionen“ annehmen – eine Position, die von den konstruktivistischen bzw. kognitionsorientierten Autoren z. T. heftig kritisiert wird (Lazarus 1975; Mandler 1979; Ulich 1982) – so geschieht das im wesentlichen unter entwicklungspsychologischer Perspektive für den *Frühbereich* der menschlichen Entwicklung. Mit der Annahme einer „Differenzierung

durch Entwicklung“ (Sroufe 1979b; Emde 1980a), z. B. des „hedonischen Tons“ Lust/Unlust (Zajonc 1980; Emde 1983; Stern 1985) oder der differenzierenden Entfaltung präformierter Muster (Izard, Beuchler 1979) und Temperamentdispositionen (Zentner 1993), muß die kognitive Komponente ihren Platz in diesem Geschehen erhalten (Kagan 1987; Hesse, Cicchetti 1982; Lewis, Michalson 1983). Es wird also eine *lebensaltersspezifische Emotionstheorie* erforderlich, durch die sich viele der vorhandenen Widersprüchlichkeiten lösen ließen. Weil die „volle Emotion“ die kognitiven Momente der Benennung, Bewertung und sozialen Zuordnung (*social reference*) einschließen sollte, spreche ich für den Frühbereich von **Vorläuferemotionen** oder Affektpatrone.

Als Vorläuferemotion differenziere ich *derzeit* aufgrund von physiologischen Parametern für *Irritation/Erregung* (diese stellt sich relativ unspezifisch dar), aufgrund der begleitenden, durch Intrauterin-Photographie dokumentierten Mimik und die durch Ultraschalluntersuchungen darstellbare Motorik sowie aufgrund der Mimik und Gestik Frühgeborener vier basale affektiv-expressive Muster (Petzold 1992a, 679), die sich wie folgt interpretieren lassen:

- *aggressive Expression* (Irritation, Schmerz, Wut – Unlust-Mimik/Gestik);
- *evasive Expression* (Schreck, Schmerz, Widerwillen – Aversions- und Wein-Mimik/Gestik);
- *exziterte Expression* (Lust, Interesse – angeregt-motorische und explorative Aktivität, Aufmerksamkeits-/Neugier-Mimik);
- *irenische Expression* (Wohlbehagen, Geborgenheit, Grundvertrauen – Entspanntheits-Mimik, Daumenlutschen, ruhige Lage).

Dabei sind Affektmotorik (Mimik, Gestik, Bewegung) und physiologische Reaktionen unlösbar miteinander verbunden. Natürlich ist davon auszugehen, daß derartige archaische Regungen in ihrem Erlebniswert für den Föten bzw. das Frühgeborene von Außenbeobachtern nicht beurteilt werden können. Weiterhin kann bislang nichts über die mnestiche Archivierung derartiger Vorläufergefühle ausgesagt werden. Für unsere Definitionen spielen sie insoweit eine Rolle, als diese Muster Grundlage unserer *Differenzierungshypothese* werden, zumal aus den vier herausgestellten affektiv-expressiven Grundmustern sich die wesentlichen, postnatal im ersten Lebensjahr objektivierbaren Emotionen ableiten lassen. Für theore-

tische Annahmen, wie z. B. die des „je mitgegebenen Grundvertrauens“ durch den *protektiven Megafaktor* des sicheren, intrauterinen Milieus (Petzold 1984i), ist es überdies durchaus von Belang, Hinweise auf einen „*irenischen Zustand*“ zu haben (Abbildungen von iredischer Fötalmimik, vgl. Zimmer, Nilsson 1992, 3, 10, 14).

Aufgrund der vorhandenen, sehr divergierenden Literatur zur Entwicklung von Emotionen eine Chronologie des Auftretens von *Vorläuferemotionen* als affektiv-expressiven Mustern, *Grundemotionen* als stabilen Erregungs- und Ausdrucksformen und *komplexen Emotionen* als spezifisch subjektiv geprägten Gefühlen zu erstellen ist schwierig, weil hierfür expressives Verhalten nicht als einziger Parameter dienen kann, denn latente, schwache oder subtile Emotionsregungen sind nicht oder schwer beobachtbar, und die Qualität, Feintönung und Wirkung von Emotionen kann nicht standardisiert abgeschätzt werden. Folgende tentative Auswertung der Literatur versucht, einen Überblick zu geben:

1 <i>Vorläuferemotionen</i>	6. Monat pränatal	- 3. Monat postnatal
2 <i>Grundemotionen</i>	3. Monat pränatal	- 12. Monat postnatal
3 <i>Komplexe Emotionen</i>	12. Monat postnatal	- über die Lebensspanne hin

ad 1	Schreck/Irritation	6. Monat pränatal
	exploratives Interesse	6.
	Geborgenheit/Grundvertrauen	6.
	Widerwille/Ekel	6.
	Unlust/Ärger/Schmerz	6.
	Lust/Exzitation/Wohlbehagen	6.
ad 2	Furcht	8. Monat postnatal
	Neugier	2.
	Wohlbehagen	2.
	Ärger/Wut	2.
	Kummer	6.
	Freude/Spaß	2.
ad 3	Selbstgefühl	12. Monat postnatal
	Selbstwertgefühl	18.
	Ablehnungs-/Wertlosigkeitsgefühl	24.
	Schamgefühl	36.
	Schuldgefühl	42.
	Trauer	48.

Es wird an dieser Aufstellung ersichtlich, daß die Emotionen eng mit der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes verbunden sind.

Komplexe Emotionen, z.B. Trauer, erfordern die Möglichkeit eines *selbstreferentiellen Bezugs*, ein subjektives Leib-Selbst. Letztlich müßte auf jeder Entwicklungsstufe das jeweilige Gefühl in seiner altersgemäßen Entfaltung erneut aufgeführt werden, verbunden mit seinen orientierenden, kommunikativen und selbstregulatorischen Funktionen sowie seinem sozioökologischen Bezugsrahmen, einschließlich der relevanten sozialen Bewertungsparameter.

Emotionen umfassen folgende Komponenten:

1. <i>physiologische</i>	2. <i>behaviorale</i>	3. <i>kognitive/ psychologische</i>	4. <i>soziale/ kommunikative</i>
organismische	expressive	perzeptive	signalisierende
biochemische	posturale	affektive	konnectierende
viscerale	faziale	imaginale	kontrastierende
endokrine	motorische	mnestische	synchronisierende
neuronale	vokale	evaluative	konsensstiftende
cardiovaskuläre	gestuelle	symbolische	motivierende
muskuläre	atemmotorische	verbale	demotivierende
respiratorische		interpretative	

Diese aufgeführten Komponenten sind in komplizierten Formen des Zusammenspiels mehr oder weniger aufeinander abgestimmt. Deshalb sehen wir Emotion als ein „*komplexes Syngem*“. Emotionen organisieren sich in *Mustern, Schemata, Strukturen, Stilen* von unterschiedlicher Prägnanz als in „*affektiver Betroffenheit*“ „*eigenleiblich-gespürte*“ (Schmitz 1989), „*bewußte*“ (Zajonc 1980) **private Ereignisse** (Mandler 1980), die „*persönlich bedeutsam*“ (Petzold 1970c) sind, einen *subjektiven Sinn* haben (ibid.), **und** sie können als gemeinsam erlebte, aufeinander wirkende (synchron oder kontrastierend), kommunizierte bzw. verbal und nonverbal kommunizierbare (Dittman 1972), „*ansteckende*“ (Izard 1977) oder „*ablöschende*“ (Petzold 1970c) **kollektive Ereignisse** auftreten, die für das Kollektiv, d. h. für eine „*social world*“ (Unruh 1983; Petzold, Petzold 1991a) „*gemeinschaftlich bedeutsam*“ sind und als „*repräsentation sociale*“ (Moscovici 1984) konsensuellen **Sinn** oder auch Dissens konstituieren. Private und kollektive Ausformung von Emotion kann, was Intensität, Nuancierung, Breite des abgreifbaren „*emotionalen Spektrums*“ (Petzold 1970c) aufgrund eines vorhandenen kontextuellen Vorrats an „*affordances*“ (idem et al. 1994a), eines „*emotionalen Repertoires*“ (Ullich 1982) anbelangt, individuell und kollektiv sehr variieren.

Wenn ein „emotionales Feld“ auf ein anderes trifft, bildet es mit diesem ein übergreifendes Feld als *Ensemble nicht-linearer Resonanzphänomene*, in dem die „Wellen hochschlagen“ können, in dem es also „brodeln“ kann, *emotionales Chaos* herrscht oder ein *emotionaler Gleichklang*. Im „Inneren“ eines Individuums können sich ähnliche Phänomene abspielen, wenn innere oder äußere bzw. innere und innere Impulse zu einem „Widerstreit der Emotionen“ führen und die Gefühle „hoch aufwallen“, wobei sich ein Gefühl schließlich durchsetzen kann, weil es sich „mit aller Kraft“ oder durch den Zufall eines Summationseffektes wie eine „Translationswelle“ (J.S. Russel) fortschreibt (vgl. Petzold 1993p, 243ff).

Gefühle in Individuen und Kollektiven verhalten sich in vieler Hinsicht wie Wellen, so daß es zu chaotischen Wirbeln, aber auch zu *Solitonen* kommen kann (Lonngren, Alwyn 1978; Dodd et al. 1982; Takeno 1985) – letzteres im guten Sinne wie auch mit verheerenden Effekten (man denke an das: „Wollt Ihr den totalen Krieg?“ oder an die verhängnisvollen Entwicklungen in Jugoslawien zwischen Serben und Kroaten, Muslimen und Orthodoxen). Bei „Gefühlsstürmen“, „Gefühlswallungen“, Wellen des Gefühls, die Einzelpersonen, Gruppen oder Massen durchfluten, sind chaostheoretische (Briggs, Peat 1990; Gleick 1987) und ökologische (Gibson 1979) Überlegungen fruchtbar; denn *Therapiegruppen* und *Therapeut-Patient-Beziehungen* befinden sich in „emotionalen Feldern“ und konstituieren sie zugleich aus wechselseitiger Resonanz von *social affordances* (Petzold et al. 1994a), „emotionale Mikroklimata“, in denen sich primäre Sozialisationsklimata reproduzieren können, was natürlich auch die große Chance bietet, diese zu modulieren: Durch die Veränderung des Aufforderungscharakters (*affordance*) eines Feldes, seiner „*Stimmung*“, kann es gelingen, einen Menschen „*umzustimmen*“, auf neue Gefühle „*einzustimmen*“, Einfluß auf die habitualisierten Gefühle, emotionalen Stile, ja Grundstimmungen zu nehmen, die das „*Lebensgefühl*“ prägen.

Emotionen als „*Synergeme*“, als „*Synergie-Effekte*“, als Zusammenspiel von Umfeldinformationen und Antwortmöglichkeiten des Organismus (*affordances* und *effectivities*, vgl. *ibid.*) oder auch als „*Klimata*“ verstanden, werden von Kagan (1978, 50) mit einem treffenden Bild charakterisiert: „... der Ausdruck *Emotion* [sollte] die Beziehung zwischen Außenreizen, Gedanken und Veränderungen des inneren Empfindens bezeichnen ... so, wie *Wetter* ein übergeordneter Ausdruck für die sich wandelnden Beziehungen zwischen Windgeschwindigkeit, Luftfeuchtigkeit, Temperatur, Luftdruck und verschiedenen Niederschlagsformen ist.“

Eine solche, durchaus griffige Bestimmung wie auch alle Versuche darwinistischer Emotionstheorie müssen jeweils um das wichtige Moment *sozialer Formung* und gesellschaftsabhängiger Differenzierung und Bewertung ergänzt werden, da die Prozesse emotionaler Sozialisation schon in den ersten Lebensstagen beginnen (Field, Fogel 1982; Petzold et al. 1994a), die Gesellschaftsformen jedoch sehr variieren, was ihre *emotionale Kultur* anbelangt, das heißt auch, welche Emotionen gefördert oder gehäuft modellhaft angeboten werden. Deutsche, japanische und amerikanische Eltern, um nur einmal drei vom Lebensstandard vergleichbare Industrienationen zu nennen und keine exotischen Vergleiche zu bemühen, variieren bezüglich der Strategie emotionaler Sozialisation erheblich (Gordon 1989; Izard, Malatesta 1987; Keller et al. 1990).

Es nimmt daher nicht wunder, daß Versuche, Basisemotionen zu bestimmen in Probleme geraten, die nicht nur mit den unterschiedlichen Theorie- und Forschungskonzepten der Emotionspsychologen zusammenhängen (die allerdings nicht unerheblich zu einem „erschwerten Diskurs“ in diesem Feld beitragen). Ortony und Turner (1990) haben in ihrer Auswertung von vierzehn Ansätzen, Basisemotionen zu bestimmen, völlig unterschiedliche Auflistungen feststellen müssen. Für die psychotherapeutische Praxis ist es letztlich auch nicht so wichtig zu wissen, welche Gefühle „basal“ im Sinne von „angeboren“ oder „früh“ sind. Bedeutsamer ist es zu wissen, *welche* Emotionen in den „relevanten Lebensfeldern“, d. h. im gesellschaftlichen Rahmen, in der Schicht oder Subkultur, in der familiären Tradition und in aktuellen Lebenskontexten, denen der Patient entstammt, *wie* ausgedrückt und bewertet werden, welche Bedeutung die verschiedenen Emotionen in der „subjektiven Theorie“ (Flick 1991) des Patienten haben. Subjektive Theorien allerdings sind wiederum wesentlich abhängig von „social worlds“, „sozialen Repräsentationen“ (Moscovici 1984; Jodelet 1989 a,b; Farr, Moscovici 1984). Psychotherapeuten müssen sich deshalb einen solchen kulturspezifischen Kontext, sofern sie sich des sozialen Repräsentationsrahmens ihrer Patienten nicht sicher sind, durch Feldbeobachtungen, Methoden der Erlebnisaktivierung und „szenischen Repräsentation“ erarbeiten. Sofern sie Kinder oder in Regressionsbehandlungen Erwachsene therapieren, müssen sie allerdings auch ein Wissen um die kulturspezifischen, altersgemäßen Ausformungen und Ausdrucksweisen von Emotionen haben und sich in die „Entwicklungspsychologie der Emotionen“ (Campos et al. 1983, 1989;

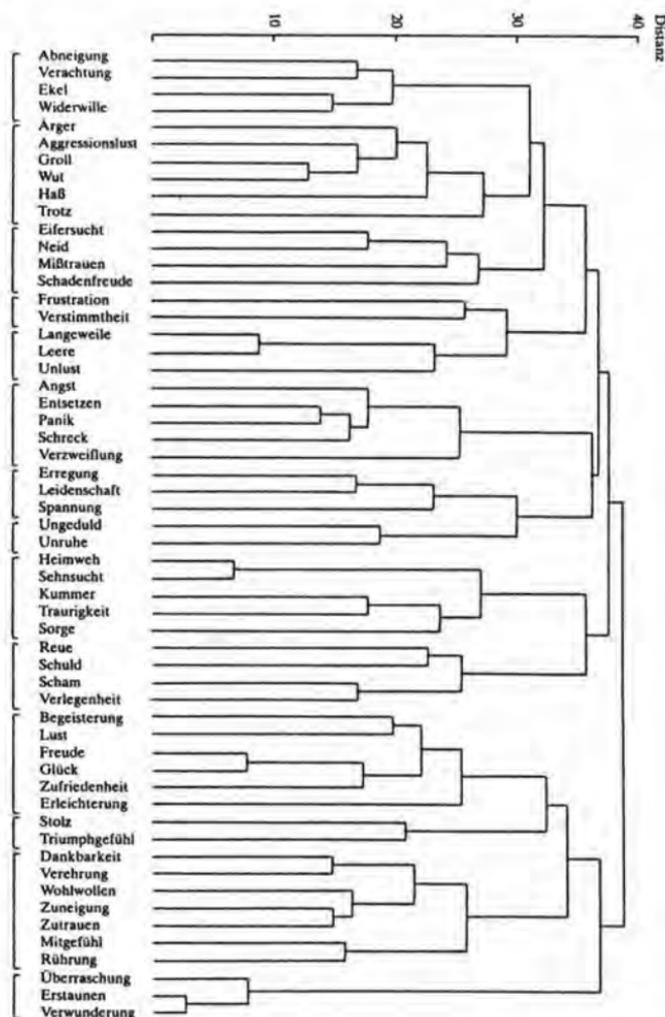
Barret, Campos 1987; Lewis, Saarni 1985; Saarni, Harris 1989; Izard, Malatesta 1987; Geppert, Heckhausen 1990) und die Temperamentforschung (Thomas et al. 1968; Thomas, Chess 1977; Zentner 1993) einarbeiten, um in einem „hinreichend konsistenten“ Rahmen einer „klinischen Entwicklungspsychologie“ (Petzold 1992d; Kruse 1991) handeln zu können.

Insgesamt ist für psychotherapeutisches Handeln eine kenntnisreiche Übersicht über den Bereich des Emotionalen unerlässlich. Eigene Gefühlspräferenzen, Temperamentsdispositionen, emotionale Stile, ihr biographisches Herkommen, ihre kulturelle und soziale Verwurzelung, das Wissen um die emotionale Dimension von *social affordances* eines *environments*, d. h. von Kontextinformationen und den vorhandenen Mustern auf diese zu antworten (Petzold et al. 1994a), Wissen über die emotionale Supportfunktion und Qualität sozialer Netzwerke (Röhrle 1994), besonders des eigenen in seiner Entwicklung als lebensgeschichtlicher „Geleitschutz“ (*convoy*, Petzold et al. 1991) – all diese Perspektiven müssen zentrale Themen der Selbsterfahrung in Lehranalyse und Ausbildungsgruppe sein, nicht zuletzt das Thema der „verleugneten und vermiedenen Emotionen“. Auch Supervision und Kontrollanalyse (Petzold 1993m) werden das Thema „Gefühle“ immer wieder aufgreifen müssen. Bezugsrahmen werden die „übergeordnete emotionale Kultur“ des sozio-kulturellen Raumes und schichtspezifische „emotionale Kulturen“ sein. Letztere sind aufgrund der desolaten Forschungslage wiederum „*in situ*“ zu bestimmen. „Emotionale Stile“ und „emotionale Bedeutungsfelder“ sind weitere wichtige Bezugsparameter für Psychotherapeuten. Sprachanalytische Klassifizierungsversuche erweisen sich hier als recht nützlich, wenn sie versuchen, den psychologischen Gehalt alltagssprachlicher Gefühlsbezeichnungen bzw. -wörter zu fassen, wie dies Mees (1985) zu 13 Klassen geführt hat (vgl. Tabelle I).

Tab. 1: Sprachanalytische Klassifikationen von Emotionen nach Mees (1985)

1. Beziehungsemotionen:	Positiv:	Verehrung, Wohlwollen, Vertrauen, Liebe, Zuneigung, Zutrauen
	Negativ:	Abneigung, Abscheu, Verachtung, Ekel, Widerwille, Trotz, Groll, Haß, Mißtrauen
2. Sympathie-Emotionen:	Positiv:	(Mit-)Freude, (Stolz), Schadenfreude, Häme
	Negativ:	Eifersucht, Neid, (Sorge), (Kummer), Bedauern, Mitleid, Mitgefühl, Rührung, (Schuld)
3. Ziel-Emotionen:		
a) <i>Bewertungsemotionen:</i>	Positiv:	Freude, Begeisterung, Glück, Zufriedenheit, Lust
	Negativ:	Trauer, Kummer, Langeweile, Leere, Unlust, (Verstimmtheit)
b) <i>Erwartungsemotionen:</i>	Positiv:	Hoffnung, Erleichterung, Befriedigung, Genugtuung, Leidenschaft (Spannung, Ungeduld), Vorfreude, (Lust)
	Negativ:	Angst, Sorge, Befürchtung, Hoffnungslosigkeit, Entsetzen, Panik, Verzweiflung, Enttäuschung, Frustriertheit, Unruhe, Sehnsucht, Verlangen, Heimweh
c) <i>Attributionsemotionen:</i>	Positiv:	Stolz, Dankbarkeit, (Rührung)
	Negativ:	Ärger, Wut
d) <i>Moralische Emotionen:</i>	Positiv:	Stolz
	Negativ:	a) internale Attribution: Schuld, Scham, Reue b) externale Attribution: Zorn, Entrüstung, Empörung

Schmidt-Atzert und Ströhm (1983) haben durch Clusteranalysen von Emotionsbegriffen zu Klassifikationen gefunden. Aus umfangreichen Auflistungen von Emotionsbegriffen aus mehreren Sprachen kamen sie zu 56 Gefühlsbezeichnungen, die von Versuchspersonen in Gruppen eingeteilt wurden, welche wiederum einer Clusteranalyse unterzogen wurden. Das Ergebnis waren 14 Klassen (vgl. Tabelle II).



Tab. II: Clusteranalytisch ermittelte Bewertungsemotionen, Emotionsbegriffe nach Schmidt-Atzert und Ströhm (1983, 135)

Derartige „emotionale Bedeutungsfelder“ nutzen wir in der Integrativen Therapie in der klinischen Situation (Petzold, Orth 1993, 1994a; Osten 1995), indem wir mit dem Patienten herauszufinden suchen, welche Bedeutung ein Gefühl oder eine Gruppe von Gefühlen für ihn hat. In gleicher Weise muß der Therapeut seine persönliche Bedeutungszuweisung reflektieren und die Gewichtung emotionaler Konstellationen im Rahmen seiner „klinischen Emotionstheorie“ oder zumindest seiner klinischen Heuristik der Bewertung von und des Umgangs mit Emotionen. Klinische Emotionstheorien sind bislang kaum über das Stadium von *Heuristiken* hinausgekommen, trotz der Wichtigkeit der Gefühle für die Psychotherapie. Clusteranalysen wie die von Schmidt-Atzert und Ströhm (1983) anhand der Klassifikationen von Therapeuten einzelner Schulen könnten Aufschlüsse geben, wie die Funktionen einzelner Emotionen und Stimmungen in bezug auf kritische Lebensereignisse, protektive Faktoren (Petzold et al. 1991) oder auf spezifische Situationen in therapeutischen Prozessen gewertet werden.

In der Literatur findet sich eine übergreifende „klinische Emotionstheorie“ mit interventiven Perspektiven bislang nur in Ansätzen. Den weitestgreifenden Versuch hat neuerdings Kruse (1991) vorgestellt, obgleich in Teilgebieten, insbesondere im Umkreis der Streßforschung (Schwarzer 1987; Scherer 1985, 1989; Lazarus 1986; Dohrenwendt 1979) klinisch äußerst brauchbare Modelle vorgelegt wurden. Auch im Bereich der Gesundheitsforschung etwa zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al. 1986) oder zum physischen und psychischen Wohlbefinden (Abele, Becker 1991) lassen sich klinisch relevante emotionspsychologische Modelle finden, etwa das von Becker (1989) entwickelte dreidimensionale sphärische Strukturmodell der emotionalen Befindlichkeit, das eine Differenzierung verschiedener Stimmungen ermöglicht, indem es z. B. die Stimmung des *Wohlbefindens* in „aktuelles“ und „psychisches“ Wohlbefinden unterscheidet – das Modell läßt sich mit geringfügigen Modifikationen auch auf negative Stimmungen, z. B. Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, übertragen. Indes, die sprach- oder clusteranalytische Klassifikation von Gefühlen, ihre Gruppierung unter dem Gesichtspunkt ihrer Funktion für Gesundheit, Krankheit, Wohlergehen, der Prozeßdynamik für klinische Zusammenhänge erfordert einen emotionstheoretischen Rahmen, der bestimmt, was Gefühle sind, wie sie zustandekommen, der qualitative Differenzierungen etwa zwischen Stimmungen, Gefühlen, Affekten möglich macht,

entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigt und Brückenschläge zu persönlichkeits-theoretischen Konzepten einerseits und sozialen Bezugssystemen andererseits ermöglicht, ein komplexes Programm, das eigentlich den Rahmen einer umfassenden Therapie-theorie erfordert.

Der Bezugsrahmen ist hier die Theorie der *Integrativen Therapie* (Petzold 1991a), ihre entwicklungspsychologischen Konzepte (idem 1990e), ihre Persönlichkeitstheorie (idem 1984i, 1992a, 528ff) usw., Theorien, die wiederum den Kontext hergeben (im Verein mit meta-theoretischen, insonderheit anthropologischen Positionen), die Befunde der Emotionspsychologie auszuwerten und mit Blick auf den vorhandenen „*body of knowledge*“ des Verfahrens und die mit ihm in der klinischen Praxis gewonnenen Erfahrungen eine *hinreichend konsistente* Position „klinischer Emotionspsychologie“ zu formulieren, wie es der vorliegende Beitrag versucht. Nachstehend einige für unseren Ansatz charakteristische Positionen:

Emotionen gründen stets in eigenleiblichen (nicht immer bewußt gespürten) *Regungen* (*thymos*), z. B. Herzschlag, Spannung, Zittern bzw. in *Empfindungen* (*aisthesis*), die auch ohne Gefühle auftreten (Durst, Hunger, Schmerz), sich aber zu Gefühlen entfalten können (Vincent 1990): eine leichte *Hungerempfindung* zu einem nagenden *Hungergefühl*, eine *Schmerzempfindung* zu quälendem *Schmerzgefühl*, eine schmerzliche *Empfindung* zu tiefem *Seelenschmerz* (vgl. Buytendijk 1948). Die Möglichkeit, *Erregungsmuster* von der *Empfindung* zu *Grundgefühlen* (Izard, Malatesta 1987) zu transformieren, die kulturspezifisch weitere Feinabstimmungen erfahren, ist genetisch vorgegeben und wird durch Synergieeffekte des ZNS umgesetzt.

Emotionen haben in der Regel eine situative Funktion von Signalen, die – so Ekman und Friesen (1972; Ekman 1980) für Überraschung, Ärger, Furcht, Freude, Trauer, Angst und Ekel – transkulturell „lesbar“ sind, und damit können sie eine weitergreifende soziale Orientierungsfunktion gewinnen (Kahle 1981; Gerhards 1988; Schumann, Stimmer 1986).

Sie erhalten damit auch eine lebenspraktische Bedeutung (Heller 1980) und bestimmen die verschiedenen Formen sozialer Interaktion (Petzold 1991b): *Konfluenz* (z. B. Zärtlichkeit, Seligkeit, aber auch Verzweiflung, Angst, Entsetzen), *Kontakt* (z. B. Überraschung, Freude, aber auch Ekel, Schreck), *Begegnung* (z. B. Interesse, Neugier, Angezogenheit, aber auch Enttäuschung, Scham, Peinlichkeit), *Beziehung* (z. B. Glück, Sicherheit, Vertrauen, aber auch Schuld, Ärger,

Hilflosigkeit, Ohnmacht), *Bindung* (z. B. Liebe, Treue, Sorge, Geborgenheit, Haß, Verbitterung, Gleichgültigkeit).

Emotionen sind Wahrnehmungsereignisse und können *unbewußt, vorbewußt, mitbewußt, wachbewußt, ich-bewußt* (idem 1991a) ablaufen und als **Oberbegriff** unter qualitativer und temporaler Perspektive differenziert werden in:

Affekt: situationsabhängiges, kurzzeitiges, bewußtes, emotionales Erleben mit kräftigen *Thymosregungen*;

Gefühl: situationsspezifisches, längerdauerndes, unbewußtes bis bewußtes emotionales Erleben, auf der Grundlage von *eigenleiblich* wahrgenommenen, gespürten *Regungen* und *Empfindung*, wobei der Begriff „Ge-fühl“ das Zusammenlaufen unterschiedlicher Strömungen oder Komponenten beinhaltet;

Leidenschaft: situationsübergreifende, aber für Situationsimpulse sensible, längerandauernde, bewußte bis unbewußte, intensive Gefühlslage, die an „Gegenstände der Leidenschaft“ fixiert ist; diese können Menschen – eine leidenschaftlich geliebte Person – oder Gegenstände – etwa Objekte der Sammelleidenschaft – sein, aber auch das Erreichen eines bestimmten Erregungsniveaus selbst, etwa in der Spieleidenschaft, im leidenschaftlichen Extremklettern oder Drachenfliegen. Oft sind Passionen noch in emotional aufgeladene soziokulturelle Klimata eingebunden (Fremdenhaß, religiöser oder politischer Fanatismus usw.);

Stimmung: situationsübergreifende, mittelfristige, relativ überdauernde, unbewußte bis bewußte emotionale Lage, die durch äußere, *atmosphärische* „Einstimmungen“ aus dem Kontext oder durch das Aufkommen erinnerter Atmosphären und Kontexte sich in einer Person ausbreitet;

Grundstimmung: situationsunabhängige, langfristig überdauernde, unbewußte bis bewußte persönlichkeitspezifische emotionale Lage;

Lebensgefühl: situationsunabhängige, temperamentbestimmte und persönlichkeitspezifische, von verschiedenen Grundstimmungen und dem hedoni-

schen Ton geprägte emotionale Dauertönung, die unbewußt bis bewußt als Hintergrund den gesamten Lebensvollzug unterfängt und in seiner Qualität bestimmt, und deren Wurzeln an das *Grundvertrauen* und das auf ihm aufruhende *Selbstgefühl* anschließen.

Affekte und *Gefühle* haben in der Regel eine unmittelbare, internale und externale, an das Leibselbst und an das Feld gerichtete Signal- bzw. Kommunikationsfunktion. Sie stehen in einem aktuellen *Sinngefüge* und *Bedeutungszusammenhang*. Emotionen sind relational:

Furcht → Bedrohung → Aggressor/in;
Aggression → Bedrohter → Opfer;
Freude → Erfreuliches → Beglückte/r;
Liebe → Liebenswertes → Liebende/r;
Interesse → Interessierendes → Faszinierte/r etc.

1.3 Grundstimmungen und Lebensgefühl – Grundvertrauen und „selbstreferentielle“ Gefühle und Kognitionen

»Um der Unmittelbarkeit, in der das Selbstgefühl noch bestimmt ist, d. i. um des Moments der Leiblichkeit willen, die darin noch ungeschieden von der Geistigkeit ist, und indem auch das Gefühl selbst ein besonderes, hiermit eine partikuläre Verleiblichung ist, ist das obgleich zum verständigen Bewußtsein gebildete Subjekt noch der Krankheit fähig, daß es in einer Besonderheit seines Selbstgefühls beharren bleibt, welche es nicht zur Idealität zu verarbeiten und zu überwinden vermag.«
Hegel, Anthropologie, Enzyklopädie 1830 § 408.

Passionen, Stimmungen, Grundstimmungen, Lebensgefühl sind in der Regel eher internale, weitgehend feldunabhängige, über längere Entwicklungsprozesse formierte Grundmuster, „emotionale Stile“ als Prolongierung von *Affekten* und *Gefühlen* unter Ablösung derselben von ihrem ursprünglichen Situationsbezug und ihren einstmals vorhandenen Kommunikationsadressaten. Aktuelle, bedrückende Verhältnisse führen zu Niedergeschlagenheiten, die zu einer verzweifelten Stimmung ausufern können und sich unter schlechten Bedingungen zu einer depressiven *Grundstimmung* chronifizieren. Akkumulieren dann negative Lebensereignisse über längere Zeit, kommen Grundstimmungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit z. B. hinzu, so kann sich ein „depressives *Lebensgefühl*“ ausbilden. *Ketten* erschreckender Ereignisse können sich so zu einer *Grundstimmung*

der Angst, einer perpetuierten latenten Panik und zu einem *Lebensgefühl* der Unsicherheit stabilisieren, genauso wie Erfahrungen von Geborgenheit, Sicherheit und Glück – sind sie dauerhaft und durchtragend – sich zu einem „positiven *Lebensgefühl*“ verdichten können.

Das *Lebensgefühl* hat seine Wurzeln in dem für uns so wesentlichen „*Grundvertrauen*“, einer Gesamtbefindlichkeit des Organismus (*Orpha*), die sich mit der Entwicklung der „*organismic awareness*“ pränatal beim Föten ausbildet, wie wir an anderer Stelle ausgeführt haben. Der einerseits in der thalassalen uterinen Geborgenheit und andererseits im selbstverständlichen Funktionieren des Organismus wurzelnde „*basic trust*“ wird postnatal durch positive emotionale Zuwendung, das freudige Erleben derselben, aber auch durch Erfahrungen von „*mastery*“ (Harter 1978), gelingenden Handlungen und Interaktionen (Sroufe, Waters 1976; Stern 1979) bekräftigt. Die Verhinderung solcher Erfahrungsmöglichkeiten oder Ablehnung, Vernachlässigung und Mißhandlung schwächen das *Grundvertrauen* und hemmen wichtige weitere Entwicklungsschritte (Petzold 1990e): die Ausbildung von *Daseinsgewißheit* (6. Monat), eines *Selbstgefühls* (12. Monate) als Gefühl für sich selbst, Basis späteren *Selbstvertrauens*, sich entwickelnder *Selbstsicherheit*, ja, *Selbstverständlichkeit*. Dem *Selbstgefühl* – es ist oft im Begriff des „*Lebensgefühls*“ oder in späteren selbstreferentiellen Gefühlen versteckt – wurde wohl deshalb so wenig Beachtung geschenkt, weil es so selbstverständlich und vertraut ist, daß es – wie der eigene Körpergeruch auch – kaum oder gar nicht wahrgenommen, aber auch, ob des kulturspezifischen „*Primats des Geistes*“ (vgl. das Hegelzitat S. 225), verdrängt wird. Erst wenn eben diese *Selbstverständlichkeit* verlorengeht, etwa in schweren seelischen Krisen, in denen man „sich fremd wird“, sich „nicht mehr richtig auskennt mit sich“, „sich selbst nicht mehr versteht“, depersonalisiert, wird aus dem Kontrasterleben heraus zugänglich, was es heißt, das *Selbstgefühl*, durch das man sich „bei sich selbst zu Hause“, „wohl in seiner Haut“, mit sich „selbst vertraut“ fühlt, zu verlieren.

Erst im zweiten Lebensjahr (18.–24. Monate), wenn das Kind *selbstbewußt* Außenattributionen mit sich selbst verbindet (Kagan 1981; Nelson 1989), erste *Selbstbewertungen* stattfinden, entwickeln sich *Selbstwertgefühl* (Rosenberg 1965) und *Selbstgewißheit*. Blickt man auf diese Entwicklung *selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen*, werden die psychoanalytischen Überlegungen zum „*primären Narzißmus*“, die dieses unscharfe Konstrukt für die Zeit nach der Ge-

burt verwenden, im Lichte der Babyforschung obsolet und bedürfen einer vollständigen Rekonzeptualisierung (Deneke 1989), wenn es nicht sogar besser wäre, den Narzißmusbegriff (auch schon wegen der fehlinterpretierenden Herleitung, vgl. z. B. Ovid, Metamorphosen 3, 463; Wahl 1985; Petzold 1992f) aufzugeben. Die Entwicklung eines Selbst (Leahy 1985) legt nahe, daß sich über die *Selbstwahrnehmung* auch ein *Selbststempfinden*, ein *Selbstgefühl* und eine *Selbstgewißheit* – Grundlage aller *selbstreferentiellen Emotionen* und *Kognitionen* – ausbilden und durch wertschätzende Außenkommunikationen ein *Selbstwertgefühl*, und dies auf unterschiedlichen Altersstufen in unterschiedlicher Weise. Die Formierung von *Selbstbildern* bzw. *Selbstschemata* ist keineswegs eine ausschließlich kognitive Angelegenheit, wie die ältere Selbstkonzeptforschung nahelegt (Filipp 1979).

Allein durch die wertenden Elemente (*appraisal, valuation*) kommt ein emotionales Moment hinzu. Selbstbezogenheit, Selbstbetrachtung, Selbstversunkenheit, Selbstachtung, Selbstzufriedenheit, Selbstzweifel, Selbstsüchtigkeit, Selbstmitleid, diese und andere Begriffe weisen auf eine Vielfalt selbstreferentieller Aktivitäten, Emotionen und Kognitionen hin, die mit den Selbstbildern bzw. Selbstkonzepten verbunden sind und in Prozessen der Identitätsbildung eine Rolle spielen. Wenn sich, wie in unserer Persönlichkeitstheorie dargestellt (Petzold 1992a, 528f), Identität formiert durch *Identifizierungen*/Fremdattributionen an das Selbst, deren *Bewertung* (*appraisal, valuation*) und *Internalisierung* im Verein mit – durch die Zuschreibungen geprägten – *Identifikationen*/Selbstattributionen, so sind bei diesen attributiven Vorgängen immer auch Gefühle wirksam und von großer Bedeutung, wie die Attribution negativer Emotionen zeigt. In der Identitätsentwicklung gewinnt der Mensch Gefühle und Kognitionen zu sich selbst, Gefühle für seine Identität – positive wie negative –, und diese sind häufig mit einer Bewertung seiner Leiblichkeit (Baardman 1991) verbunden. Die neuere Identitätsforschung (Frey, Hausser 1987) hat diesen emotionalen Aspekten noch nicht die Beachtung geschenkt, die ihnen zukommt. Es ist auffällig, wie wenig unmittelbar zum Selbstgefühl geforscht worden ist (Bischof-Köhler 1985, 1989; Epstein 1979b; Coppersmith 1967). Zieht man aber Arbeiten zur „*self-efficacy*“, zu den Kontrollüberzeugungen bzw. zum „*locus of control*“, zur „*social competence*“ hinzu (Bandura 1977, 1989; Sternberg, Kolligian 1990; Alloy, Abramson 1982), ändert sich das Bild, wenngleich deutlich wird: mit Bezug auf

Selbstgefühl, Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, ja, auf selbstreferentielle Gefühle insgesamt bleibt noch viel Arbeit zu leisten und sind verschiedene Forschungs- und Theorietraditionen (Ludwig-Körner 1992) zu verbinden, insbesondere unter einer lebenslaufbezogenen Perspektive und mit Blick auf die Wirkung „kritischer Lebensereignisse“ (Filipp 1990), die das Selbstwertgefühl jederzeit gefährden können, wie die Situation alter Menschen z. B. im Heim zeigt (Saup 1984; Eisdorfer, Friedel 1977; Petzold 1985d).

Fromm (1947, 119-141), Horney (1950, c. 5) und andere Psychotherapeuten haben schon früh auf die klinische Bedeutung von Selbstwert- und Wertlosigkeitsgefühlen hingewiesen. Andras Angyal hat in seinem berühmten Aufsatz „A theoretical model for personality studies“ das Thema auf den Punkt gebracht: „The whole complicated structure of neurosis appears to be founded on this secret feeling of worthlessness that is, on the belief that one is inadequate to master the situations that confront him and that he is undeserving of love“ (eadem 1951, 137), eine Annahme, die Rosenberg (1965) in seiner Untersuchung bei amerikanischen Jugendlichen bestätigen konnte. Auch Coppersmith (1967) konnte in seiner Untersuchung zeigen, daß wertschätzende Einflüsse das Selbstwertgefühl fördern und Ablehnung, fehlender Kontakt Verunsicherung und niedriges Selbstwertgefühl zur Folge hat mit allen damit verbundenen Problemen (Isolation, Ohnmacht, Angst, Kommunikationsstörungen). Epstein (1979b) konnte in seiner Untersuchung die positiven Effekte der Steigerung des Selbstwertgefühls belegen (Reduktion von Angst und Unsicherheit, Offenheit gegenüber Neuem, Zunahme positiver Emotionen etc.). Mit Blick auf die klinische Erfahrung kann man feststellen, daß ein sicheres Selbst- bzw. Lebensgefühl, ein gutes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen Prädikatoren für Gesundheit und Lebensglück sind, daß andererseits Selbstwertprobleme, Minderwertigkeitsgefühle, Selbstunsicherheit und Selbstzweifel gewichtige Faktoren für Erkrankung sind und damit zu einem zentralen Bereich psychotherapeutischer Arbeit werden. Positive Attributionen verbaler und nonverbaler Art, die das Leib-Selbst aufbauen, über längere Zeit eindeutige Wertschätzung in Parentage/Reparentage-Analysen können dazu beitragen, daß Patienten „im Grunde ihres Selbst“ gefestigt werden, weil verschüttetes Grundvertrauen freigelegt und Selbstgefühl gestützt, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl aufgebaut, Wertlosigkeitsgefühle und Selbstzweifel gemindert und Selbstbewußtsein geschärft werden

können (Petzold et al. 1993; Petzold, Orth 1993a), so daß der Mensch die „Selbst-verständlichkeit“ des Daseins gewinnt, die ein *positives Lebensgefühl* kennzeichnet. Emotionszentrierter Arbeit, sei sie nun nachnährender, nährender, differenzierender oder integrierender Art, kommt in diesen Prozessen eine kardinale Stellung zu, da *Emotionen stets mit dem Selbst* des Menschen als Leib-Subjekt verbunden sind (vgl. Abb. 1). Sie werden vom Leib-Selbst hervorgebracht und bringen es in diesen Prozessen zur *Geltung*. *Im Gefühl erweist sich das Leben und die Existenz des Selbst in leiblicher Konkretheit, Unmittelbarkeit und Verbundenheit.*

Psychotherapie hat immer wieder die Funktion, **selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen**, mit diesen verbundene Grundstimmungen und Lebensgefühle gemeinsam aufzufinden, ihre Formationsprozesse zu durchleuchten, einsichtig und beeinflußbar zu machen, stabilisierte, ja, fixierte „emotionale Lagen“ zu mobilisieren, eine Variabilität verschiedener *Stimmungslagen* und Selbstgefühle zu ermöglichen. Es sind dazu stets – legt man unser komplexes Emotionsmodell zugrunde – physiologische, psychologische, kognitive und soziale Dimensionen zu beeinflussen, indem in der therapeutischen Arbeit Prozesse in Gang gesetzt werden, die zu Ereignissen von „*vitaler Evidenz*“ führen, die wir als „*Synergie von körperlichem Erleben, emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozialer Bedeutsamkeit*“ definieren (Petzold 1981i, 1990p). Dies ist in der Regel mit einer differenzierten, sprachlich-begrifflichen Benennung bzw. nuancierten, symbolischen Kommunizierbarkeit verbunden, wenngleich es auch Emotionserlebnisse gibt, die die „Worte übersteigen“: Erfahrungen von „*unaussprechlichem Glück*“ oder „*unsäglichem Leid*“, die also im „*sprachlosen Raum*“, in einer *nonverbalen*, oder genauer, *transverbalen* Dimension bleiben, die allenfalls umschrieben werden kann.

Aufgrund der leiblichen Orientiertheit unseres Therapieansatzes gehen wir in der Arbeit mit Emotionen, in der *Thymopraktik* (Petzold 1970c, 1975e) häufig von der Dimension des Nonverbalen aus, um gleichsam vom „Boden“ der Leiblichkeit in die „Höhe“ der Gefühlsnuancierungen und der differenzierten Benennung als kognitivem Moment des *komplexen Synergems* „*Emotion*“ zu gelangen (*bottom-up-approach*). Wir versuchen z. B. über Atmung, Haltung, Bewegung, Mimik, prosodische Laute zu affektiven Regungen zu kommen (idem et al. 1994a). Aber natürlich gibt es auch den umgekehrten Weg, von der Imagination, der Vorstellung eines bestimmten Ereignis-

nisses oder einer besonderen Situation oder der Evokation einer Atmosphäre zu Affekten, Gefühlen, Stimmungen und den damit verbundenen Ausdrucksformen zu gelangen (*top-down-approach*). In der „Integrativen Therapie“ wird auch dieser Weg über die Imagination durchaus häufig eingeschlagen (Petzold 1972f; Katz-Bernstein 1990; Signer-Brandau 1986). Zumeist werden aber *beide Wege* miteinander kombiniert. Egal welchen Einstieg man nun wählt, den imaginativen oder den leibzentrierten, haben erst die induzierten Prozesse eine gewisse „Prägnanzhöhe“ erreicht, so kommt es zu Synergie-Effekten, Feed-Forward- und Feed-Back-Schlaufen. Zirkuläre Einflüsse, ultrakomplexe, nichtlineare Rückkoppelungen bewirken das Zustandekommen einer Emotion oder Stimmung als *Synergem* (Edelman 1983; Bergström 1973; La Violette 1979). Edelmans Netzwerk-Theorie des Gehirns oder Pribrams Hologramm-Theorie des Gehirns oder Bergströms Konzept des „bipolaren Generators“ kommen den komplexen Vorgängen bei den Prozessen der Entstehung von Emotionen wahrscheinlich wesentlich näher als die herkömmlichen linearen Modelle.

1.4 *Integrative Ansätze in der Emotionstheorie und Integrative Ansätze in der Therapie*

Vermutlich ist das Phänomen der Emotionen in der experimentellen Psychologie bislang noch so wenig konsistent bearbeitet, weil Gefühle im Zusammenfließen unterschiedlichster Phänomene gründen und damit auch unterschiedlichste wissenschaftliche Disziplinen angefragt sind. Schaut man in die Lehrbücher der Emotionspsychologie (Euler, Mandl 1983; Ulich 1989), so ist es auffällig, wie separiert die Forschungsansätze nebeneinanderstehen und wie wenig es doch an übergreifenden Modellen gibt – und nur solche sind für die Fundierung psychotherapeutischer Intervention brauchbar. Eines der komplexesten Konzepte wurde von H. Leventhal (1979, 1982, 1984) vorgelegt, und mit guten Gründen haben Schelp und Kemmler (1988) diese „integrative Emotionstheorie“ als Grundlage ihres Versuches gewählt, das „Konstrukt“ Emotion als verbindendes Moment zwischen den verschiedenen Therapieschulen zu verwenden und auf diesem Boden ein Modell für eine „integrative Psychotherapie“ zu entwerfen. Leventhal nimmt an, daß Emotionen

mit sensorisch-perzeptiven Wahrnehmungskognitionen, aber auch mit abstrakten Begriffskognitionen Verbindungen eingehen, wobei die an Empfindungen und Wahrnehmungen gekoppelten Verbindungen schneller zustande kommen und dauerhafter sein sollen. Sie konstituieren „Schemata“ (vgl. auch Ulich 1991, 1992). In unserem Ansatz sprechen wir von „*emotionalen Stilen*“ als komplexen Konfigurationen von Schemata, „*nicht-linearen Schemaketten mit multiplen Korrespondenz-, Resonanz- und Evolutionsprozessen, deren Informationen netzartig verbunden werden und sich dadurch akkumulieren und nicht exakt voraussagbar transformieren können*“. Ein solches Modell kann das Zustandekommen von Emotionen und von mit ihnen verbundenen Kognitionen in komplexen Repräsentationen wohl besser erklären als linearkausale Herleitungen, insbesondere wenn die Leib- und die Umfelddimension in die Betrachtung einbezogen werden und im Bewußtsein bleiben: *der Leib ist Teil des Feldes, in dem beständig „Ko-respondenzprozesse“ ablaufen*. Beide Faktoren sind in Leventhals Theorie schwach ausgeprägt, obgleich sie Kognition, Verhalten und Körperempfindungen, innerpsychische und externale Momente aufnimmt. Schelp und Kemmler geben Leventhals Theorie wie folgt wieder:

»An der Entstehung von Emotionen sind nach Leventhals Auffassung drei unterscheidbare Mechanismen beteiligt, die mit Schemata verschiedener Hierarchiestufen operieren:

1. Sensorische Impulse des eigenen Gesichtsausdrucks führen spontan über Vorwärtsmeldung (engl.: «feed forward») zu wenigen primären Gefühlen (Interesse, Überraschung, Freude, Furcht, Trauer, Ekel, Verachtung; vgl. die Grundemotionen von Izard, 1977).

Leventhal betrachtet die diesen Ausdrucksformen zugrundeliegenden Gedächtnisrepräsentationen als weitgehend *angeborene*, automatisch aktivierte Ausgangsbasis des emotionalen Erlebens überhaupt.

2. Aktivierung konkreter emotionaler Schemata, die auf die Wahrnehmung selektiv wirken, handlungsleitend sind und zu den strukturierten, ganzheitlichen Erfahrungen emotionalen Erlebens führen. Dieser emotionale Entstehungsmechanismus unterliegt in begrenztem Rahmen dem bewußten, willentlichen Einwirken des Individuums (z. B. können durch Imagination emotionale Erfahrungen aktiviert werden).
3. Das abstrahierend-begriffliche Emotionssystem schließlich erlaubt es einem Individuum, über seine Emotionen nachzudenken, sie zu klassifizieren, über sie zu sprechen und Schlußfolgerungen über Ursachen

(Kausalattributionen) und Konsequenzen (Erwartungen und Bewertungen) zu ziehen. Dieses System ist weitgehend der willentlichen Kontrolle zugänglich und eröffnet die Möglichkeit der therapeutischen Beeinflussung von Emotionen.

Leventhal (1982) geht davon aus, daß alle drei Mechanismen bei der Entstehung von Emotionen miteinander zusammenwirken und durch Vorwärts- und Rückwärtsmeldungen dynamisch miteinander verbunden sind (*Schelp, Kemmler* 1988, 48).«

Schelp und *Kemmler* haben diese Theorie mit der nachstehenden Graphik (Abb. 2) dargestellt. Leider bleibt bei *Leventhal*, wie bei vielen Kognitivisten und noch mehr bei tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytisch ausgerichteten Autoren das Konzept der „mentalen Repräsentation“ ungeklärt. Die Auffassung der Integrativen Therapie

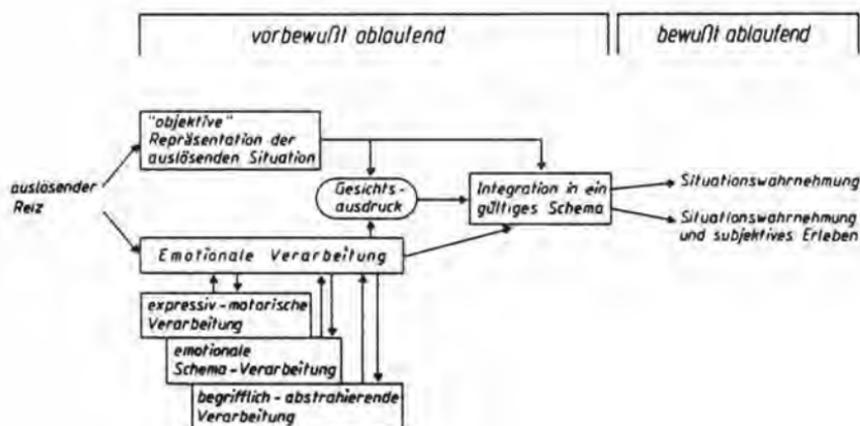


Abb. 2: Die Entstehung einer Emotion in der Theorie von *Leventhal*. In der Darstellung weggelassen ist die Planung-Handlungs-Phase, in der aus emotionalen und nicht-emotionalen Informationen offenes Verhalten konstruiert wird (nach *Leventhal* 1979, 17 und 1980, 169, aus: *Schelp, Kemmler* 1988, 49)

und ihre sozialökologisch-kognitivistische Position wurde an anderer Stelle ausführlich dargestellt (einschließlich der Frage kollektiver Repräsentationen, vgl. Petzold et al. 1994a) und sollte für den Kontext dieses Beitrages herangezogen werden. Leventhals starke kognitive Orientierung in seiner Theorie stellt ihre Stärke und ihre Schwäche dar. Dadurch wird der Charakter der Emotion als *Synergem*, „das [mehr und] etwas anderes ist als die Summe der Teilkomponenten“, d. h. auch der Charakter der Emotion als eigenständigem Phänomen, eingeschränkt. Es treten weiterhin die leiblichen Aspekte zurück und auch die ökologische und soziale Dimension, die besonders darauf gerichtet sind, welche „soziale Bedeutung“, welche „représentation sociale“ (Moscovici 1984) die entstehende und gezeigte Emotion im Kontext einer „social world“, eines sozialen Bewertungszusammenhanges hat (Petzold, Petzold 1991a). Die Gefühle als „Resonanzphänomene“ sind ja vom kulturellen Rahmen und seiner Tradition geprägt und entfließen deshalb nicht nur dem individuellen „mémoire“, sondern auch dem „kollektiven Gedächtnis“ („histoire“, vgl. Halbwachs 1950), das hinter jeder aktuellen Umwelt steht und jeden „Zeitgeist“ prägt (Petzold 1989f). Derartige „Mega-Atmosphären“ wirken genauso wie situative „Mikro-Atmosphären“: Sie erzeugen Stimmungen im Menschen, stimmen ihn ein. Atmosphären verleihen Situationen einen „Aufforderungscharakter“ (im Sinne Lewins), „affordances“ (im Sinne Gibsons), und wie nun die aufkommende Stimmung, das entstehende Gefühl *getönt* ist, welche Intensität es hat, ist maßgeblich mitbestimmt von der persönlichen Geschichte des Menschen, seiner biographischen Erfahrung, die im „mémoire“, in der Chronik des Leibgedächtnisses archiviert ist (Petzold 1991o). Derartige „chronosophische“ Perspektiven sind im Kontext von Überlegungen zum Entstehen von Emotionen unerlässlich. Sie kommen ganz natürlich in den Blick, wenn man auf dem Hintergrund eines „life span developmental approach“ konzeptualisiert, und – plastischer noch – durch den konkreten Umgang mit den Emotionen von Babys, Kindern, Erwachsenen und alten Menschen in altersgemäßen und regressiven Emotionsereignissen, wie sie für die Praxis und den Erfahrungshintergrund der Integrativen Therapie und ihrer Begründer (vgl. Petzold, Sieper 1988a; Lemke 1993; Oeltze 1993; Zundel 1987; Sieper, Schmiedel 1993) charakteristisch sind. Damit kommen wir zu praxeologischen Perspektiven, und auch diese verlangen – sieht man auf die Komplexität therapeutischer Praxis – differentielle und integrative Ansätze.

2. Praktische Aspekte der Arbeit mit Emotionen in der Integrativen Therapie – Konzepte zur „Thymopraktik“

„Der *Thymos*, diese tiefste und innerste Regung des menschlichen Wesens, ist die Quelle aller Gefühle und Grund aller wahrhaften Mitmenschlichkeit. Er ist die Resonanz des Herzens auf die Welt.“
(Petzold 1970c)

Durch die Prozesse emotionaler Sozialisation, Ausdifferenzierung und Formung von Vorläuferemotionen oder Affektpatrone in den primären intersubjektiven Beziehungen (Trevarthen 1979; Emde 1983; Stern 1985; Petzold et al. 1994a) werden diese – es sei nochmals betont – unlösbar mit der Persönlichkeitsentwicklung verbunden. Autochthone Affektregungen werden in Beziehungen belohnt, nicht beachtet, zuweilen bestraft. Im Blick- und Mimikdialog (sie sind zu differenzieren) finden sich erste *Imitationen* emotionalen Ausdrucks (Field et al. 1982; Meltzoff, Moore 1977), für die der Säugling genetisch ausgestattet ist (Malatesta, Izard 1984a) und die die spätere *Voluntarisierung* emotionalen Ausdrucksverhaltens in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres vorbereiten (Trevarthen 1984a, b; Fogel 1985), womit eine beständige Veränderung der Affekte, ihrer sozialen Funktion und ihres subjektiven Erlebens einhergeht (Thelen 1985). Erst mit dem Erlernen von „*display rules*“ (Ekman, Friesen 1969a) und ihrer intentionalen Verwendung im zweiten Lebensjahr (Lewis, Michalson 1982, 1983) bei vorhandener „*self-awareness*“ (Kagan 1981; Nelson 1989; Bischof-Köhler 1989) finden sich emotionale Selbstkontrolle und gesteuertes emotionales *interplay* des Kindes mit seiner Umgebung. Das Kind weiß dann um das „*wie, wann und wozu*“ des emotionalen Ausdrucks, kennt die Effekte solchen Ausdrucks, positive wie negative, lernt sie also im sozialen Kontext zu bewerten und allmählich mit dem Spracherwerb differenzierter zu benennen, was das Erleben der Gefühle verändert (Lewis, Michalson 1983; Papoušek 1994).

2.1 Überforderungsgefühle und emotionale Stile

Derartige mobile Prozesse emotionaler Sozialisation sind höchst störanfällig und können durch die in unserer Pathogenesetheorie

beschriebenen schädigenden Stimulierungskonstellationen (Petzold 1992a; Petzold, Schuch 1991) beeinträchtigt werden: durch **Defizite** (Unterstimulierung), **Traumata** (Überstimulierungen), **Störungen** (inkonstante Stimulierungen) und **Konflikte** (gegenläufige Stimulierungen), die sich bei *zeitextendierter* Einwirkung pathogen kumulieren können. Pathogene Stimulierung stellt, wenn sie die Copingfähigkeiten und Ressourcen der Menschen – gleich welchen Alters – überschreitet, eine „Überforderung“ (*stress, dis-stress, strain*) dar, die immer auch mit emotionalen Reaktionen verbunden ist, ja mit Extremreaktionen (etwa im „malignen Burnout“, vgl. idem 1991j), wie wir in unseren überforderungstheoretischen Ausführungen und Forschungen (idem 1968a, b, c, 1990o, s, t, 1991a) deutlich gemacht haben: „Überforderung generiert Emotionen – Überforderungsgefühle – mit einer jeweils spezifischen, die normale emotionale Lage überschreitenden Qualität“ (Petzold 1968a, 42; vgl. auch Scherer 1985, 199). Überforderung wird wie folgt definiert:

„Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so daß die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden“ (Petzold 1968a, 42).

Diese Überforderungsdefinition bildet auch die Grundlage unserer Arbeiten zum Burnout (idem 1969c, 1989b, 1990t, 1991p) als emotionaler Überlastungssituation mit pathogenen Wirkungen, nicht zuletzt der emotionalen Verrohung, wie wir sie beim „malignen Burnout“ finden (vgl. idem 1985d, 1990r). Wir definieren Burnout:

„als ein komplexes Syndrom, das durch multifaktorielle, z. B. makro-, meso- und mikrosoziale, zeitextendierte Belastungen bzw. Überlastung eines personalen oder sozialen Systems bis zur völligen Erschöpfung seiner Ressourcen verursacht wird, besonders wenn ein Fehlen protektiver Faktoren und eine schon vorhandene Vulnerabilität gegeben ist. Sofern nicht durch die Beseitigung von Stressoren und Entlastung, z. B. durch Zuführung von Ressourcen eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge.

Bei personalen Systemen führt dies zu Motivationsverlust, emotionaler Erschöpfung, Leistungsabfall, Selbstwertkrisen und psychischen bzw. psychosomatischen, aber auch psychosozialen Symptomen, wie z. B. aggressivem Um-

gang mit Patienten und Klienten bis hin zu Vernachlässigung und Mißhandlung“ (idem 1990p).

Das erhöhte psychophysiologische Niveau emotionaler Erregung unter *Überforderung* bzw. *Stress* wird noch gesteigert, wenn Hilfe ausbleibt, Copingmöglichkeiten versagen, Ressourcen sich erschöpfen und durch beschneidende oder bedrohliche Situationen die **Überforderungsgefühle**, die **Stressemotionen** nicht ausgedrückt werden dürfen, sondern zurückgehalten werden müssen (Traue 1989).

Verspannung und Stau sind die Folgen, und hält dieser „Damm“ nicht, kommt es zum emotionalen Durchbruch und damit oft auch zum Zusammenbruch der Persönlichkeit, z. B. in Burnout-Reaktionen, weil die letzten Kontrollmöglichkeiten über die Situation verlorengehen. Es besteht dann die Gefahr, daß solche traumatischen Erfahrungen (Eth, Pynoos 1985) eine Störung der Orientierungs-, Kommunikations- und Selbstregulationsfunktion des emotionalen Systems zurücklassen (Kolk 1988; Horowitz 1986; Ochberg 1988) und zu psychischen, psychosomatischen und sozialen Erkrankungen führen.

Traumatische Überstimulierung und defizitäre Unterstimulierung (Goldberger 1982), Störungen und Konflikte können jeweils einzeln – abhängig von ihrer Intensität und Dauer – oder kumulativ zur Wirkung kommen und *Überforderungs-* bzw. *Stressemotionen* freisetzen und Abwehrvorgänge auslösen und fixieren. Damit ist auch die Gefahr der Ausbildung *maligner Narrative* gegeben, die sich aus dysfunktionalen somatomotorischen, emotionalen, kognitiven und sozialkommunikativen **Stilen** formieren. Wir haben diese Möglichkeiten der Pathogenese, besonders bei genetisch disponierter Vulnerabilität, fehlenden protektiven oder kompensatorischen Faktoren an anderer Stelle beschrieben (1992a) und möchten hier nur auf emotionsspezifische Phänomene hinweisen, die durch negative Sozialisationseinflüsse bzw. pathogene Stimulierungen, z.B. einer destruktiven „emotionalen Kultur“, zu *pathologischen „emotionalen Stilen“* als komplexen Konfigurationen von Schemata führen können.

Stil: „**Gefühlsverwirrungen**“. Die inkonstanten Stimulierungen der *Störung* oder die gegenläufigen der *Konflikte* verhindern in Bereichen der Emotionalität die Ausbildung stabiler Gefühlslagen oder die Abgrenzung einer Lage von einer anderen. Ziel der Therapie muß das Ermöglichen emotionaler Eindeutigkeit und der Trennschärfe für Affekte sein.

Stil: „**Gefühlsarmut**“. Defizite an affektiver Zuwendung, emotionaler Ansprache und Differenzierungsarbeit können Gefühlsarmut, mangelnde Gefühlstiefe, flache Emotionalität im Gefolge haben. Aufgrund elterlicher Affektpathologie (z. B. Depression, Überängstlichkeit, Gewalttätigkeit aber auch Aggressionsvermeidung) können bestimmte komplexe Gefühle nicht ausgebildet werden. Ziel der Therapie wird es sein, durch Nach- und Neusozialisation das emotionale Spektrum, was Vielfalt und Intensität anbetrifft, auszudehnen.

Stil: „**Alexithymie**“. Wiederum durch Defizite – vornehmlich im Bereich der emotionalen Sprachsozialisation – lernt das Kind, das seine Regungen zwar spüren kann, nicht, Thymosregungen bzw. Affekte differentiell zu benennen. Die Therapie muß versuchen, Erleben und Benennen zu verbinden, so daß der Thymos „lesbar“ wird. Wichtig wird es hier sein, keine schichtspezifischen Artefakte dadurch zu produzieren, daß Therapeuten die emotionalen Sprach- und Ausdrucksmuster der „social world“ des Patienten (Petzold, Petzold 1991) nicht verstehen und fehlinterpretieren (so Sifneos 1973, 1987; vgl. Thomas 1985).

Stil: „**Ambivalenz**“. Störungen und Konflikte – zuweilen auch Traumata – können die Ausbildung von Ambivalenzen zur Folge haben. Personen, Situationen, Handlungen werden auf dem Hintergrund von negativen Erfahrungen zwiespältig besetzt. Im Unterschied zum Stil der Verwirrung, den ein chaotisches Gefühlsdurcheinander kennzeichnet, sind die emotionalen Lagen klar identifizierbar, jedoch nicht klar einzunehmen (vgl. S. 759f). Die Therapie muß durch Aufarbeitung der auslösenden Konstellationen eine Entscheidbarkeit der Ambivalenz ermöglichen.

Stil: „**Inhibierung**“. Durch traumatischen Streß oder tiefgreifende Gefühlskonflikte kann es zu Blockierungen emotionalen Ausdrucks und damit zu Affektstaus kommen. Der „expressive Leib“ wurde durch Strafen und Verbote inhibiert, verkrüppelt, so daß er die Emotionen nicht zeigen kann. Ausdrucksfördernde therapeutische Maßnahmen sind hier angezeigt.

Stil: „**Anästhesierung**“. Traumata, aber auch schmerzlich erfahrene Defizite bewirken, daß sich das Leibssubjekt fühllos macht, um Schmerzen oder andere belastende Affekte nicht spüren zu müssen, sich aus schon personifizierten Regionen des Leibes (*incarnation*) zurückzieht (*dearnation*). Therapie muß einen sicheren Rahmen bereitstellen, in dem die aufgedeckten Gefühle erlebt, ausgedrückt, ausgehalten, geteilt und dadurch verarbeitet werden können.

Stil: „**Skotomisierung**“. Durch Konflikte und Traumatisierungen kann das Subjekt für Gefühle, die im Ausdrucksverhalten für andere durchaus

sichtbar sind, *blind* werden. Es blendet bei seinen Handlungen den Affekt aus, selbst wenn die Aktion spürbar ist. Aufdeckende Therapie muß „*awareness*“ und „*consciousness*“ für die Abwehr der Gefühlswahrnehmung schaffen.

Stil: „**Agitiertheit**“. *Störungen, Traumata* und *Konflikte* können Zustände ständiger emotionaler Alarmiertheit bewirken, überschießende Gefühlsintensitäten, die nicht wahrgenommen und/oder nicht gesteuert werden können. Die hinter solchen agitierten emotionalen Zuständen stehenden Situationen müssen aufgedeckt und durch alternative emotionale Erfahrungen „umgestimmt“ werden.

Stil: „**emotionale Einseitigkeit**“. Jede Form der pathogenen Stimmungskonstellation kann Temperamentsdispositionen (Zentner 1992) in negativer Weise einleisig verstärken und zu emotionalen Einseitigkeiten führen, die sich als fixierte *Stimmungslagen, Grundstimmungen* oder gar als *Lebensgefühl* artikulieren – als chronifizierte ängstliche, feindselige, hoffnungslose, depressive Stimmungslage, aus der es keinen Ausweg zu geben scheint. Der Patient scheint nur noch in ganz bestimmter Weise fühlen zu können. Therapie kann durch das dauerhafte Bereitstellen alternativer Stimmungslagen ggf. Umstimmungen einen besseren Umgang mit Temperamenteinflüssen ermöglichen, so daß der Patient ein anderes Lebensgefühl gewinnen kann oder neue Möglichkeiten der Feinabstimmung und damit ein breiteres emotionales Spektrum.

Stil: „**regressive Fixierung**“. Alle pathogenen Stimulierungsformen vermögen Fixierungen auf archaische Formen des Denkens, Fühlens und Handelns auszulösen, Formen, die zur Zeit der fixierenden Ereignisse eine problembewältigende Funktion hatten, jetzt aber für eine adäquate Lebensbewältigung hinderlich sind. Therapie hat für die fixierende Qualität zu sensibilisieren, die Situationen, in denen die Fixierung erfolgte, durcharbeiten und neue Möglichkeiten des Fühlens durch das Angebot neuer *affordances* und eine experimentierende Haltung zu eröffnen.

Stil: „**Vernunft-Gefühl-Divergenz**“. *Konflikte* und *Störungen* haben oft Dissonanzen, Divergenzen, Antinomien von Vernunftsentscheidungen und Gefühlsregungen im Gefolge, die nicht gelöst werden können und die Spannungszustände im Subjekt bewirken. Klärungsarbeit ist angesagt, durch die Affekte und Kognitionen „synchronisiert“ werden können.

Diese Zusammenstellung pathologischer „**emotionaler Stile**“ erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern weist nur auf einige häufigere Formen hin, die ihrerseits im Verein mit den konstruktiven bzw. positiven emotionalen Stilen des Patienten unter „*chronosopischer Perspektive*“ wiederum im Rahmen von skript-

bzw. narrationstheoretischen Überlegungen, denn Stile des Wahrnehmens, Denkens, Handelns, Kommunizierens sind mit den Stilen des Fühlens unlösbar verbunden im konkreten Lebensvollzug des Leibsubjektes im gegebenen Kontext/Kontinuum. Das Zustandekommen emotionaler Stile muß jeweils untersucht und – abhängig von der Indikation und den Behandlungsmöglichkeiten – kognitiv, erlebnis- und gefühlzentrierend rekonstruiert werden, um den Stil zu ändern, wo es erforderlich ist. Dabei werden „atmosphärisches Erfassen“ und „szenisches Verstehen“ (*appréhension et compréhension scénique*, Petzold 1965) stets eine zentrale Bedeutung haben, denn Emotionen (Affekte, Gefühle, Passionen, Stimmungen, Grundstimmungen, Lebensgefühle) stehen in konkreten Kontexten. Das Herausarbeiten eines „emotionalen Stils im Kontext“ und seiner etwaigen dysfunktionalen Momente ist als solches schon therapeutisch wesentlich und veränderungswirksam. Es erfordert eine gemeinsame Erfahrung, ko-emotives Erleben, das jenseits kognitiver Bewertungen und Benennungen ansetzen kann, wie Zajonc (1980, 1984) und Izard (1984) zeigen konnten, aber in der Regel über die sinnhaft „eigenleiblich“ gespürten *Regungen* (Schmitz 1989), den „erlebten Sinn“ (*felt meaning*) hinaus in die Reflexivität, die Bedeutungen, die Sprache führen muß, um jene *sinnliche Reflexivität* bzw. *reflexive Sinnlichkeit* zu gewinnen, die die „vollen Emotionen“ des reifen Leibsubjektes kennzeichnen. Es wird also ein gemeinsamer, phänomenologisch-hermeneutischer Prozeß der *lebendigen Erfahrung* mit all ihren Empfindungen, Wahrnehmungen, Gefühlen, Gedanken, Phantasien nötig, um therapeutisch *sinn-voll* und *gefühl-voll* und *gedanken-reich* arbeiten zu können – und genau das erfordern die Lebenssituationen unserer Patienten und Patientinnen und die Prozesse in unseren Therapien.

Es geht damit keineswegs nur um die Bearbeitung und Veränderung dysfunktionaler „emotionaler Stile“, sondern um eine *emotionale Neusozialisation* im Sozialisationsfeld der therapeutischen Beziehung, die ein Spektrum an Tönungen, Intensitäten, Verschiedenartigkeiten so dauerhaft verankert, daß sie in das *Gefühlsrepertoire* des Menschen eingehen und situationsadäquat gebraucht werden können. Die Beschreibung **positiver emotionaler Stile** und die Darstellung der Arbeit mit ihnen in therapeutischen und agogischen Kontexten ist eine eigene Arbeit wert. Das „komplexe Kreativitätstraining“, die Arbeit mit „künstlerischen Methoden“ und „kreativen Medien“ in der Integrativen Therapie (Petzold 1971j, 1972e; Martin

1973; Sieper 1971; Petzold, Orth 1990b; Jason-Michl 1981) und in der Integrativen Agogik bzw. Gestaltpädagogik (Petzold 1973c; Petzold, Brown 1977) bieten eine Fülle von Material in Theorie und Praxis zu diesem Bereich.

Wenn wir mit Emotionen arbeiten – und das geschieht kontinuierlich, weil Psychotherapie und Leibtherapie, auf **wechselseitiger Empathie** (Petzold 1986e) gründend, durch und durch emotionale Prozesse sind –, erfolgt dies in der Regel zunächst als Umgang mit affektiven Regungen (*thymoi*), die im Kontext einer konfliktzentrierten oder erlebniszentrierten biographischen Arbeit „im Prozeß“ auftauchen (2. und 3. Weg der Heilung; idem 1988n, 236ff). Es können sich z. B. folgende Konstellationen finden: wird ein emotionales Defizit oder Vakuum spürbar, so wird die Therapeutin versuchen, es zu füllen, indem sie emotionale Zuwendung gibt, darum bemüht ist, im Sinne des „Parenting/Reparenting-Modells“ (ibid.) „emotionales Nachnähren“ zu ermöglichen; oder: verdrängte Angst kommt hoch, und der Patient erfährt Stütze; zurückgehaltener Schmerz bricht sich Bahn, und der Klient wird getröstet; Unruhe kommt auf, und der Therapeut vermittelt Ruhe und Sicherheit; verleugnete Aggression wird spürbar, und es wird die Erlaubnis gegeben, sie zu zeigen; oder: es wird Desinteresse und emotionale Kälte im Elternhaus erinnert, und der Patient erfährt im Kontrast dazu die emotionale Wärme und das Interesse der Therapiegruppe; er erlebt seine eigenen Gefühlsverwirrungen und erhält Klärungshilfen durch die Klarheit der Therapeutin; er spürt seine emotionale Blockierung oder Unbeholfenheit, und er bekommt Ausdruckshilfen, müht sich um Worte für Gefühle, die in einer resonanz- und emotionsarmen Familie nie benannt worden sind, und das Therapeutenpaar leiht ihm Worte, benennt Regungen für ihn, lehrt ihn, den „*Thymos*“ zu spüren und zu benennen. So werden Wege aus emotionalen Defiziten gefunden, werden Affektmimik und -gestik erschlossen, werden Laute für emotionale Wirkungen zugänglich und Möglichkeiten bereitgestellt, der alexithymen Sprachlosigkeit zu entrinnen (Thomas 1985).

Derartiger Umgang mit „**emotionalen Stilen**“, derartige „**emotionale Differenzierungsarbeit**“ darf nicht nur oder überwiegend bei der Versprachlichung und Benennung liegen – in der Betonung der kognitiven Komponente also. Es werden von Kindertagen an in der emotionalen Kommunikation (Buck 1984; Zivoin 1985; Collier 1985; Scherer 1982; Malatesta 1981; Trevarthen 1986) immer wieder

nonverbale, präverbale und *prosodische* Elemente eingesetzt: Der Therapeut macht Laute (z. B. des Trostes, der Beruhigung), er vokalisiert synchron (z. B. Wimmern, Seufzen), er schreit mit (bei Zorn, Wut), ist also vollauf leiblich präsent (*Petzold* 1985h) und im „partiellen Engagement“ (idem 1980g) mitbeteiligt. Er ist berührt, ohne indes *involviert* oder emotional überflutet, *konfluent* zu sein. Er kann seine Gefühle handhaben, nuancieren (*dosing*), die emotionale Lage wechseln (*shifting*), sich emotional zurücknehmen (*distancing*). Er vermag damit nicht nur den „Fluß der Emotionen“ beim Patienten durch emotionale *social affordances* zu fördern, er setzt auch durch seine eigene emotionale „fluency“ ein Imitationsmodell und erschließt Gefühlsnuancierungen, -tönungen, Gefühlsräume, Stimmungslagen, Gefühlsqualitäten, die der Patient/die Patientin in der eigenen emotionalen Sozialisation von bedeutsamen primären Bezugspersonen, etwa in der Familie und im sozialen Netzwerk (*Röhrle* 1994) nicht erhalten hatte. Emotionale Stile können – wo sie dysfunktional sind – auf diese Weise beeinflußt bzw. ergänzt werden. Neue bzw. alternative emotionale Stile werden erschlossen und hinzugewonnen. Wichtig ist dabei die Beeinflussung des „hedonischen Tons“ (*Beebe-Center* 1932), der zu den ersten Empfindungen des Menschen schon im pränatalen Bereich zu rechnen ist und sich beim Neugeborenen beobachten läßt (*Emde* 1980a, 1983; *Stern* 1985). Lust und Unlust „färben“ Gefühle ein (*Zajonc* 1980), und der hedonische Ton kann, wenn er generalisierend Unlust stabilisiert, Grundstimmungen, ja das Lebensgefühl prägen, das, was *Emde* (1983) als das „affektive Selbst“ (für uns ist es immer ein Leib-Selbst) bezeichnet hat, in negativer Weise bestimmen, indem die affektiven Kernerfahrungen unlustvoll eingefärbt bleiben. Emotionale Stile werden damit von einem „Mißton“ unterfangen und entsprechend getönt, „verstimmt“. Da der „hedonische Ton“ auch im physiologischen Tonus eine Entsprechung hat, muß der Leib „umgestimmt“ werden durch ganzheitliche Erfahrungen. Es müssen neue oder andere **Gefühlsräume** erschlossen werden, und diese sehen wir als konkret leibliche: der Zorn, der „zu Kopfe schießt“ oder mit den „Zähnen knirschen“ läßt, wenn er in einer Situation der Ohnmacht nicht ausgedrückt werden kann, der einem „in der Brust wühlt“, die Wut, die man „im Bauch“ hat, die Angst, die einem „im Gesicht geschrieben steht“, im „Nacken sitzt“, das „Herz zum Halse schlagen“, in „die Hosen scheißen“ läßt. Kopf, Hals, Brust, Bauch sind – Atemgeschehen und stimmliche Laute machen dies evident (cf. infr.) – in

der Tat Räume, in denen sich das Gefühl entfalten kann oder Gefühl verhindert wird oder in denen Emotionen auch fixiert werden können, so daß ein breites Spektrum von Intensitäten nicht möglich wird. Behandlung hat hier leibtherapeutisches Vorgehen einzubeziehen, um neue **Gefühls-** bzw. **Stimmungslagen** zu ermöglichen. Damit sind **Gefühlsqualitäten** verbunden, die sich durch bestimmte Qualitative und Metaphoriken fassen lassen: *Farbe* – eine „feuerrote Wut“, „I'm feeling blue“, „une jalousie jaune“, „grün vor Ärger“; *Temperatur* – der „kalte Haß“, eine „warme Zärtlichkeit“, ein „laues Lächeln“, „heiße Liebe“; *Räumlichkeit* – „große Freude“, „tiefer Frieden“, hochvergnügt, tiefbetäubt, weite, erhabene Gefühle, enge, bedrückende Gefühle. Die Dispositionen **Enge** und **Weite**, wie sie *Hermann Schmitz* (1965, 1989) in seiner „Philosophie der Leiblichkeit“ für das Gefühl als leibliche Regung herausgearbeitet hat, spielen für eine emotionszentrierte therapeutische Praxis eine große Rolle und machen deutlich, daß eine solche **Thymopraktik** immer auch leibtherapeutische Praxis sein muß.

2.2 *Thymopraktische Übung, Affekt-Training, Co-emoting*

„Haben Sie jemals über den Unterschied zwischen den Tränen, die durch ein tragisches Ereignis, und denen, die durch eine traurige Erzählung hervorgerufen werden, nachgedacht?“

Diderot (1964, 14)

Durch die dramatherapeutischen Quellen der Integrativen Therapie, insbesondere durch den Einfluß des „Therapeutischen Theaters“ von *V.N. Iljine* (1942, 1972) und der Arbeit mit Stimme und Schrei von *A. Wolfsohn*, die uns über seine Schülerinnen *Hilde Steuernagel* und *Irma Petzold-Heinz* vermittelt wurde, sowie durch die Atemarbeit, die wir bei *Nikolaj Ouspienski*, *Lily Ehrenfried* und *Conrad Schmidt* kennengelernt hatten, wurden Wege zum übungs- und erlebniszentrierten Umgang mit Emotionen entwickelt (*Petzold* 1970c, 49ff, 1974k, 358ff, 382f). Dem spielerischen Erschließen affektiver Tönungen und dem experimentierenden Einüben emotionaler Flexibilität kommt besondere Bedeutung zu. Es wurde seinerzeit (*ibid.*) von dem Faktum ausgegangen, daß alle „großen“ Emotionen spezifische „emotionale Positionen“: *Atemmuster* und *-räume*, *Mimik*, *Prosodik*, *Ausdruckshaltungen* und *Ausdrucksbewegungen* haben und

daß das bloße Einnehmen dieser Positionen, das Vollziehen dieser Bewegungen, das „Einsteigen“ in diese Muster selbst die entsprechenden Gefühle bzw. ko-respondierenden Stimmungslagen aufkommen lassen, ein Ansatz, wie er auch von *Diderot* (1964, 8ff), *Stanislawskij* (1958), *Bloch* (1989) und *Clynes* (1977) vertreten wird und den wir (*Petzold* 1970c, 49ff) wie folgt beschrieben haben:

»Bei den „*thymopraktischen Übungen*“, die auch als ein systematisches „*Affekt-Training*“ betrachtet werden können, wird in vier Schritten vorgegangen:

Konstellierung (*constellating*):

Der Therapeut bereitet das Gefühlsexperiment mit dem Klienten vor. Er entscheidet, ob er als Imitationsmodell den Affekt darstellt, um den Klienten zu „affizieren“, ob er ko-affizierend die Entwicklung des emotionalen Geschehens beim Klienten begleitet, ihm das eine Mal voranschreiten läßt, ihm ein anderes Mal einen Schritt vorausgeht und dabei stets das Phänomen „wechselseitiger Ansteckung“ nutzt – was unser Affekt-Training für die Arbeit mit Gruppen hervorragend geeignet macht –, oder ob er in die „korrespondierende emotionale Position“ geht und von dieser her affiziert, z. B. für Furcht in die Position Bedrohung, für Ärger in die Position provozierender Herausforderung usw. Hier ist für die Arbeit mit Patienten Vorsicht, Sorgfalt und eine Überprüfung der Übertragungs-Gegenübertragungssituation angesagt. Zuweilen verhält sich der Therapeut auch neutral instruierend, zuweilen wechselt er in den verschiedenen Möglichkeiten. Niemals verfährt er mechanisch und ohne Berücksichtigung des aktuellen und biographischen Kontextes.

Einstimmung (*induction*):

Die für das Gefühl charakteristische Körper- und Kopfhaltung wird eingenommen (z. B. Wut: Kopf und Rumpf vorwärts gerichtet), das Atemmuster wird eingestellt (wiederum Wut: scharf, heftig ansteigend), die Mimik wird „aufgesetzt“ (aufeinandergepreßte Lippen, durchdringender Blick, gerunzelte Brauen). Diese Muster werden intensiviert. Die Therapeutin geht dabei mit, manchmal eine Spur voraus, ermutigt, verstärkt, ist Modell. Häufig kommen bei dieser Arbeit biographische Ereignisse auf, werden „alte Szenen“ evoziert. Derartige „szenische Evokationen“ müssen zuweilen durchgearbeitet werden, läßt man aber oft auch einfach abklingen, bei einiger Übung können sie in der Intensität *dosiert* werden oder über eine „Umstimmung“ verändert bzw. zu anderen Szenen geführt werden.

Feinstimmen (*dosing*):

Mit Anleitung bzw. durch Vorgabe des Therapeuten wird die Intensität gewechselt: z. B. von der „*Verstimmung*“ zur leichten Verärgerung, zum Ärger, zu Zorn und Wut erfolgt eine *Feinabstimmung*. Die Atemintensität und -frequenz wird gesteigert oder gebremst. In der Stimmarbeit werden die „*leiblichen Resonanzräume*“ des Gefühls ausgetestet: z. B. hilflose Wut → Preßatmung, Ton im Kopf; gebremste Wut → Preßatmung, Ton in der Kehle, schmerzende Stimmbänder; feuerrote Wut → freie Atmung, Ton oberer Brustraum, Stimme frei; existentielle Wut → Ton unterer Brustraum und Bauch, Atmung frei und tief ins Abdomen, Stimme tief und frei.

Ausstimmen (*distancing*): Auf Anweisung wird das Gefühl zurückgenommen: „Lockern, dehnen, recken, strecken und ausklingen lassen!“ Das Gefühl klingt relativ rasch ab (nach einiger Übung sogar recht schnell) und kann dann aus der Distanz, aus einer „*exzentrischen Position*“ (*Plessner*) betrachtet und benannt werden. Aufgekommene Bilder, Erinnerungen, Assoziationen, Symbole, Farben etc. werden mitgeteilt und besprochen. Aus der Distanzierung kann wieder unmittelbar durch Einnahme der „*emotionalen Position*“ (Haltung, Mimik, Gestik, Atmung) eingestiegen werden, um z. B. eine „*Tönung*“ zu explorieren.

Umstimmen (*shifting*): Es kann aber auch eine andere, ggf. kontrastierende Emotion aufgenommen werden, indem durch verbale oder aktionale Vorgaben eine erneute *Induktion* erfolgt oder – nach einiger Praxis – indem unmittelbar auf ein anderes Gefühl umgestimmt oder in eine andere Gefühlslage eingestimmt werden kann, bis hin zu einem raschen Wechsel der Stimmungslagen mit dem Ziel, die Vielzahl emotionaler Möglichkeiten, emotionale Flexibilität zu erschließen, den *Thymos*, die leibliche Regung mit ihrer affektiven Tönung *praktisch* zu handhaben.

Ziel solcher **Thymopraktik** ist es, sich als „Instrument“ einstimmen, feinstimmen, umstimmen und ausstimmen zu können, aufzuklingen und abzuklingen und eine „stimmige“ Selbststeuerung in Gefühl, Stimmungslage und Ausdruck bzw. Verhalten zu erreichen. Dabei wird der Therapeut im *Kontakt* mit dem Affekt des Patienten *affiziert, berührt, ja bewegt*. Hier indes stabilisiert er seine emotionale Lage, um dem Patienten, wenn dieser *aufgewühlt, ja erschüttert* wird, Halt und Stütze geben zu können. (aus: *Petzold* 1970c, 49ff, vgl. 1974k, 382ff/1988n, 152ff mit Kasuistiken).

Die thymopraktische Emotionsarbeit verbindet die stimulierende Kraft der emotionalen „*social affordances*“, das soziale *Feedback* in der therapeutischen Beziehung und die Feed-forward-Prozesse durch

Praktizieren der emotionalen Haltung, Mimik, Gestik. „Movement produced information“ (Warren 1990, 28) fördert das Aufkommen der Gefühle (Izard 1982). Ähnliche Prinzipien hatte schon Diderot (1964, 8ff) vertreten und Constantin N. Stanislavskij mit seinem Konzept und seiner Praxis „physischer Handlungen“ im Sinn gehabt: „... es ist schwieriger für uns zu definieren, was wir **fühlen** als was wir in genau denselben Umständen **tun**. Warum? Weil es einfacher ist, eine physische als eine psychische Handlung zu fassen. Sie ist besser zugänglich als flüchtige innere Gefühle. Eine physische Handlung ist besser festzumachen, sie ist greifbar, sichtbar. Es gibt in der Tat keine physische Handlungen, die nicht Wünsche, Sehnsüchte, Ziele und Gefühle umfassen würden, die diese Handlungen rechtfertigen“ (Stanislavskij, Notizen zur Othello-Aufführung 1929/30 in: idem 1968, 47).

Aus dem Bezug „Kunst und Emotionalität“ hat Manfred Clynes (1977) spezifische „sentische Formen“, Formen des Fühlens und der Empfindung in unkonventionellen – und empirisch nicht unbedingt überzeugenden – Experimenten aufgefunden, die aber zumindest für eine Heuristik psychotherapeutischen Handelns interessante Aspekte bieten können (vgl. neuerdings Dreitzel 1992).

In der Arbeit mit Schauspielern und der experimentalpsychologischen Untersuchung ihrer emotionalen Reaktionen haben Susana Bloch (1972a, b, 1986, 1989) und Mitarbeiter typische „emotional effector patterns“ herausgearbeitet, „respiratory-posturo-facial patterns related to specific basic emotions“ (Bloch, Lemeignan 1992). Als Grundemotionen werden solche betrachtet, die auf den Dimensionen „body posture“, „facial trait“ und „breathing pattern“ – Parameter, die auch für unser Affekt-Training grundlegend waren und sind – ein stabiles Muster aufweisen. Als solche werden – wie schon erwähnt – von Bloch Zorn/Aggression, Traurigkeit/Weinen, Freude/Lachen, Angst/Abwehr, erotische Liebe/Leidenschaft, Zärtlichkeit/Zuwendung herausgestellt. Bloch, Lemeignan (1992) visualisieren diese Muster in drei Grafiken:

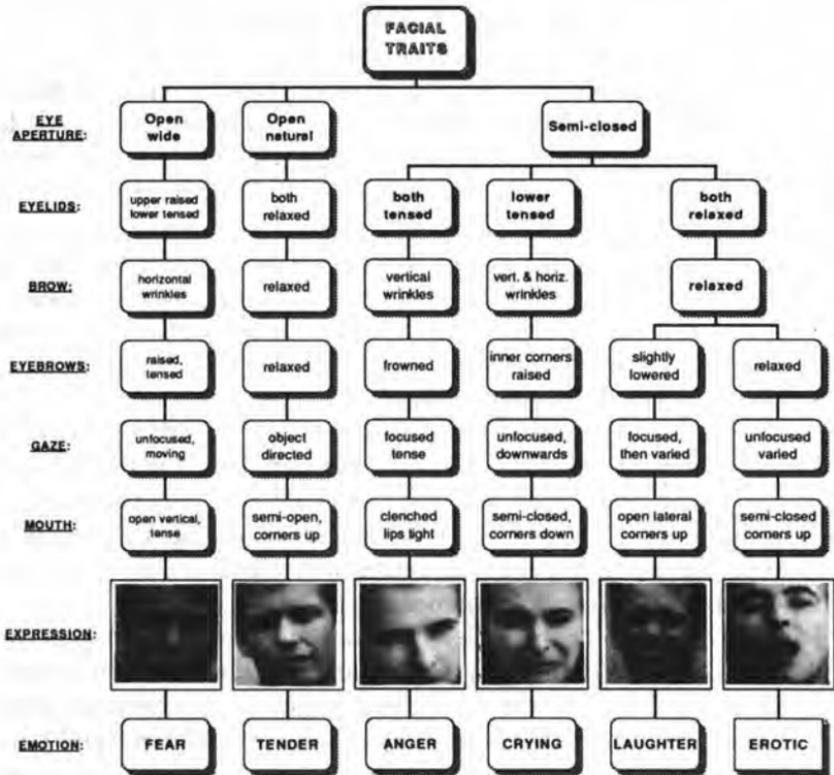


Abb. 3: Main facial traits differentiating each emotion: degree of eye aperture, position and/or degree of tension/relaxation of eyelids, muscular tension of the brow, direction of gaze, mouth/lips configuration and examples of typical facial expressions (aus: Bloch, Lemeignan 1992)

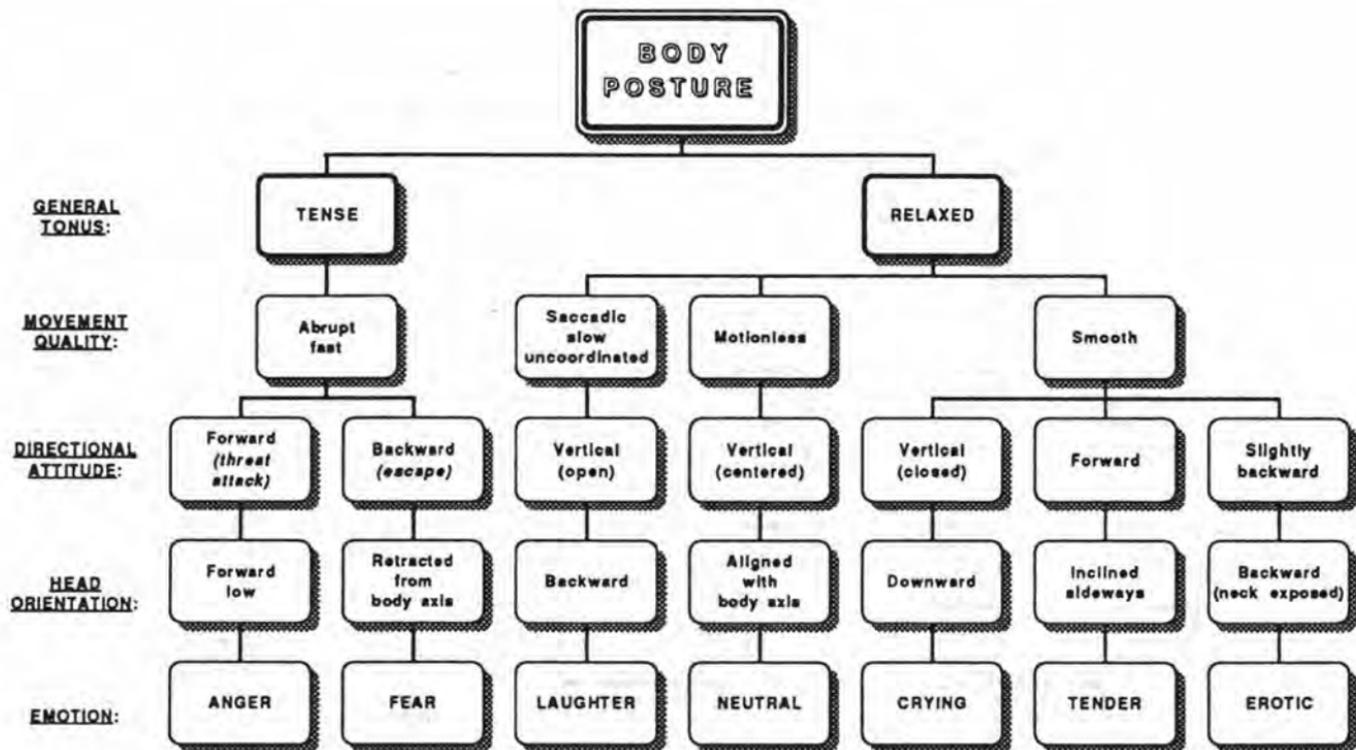


Abb. 4: Prototypical features of body posture for each emotion: general tonus, movement quality, directional attitude and head orientation (ibid.)

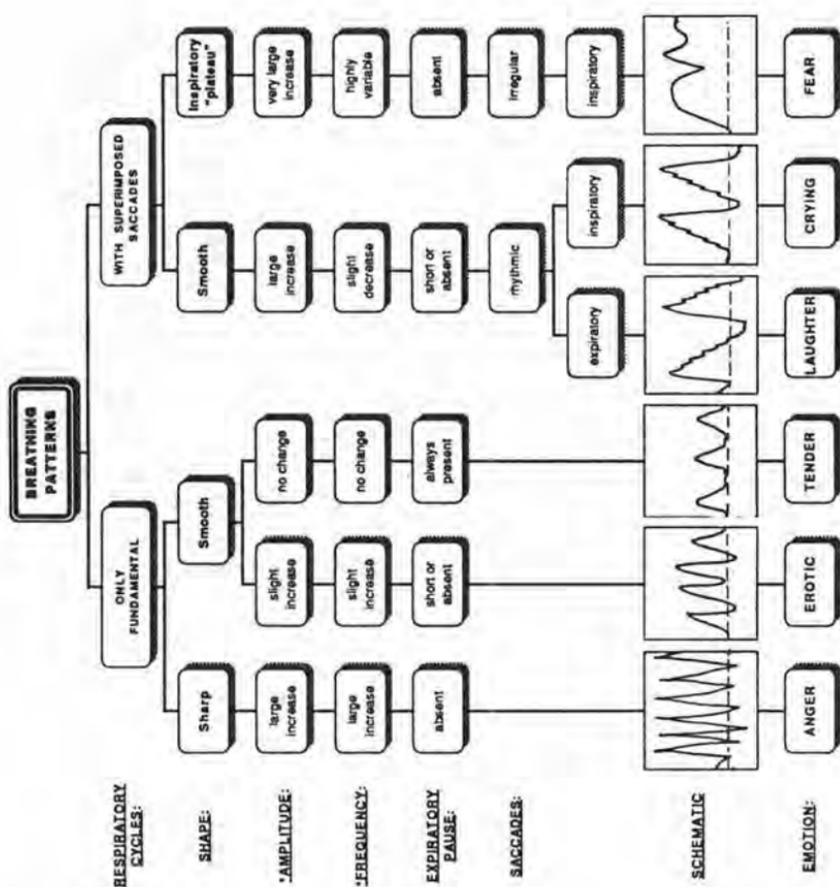


Abb. 5: Structural representation in form of a decision tree summarizing the main respiratory characteristics of the emotional effector patterns. To the left is underlined the name of the feature. *Amplitude and *Frequency descriptions correspond to changes from neutral baseline values. The pause refers to the period within the respiratory cycle during which no further expiratory movements could be detected. The dashed lines in the schematic representation of the respiratory prototypical patterns, give an indication of the lowest level of expiration attained during neutral non-emotional states (ibid.).

Die darwinistische Seite dieser Emotionstheorie und -praxis (Darwin 1872) impliziert natürlich die gesamte Problematik eines solchen Denkens: z. B. daß keine Aussagen über die unmittelbaren Ursachen des Verhaltens abgeleitet werden können, sondern die Emotionen gleichsam geschichtslos dastehen und abgerufen werden können, ein Problem, das insgesamt für psychobiologische und soziobiologische Erklärungsansätze gilt (Markl 1982, vgl. aber *Hernegger* 1989). Emotionen werden auf diese Weise objektiviert, technisch reproduzierbar und damit letztlich vom Individuum abgelöst. *Bloch* und *Lemeignan* (1992, 34) argumentieren wie folgt: „The property of deriving other elements of an emotional system by reproducing well defined prototypical somatic actions, suggested the use of these emotional effector patterns as an experimental model for generating emotions in a controlled way (*Bloch* 1989; *Bloch* et al. 1991; *Bloch* in press). We think that this model which results from the joint activation of different somatic systems has the advantage of using precise, objective and reproducible actions. Such a ‚bottom-up‘ procedure is essentially different from the most commonly employed techniques as for example representing visual material containing strong emotional valence (e.g. *Wagner, MacDonald, Manstead* 1986) or instructing subjects to recall or imagine particular emotional events (e.g. *Lang, Kozak, Miller, Levin, McLean jr.* 1982; *Schwartz, Weinberger, Singer* 1981). With such elastical procedures it is often difficult to determine what emotion is being evoked, whether it is pure or blended, and if present, when it begins and ends.“

Eine derartige Technik als „*experimental model for generating emotions*“ (ibid.) ist natürlich für das Training und die Ausbildung von Schauspielern von großem Interesse. *Stanislawskij* und *Meyerhold*, *Grotowski* und *Beck*, *Malina* haben ihre Trainingsmethoden in ähnlicher Weise aufgebaut, und auch *Moreno* hatte seine „*role practice*“, eine Art „emotionales Rollentraining“, mit dem Hintergrund konzipiert „to give our prematurely aging artists the needed mental prophylaxis“ (*Moreno* 1946, 156). Er stellte dabei allerdings seine Arbeit in den Rahmen einer Konfliktanalyse: „The actor suffers from a three-way conflict: the conflict with the playwright, the conflict with his co-actors and the conflict with the public“ (ibid. 154). Damit wurde die emotionale Arbeit in einen Rahmen gestellt, den *Iljine* noch weiter spannt, wenn er schreibt: „Die emotionale Arbeit in der Rolle und an der Rolle muß rückgebunden werden an die Geschichte des Lernens von Emotionen, denn diese sind nicht ‚Physiologie

pur', sondern in Szenen der Biographie ‚geformte Physiologien‘, die sich wieder und wieder reinszenieren“ (Ijine 1942, 35). Bloch und ihrer Forschergruppe kommt sicher das Verdienst zu, für die Praxis psychotherapeutischer und körpertherapeutischer Arbeit mit Emotionen durch ihre psycho-physiologischen Forschungen Muster systematisch beschrieben zu haben, deren Kenntnis die in der Regel „intuitive“ Arbeit leiborientierter Therapeuten konzeptuell unterfangen kann, ja zuweilen diese Arbeit korrigieren muß (z. B. die Atemarbeit verschiedener bioenergetischer Ansätze). Aber das Modell hat – wie das von Clynnes (1977) – auch gravierende Probleme theoretischer und interventiver Art. Es werden hier Emotionen Erwachsener untersucht und typisiert, und zwar vor allen Dingen Gefühle mit einem hohen expressiven Potential. Andere wesentliche, „leise“ Emotionen wie Zufriedenheit, Geborgenheit, Resignation, inbrünstige Gefühle wie heimliche Liebe, Verehrung, Andacht, die also kein hohes expressives Potential haben, aber auch expressive Gefühle wie Scham, Schuld, Peinlichkeit, Neid, Eifersucht oder sehr frühe „basic emotions“ wie explorative Neugierde oder Widerwille/Ekel, Zufriedenheit/Geborgenheit, die sich schon intrauterin als adgressive, evasive, exzitierte, irenische Affektexpression beschreiben lassen, werden mit Blochs Modell nicht zugänglich. Gefühle wie „erotische Liebe“ oder „Zärtlichkeit“ sind bei Säuglingen nicht zu objektivieren. Von Atmung und Ausdrucksverhalten her ließe sich die „Zärtlichkeit“ noch am ehesten dem irenischen Muster zuordnen, erotische Liebe dem adgressiven oder exzitierten Muster. Geborgenheits- und Zufriedenheitsgefühle, die das Grundvertrauen bekräftigen, sind in der Tat „ko-responzierende Emotionen“ zu Zärtlichkeit und Zuwendung (das Gesicht in der Zärtlichkeitshaltung wird ja in der Regel nach links unten in Richtung des Kindes an der Brust geneigt – übrigens bei Männern und Frauen gleichermaßen – wie auch das Kind überwiegend – ohne Unterschied bei Rechts- und Linkshändern – auf der linken Seite gehalten wird).

Die relationale Seite des Gefühls – das „**Ko-Affizieren**“ oder „**co-emoting**“, welches in unserem Modell zentral steht – fehlt im Ansatz von Bloch vollständig. Das „**emoting**“ führt zu einem Ablauf der unbezogenen organismischen Reaktion, und das ist nicht ohne Probleme, wie Bloch und Lemeignan (1992, 38) selbst feststellen: „... a warning should be made concerning danger of misusing the proposed model, as it deals with voluntary changes in breathing, which we know is a delicate issue. The reproduction of the emotio-

nal effector patterns, with the exception of that of tenderness, poses a serious ethical problem for both the teacher and the subject and must be used with great care, respect and sensibility. In fact such training should not be attempted without expert guidance.“ Ich würde die getroffene Aussage über „tenderness“ keinesfalls unterschreiben. Bei der emotionalen Arbeit in therapeutischen Kontexten und Selbsterfahrungsgruppen zeigt sich immer wieder, daß die Evokation von Gefühlen der „irenischen“ Gruppe (Zufriedenheit, Geborgenheit, Zärtlichkeit, Frieden, Glück, Heiterkeit) aus einem „Kontrasteffekt“ immer wieder Erfahrungen aufschwemmt, in denen derartige Gefühle gefehlt haben oder verletzt worden sind. Im „emoting“ und besonders im „co-emoting“ entstehen letztlich „szenische Evokationen“ (Petzold 1988n, 252), wie sie für unseren Ansatz des „Affekt-Trainings“ als „thymopraktischer Übung“ kennzeichnend sind. Man kommt mit „prävalent-pathogenen“ Milieus (ibid. 238) in Kontakt, und diese müssen *lege artis* durchgearbeitet werden.

Psychotherapeutische Emotionstechniken wie Morenos Psychodrama oder Pessos „Psychomotor-Therapy“ (Moreno 1959; Pessó 1969, 1973, 1986) verwenden deshalb szenische Kontexte und überwiegend imaginative „Warm-up-Techniken“ (*top-down-approach*), Bloch, Stanislavskij, Meyerhold und Grotowski Körpertechniken (*bottom-up-approach*). Wie das „Therapeutische Theater“ Iljines kombiniert die thymopraktische Leibarbeit der „Integrativen Therapie“ (Petzold) indikationsspezifisch die beiden Ansätze und schöpft aus diesen theatertherapeutischen Quellen (idem 1972a, 1982a).

Das „affektive Training“, das Training in „emotionalen Rollen“, die Förderung der emotionalen und der Rollenflexibilität in der „erlebnisaktivierenden Modalität“ des „dritten Weges der Heilung“ (Petzold 1988n, 250) ist durch eine „ludische Ausrichtung“ gekennzeichnet. Die Emotionen werden „gespielt“. Das heißt nicht, daß sie nicht „echt“ sind, denn es treten alle Intensitäten auf, zeigen sich die posturalen, respiratorischen und fazialen Emotionsmuster. Indes, bei aller Intensität des Spiels bleibt sich das Individuum bewußt, daß es spielt. Bei einer regressiven Kinderszene bleibt ein Rest *exzentrischen, beobachtenden Ichs*. Der Protagonist denkt im Hintergrund: „Mein Gott, das geht aber tief in den Keller! Ist ja interessant, was jetzt gerade abläuft!“ oder ähnliches. Dieser Vorgang der „involvierten Distanznahme“ findet sich im übrigen auch bei spontan im therapeutischen Prozeß auftauchenden, biographischen Arbeiten auf großem Intensitäts- und Regressionsniveau. Wenn immer

dieses „Restchen Ich“ verschwindet, die Involvierung in eine „totale Konfluenz“ führt, dann werden zuweilen Kriseninterventionstechniken notwendig, weil das Niveau „emotionaler Tiefung“ (idem 1988n, 104ff) zu entgleiten droht. Die Untersuchungen von *Thomas Scheff* (1979) zur Katharsis bei Heilungsritualen und im Drama zeigen auf, daß gerade diese Verbindung von Selbstbeobachtung und emotionalem Vollzug ein hohes veränderungswirksames, d. h. *therapeutisches Potential* haben.

2.3 *Emotionale Differenzierungsarbeit, „narrative Praxis“ als berührtes Gespräch und leiblicher Ausdruck – Wege aus der Erkrankung*

Das „Affekt-Training“ im Rahmen des thymopraktischen Konzeptes war immer biographisch ausgerichtet und stets kontextuell orientiert (*Petzold, Orth 1993e*):

»Thymopraktik ist die **Praktik**, mit dem **thymos**, mit Regungen und Empfindungen des Leibes umzugehen, mit den dazugehörigen Emotionen, Stimmungen, Gedanken, Begriffen, Bewertungen, Volitionen, Phantasien und Erinnerungen in ihrer Bezogenheit auf Atmosphären, Szenen, Ereignisse, Menschen, soziale Zusammenhänge. Thymopraktik ist in diesem Sinne ganz eigentlich beziehungsorientierte, „leibgegründete Emotionsarbeit“ in Kontext und Kontinuum und zielt auf den differenzierten Umgang mit Leibregungen, Empfindungen, Gefühlen, Stimmungen und den zugehörigen Kognitionen und Verhaltensweisen« (*Petzold 1970c, 1*).

Emotionale Differenzierungsarbeit in der Integrativen Therapie schließt deshalb immer die Meta-Kommunikation über Emotionen ein, etwas, was von *F.S. Perls* als „mind-fucking“ und „bullshit“ abgetan wurde (*Perls 1969*). Es ist aber unverzichtbar, Gefühle nuanciert zu benennen, über die „Bewertung“ von Gefühlen zu sprechen, und dies mit Bezug auf den aktuellen Kontext als auch mit Bezug auf vergangene Emotionsereignisse. Emotionen vollziehen sich ja in „social worlds“, die als „units of shared perspectives“ (*Unruh 1983*), „kollektive Bewertungsrahmen“ (*Petzold, Petzold 1991b*), Teil von „représentations sociales“ (*Moscovici 1984*) zu betrachten sind.

Ein Aggressionsausbruch, der spontan aufkommt, wird oft vom Individuum selbst in Folge der installierten „Selbstzwangsappara-

tur“ (Elias), der Über-Ich-Zensur (Freud) – zum Teil schon im Moment des gezeigten Verhaltens – als unangemessen erlebt oder zumindest kurze Zeit danach, wenn soziale Rückmeldungen kommen. Es entstehen dann Gefühle der Peinlichkeit, der Scham oder der Schuld. Zuweilen laufen derartige Gefühle auch parallel: Es wird ein unfreundliches Verhalten gezeigt, das Individuum spürt selbst das Übermaß seines Ärgers und hat zugleich dabei ein ungutes Gefühl. Der Umgang mit derartigen „Doppelgefühlen“, widerstreitenden Gefühlen, der Ausgleich zwischen Einstimmung, Feinstimmung und Umstimmung gehören zur „Emotionsarbeit des Alltags“, und diese führt immer wieder in die Metareflexion, z. T. noch in der Situation selbst. Man könnte mit Blick auf unsere Persönlichkeits-theorie (Petzold 1984j, 1993d) formulieren: Ich und Selbst ko-respondieren. Ich stehe mit meinem „inneren Gefährten“ (Mead 1934) in Ko-respondenz. Oder man könnte ganz im Sinne Goffmans (1959) sagen, daß sich das „Selbst“ im tagtäglichen Leben präsentiert: „Wir alle spielen Theater!“ – wobei dieses Spiel zum Teil bitterer Ernst ist. Es erfolgt nach *Ausdrucksregeln* (Ekman, Friesen 1969), nach *Gefühlsregeln* (Hochschild 1979), die zeitspezifisch, kulturspezifisch, schichtspezifisch sind (Elias 1976; Stevenson 1977; Bernstein 1971). „Emotionale Felder“ stehen in gesellschaftlichen und kulturellen Zusammenhängen, die die „Emotionsarbeit“ (Petzold 1970c, 8; *emotion work*, Hochschild 1979) bestimmen, ja ihre Richtung festlegen. Gerade das erfordert Reflexion, blickt man z. B. auf die Sexualmoral oder die Bewertung von Aggression in bestimmten sozialen Gruppierungen. Ein „emoting“ ohne derartige Reflexion und Offenlegung der mit der Reflexion verbundenen Gefühle wird allenfalls zu einem kontextlosen „emotional modelling“ führen, nicht aber zu „emotionaler Differenzierungsarbeit“, die immer gleichzeitig mit der Bewußtheit für das Gefühl auch das Bewußtsein des Individuums für sich und seinen Lebenskontext fördert, ihm zeigt, wie es durch „Gefühle hinter den Gefühlen“ bestimmt wird und durch ihre sozialen Determiniertheiten. Kemper (1978) hat eine „sozial-interaktionale Theorie der Emotionen“ vorgelegt. Am Beispiel von Macht und Status in dyadischen Interaktionen beschreibt Kemper eine Reihe möglicher Beziehungsmuster, die einen spezifischen emotionalen Aufforderungscharakter haben. Er arbeitet drei Grundtypen von Emotionen heraus: *strukturelle Emotionen* für einen Gleichgewichtszustand von Macht/Status/Verteilung, *antizipatorische Emotionen*, die auftauchen, wenn dieses Bedingungsgefüge verändert wird und *Konsequenz-Emotio-*

nen, die als Folge solcher Änderungen auftreten. *Kempers* Konzeption hat insbesondere für die Psychotherapie, in der ja auch ein strukturelles Macht/Status-Gefälle besteht, größte Bedeutung. Wenn z. B. der Psychotherapeut, der aufgrund der Übertragungskonstellation überdies noch in eine überhöhte Machtposition geraten kann, „Gefühle erwartet“, wie dies etwa in der Primärtherapie oder Gestalttherapie der Fall ist, emotionale Gratifikation also nur darüber gewonnen werden kann, wenn „gehorsam Gefühle“ (d. h. *Gehorsamsgefühle*) gezeigt werden, dann ist damit eine äußerst problematische Situation gegeben. Im „Affekt-Training“ wird deshalb regelhaft die Beziehung der Gruppenteilnehmer untereinander und ihre Beziehung zum Therapeuten thematisiert. Dabei wird darauf Wert gelegt, daß im Rahmen einer Gruppentherapie die Gruppe insgesamt über die „emotionale Kultur“ wacht, die in ihr herrscht. Sie metareflektiert damit ihren eigenen Umgang mit Gefühlen. Dies ist um so naheliegender, als das „Gruppengefühl“ in allen Formen „psychologischer Gruppenarbeit“ (*Petzold 1971i*), seien sie nun therapeutischer oder pädagogischer Art, eine große Rolle spielt.

Dem *Gruppengefühl* wurde im Rahmen der Integrativen Therapie deshalb stets große Aufmerksamkeit geschenkt (*Frühmann 1987*), wie unsere *Gruppendefinition* zeigt:

„Eine Gruppe von Menschen ist ein relativ zeitkonstantes Interaktionssystem mit einem spezifischen Status- und Rollengefüge, einem verbindenden Wertesystem und Zielhorizont sowie gemeinsamen Ressourcen, wodurch ein besonderes Gruppengefühl, ein eigenes Gruppenbewußtsein möglich wird, aufgrund dessen im Verein mit Identitätsattributionen aus dem sozialen Umfeld eine Gruppenidentität aufgebaut werden kann“ (vgl. *Petzold 1990o*).

Dem „Gruppenbewußtsein“ kommt im Hinblick auf Emotionen in der Gruppe die Aufgabe zu, die dem Bewußtsein des Individuums in seinen Alltagsbeziehungen obliegt, eine Art „Selbstüberwachung“. *Snyder (1974, 1979)* hat diesem Aspekt des „self-monitoring“ in seinen Untersuchungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das Bewußtsein überwacht die Eigengefühle und prüft sie im Hinblick auf ihre *Angemessenheit*, wobei Untersuchungen darauf hinweisen, daß die Selbstüberwachung an verschiedene Persönlichkeitsdimensionen gebunden ist (*Briggs et al. 1980*). Derartige persönliche „emotionale Stile“ sind Ziel der Veränderungsbemühungen in psychotherapeutischen Prozessen. Affektives Training im Rahmen der Integrativen Therapie sucht deshalb neben der Arbeit an Haltung, Mimik und Atmung immer wieder die Konstellation

sozialer Situationen und kommt dann zu „Rahmenstücken“ im Sinne von Iljines „Therapeutischem Theater“ (Petzold 1973b) oder zu „structures“ im Sinne des Pessó-Systems (Pessó 1986) oder eben zu improvisierten psychodramatischen Szenen (Moreno 1946).

Das systematische Üben und die Metareflexion von Emotionen reduzieren deren Charakter als „Widerfahrnis“, ohne daß diese Qualität des Emotionalen jemals ganz aufgehoben werden könnte. Metareflexionen machen „Hintergrundemotionen“, emotionale Stile, Grundstimmungen bewußter und fördern die Handhabung und Steuerung des affektiven Lebens. Diese Fähigkeit des „*emotional management*“ ist beim Menschen äußerst unterschiedlich ausgeprägt, abhängig vom primären Sozialisationsmilieu. Das gezielte „Einsetzen“ von Emotionen indes ist ein charakteristisches Verhalten von Menschen – von frühen Kindertagen an –, ja wahrscheinlich sogar von anderen Primaten, wie die Untersuchungen von Woodruff & Premack (1979) zu strategischem Verhalten von Schimpansen zeigt. Niccolò di Bernardo dei Machiavelli (1469–1527) räumte der Manipulation durch den gezielten Einsatz von Emotionen in seiner Theorie einen wichtigen Platz ein (Il Principe, Rom 1535; vgl. Christie, Gleis 1970; DePaulo, Rosenthal 1982).

Je basaler die Emotionen sind, je näher sie bei „Grundgefühlen“ liegen, wie sie von Izard (1977) oder von anderer Warte her von Clynes (1977) oder von Bloch (1989) herausgestellt wurden, desto schwieriger wird es für das Individuum, sich der „ergreifenden Macht des Emotionalen“ zu entziehen und desto körpernaher wird auch das Geschehen und wird der Einfluß der inneren und äußeren Stimulation. Diese „relationale Qualität“ der Emotionen, daß nämlich auf Eindruck Ausdruck gezeigt werden kann, ist offenbar für die seelische Gesundheit des Individuums von entscheidender Bedeutung. Der Mensch ist auf expressives Verhalten bei emotionaler Erregung angelegt, und die Unterdrückung, Behinderung, Einschränkung oder die Dämpfung des emotionalen Ausdrucks führt zu retroflektiven Prozessen der Anspannung, Verkrampfung, des Staus (Traue 1989) mit potentiell pathogenen Wirkungen. Neben das zu Eingang als Referenzmodell der Pathogenese angesprochene **Überforderungs-** bzw. **Streßmodell** wird hier ein weiteres, das **Repressionsmodell der Pathogenese** gestellt, das mit dem Streßmodell insofern verbunden werden kann, weil Repressionsituationen immer auch als Streßsituationen aufgefaßt werden können.

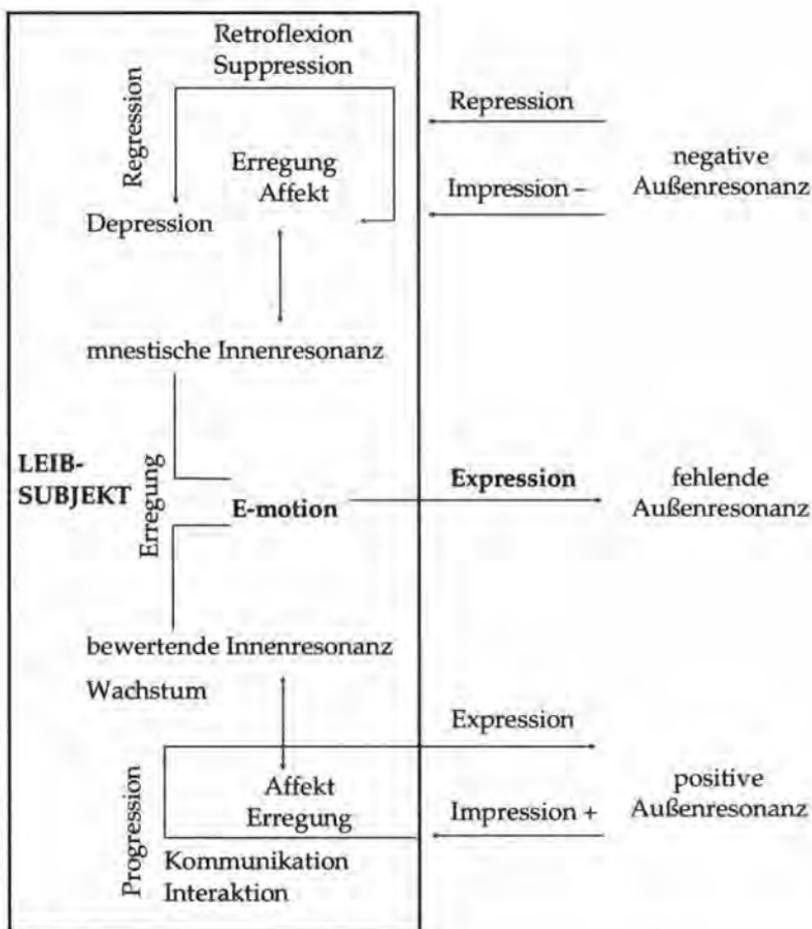


Abb. 6: Repressionsmodell der Pathogenese III: Impression → Erregung → Resonanz → Emotion → Expression → ← Repression → Suppression → Depression (aus Petzold 1970c)

Ein komplexes Geflecht benigner/maligner Stimulierungen, belastender/entlastender Faktoren wirkt als positive (+) und negative (-) „**Impressionen**“ auf das Leibsubjekt und löst physiologische Erregung, Affekte und *mnestische* und *valuierende* **Resonanzen** aus, Erinnerungen an ähnliche bzw. kontrastierende **Impressionen**.

Weiterhin werden Eindrücke vom Subjekt kognitiv bewertet und gefühlsmäßig gewertet (+/-). Unter Einfluß dieser Komponenten entwickelt sich als „Synergem“ die **E-motion**, die nach außen in die **Expression** drängt. Diese trifft entweder auf *positive Resonanz* im Außenfeld, etwa bei anderen Subjekten, so daß Interaktion, ein *kommunikativer Zyklus* beginnt von Impression → Erregung → Innenresonanzen → Expression →, die zur Impression beim Gegenüber wird → Außenresonanzen auslöst, die wiederum zur Expression/Impression wird usw. Ein solcher Zyklus ermöglicht *Wachstum* und *benigne Progression*. Geht aber die Expression ins Leere, bleibt sie ohne Resonanz, kann keine Entwicklung geschehen. Trifft die auf die Impression erfolgende Resonanz mit ihrem emotionalen Ausdruck auf *negative Außenresonanz* von repressiver Qualität, so kann die Emotion nicht in den Ausdruck gelangen. Der expressive Impuls wird durch *externale „Repression“* (negative Sanktionierung, Bedrohung, Kritik) zurückgedrängt. Er wird vom Individuum häufig auch selbst zurückgenommen aufgrund *„internaler Repression“* bzw. retroflexiver *Suppression* als *Selbstrepression* durch verinnerlichte Sanktionen und Normen. Es kommt als Folge dieser Dynamik dann nicht selten zu malignen Regressionen, zur **„Depression“** und/oder zu psychosomatischen Reaktionen. Ich habe diesen Vorgang verschiedentlich in den Krankheitsmodellen der Integrativen Therapie dargestellt (Petzold, Schuch 1991). Offenes, angstfreies Ausdrücken emotionaler Reaktionen führt zu einer Reduzierung emotionaler Spannungen bzw. Überforderungsgefühle. Dieses Konzept ist seit der *Nietzsche/Freudschen* Verdrängungsthese, der *Reichsches* Konzeption der Charakterpanzerung, der *„concealment-selfdisclosure-theory“* von Mowrer oder Jourard (1968, 1974) bis hin zu kognitions-theoretisch orientierten Arbeiten immer wieder aufgezeigt worden (Verres, Sobez 1980). Ein Modell „psychosozial vermittelter Krankheit“ von Verres (1983) macht diese Überlegungskette aus kognitivistischer Sicht noch einmal deutlich und gibt den emotionalen Reaktionen für die subjektive Situation einen wichtigen Platz. Dabei muß unterstrichen werden, daß in diesem Modell der Faktor „*Bewertung*“ gleichfalls als emotional relevant zu sehen ist. Bei Wertungen kommt das limbische System ins Spiel. Sie sind stets mit Gefühlen verbunden (es sei denn, sie werden von einem Computer vorgenommen). Schaut man das Modell von Verres unter diesem Blickwinkel an, so ziehen sich die Emotionen durch den gesamten Prozeß der Entstehung von Krankheit.

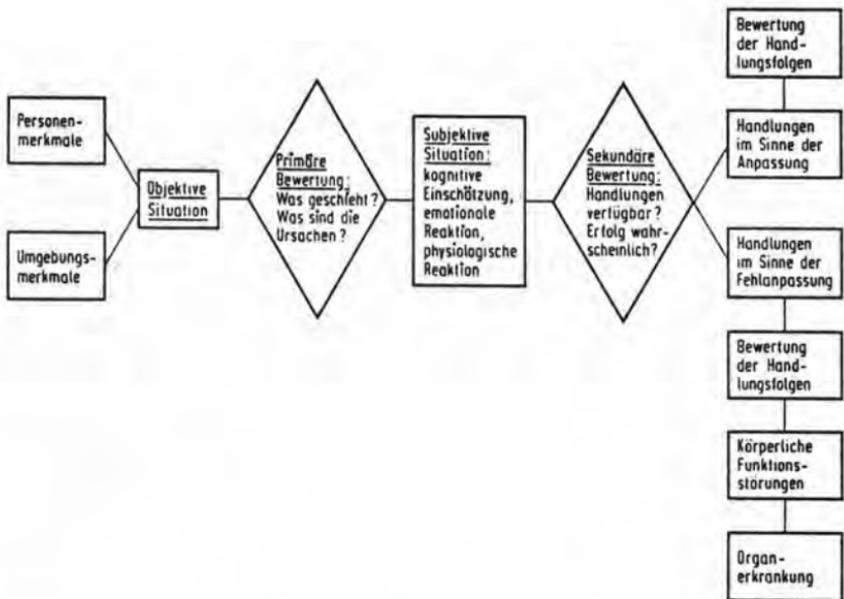


Abb. 7: Vereinfachtes Modell psychosozial vermittelter Krankheiten (aus: Verres 1983, 291)

Die Arbeit mit Emotionen auf dem Hintergrund eines komplexen Verständnisses von Emotion bezieht körperliche, kognitive und soziale Komponenten ein, um affektive Regungen zu beeinflussen. Die Wege einer solchen emotionsgerichteten Therapie sind vielfältig und abhängig von der klinischen Situation des Patienten. Es wird eine Frage der Indikation, ob „emotionales Nähren“ oder „Nachnähren“, „emotionale Differenzierungsarbeit“, „emotionales Expressions- und Flexibilitätstraining“ angezeigt sind, ob man sich den leiblichen Ausdrucksblockierungen zuwendet oder den kognitiven Bewertungen von Gefühlseignissen (die in der Regel Hintergrundemotionen implizieren). Wann welche therapeutische Linie verfolgt wird, wie Maßnahmen zusammenspielen müssen, wo

Einstimmungen und *Umstimmungen* angezeigt sind, eine Modulation des Affektes usw. ist eine Frage des therapeutischen Prozesses, der gemeinsamen Erarbeitung des therapeutischen Weges zwischen Patient und Therapeut, eine *Synergie* der inneren Strebungen (*viation*) von beiden und der konzeptgeleiteten Strategie (*trajectory*) des behandelnden Arztes oder Psychologen (Petzold 1988n, 282f). Dabei wird das „Sprechen über“ Gefühle ein wichtiges Geschehen – das zeigt denn auch „der Sprachgebrauch in der Psychotherapie“, wie Kemmler, Schelp und Mecheril (1991) in ihrer Untersuchung zum emotionalen Geschehen in vier Therapieschulen deutlich gemacht haben. Gefühl wird damit in die Sprache hineingeholt. *Emotionale Differenzierungsarbeit* kann auf Sprache nicht verzichten, selbst wenn es wichtige Wege nonverbaler Differenzierungen zu beschreiten gilt. „Gefühl ist ... auf Sprechen angelegt, jedoch so, daß es darin in seiner Fülle nur eingeht, solange Sprechen kreativ ist, d. h. den vertikalen Durchgriff von primärer, intimer Bedeutungserfahrung in einem Positionsschema mit entsprechenden Kognitionsfiguren bis hin zu den spezifizierten, öffentlichen, auf Kommunikation wie auf Sachbezeichnung verpflichteten Namen verwirklicht. So kulminiert Gefühl in seinem Namen“ (Bottenberg 1972, 269f; vgl. Bottenberg 1991). Deshalb ist in der Integrativen Therapie neben den emotionszentrierten Fokalsitzungen (Petzold, Heintz 1980; Petzold 1993p), der Leibarbeit (idem 1974i), den Kreativen Medien (Petzold, Orth 1990b) die „**narrative Praxis**“ als Form „*emotional berührten Gesprächs*“ unverzichtbarer Bestandteil therapeutischer Arbeit. Sie führt die nonverbalen Elemente fort und gibt dem Gefühl auch sprachlichen Bedeutungszusammenhang, verbindet Kognition und Affekt in der Ko-responzenz.

Therapeut und Patient sprechen miteinander in der tiefen, unverstellten Berührtheit, die das *Teilen* bedeutsamer und bewegender Lebensereignisse kennzeichnet. Vom Therapeuten verlangt dies eine Bereitschaft, sich betreffen zu lassen und eine große Resonanz- und Tragfähigkeit. Er muß sein emotionales Spektrum und seine Persönlichkeit in einer sehr menschlichen, untechnischen Weise einsetzen können. Er muß sich selbst einsetzen. Für ihn gilt – wie für jeden integren, erwachsenen Menschen und sein Gefühlsleben –, daß „integrale, vollständige Gefühle“ solche sind, „bei denen sich Empfindungen, Bedeutungen und der entsprechende Ausdruck in völligem Einklang befinden“ (Hart, Binder, Corriere 1983, 15). Dabei ist das „entsprechende“ situativ und ko-responzierend als adäquate

soziale Referenz aufzufassen, ansonsten ergibt sich eine Verkürzung. Das Gefühl bezieht sich auf Ereignisse und die darin agierenden Menschen (zuweilen beklagt es auch ihre Abwesenheit). Emotion „erwartet“ eine emotionale Antwort. Sie ist in diesem Sinne ein „ko-kreatives Ereignis“ (Petzold 1971k, 1990b; Iljine 1990).

Gefühle affizieren, berühren, ergreifen, bewegen, erschüttern Menschen und verlangen eine ko-emotive Resonanz. Nur wenn diese Prozesse gelingen, wird es möglich werden, Emotionsarbeit im Rahmen einer Integrativen Therapie jenseits von „Gefühlstechniken“ und „affektivem Agieren“ konstruktiv für das Heilwerden von Menschen einzubeziehen.

2.4 Regression und emotionszentrierte Atemarbeit

„Es muß betont werden, daß gerade die Atmung
unglaubliche Massen psychischer Energien
bindet und befreit.“

G. Groddeck

„Le souffle accompagne le sentiment et on peut
pénétrer dans le sentiment par le souffle,
à condition d'avoir su discriminer dans les
souffles celui qui convient à cet sentiment.“

(Antonin Artaud, 1964, 205)

Da bei jedem intensiven Gefühl die Atmung eine zentrale Rolle spielt – man schnaubt vor Wut, stöhnt vor Lust, seufzt im Schmerz, prustet vor Lachen, hält vor Furcht den Atem an, verstummt vor Entsetzen etc. –, kann die Bedeutung der Atemarbeit im Rahmen eines integrativen, leiborientierten Therapieansatzes gar nicht hoch genug veranschlagt werden. Gefühl und Atem und die damit verbundenen Laute – vom leichten Seufzen bis zum durchdringenden Schrei, vom unterdrückten Schmerzenslaut bis zum Wutgebrüll – wurden von uns auch stets in das therapeutische Prozedere einbezogen (Petzold 1970c, 1974k, 1975e, 1983g usw.). Funktionale und konfliktorientierte Atemarbeit (idem 1974k, 358ff) und Arbeit mit

der Stimme (ibid. 364ff), der Einbezug der *Emotions-* und *Atemräume* (Kopf, Hals, oberer Brustraum, unterer Brustraum, Bauch) zur emotionalen „Tiefung“ über die Lösung der Atemmuskulatur, das „Locken“ des Atems, die Intensivierung des Atems, das alles gehört in das Standardrepertoire thymopraktischer, integrativer Leibarbeit.

Wo immer – z. B. unter sozialem Streß, repressiven Situationen – die Atmung eingeengt, die am Atemgeschehen beteiligte Muskulatur chronisch verspannt ist, kann sich der Affekt nicht frei entfalten (Traue 1989). Wo immer wir sehen, daß Affektverbalisation, Affektmimik und Respirationsmuster nicht korrespondieren, können wir annehmen, daß verhindernde Einflüsse auf das Atemgeschehen gewirkt haben, ... und wir begegnen derartigen Befunden häufig. Sie sind „Monumente“ *prävalent pathogener Milieus* (Petzold 1988n, 230f) und führen uns bei leiborientierter Arbeit oft zu traumatischen Situationen, in denen Individuen – zumeist Kinder, Frauen, aber auch alte Menschen und Menschen aus benachteiligten Schichten in subalternen Positionen – gezwungen waren, Emotionen zu unterdrücken, zu Haltungen verformen und Ausdrucksverhalten zurückzunehmen, vor allem aber „den Atem anzuhalten“, „nur noch ganz leise zu atmen“, „mucksmäuschenstill zu sein“ oder im Schmerz den Atem zu pressen, daß „kein Tönchen über die Lippen kommt“, weil dann die Situation noch ärger würde. Oder sie durften ganz einfach „nicht zu atmen wagen“, weil sonst „etwas ganz Schlimmes passieren“ könnte usw.

Die Bearbeitung solcher Muster kann natürlich nur im Kontext eines übergreifenden therapeutischen Prozesses geschehen, da die Beeinflussung des Atemmusters die Person „an der Basis“ berührt, einem „schweren Eingriff“ vergleichbar. Workshop-Settings, „bio-energetische Seminare“, Rebirthing-Gruppen o. ä. sind hier kein geeigneter Rahmen und müssen auf der Grundlage unserer klinischen Erfahrung als äußerst risikoreich und bedenklich angesehen werden (Petzold 1977f, 1990ä), auch wenn es sich bei der Bearbeitung oft nur um eine „Fokalregression“ handelt bei Menschen, die als „Zeitreisende“ (idem 1989d) mit einem integrationsfähigen, starken Ich durchaus einmal in frühe Zeiten „hinabtauchen“ können; es ist zumindest ein mittelfristiger Rahmen für die Arbeit mit Atmung anzusetzen, da man nie weiß, auf welche „Altlasten“ man stößt, die einen größeren Raum zur Aufarbeitung benötigen und eine längere Zeitstrecke und für die im Hinblick auf die Bearbeitung auch eine mittelfristige oder längerfristige *Regression* in Kauf genommen wer-

den muß. Dies ist natürlich nur zu rechtfertigen, wenn eine entsprechend gewichtige Symptomatik vorliegt und der Patient sich auf die konfliktzentrierte Atemarbeit auf der Grundlage von „*informed consent*“ (idem 1992a, 500ff) einläßt.

Die atemzentrierte Leibarbeit setzt archaische Emotionen frei, in denen sich ein eingeschränktes Atemmuster restituieren kann. Je *umfassender* die Regression ist, desto frühere Schichten können dabei aktiviert werden, so daß Formen des Fühlens und damit Atmens aufkommen, die für frühe Kinderzeiten kennzeichnend sind – und bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren findet man selten distortive Atemmuster, wenngleich solche durchaus vorkommen, etwa bei Risikokindern (Lipsitt 1976, 1980). Die bei solchen Sitzungen auftauchenden Phänomene, wie z. B. Stimmregression, Kindersprache, Babylaute sind nun kein „wirkliches“ Babyverhalten.

Wenn wir von einem qualitativen bzw. transformationellen Entwicklungsbegriff (Turiel 1983, 103f) ausgehen und nicht von einem quantitativen wie Freud, so läßt sich „tiefe Regression“ nicht als ein tatsächlicher, zeitlicher Rückschritt auffassen. Das, was sich bei Babys beobachten läßt und das, was sich in der Behandlung erwachsener Patienten in „umfassenden Regressionen“ zeigt, ist bei aller Ähnlichkeit bestimmter Phänomene niemals das gleiche (Bearison 1974). Ein Erwachsener mag sich als Baby fühlen, aber er wird niemals mehr wie ein Baby fühlen können (Willick 1985, 183f), wie regrediert er auch sei (Petzold 1992c, et al. 1994a). Im aktuellen Verhalten einer regressionsorientierten Sitzung haben wir es mit einer „Durchmischung von mnestischen Kernen“ (im Sinne propriozeptiver, exterozeptiver und atmosphärischer Relikte) und „Phänomenen der Nachträglichkeit“ – Erfahrungen, die in späteren Sozialisationszeiten aufgenommen wurden – zu tun, mit einer „Durchmischung von aktualisierten primären und sekundären Narrativen“ (idem 1991o). Auch wenn diese archaischen Relikte vielfachen Veränderungen und Wandlungen ausgesetzt waren, so findet sich ihr Niederschlag in leiblich-objektivierbaren, respiratorischen, muskulären, emotionalen und kognitiven Mustern. Derartige „Monumente“ zeitigen auch Wirkung. In regressionsorientierter Arbeit nähern wir uns über die Erinnerung und durch „reminder“ (d. h. auslösende Reize, die nicht-memorables, aber archiviertes Material aus dem Leib-Gedächtnis freisetzen) pathogenen Szenen und Atmosphären, die in der Form, in der sie noch „deponiert“ sind, „gegenwärtig gesetzt“ werden. Es handelt sich dabei niemals um eine getreue Reproduk-

tion einer historischen Situation, sondern um eine „Näherung“. In diesem Sinne definieren wir auch unser Konzept der **Regression**:

Regression ist »eine Aktivierung kognitiver-emotionaler-sensumotorischer Erinnerungen, wie sie in der „Lebenschronik“ des Leib-Gedächtnisses abgespeichert sind, und die aufgrund ihrer emotionalen Komponenten Ich und Selbst des Menschen überfluten. Seine Wahrnehmung, sein Denken und sein Verhalten werden temporär so beeinflusst, daß sie von Beobachtern (und auch von Resten des sich selbst beobachtenden Ich) nicht als altersangemessen erlebt werden. Dabei ist die Regression – phänomenologisch betrachtet – keine zeitliche, sie geschieht ja in einem gegebenen Hier-und-Jetzt, sondern sie ist zu sehen als ein generelles oder sektorielles Außerkräfttreten oder Zusammenbrechen des aktuellen kognitiven, emotionalen und behavioralen Differenzierungsniveaus von Kompetenz und Performanz über einen kürzeren oder längeren Zeitraum (situative bzw. Fokalregression, Dauerregression). Dies erfolgt auf eine Weise, daß frühere bzw. archaischere Formen kognitiven, affektiven und behavioralen Funktionierens in der Gegenwart wirksam werden und auf diese Weise eine erlebnisintensive, memorative „Näherung“ an zurückliegende biographische Ereignisse und die mit diesen verbundenen Erlebnisformen möglich wird.« (Petzold 1970c, 38)

Einem solchen Regressionskonzept entspricht im *Freudschen* Begriffsrahmen die „topische Regression“ (Freud 1914, 544). Wir sehen allerdings aus kognitionspsychologischer Sicht eine Möglichkeit der Selbstbeobachtung (self-monitoring, Snyder 1979), da Bewußtseinsprozesse nicht „eindimensional“ verlaufen, sondern oftmals mehrschichtig (Petzold 1988a), und wir uns immer wieder „zugleich“ auf „mehreren Ebenen“ bewegen können. Zumindest ist dies bei „benignen Regressionen“ (Balint 1968) der Fall, bei „Regressionen im Dienste des Ich“ (Kris 1952). Bei „malignen Regressionen“ (Balint 1968) hingegen kann es immer wieder zu derart „massiven Konfluenzzuständen“ kommen, daß die „Insel der Vernunft im Ich“ (vgl. Sterba 1934) überflutet wird. Eine solche sichere Insel kann man indes nicht unbedingt annehmen (Körner 1989), besonders nicht, wenn der Therapeut keine Hilfen gibt, die selbstbeobachtende Funktion des Ich zu stabilisieren. Häufig wird sie auch bei intensiveren Regressionen zurückgenommen, wenn er nicht selbst für den Patienten als „Hilfs-Ich“ (Moreno, Moreno 1944) fungiert. In Dauerregressionen kann diese „Hilfs-Ich-Funktion“ durchaus über längere Zeiträume notwendig werden, wobei sich der Therapeut in dem Maße zurücknimmt, wie der Patient in seinem Ich erstarkt. Die Hilfs-Ich-Funktion findet sich z. B. deutlich in den „structures“, Formen intensiver emotionaler Arbeit im *Pesso-System* psychomo-

torischer Therapie (Pesso 1986) sowie in allen therapeutischen Ansätzen, die einem Modell der parentage/reparentage (Iljine 1942) verpflichtet sind. Da Regression in der Regel in sozialen Kontexten stattfindet oder als Reaktion auf das Fehlen solcher Kontexte (wobei diese virtuell präsent sind und herbeigesehnt werden), ist ihre *relationale Qualität* hervorzuheben.

In der regressionsorientierten Leibarbeit kommt in der nonverbalen Sprache von seiten der Patienten immer wieder das Ausstrecken der Arme auf, wie ein kleines Kind die Ärmchen ausstreckt. Die damit verbundenen Emotionen: Schmerz, Angst, Unglücklichsein warten darauf, auf *ko-responzierende* „emotionale Positionen“, leiblich-konkret gezeigte Emotionen zu treffen, von ihnen umfassen zu werden, von Trost, Sorge, Zärtlichkeit, Liebe und den damit verbundenen Handlungen der Linderung, des Umsorgens, der Beruhigung. Das setzt im therapeutischen Rahmen die Fähigkeit und die Bereitschaft des Therapeuten voraus, auf „affektive Anfragen“ emotional und leiblich-unmittelbar zu antworten, in eine Ko-affektivität einzutreten, eine Berührtheit zuzulassen, sich „bewegen“ zu lassen: *co-emoting*. Ein technisches „emoting“ ist deshalb ausgeschlossen. Insofern muß der Therapeut die Regression des Patienten durch eigene Regression begleiten (Balint 1968), eine theoretische Position und eine *Praxis*, die von Ferenczi und einigen seiner Schüler (I. Holos, V.N. Iljine, J. de Forest) in der Behandlung schwerstkranker Patienten eingesetzt wurde. „Man verfährt also wie eine zärtliche Mutter, die abends nicht schlafen geht, ehe sie alle schwebenden kleinen und großen Sorgen, Ängste, böse Absichten, Gewissensskrupel mit dem Kinde durchgesprochen und in beruhigendem Sinne erledigt hat“ (Ferenczi 1931, 284), läßt den Patienten also die „Wohltaten einer guten Kinderstube“ (ibid.) erfahren. Der Therapeut bzw. die Therapeutin müssen sich damit auf eine solche mütterliche oder väterliche Haltung einlassen können, die ko-responzierenden Emotionen „generieren“, in leiblich-konkreter Präsenz aktualisieren. In diesem Klima, in diesen Handlungen geschieht „emotionale Differenzierungsarbeit“. Ferenczi war in der Lage, seine Patienten in den Arm zu nehmen, zu halten, zu wiegen – er ist dafür in der psychoanalytischen „*professional community*“ (nicht zuletzt von Freud und Jones) in übelster Weise diskriminiert und geächtet worden. Bis heute verstehen Psychoanalytiker seinen genialen – weil so natürlichen und einfachen – Ansatz nicht, *emotionales Nachnähen* zu praktizieren, leiblich-konkret mit all den Möglichkeiten

emotionaler Differenzierungsarbeit, wie sie in der Kindertherapie als selbstverständlich gelten und von uns in dieser Tradition auch für die Arbeit mit Erwachsenen aktualisiert wurden (Petzold 1969b).

In der konfliktorientierten Atemarbeit bzw. thymopraktischen Leibtherapie wird nicht „aus dem Stand“ in intensive Regressionen eingestiegen. Der therapeutische Prozeß, der zumeist über große Strecken verbal verläuft, bereitet leiborientierte Sequenzen vor. Die Patienten sind mit *emotionalen Regressionen* vertraut, der Therapeut weiß um die Belastbarkeit und die Integrationsfähigkeit der Menschen, mit denen er arbeitet. Vielleicht taucht über einen Traum, in dem keine Menschen sind, nur Öde, ein Verlassenheitsgefühl auf, oder es durchströmt den Körper plötzlich eine Atmosphäre der Verlorenheit, wenn der Therapeut den Patienten auffordert, seine Aufmerksamkeit (*awareness*) auf die flache, im Brustraum festgehaltene Atmung zu fokussieren (wir verwenden hier Ansätze, wie sie von Perls mit seinem Awareness-Konzept oder von Gendlin mit seinem *focusing* entwickelt wurden, vgl. Perls 1969; Stevens 1975; Gendlin 1981). Diese Gefühle extremer Verlorenheit werden zunächst metakommuniziert. Entweder kann der Patient sie benennen, oder er äußert nur sein Unbehagen, zuweilen holt er sich ein „Übergangsobjekt“ (Winnicott 1953) – in unseren Therapieräumen liegen immer Teddys, Kuscheltiere, Puppen etc. –, oder er begibt sich auf die Matte in die „Kuschelecke“, oder er sucht Kontakt, indem er z. B. über ein „Intermediärobjekt“ (Petzold 1987a), z. B. einen Ball oder einen Stoffhund ein Spielangebot macht, was bedeutet, daß der Therapeut dieses Angebot des Patienten aufnehmen und seine *Spielkultur* erfassen können muß. Sind der therapeutische Prozeß und die Erfahrung mit regressiver Arbeit schon fortgeschritten, fragt der Patient auch aktiv von sich selbst aus nach haltendem, bergendem Kontakt: „Ich glaube, ich muß jetzt gehalten werden, ich habe einen Einstieg gefunden.“ Derartige „Einstiege in *Viationen*“ regressiver Therapieverläufe (Petzold 1988n, 231ff) verlangen vom Therapeuten die Bereitschaft und die Fähigkeit, „miteinzusteigen“, durch den Affekt des Patienten „affiziert“, Berührung zu zeigen, sich „bewegen zu lassen“ von dessen Schmerz oder Leid und dieser inneren Bewegtheit auch Ausdruck zu verleihen. Dies kann z. B. dadurch geschehen, daß er z. B. den Patienten in den Arm nimmt und wiegt. Videoanalysen solcher Sequenzen zeigen, daß dabei Therapeuten Muster des „*intuitive parenting*“ und „*sensitive caregiving*“ zeigen (vgl. Abb. in Petzold et al. 1994a) und z. B. bei Schmerz

und Leid stets die ko-responzierende emotionale Lage mit dem respiratorisch-postural-fazialen Muster von Zärtlichkeit/Sorge (*tenderness/caring*) eingenommen wird (vgl. Abb. 3, 4). Das damit verbundene ruhige, gleichmäßige Atemmuster, die versichernde Mimik und Gestik der Therapeutin beruhigt zunächst das affektive Geschehen des Patienten nicht, sondern *ermöglicht* im Gegenteil erst eine emotionale Lösung und expressives Verhalten, genauso wie ein Kind mit aufgeschlagenem Knie zur Mutter, zum Vater läuft und erst in ihren/seinen Armen zu schreien und zu weinen beginnt. Dann, später, nach vollem emotionalem Ausdruck, tritt Beruhigung ein. Natürlich kann der Therapeut in solchen Situationen nicht „stocksteif“ dasitzen. Er ist leiblich affiziert. Kommotibel geht er mit. „Intuitiv“ unterstützt er in diesem „*co-affective state*“ die Atmung, den emotionalen Ausdruck durch Berührungen, das Streicheln des Rückens, durch prosodische Laute, tröstende Worte. Diese „unspezifischen“ Ateminterventionen in ko-emotionalen Prozessen werden beim leibtherapeutisch geschulten Therapeuten durch „spezifische“, physiotherapeutische Interventionen „ergänzt“; und auch diese werden nicht in einer technischen Form eingesetzt. So wird die Flankenatmung „geloct“, ermöglichen lösende Massagestriche neben den Schulterblättern das Durchbrechen des Schluchzens, eines Weinens, wie es Kinderweinen kennzeichnet und wie es beim Weinen Erwachsener nur selten möglich ist, stimulieren Interventionen auf die Interkostalmuskulatur, tiefe, reflektorische Atmung usw. Insbesondere ist es wichtig, bei gepreßtem Weinen, verhaltenem Schluchzen die „*superimposed saccades*“ (Abb. 5) zu ermöglichen, da diese für den vollen emotionalen Ausdruck erforderlich sind. Vor allen Dingen wird damit ein durch Streßerfahrungen stabilisierter muskulärer Hypertonus (Traue 1989), werden „chronifizierte Haltemuster“, wie sie für das „inspiratorische Plateau“ (vgl. Abb. 5) bei Furcht/Angst kennzeichnend sind und sich in einem generalisierten Spannungstonus sowie in spezifischen Verspannungen der Respirationsmuskulatur zeigen (vgl. Abb. 4), gelöst. Nach Ausschwingen und Abklingen der emotionsintensiven „Aktionsphase“ läßt sich bei den Protagonisten regelhaft das respiratorisch-postural-faziale Muster Geborgenheit/Zufriedenheit (als Korrespondenzgefühl zu Zärtlichkeit/Sorge) feststellen. Es hat sich damit das vollzogen, was Susana Bloch aufgrund ihrer experimentalspsychologischen Befunde von diesem Atemmuster annimmt: „We think that, for example, the breathing pattern of tenderness, with its

slow abdominal rhythm and long expirations followed by a pause, might be well adapted to re-educate people who suffer from respiratory disturbances. What is important in such cases is to activate all the somatic actions involved in this emotion, i.e. the postural and facial elements as well. In this way one could go beyond a mere breathing 'exercise' and have the subject enter into the imagery and/or personal evocation of tenderness. We found, by the way, that this is the only emotion accompanied by a significant decrease in heart rate (*Lemeignan, Bloch*, manuscript in preparation). The reproduction of the entire emotional pattern of tenderness may have valuable clinical and therapeutic uses" (*Bloch, Lemeignan* 1992, 37f).

Die regressive Emotionsarbeit erfordert natürlich wieder eine „Progression“, und dabei ist es wichtig, daß in der therapeutischen Sitzung kein plötzlicher „step-out“ erfolgt, sondern ein allmähliches Auftauchen. *Ferenczi* (1932) hat zu Recht vor „malignen Progressionen“ (vgl. *Petzold* 1969b, 1988n, 468) gewarnt, in denen sich das Kind, der regredierte Patient den Wünschen des Therapeuten anpaßt und „brav“ (hinter Bravheit steht immer Angst, genauso wie hinter Tapferkeit) möglichst schnell aus der Regression auftaucht, sich wieder „zusammenreißt“, „funktioniert“. Auf diese Weise kann das, was *Balint* als „Neubeginn“ bezeichnet, die „benigne Progression“ (*ibid.*, 482) einer neuen Entwicklung nicht geschehen. Dieser Neubeginn bedeutet nämlich, „das Leben wahrlich neu beginnen“ (*Balint* 1968, 1935, 44). Das kann nur in einer angstfreien Atmosphäre geschehen. Da aber Angst nicht nur momentaner Zustand emotionaler Erregung, sondern auch „eingefrorenes muskuläres Muster“ sein kann, *chronifizierte Engung*, die sich im leiblichen Verhalten habitualisiert hat, so wird eine verbale Therapie allein kaum weiterkommen, denn diese Muster sind äußerst persistent. Zu ihnen stehen „emotionale Stile“ parallel, die flach, blaß, eingegraut sind, ohne wirkliche Wärme und Fülle. Deshalb braucht es neben einer „Atmosphäre des Vertrauens und vollkommener Freiheit“ (*Ferenczi* 1964 III, 481) „taktvoll beruhigende Worte“, „ermutigenden Händedruck“, „freundliches Streicheln des Kopfes“, wird „Verständnis“, „Zärtlichkeit“ und „volle Aufrichtigkeit“ nötig (*ibid.* 505). *Ferenczi* hat die „natürlichen“ Muster körperlich-emotional-kognitiver Interaktion praktiziert, die wir im „sensitive caregiving“ finden (*Vyt* 1989, *Petzold* 1969b, et al. 1993, et al. 1994a).

In stärker ludisch ausgerichteten Kontexten, etwa der „erlebnisaktivierenden Modalität“ im „dritten Weg der Heilung“, können

wir auch Emotionen einfach einmal üben, wie Kinder „Gefühle einüben“: „Man prustet vor Lachen“, „hält sich den Bauch vor Lachen“, „schimpft wie ein Rohrspatz“, schreit und kreischt vor Furcht, erschreckt von imaginierten Gespenstern. Derartige spielerische Arbeit erfolgt aber wiederum *nicht technisch*, sondern unter dem „wohlwollenden, gewährenden Blick“ der „Therapeuteneltern“ in ihrem Mitspielen, ihrem Aufbauen einer spielerischen Atmosphäre und Aktualisierung einer konstruktiven *Spielkultur*. Auch hier kann es immer wieder geschehen, daß „aus Spaß Ernst“ wird, daß eine Emotion „kippt“. Lachen und Weinen liegen nahe beieinander: das eine auf der inspiratorischen, das andere auf der expiratorischen Linie (vgl. Abb. 5). In solchen Fällen müssen die Therapeuten eingreifen, auffangen, stützen und immer wieder emotionale Differenzierungsarbeit leisten, Hilfen der *Umstimmung* (*shifting*), der *Feinstimmung* (*dosing*) geben usw. Zuweilen müssen sie eine *Ausstimmung* (*distancing*) vornehmen.

Wenn Patienten *awareness* für ihr Atemgeschehen gewinnen, und dies geschieht durch „emotionales Atmen“, werden sie lernen, wahrzunehmen, wenn sie retroflektieren, stauen. Sie haben dann als Hilfe die Fähigkeit, ihre Gefühle zu nuancieren, vielleicht umzustimmen, auf jeden Fall aber sie in einer Weise zu zeigen, daß sie sie weder unterdrücken müssen noch gänzlich aus dem sozialen Rahmen fallen, in dem sie ja auch leben müssen, es sei denn, dieser Rahmen ist zu toxisch und sie entschließen sich, mit Hilfe der Therapie, der Therapeuten, der therapeutischen Gruppe neue „soziale Netzwerke“ aufzubauen, neue „social worlds“ aufzusuchen.

Atmung, Gefühl und emotionale Gesundheit sind unlösbar miteinander verbunden. Das Neugeborene muß lernen, seinen Atem zu regulieren und zu kontrollieren, um seine Gefühle differenzieren zu können. In den ersten drei Lebensmonaten kann es dies bekanntlich noch nicht sehr gut. Es kann zwar zugleich atmen und schlucken, aber die Atemkontrolle gelingt ihm erst mit dem dritten Monat, und dann differenzieren sich auch seine Affekte, beginnt in dem nun möglichen „Lallen“, im „baby talk“ (M. Papoušek 1994), in der Interaktion zwischen Eltern und Kind (Petzold et al. 1993, 1994a) die *Emotionsarbeit*, deren Feinabstimmungen über die Sozialisation hin einen emotional reichen und differenzierten Menschen heranwachsen lassen (Papoušek, Papoušek 1984, 1993). Das Erlernen der Atmungs- und Emotionskontrolle erfordert unmittelbare, leibliche Unterstützung der Eltern, und wo diese unzureichend erfolgt, haben

wir es häufig mit „Risikokindern“ (Lipsitt 1980) zu tun. Wenn immer unsere Patienten in starken emotionalen Erregungszuständen gestaut sind (Traue 1989) und von abgrenzend „abstinenten Therapeuten“, die sich nicht affizieren lassen und resonanzlos keine ko-emotionale Bewegtheit zeigen können, dürfen oder wollen, keine Hilfen erhalten, über Atmung, Mimik, Gestik, Haltung und Bewegung ihr Gefühl auszudrücken, birgt diese „maligne Abstinenz“ erhebliche Risiken: Die leiblichen *Engungen* chronifizieren weiterhin, die fehlende emotionale Bandbreite bleibt fixiert. Empathiefähigkeit für andere und Selbstempathie werden verhindert. Das Gefühlsspektrum erfährt keine Ausdehnung. Es wird keine *Weitung* (Schmitz 1989) möglich, sondern es werden allenfalls sekundäre kognitive Bewältigungsstrategien, rationale Einsichten, bessere Verbalisations- und Kommunikationstechniken erworben. Das ist *etwas*, aber es ist zu wenig und manchmal sogar dysfunktional.

Ein komplexes Konzept emotionalen Lebens, Erlebens und Kommunizierens, wie es in der Emotionstheorie der Integrativen Therapie vorliegt und aufgrund der Ergebnisse der empirischen Säuglingsforschung – etwa über das „*affective attunement*“ (Stern 1985) – formuliert werden mußte, fordert *unabdingbar* eine leibtherapeutische Orientierung, einen atemtherapeutischen Ansatz, eine emotionsgerichtete „**Thymopraktik**“ aus der „**Zwischenleiblichkeit**“ einer heilenden therapeutischen Beziehung heraus.

Die Literatur zu diesem Aufsatz befindet sich auf den Seiten 658-676.

III. Gefühle in den psycho- therapeutischen Schulen – Die tiefenpsychologischen Ansätze

Psychodynamik der Emotionsstörungen – eine psychoanalytische Perspektive

Rainer Krause

1. Definitivische Grundlagen

1.1 Einleitung

Jede für die Diskussion von Affektstörungen brauchbare Theorie muß Aussagen über drei unterscheidbare Funktionen des Affektsystems machen. 1. Die Bedeutung der Affekte für die Steuerung des bewußten und unbewußten Denkens und Handelns. 2. Die Bedeutung der Affekte für das soziale Zusammenleben und die Interaktionsregulierung. 3. Die Bedeutung der Affekte für die Selbstwahrnehmung und -einschätzung. Die Erforschung dieser unterschiedlichen Funktionskreise erfordert verschiedene Arten von Empirie. Modelle über die Steuerung des Denkens durch Affekte bzw. das Entstehen von Affekten durch Denkvorgänge erfordern Beobachtung von mentalen Innenwelten, wie sie teilweise von der empirischen Denkpsychologie (Dörner 1985) und der modernen Psychoanalyse gepflegt wird (Moser, v. Zeppelin & Schneider 1991). Systematische Aussagen über die Auswirkungen von Affektstörungen auf die direkte Interaktionsregulierung in der Dyade oder der Gruppe wurden erst mit der Verbindung von systematischer Beobachtung und Introspektion möglich (König 1982; Krause 1984a; Moser 1985). Eine Theorie der Affektstörungen kann nicht anders als integrativ sein, da Emotion als „Readout“ im physiologischen, interaktiven wie auch selbstreflexiven System verstanden werden muß (Buck 1983; Moser 1983). Die klinische Psychologie muß sich mit den Störungen des Zusammenwirkens dieser Readouts zu einem Zeitpunkt beschäftigen, zu dem die Gesetzmäßigkeiten ungestörten Funktionierens nicht ausreichend bekannt sind, so daß uns nur die Hoffnung bleibt, die hier berichteten Erfahrungen in der Behandlung „Affektgestörter“ könnten Beiträge zur Stimulierung der Grundlagenforschung liefern.

1.2 Psychiatrische Definitionen

Der Terminus Affektstörungen hat in den modernen psychopathologischen Klassifikationssystemen (z.B. dem DSM III) eine umschriebene Bedeutung. In Anlehnung an den amerikanischen Begriff „affective disorders“, der selbst auf die europäischen Einteilungen zurückgeht, wird darunter eine Gruppe von Störungen verstanden, bei denen das Hauptmerkmal „eine Störung der Stimmung, mit einem vollständigen oder partiellen Manischen oder Depressiven Syndrom, welches nicht auf irgendeine andere körperliche oder psychische Störung zurückzuführen ist“ (Wittchen & Saß, Zandig, Köhler 1989), sein soll. Im einzelnen werden darunter die „bipolare Störung gemischt“, die „bipolare Störung manisch“, die „bipolare Störung depressiv“, die „typische Depression“ verstanden. Bis auf die letzte Krankheitsgruppe werden also in der Terminologie des gegenwärtig bereits wieder überarbeiteten diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen unter Affektstörungen die affektiven Psychosen der deutschsprachigen Psychiatrie verstanden (Bleuler 1969). Diese Einteilung deckt sich – mit Ausnahme der rezidivierenden depressiven auch anhaltenden affektiven Störungen – mit den Diagnosen F31 bis F39 (Affektive Psychosen) der ICD 10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Dilling, Mombour & Schmidt 1991). Von einem nativen Sprachverständnis ausgehend sind mit dieser Beschreibung weniger affektive Störungen als Störungen der Stimmung gemeint, und der Begriff Affekt wird eingeständenermaßen nur aus Gründen der historischen Kontinuität beibehalten. Unterscheidet man mit Moser (1985) zwischen „state“- und „trigger“-Affekten, dann sind die „affective disorders“ der modernen Psychiatrie Störungen der Zustandsaffekte. Störungen von „trigger“-Affekten sind unter der nosologischen Kategorie der Angstsyndrome zu finden, bei denen „Angst entweder das dominierende Symptom wie beim Paniksyndrom und beim generalisierten Angstsyndrom ist, oder die Angst auftritt, wenn der Betroffene versucht, die Symptome zu beherrschen“ (phobische Störungen und Zwangssyndrome; Köhler & Sass 1984, 237).

Inwieweit die Paniksyndrome (300.01 + 300.21) sowie das generalisierte Angstsyndrom unter Störungen der „state“-Affekte rubriziert werden müssen, ist unklar. Eine genauere Kenntnis psychopathologischer Zustandsbilder zeigt, daß es eine große Gruppe von Störungen gibt, die sich weniger durch den Exzeß eines „state“- oder

„trigger“-Affektes als durch Lücken im Erleben und/oder Ausdrücken von Affekten charakterisieren lassen, wobei diese Lücken nicht Folge der Dominanz eines Zustandsaffektes sind. Diese Lücke wird vom Betroffenen selten als Defekt erlebt, so daß es in vielen Fällen die soziale Umgebung ist, die ein psychopathologisches Zustandsbild diagnostiziert. Solche Bilder werden im allgemeinen nicht unter Affektstörungen abgehandelt, obgleich der Vorgang des Diagnostizierens fortlaufend und veränderte Affektaustauschprozesse zwischen Interviewer und Patient rekurriert. Das Verstehen und die Verstehbarkeit des Fremdseelischen wird zum diagnostischen Kriterium (Jaspers 1965). Diese Veränderungen werden in Begriffen wie Paramimie, Parathymie (Bleuler 1969), Alexithymie (Lesser 1981) deutlich. Das Diagnostizieren einer Lücke auf der Grundlage eines empathischen zwischenmenschlichen Wahrnehmungsvorgangs setzt biologisch oder kulturell definiertes Normwissen über das vollständige affektive Geschehen voraus, das ohne Rekurs auf die phylogenetische Entwicklung des Affektsystems nicht vollständig sein kann (Bischof-Köhler 1985). In den klassifikatorischen Manualen ist dieses Normwissen auf jeden Fall nicht enthalten, vielmehr wird vorausgesetzt, daß der einzelne Diagnostiker implizite Kenntnisse darüber hat. Die psychiatrischen Klassifikationsmanuale münden, wie jede bloße Beschreibung, in eine bewußtseinspsychologische Alltagstheorie, in der die menschliche Psyche in Grunddimensionen wie Wollen, Fühlen, Denken (Spörri 1966) aufgeteilt wird. Dementsprechend werden die Wahrnehmungsstörungen von den Denk- und Affektstörungen, diese wiederum von denen des Antriebs unterschieden. Für eine Reihe von praxeologischen und forschungstechnischen Zwecken ist eine solche Vorgehensweise unverzichtbar. Sie ist um so notwendiger, als im Bereich der psychischen Störungen eine Beschreibung der Erkrankung aufgrund einer Krankheitsursache selten möglich ist. Vielmehr sind die beobachtbaren Symptomengruppen Ausfluß von dynamischen Wirkzusammenhängen, bei denen die Kenntnis einer Wirkkomponente keine Rückschlüsse auf die Symptomatik erlaubt. Für eine psychologische Enzyklopädie bringt die scheinbar theoriefreie Beschreibung allerdings eine Reihe von Problemen, die schwerwiegend genug sind, sie nicht anzuwenden. Auf drei Gruppen von Schwierigkeiten soll im folgenden kurz eingegangen werden.

1.2.1 Abgrenzung zur Normalität

Die Abgrenzung zur Normalität ist im Kontext der Affektivität besonders problematisch. Dies wird schon bei Bleuler deutlich, der z.B. konstatiert, daß manische oder depressive Verstimmungen häufig so leicht seien, daß von einem „Irresein“ und einer „Psychose“ nicht gesprochen werden können (Bleuler 1969, 426). Populäre Beziehungen für diese Zustände seien „Gemütskrankheit, traurige Verstimmung, Periode von Aufregung etc.“. Bei den „Persönlichkeitsstörungen“ ist die Problematik noch größer, denn dort müssen Eigenschaften wie „Mangel an Empathie“ bei den narzißtischen Störungen oder „chronische Leere und Langeweile“ (Borderlinestörung) diagnostiziert werden (Köhler & Sass 1984, 330, 335). In solchen psychopathologischen Klassifikationsvorgängen steckt eine methodenimmanente Gefahr, nach der kulturell definierte Wahrnehmungen über adäquates zwischenmenschliches Verhalten ontologisiert werden (Fiedler 1994). Die Verstehbarkeit fremdseelischer Vorgänge hängt auch von dem Verstehensbemühen des Diagnostizierenden ab. Die Diagnose „Narzißt“ bzw. „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ wird häufig aus Abwehrgründen gegeben (Reiser & Levenson 1984). Damit sei die Existenz dieser Störungen nicht bezweifelt. Es gibt vielmehr empirische Befunde, die darauf hindeuten, daß es gerade im affektiven Bereich sehr genaue kulturinvariante Grenzen für die Wahrnehmung und Einschätzung von Verhalten als „gesund“ bzw. „gestört“ gibt (Ellgring 1989; Krause 1981; Spörri & Heimann 1957). Zweifellos gibt es auch „Unfähigkeit zur Empathie“ als Symptom (McDougall 1984). Festzuhalten ist allerdings, daß das Problem der Abgrenzung zur Normalität bei Affekt- und Persönlichkeitsstörungen wegen der kulturell definierten Regeln für das Zeigen von Affekten bei weitem virulenter als bei den Denkstörungen ist (Keffler & Schubert 1987; Krause 1982; Ekman & Friesen 1969). Wieviel „Trauerarbeit“ auf einen Todesfall als schicklich und normal gilt, ist kulturabhängig (Aries 1980a). Es ist leichter einen Konsens herzustellen, ab wann eine Rede als inkohärent anzusehen ist.

1.2.2 Der Verlust der ganzheitlich prozessualen Sichtweise

Die Beschreibung und Benennung von Störungen nach den betroffenen Funktionen ist problematisch, weil in jedem Fall andere Funktionen mitbetroffen sind. So muß z.B. nach der ICD-9 bei Diagnose-

schlüssel 296 mindestens eines der folgenden Symptome auch vorhanden sein, um eine affektive Psychose zu diagnostizieren: Wahnideen, Ratlosigkeit, gestörte Selbsteinschätzung, Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen. Der Entscheid für die Diagnose wird aufgrund einer postulierten Verursachungsrichtung vom gestörten Affekt auf die anderen Probleme getroffen. Just diese Verursachungsrichtung wird aber von manchen Autoren umgekehrt und die gestörte Affektivität als Folge gespaltener Selbstrepräsentanzen (Miller 1979) oder irrationaler Ideen (Kovacs & Beck 1979) angesehen. Die experimentelle Affektforschung ist sich wohl dahingehend einig, daß sie einen Affekt nicht als Zustand, sondern als einen sich in der Zeit entfaltenden Prozeß versteht, an dem alle seelischen Funktionen beteiligt sind (Kuhl 1983a, b; Leventhal & Scherer 1987). Gerade deshalb ist man mit dem Problem konfrontiert, daß alle psychischen Störungen irgendwie Affektstörungen sind. Von einem psychodynamischen Verständnis von psychischen Störungen aus betrachtet gilt dies ohnehin, denn die jeder psychischen Störung immanenten Abwehrvorgänge bedeuten letztendlich ein Vermeiden von traumatischen Affekten (Fenichel 1974, 230). Wie noch zu zeigen sein wird, sind psychische Störungen vernünftigerweise als pathologische Veränderungen der Gesetzmäßigkeiten, mit denen die einzelnen Komponenten verknüpft sind, zu sehen. Sie spielen sich also zwischen und nicht in den Komponenten ab.

1.2.3 Methodenimmanente Schwierigkeiten

Schließlich muß jede bewußtseinspsychologische Vorgehensweise voraussetzen, daß sie weiß, wovon sie spricht. Für die Beschreibung von affektiv gefärbten mentalen Innenwelten gibt es gar keine andere Darstellungsmöglichkeit als die „Beschreibung des Gemeinten“ (Holzkamp 1964). Für die Erklärung des Affektes als prozeßhaftes Geschehen ist diese Methode nicht ausreichend. Das Erleben des Affektes und seine sprachliche Benennung ist innerhalb dieses Prozesses nur eine und dazuhin nicht einmal stets notwendige Durchlaufstation. Dies wird in der Diskussion über den unbewußten vs. bewußten Affekt (Freud 1973c), tacit vs. explicit knowledge (Guidano & Liotti 1983) oder experienced vs. occurring emotion (Moser 1983) deutlich.

In Anbetracht dieser drei Gruppen von Schwierigkeiten ist für einen Beitrag in einer psychologischen Enzyklopädie eine Vorgehensweise angemessen, die den psychiatrischen Sprachgebrauch vorläufig einmal aufgibt. Statt dessen wollen wir auf der Grundlage der gegenwärtigen empirischen Kenntnisse definieren, was ein Affekt ist. Aufgrund dieser Definition sollen die bekannten Störungsbilder in bezug auf die Veränderung der Affektivität beschrieben werden.

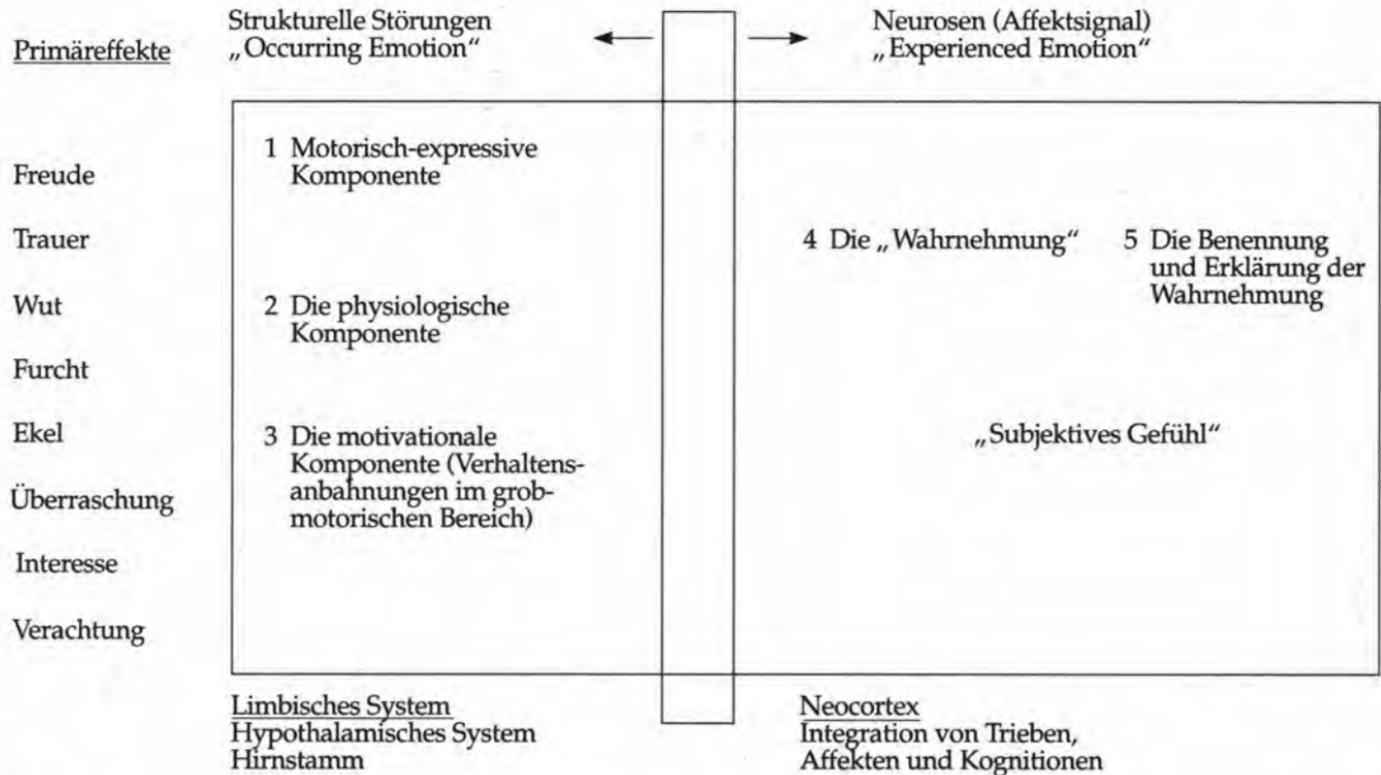
2. Versuch einer Taxonomie der Affekte

Es gibt einen Konsens darüber, daß man das Emotionssystem als eine Art von „Interface“ zwischen der Umwelt und den verschiedenen Subsystemen des Organismus beschreiben kann (Buck 1983; Frijda 1986; Scherer 1984). Je nach der Beschreibung des affektiven Prozesses werden zwei (Moser 1985), drei (Buck 1983) bzw. fünf (Scherer 1984) Subsysteme unterschieden. Die verschiedenen Beschreibungen sind teilweise ineinander überführbar. Um den klinischen Zustandsbildern gerecht zu werden, haben wir das komplizierteste Modell als Grundlage gewählt.

2.1 Die interne Struktur des Affektsystems

Danach umfaßt das Affektsystem: 1. Eine expressive Komponente in der Körperperipherie mit Gesichtsausdrücken und Vokalisierungen. 2. Eine physiologische Komponente der Aktivierung bzw. Desaktivierung des autonomen und endokrinen Systems. 3. Eine motivationale Komponente mit Verhaltensbahnungen in der Skelettmuskulatur und der Körperhaltung, die mit dem expressiven Signalanteil nicht deckungsgleich ist. 4. Eine bewußte innere Wahrnehmung. 5. Eine Benennung und Bewertung der Wahrnehmung, der auslösenden Situation sowie eine Zuordnung zum Selbst- bzw. zum Objektbereich.

Diese Einteilung beruht auf der Beschreibung der Gefühlsreaktionen von gesunden Erwachsenen einerseits sowie den bei psychischen Störungen beobachtbaren Ausfällen andererseits. Jeder Versuch, die „Gefühlswelt“ sprachlich zu beschreiben, bezieht sich in irgendeiner Weise auf die Beteiligung bzw. Nichtbeteiligung der



einzelnen Komponenten. So definiert *Moser* Gefühl als „eine erlebte und/oder bewußte affektive Codierung einer Situation mit mehr oder minder akzentuierten Selbst- und Objektanteilen“ (*Moser* 1983, 4). Es soll im folgenden in Anlehnung an verschiedene Autoren (*Basch* 1976, 1983; *Noy* 1982) eine an den beteiligten Komponenten orientierte Begrifflichkeit eingeführt werden. Unter Affekt sollen die körperlichen Reaktionen ohne bewußte Repräsentanz und Erleben derselben verstanden werden (Komponenten 1 bis 3). Unter Gefühl soll das bewußte Wahrnehmen und/oder Erleben der autonomen Anteile ohne erlebnismäßige Zuordnung zur Selbst- oder zur Objektstruktur verstanden werden (Komponente 1 bis 4). Unter Empathie sei das bewußte Erleben des autonomen Anteils bei gleichzeitiger Zuordnung zu einem Objekt (Empathie bzw. Fremdverständnis) bzw. zum Selbst (Selbstepathie, Einsicht, Selbstmitleid) verstanden (Komponente 1 bis 5). Sprechen wir vom Insgesamt aller Funktionen, ohne sie näher spezifizieren zu wollen, benutzen wir das Kürzel „Affektsystem“.

2.2 Eine soziale Dimensionierung der Affekte

Neben dieser Taxonomie, die sich am internen Aufbau des gesamten Affektsystems orientiert, ist eine weitere von Bedeutung, die sich an der sozialen Dimensionierung der Affekte orientiert. Auf der Grundlage einer ganzen Reihe von Untersuchungen hat sich mittlerweile die Ansicht durchgesetzt, daß ausgehend von bestimmten motorisch-expressiven Konfigurationen eine begrenzte Anzahl von Affekten in allen Kulturen auftritt (*Ekman, Friesen & Ellsworth* 1982) und daß dieselben teilweise mit denen unserer tierischen Verwandten übereinstimmen (*Ekman, Friesen & Ellsworth* 1982; *Chevalier-Skolnikoff* 1973; *Redican* 1982). Relativ sicher ist dies für die mimischen Konfigurationen Freude (happiness), Trauer (sadness), Wut (anger), Ekel (disgust), Überraschung (surprise), Furcht (fear). Die diesen Ausdrucksmustern entsprechenden Gefühle werden von manchen Theoretikern (*Tomkins* 1968) als „primary motives“, in deutsch manchmal als „Primäraffekte“ bezeichnet (*Krause* 1983). Inwieweit diese Universalität auch für andere Ausdruckskanäle wie zum Beispiel die Stimme gilt, ist noch nicht nachgewiesen. Zumindest in Beurteilungsstudien können naive Zuhörer unabhängig vom sprachlichen Inhalt Affektzustände identifizieren (z.B. *Feldstein*

1964). Die physikalischen Charakteristika und Grundlagen dieser Zuordnungen sind aber nicht befriedigend identifiziert (Scherer 1979), was bei der Komplexität der Datenauswertung in diesem Gebiet nicht verwunderlich ist (Scherer 1982). Aus der Stimme können zusätzliche Informationen, für deren Übermittlung das Gesicht ungeeignet ist, gewonnen werden (z.B. Langeweile). Die obige Liste kann nicht beanspruchen, das was unter „Gefühl“ und „Empathie“ definiert wird, abzudecken, denn die Kulturuniversalität wurde durch die Vorgabe visuellen Reizmaterials überprüft. Sie bezieht sich deshalb auf den motorisch-expressiven Signalanteil des Affektsystems. So betrachtet sind in den Primäremotionen diejenigen Emotionen erfaßt, die durch visuelle eindeutige Signale ausgelöst werden können und somit der Beziehungsregulierung dienen. Sie können in Anlehnung an Dahl (1979) und De Rivera (1977) „it-emotions“ genannt werden. Die selbstreflexiven „me-emotions“ und solche, die der inneren Steuerung des Denkens und Handelns dienen, sind damit nicht erfaßt. Zwar ist es prinzipiell möglich, zu sich selbst in der Art von Außenobjekten in Beziehung zu treten, z.B. auf sich selbst wütend zu werden, und somit hat vielleicht auch jeder Primäraffekt ein selbstreflexives Pendant. Im allgemeinen ist aber das Erleben durch die Selbstreflexivität so verändert, daß die Sprachgemeinschaften auch andere Namen dafür entwickeln. Im übrigen scheinen die selbstreflexiven Gefühle stark kulturell formbar. Dazuhin gibt es selbstreflexive Affekte, die nicht aus den Primäraffekten ableitbar sind, sondern Fundamentalsaussagen über das Selbst und seinen Zustand machen. Dies wird uns bei der Besprechung der Scham wie auch der traumatischen Angst im Gegensatz zur Objektangst beschäftigen (Krystal 1978). Zwar ist auch das Schamgefühl wie die traumatische Angst kulturinvariant, und ersteres ist in Vorläufern schon bei Primaten zu finden (Kummer, Götz & Angst 1974), aber sie dienen nicht der aktuellen Regulierung von Objektbeziehungen, sondern sind die Folgen nachhaltiger gestörter Objektbeziehungen. Beide emotionalen Zustände sind für das Verständnis psychischer Störungen zentral und müssen einzeln besprochen werden. Im folgenden soll die nur in Zusammenarbeit mit der Ethologie beantwortbare Frage diskutiert werden, warum es für die Spezies Mensch offensichtlich von Nutzen war, ihre Objektbeziehungen nach der Art der Primäraffekte zu strukturieren und welcher Schaden für das psychische System entsteht, wenn diese Objektbeziehungsmatrix nicht eingehalten wird.

3. Phylogenetischer Exkurs

Unter den ethologischen Forschern besteht Konsens darüber, daß die im Verlaufe der Hominisation beobachtbare Lockerung der festen Instiktabläufe von einem Hypertrophieren des Affektsystems begleitet wird. Im Gegensatz zum motorisch expressiven Anteil des Affektsystems, der auf den frühen phylogenetischen Stufen fehlt, sind Verhaltensanbahnungen im motorisch skeletalen und im physiologisch hormonalen Bereich bei Instinkthandlungen sehr wohl vorhanden (*Chance 1980; Scott 1980; Weinrich 1980*). Das Affektsystem ist aus dem Instinktsystem entstanden. Bei vielen expressiven interaktiven Handlungsweisen ist die ursprüngliche Instinkt- oder homöostatische Handlungskette noch in Rudimenten zu finden (*Andrew 1979; Darwin 1872; Eibl-Eibesfeldt 1984*). Allerdings ist mit dem Affektsystem etwas Neues, das den Rahmen des Instinktiven sprengt, aufgetreten. Der soziale Signalanteil kann von der motivationalen Ausführungshandlung entkoppelt werden (*Eibl-Eibesfeldt 1984; Bischof-Köhler 1985*). Die Benutzung des Zeichens zieht also nicht notwendigerweise die Auslösung des entsprechenden Verhaltensprogrammes nach sich. Der Gewinn dieser Entkoppelung besteht darin, daß ein Moratorium für innere und weitere kommunikative Prozesse entsteht. Ohne diese biologische Entkoppelung von Ankündigung und Ausführungshandlung wäre der soziale und motivationale Freiraum für intelligentes soziales Problemlösungsverhalten nicht entstanden. Solange die Lebewesen, zu welchen Zwecken auch immer, nicht kooperierten, bestand keine Notwendigkeit für eine Zeichenentwicklung. Affekttheorien, die die Affekthandlungen bloß als Teile von Instinkt- oder Triebhandlungen sehen, können wesentliche Forschungsbefunde nicht integrieren (*Plutchik 1980*). Die Instantiierung eines Affekts bringt eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit bestimmter Verhaltensweisen mit sich, aber das Endverhalten muß nicht ausgeführt werden. Die Endhandlungen der homöostatischen und organismischen Reinforcement-Prozesse sind hingegen festgelegt. Ein Wutgesicht oder -schrei ist zwar mit einer Intentionsbewegung korreliert, die einen Angriff wahrscheinlicher werden läßt, wie aber *Kummer, Götz und Angst (1974)* z.B. für die Hammadrias-Paviane gezeigt haben, verringert sich die Wahrscheinlichkeit einer innerartigen Angriffshandlung eben durch die Benutzung des affektiven Zeichens. So entscheiden Faktoren wie die wechselseitige Körpergröße, die Ver-

trautheit des Ortes der Begegnung wie die Bewegungsgeschwindigkeit neben anderen Faktoren, ob bei zwei sich bedrohenden Pavianen aus einem Drohzeichen eine Angriffshandlung wird. All diese Evaluierungsprozesse setzen bereits Vergleichsakte und so etwas wie soziale Intelligenz voraus. Die phylogenetisch erworbene Kenntnis des Zeichens erlaubt eine Berücksichtigung möglicher Intentionen, ohne sie ausführen zu müssen. So dient aggressives affektives Verhalten der räumlichen Verteilung, aber auch dem Zusammenhalt der Gruppe, wenn zum Beispiel die Fluchtreaktionen der rangniedrigeren Tiere durch die aggressiven Hütetechniken der ranghöheren verhindert werden (Kummer, Götz & Angst, 1974; Bischof-Köhler 1985). „Jedes Ausdruckssystem schafft Bewußtheit, weil es nicht die Handlung oder die Sache selbst ist, sondern ein Zeichen derselben. So ist der Affektausdruck das Vermittlungsscharnier zwischen konkreter Aktion und abstrakter Vorstellung“ (Ciompi 1982). Die Affekte dienen also neben vielen anderen Funktionen der Verhaltensökonomisierung, der innerartlichen Schadensminimierung und der Bewußtwerdung von Intentionen. Bezogen auf eine menschliche soziale Umgebung, die durch Zusammenleben in kleinen Gruppen, Kinderaufzucht und gegenseitige Kooperation und Stützung gekennzeichnet werden kann, haben sich die Affekte als paradigmatische Formen der Objektbeziehungsregulierung von hohem Überlebenswert erwiesen. Sie ordnen die Motive und die sozialen Beziehungen. Ein Verlust dieser Ordnung ist von einer mentalen oder psychosozialen Erkrankung begleitet (Simon 1983; Bischof 1985; Eibl-Eibesfeldt 1980). Solche Aussagen sind nur sinnvoll in bezug auf bestimmte definierte ökosoziale Umgebungen. Affekte dienen der Interaktionssteuerung und sind von den Systemen, die die Homöostase aufrechterhalten, sowie denjenigen Verhaltenssystemen, die aufgrund innerer hirnpfysiologischer Veränderungen Verhalten belohnen bzw. bestrafen, abzugrenzen. Nach Scott (1980) gehören die Affekte den übergeordneten Verhaltenssystemen Sexualität, Aufzucht, Bindung und Aggression an. Das Sexualverhaltenssystem ist im Affektsystem wie im organismischen Reinforcementsystem verankert, was ihm eine recht hohe Bedeutung für die Regulation des Wohlbefindens einerseits wie eine hohe Störungsanfälligkeit andererseits gibt (Bischof 1985).

4. Die propositionale Struktur der Affekte

In Anknüpfung an *De Rivera* (1977) und *Suppes* und *Warren* (1975) kann man die Primäraffekte als die Ankündigung von Handlungen charakterisieren. In der Struktur dieser Handlungen gibt es ein Subjekt, ein Objekt und eine gewünschte Interaktion zwischen beiden. Je nachdem *wo* sich das Objekt in Relation zur Position des Subjekts befindet, *wie* das Subjekt Handlungsmacht attribuiert und wie die hedonische Tönung der Situation kogniziert wird, entstehen die Primäremotionen. Es handelt sich um die von *Leventhal* und *Scherer* (1987) beschriebenen Basalkognitionen. In Abbildung 2 ist die Kennzeichnung der Subjekt-Objekt-Relationen in Form eines Entscheidungsstammbaumes dargestellt, der für die Besprechung der klinischen Zustandsbildung von Nutzen sein wird.

In bezug auf den Ort gibt es vier Möglichkeiten: Das Objekt ist im Subjekt, also im Mund oder im Magen-Darm-Bereich (im Körper), an der Körperperipherie des Subjekts (an der Haut), im optisch apperzeptiven Feld des Subjekts, also visuell gegenwärtig, oder das Objekt ist mental repräsentiert, aber abwesend. Die Objekte werden je nach diesen Ortsrelationen als gustatorische, taktile, visuelle bzw. mentale erlebt. In der Entwicklung des Kindes wechseln die Affekte und die Objekte mit der Bedürfnisstruktur ihre Erlebens- und Darstellungsmodalität (*Lincke* 1981). Dies ist klinisch relevant, weil die Perzeption eines Objektes im Rahmen einer optisch wahrnehmbaren leib-seelischen Einheit – also in einer Haut steckend – unter bestimmten noch zu besprechenden Randbedingungen einer gustatorischen, taktilen oder rein mentalen Objektkonstituierung Platz machen kann. Ein ekelhaftes Objekt hat sich stets bereits im Subjekt eingenistet. Die Prävalenz solcher Klassifikationen ist für die Beschreibung von psychopathologischen Prozessen von Bedeutung. Wer sich vor allem ekelt, ist von der Phantasie heimgesucht, alle Objekte hätten freien Zugang in seinen Subjektbereich. Während die Ortsklassifikation nur eine sehr einfache Unterscheidung perceptiver Art voraussetzt, wird in der zweiten Klassifikation der Abb. 2 das Objekt hinsichtlich bereits gemachter Erfahrungen kogniziert. Das Erfahrungswissen kann aus der Phylogenese stammen und/oder aus sich darauf aufbauenden individuellen Erfahrungen. Es sind archaische Klassifikationen, die das Objekt als wohltuend, benevolent, im weitesten Sinne „gut“ oder als schädigend, schmerzhaft, im weitesten Sinne „schlecht“ erscheinen lassen. Freilich wechselt für

Ort des Objektes
in Relation zum
Subjekt

im Körper

an der Haut

im optischen Feld

in der Erinnerung
Mentation

Basalklassifi-
kation des
Objektes

+

-

+

-

+

-

+

-

Handlungs-
machtrelation
Subjekt/Objekt

Korrespon-
dierender
Affekt

Freude

Ekel

Freude

Schreck

Freude

Beim
Subjekt

Beim
Objekt

Wut

Angst

Trauer

Freude

Korrespon-
dierende
Wunsch-
struktur

Du hinaus
aus mir

Du weg
von mir

Du weg
von mir

Ich weg
von dir

Du zurück
zu mir

Korrespon-
dierende
organismische
mentale
Abläufe

Sätti-
gung

Übel-
keit

Gebor-
genheit

Schmerz

Kampf-
bereit-
schaft

Flucht-
bereit-
schaft

Sehnsucht

Erleich-
terung

Abb. 2: Die propositionelle Struktur der Affekte

gut und schlecht wenigstens partiell auch die Darstellungsmodalität je nachdem, wo das Objekt in Relation zum Subjekt ist. Schlecht im gustatorischen Bereich ist Übelkeit, schlecht im taktilen Bereich ist Schmerz, wohingegen schlecht im optisch apperzeptiven Feld „Angst/Wut“ bedeutet.

Die mit den jeweiligen Affekten korrelierten Konditionierungsprozesse verändern ihre Zeitkonstanten. So liegt bei Ekel das optimale Intervall zwischen konditioniertem Reiz und der unkonditionierten Reaktion bei 3-4 Stunden, bei Schmerz und/oder Angst in Sekundengröße. Obgleich man mit einem nur optischen Objekt eigentlich keine schlechten Erfahrungen machen kann, legt die heutige Forschung nahe, daß bestimmte Gestaltkonfigurationen im optischen wie im auditiven Bereich auf Grund eines phylogenetisch erworbenen pattern-detection-Verfahrens alle anderen Primäraffekte auslösen können (Orr & Lanzetta 1984). Eine dritte relativ grundlegende Klassifikation ist die Attribuierung der relationalen Handlungsmacht, d. h., ob das Subjekt sich dem Objekt überlegen fühlt oder vice versa. Auch hier gibt es phylogenetisch erworbene Muster für Überlegen- vs. Unterlegenheit, z.B. Unterschiede des Körperrumfangs zwischen Subjekt und Objekt. Freude signalisiert der Umgebung, daß die laufende Form der Interaktion zwischen Subjekt und Objekt weitergehen soll. Sie ist ein artspezifisches Reinforcementssystem. Die anderen Affekte signalisieren jeweils einen Wunsch nach Veränderung einer laufenden Objektbeziehung. Kognitiv kann man diese Wünsche als Propositionen formulieren mit den Aussagebestandteilen Subjekt, Objekt und gewünschte Interaktion. Objekt und Subjekt müssen jeweils in Termini des Ortes, in dem sich die Interaktion abspielt, betrachtet werden. So gibt es gustatorische Mundraumobjekte, die durch die „Interaktion“ in diesem Raume beschrieben werden können. Ekel repräsentiert so gesehen den Wunsch, „Du (Objekt) geh hinaus aus mir (Subjekt)“, Wut repräsentiert den Wunsch, daß das Objekt verschwinden möge, wobei das Subjekt bleibt. („Du hau ab, ich bleibe“), wohingegen Angst den Wunsch repräsentiert, das Subjekt vom Ort des Objekts zu entfernen. Trauer repräsentiert den Wunsch, eine einmal gehabte Interaktion mit dem Objekt in einem der vier Bereiche wieder in Gang zu setzen. Gemäß dieser Vorstellung kann man gustatorischen, taktilen und optisch/auditiven Objekten „nachtrauern“. Die Abwesenheit eines „bösen“ Objektes ist im Moment der

mentalen Vergegenwärtigung des Objektes von Erleichterung und Freude begleitet.

Aufgrund der obigen Taxonomie kann man die spezifischen Ausfälle in der Objektbeziehungsmatrix klassifizieren und den Störungsbildern zuordnen. Ich habe den Affekt „Neugier“ nicht erwähnt, obgleich er in der menschlichen Entwicklung und für die Psychohygiene von großer Bedeutung ist. Er initiiert gewissermaßen die Frage „wie ist das Objekt“, ehe es zur Klassifikation gut, schlecht oder irrelevant kommt. Es ist offensichtlich, daß die pathologische Veränderung des Affektsystems bestimmte Lernerfahrungen voraussetzt. Die Traumentheorie versucht Antworten auf die Frage nach den Ursachen solcher Veränderungen zu geben. Sie wird aber nur auf der Grundlage einer allgemeinen Theorie kognitiv-affektiver Entwicklung verständlich. Auf diese Entwicklung soll nun näher eingegangen werden.

5. Ontogenese der Affektentwicklung und die sogenannten frühen Störungen

Ausgehend von der oben aufgeführten Taxonomie kann man eine Entwicklungspsychologie des motorisch-expressiven Systems, der Affektphysiologie, der Affekthandlungen, der Perzeption und der Bewertung der Gefühle erstellen. Dazuhin kann man sich fragen, wann die einzelnen sozialrelevanten Signalkonfigurationen auftreten (siehe dazu *Ekman & Oster 1982; Charlesworth & Kreutzer 1973; Feldmann 1982; Lewis & Rosenblum 1978; Lewis & Michalson 1983; Herzka 1979; Sroufe 1981*). Da wir aus den psychischen Störungsbildern die mangelhafte Integration der verschiedenen Teilsysteme als Verursacher von Erkrankungen kennen, soll im Rahmen einer solchen Arbeit nur die Entwicklung der Integration der Teilsysteme besprochen werden. Es wird davon ausgegangen, daß die Integration und Synchronisierung der Teilbereiche des Affektsystems keine „naturegegebene Sache“ ist, sondern bestimmter Anregungsbedingungen, Prägungen und Lernerfahrungen bedarf. In den psychodynamisch orientierten Theorien zur Psychopathologie soll die Diagnose für einen konkreten Patienten in verschiedenen Teilmustern je gesondert gestellt werden. So gesehen gibt es eine Entwicklungsdiagnose, eine Strukturdiagnose, eine dynamische Diagnose (*Blanck & Blanck 1984*). Diese Vorgehensweise ist klinisch nützlich,

weil jede Neurose partiell einen „Infantilismus“ beinhaltet und weil gerade bei schweren Störungen mit Entwicklungsasynchronien gerechnet werden muß. So werden zwar im allgemeinen Schwersttraumatisierte des ersten Lebensjahres Schwächen in der Struktur- bildung aufzuweisen haben (defektes Ichideal und fehlende oder archaische Überichbildungen), sie werden in der Regel auch primitive Abwehrformen (z.B. Projektion und Fragmentierung) benutzen (dynamische Diagnose: *Frosch 1983; Blanck & Blanck 1980*), aber manchmal setzen schwere frühe Traumata kognitive Entwicklungsschübe in Gang. Die Beschreibung von Störungsbildern in Termini der ontogenetischen Entwicklung ist sonst unüblich. Die nosologische Einordnung in bezug auf den Schweregrad einer Störung erfolgt ebenfalls in Anlehnung an den Zeitpunkt der hauptsächlichen Schädigung (Fixierung oder Regression). Dementsprechend wird von „frühen“ oder „prägenitalen“ Störungen gesprochen, um Psychosen, Borderlinestörungen, schwere narzißtische Persönlichkeitsentwicklungen, schwere Psychosomatosen und Perversionen zu charakterisieren (*Hoffmann 1986*). Aus diesem Grunde werden wir diese sogenannten frühen Störungen im Zusammenhang mit der Entwicklung der Dialogstruktur besprechen, weil wir Grund zu der Annahme haben, daß die wesentlichen Traumata, sofern es sich um keine äußeren Noxen handelt, in „Entgleisungen der Kommunikationsstruktur“ der frühen Eltern-Kind-Dyade zu finden sind (*Krause 1994, Steimer-Krause 1994*). In diesem Sinne sind alle frühen Störungen Affektstörungen, und alle frühen Störungen weisen auch Abweichungen in der Hardware des Affektaustausches oder – psychoanalytisch gesprochen – im interaktiven Anteil der Objektbeziehungen auf (siehe z.B. *Ellgring 1989; Steimer, Krause, Sänger-Alt & Wagner 1988; Krause, Steimer-Krause, Wagner & Sänger-Alt 1989; Wallbott 1982; Krause 1994; Steimer-Krause 1994*).

5.1 Die „autistische Phase“ und die frühen Traumatisierungen

Nach Ansicht einer ganzen Reihe von Autoren kann man die Entwicklung des Kindes in einen vorsozialen und einen sozialen Anteil untergliedern. Der vorsoziale Anteil wird unter verschiedenen Termini eingeführt, so z.B. als primärer Narzißmus (*Freud 1973b*), undifferenzierte Phase (*Hartmann 1975*), Stufe der Nichtdifferenziertheit (*Spitz 1974*), autistische Phase (*Mahler, Pine & Bergman*

1975). Im allgemeinen wird diese Phase als Existenz im Physiologischen beschrieben, und das Ende wird mit Beginn des 2. Monats gesetzt, zeitgleich mit dem Auftreten des sozialen Lächelns. Diese Phase als normalen Autismus zu bezeichnen ist nicht ohne Probleme. Die Problematik liegt darin, daß eine adultomorphe Pathologisierung (*Pine* 1981) eingeführt wird. Der Autismus eines Erwachsenen ist eine Krankheit. Einen frühkindlichen normalen Autismus kann es so betrachtet eigentlich nicht geben. Die Neigung zur Verwendung solcher Begriffe kommt aus dem Regressionskonzept der Psychoanalyse. Eine Psychopathologie ist aber nie die Wiederholung eines frühkindlichen Zustandes, sondern immer der Versuch einer Wiederholung mit den Mitteln des Erwachsenen, also metapsychologisch gesprochen Regression plus gegenwärtige Ich- und Abwehrstruktur. Neben diesen eher begriffslogischen Argumenten gegen diese Art der Benennung des ersten Lebensabschnitts gibt es handfeste empirische Einwände.

5.1.1 Empirische Studien zur frühen Dialogstruktur

Stirnemann (1965) meint, im ersten Lebensmonat drei Formen des Schreiens, nämlich aus Schmerz, Unbehagen und kommandierendem Schreien unterscheiden zu können. Die damit korrelierte Mimik ist ebenfalls unterschiedlich. Als Ursache werden innere Kontexte angegeben wie Hunger, Blähungen, Bewegungsbehinderung, Langeweile und Überreizung. Vor dem Einschlafen tauche ein sogenanntes Testschreien auf, das mit einer beginnenden Absicherung der Objektpermanenz zu tun habe. Weinen mit Tränenabsonderung taucht ab der 11. Woche auf. Was die motorischen Dialogstrukturen betrifft, kann man bereits nach der Geburt Feinabstimmungen der Haltungsefferenzen von Mutter und Kind beobachten, die, sofern sie erfolgreich sind, eine Art einheitlich symbiotisches Körpererleben gestatten. Bei schweren Störungen, die in einen späteren Autismus einmünden, kann die Veränderung des motorischen Verhaltens der erste Indikator für eine spätere Störung sein (*Brooker & Mauth* 1982). Das erste Lächeln mit erkennbarem sozialen Kontext als Auslöser tritt ab der 3. Lebenswoche auf. Es liegen allerdings auch Beobachtungen vor, die ein solches reaktives Lächeln auf den 11. Lebenstag festlegen. Ab dem dritten Monat können heftige parallele Freudevokalisierungen beobachtet werden. Als Auslöser

können ein Gesichtsschema und ab dem dritten Monat spezifische mimische Konfigurationen beobachtet werden.

Ausgehend von neueren Untersuchungen über die Imitationsfähigkeit von Säuglingen (*Meltzoff & Moore 1983*), die sich allerdings auf Mundöffnungen und Zungenzeigen beschränkten, untersuchten *Endres de Oliveira* und *Krause (1989)*, ob ein Affektgesicht eines Artgenossen als Auslöser für den identischen Affekt fungieren könne. Die Untersuchung ergibt, daß dies bis zum Beginn des dritten Monats selten gelingt, weil die Aufmerksamkeitsspanne für visuelles Fixieren nicht ausreicht. In einer Untersuchung von *Field Woodson, Greenberg* und *Cohen (1982)* gelingt dies allerdings für Überraschung, Trauer und Freude bereits vor dem 3. Monat. Nach dem fünften Monat gelingt eine Affektansteckung auch selten, weil die Kinder aktive Abwehrbewegungen ausführen, um den visuellen Reizen zu entkommen, und weil sie nach dem Gesicht der Experimentatorin hinter den Fotografien suchen. Mit den Reizvorlagen Angst, Ekel und Trauer gelingt es im dritten Monat, statistisch signifikante Imitationsphänomene zu erzeugen. Die interindividuelle Varianz ist allerdings groß, wie auch die Neigung, affektiv zu reagieren, sehr stark variiert. Dieses Ergebnis entspricht *Spitzs* Beobachtung, daß ab dem vierten Monat Furchtkonditionierungen auftreten (*Spitz 1974*). Die ersten systematischen Untersuchungen von schwersttraumatisierten Kindern zeigen, daß das Fehlen von Angstreaktionen in den ersten Lebensmonaten eine Folge der normalerweise benevolenten Umgebung ist. *Gaensbauer (1982)* filmte ein kleines Mädchen, dem im Alter von 2, 7 und 12 Wochen von seinem Vater mehrere Knochenbrüche und andere Verletzungen beigebracht worden waren nach der Klinikaufnahme im Alter von drei Monaten. Das Kind hatte zu diesem Zeitpunkt mimisch die fünf Affektausdrücke Trauer, Angst, Wut, Freude und Neugier aufzuweisen (*Izard 1979*). Alle waren in verstehbarer Weise in die Kontexte und in die Lerngeschichte des kleinen Mädchens eingebettet. So tauchte die Angstreaktion nur bei Annäherung eines männlichen Fremden zusammen mit Wegdrehen, Blickabwendung und Hinwendung zur Mutter auf. Auf weibliche Fremde reagierte es nicht ängstlich.

Diese Unterscheidungsleistung, die diskriminative Merkmale wie Haarlänge und Stimme benutzte, ist bei nicht traumatisierten Kindern ebensowenig zu beobachten wie die schwere Angstreaktion. Hier findet sich ein erster Hinweis darauf, daß sich Objektbe-

ziehungen, Affekt und kognitive Organisation möglicherweise sehr intensiv gegenseitig beeinflussen, und zwar dergestalt, daß frühe schwerste Traumata vorzeitige mentale Entwicklungen in Gang setzen, die einer gesunden psychischen Reifung entgegenstehen. So hat die Unterscheidung männlich/weiblich in diesem Alter wahrscheinlich höchst störende Rückwirkungen auf die Symbiose. Durch Traumata erzwungene vorzeitige Differenzierungen in Selbst- und Objektrepräsentanzen lassen ein durchaus berechtigtes Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit entstehen, das mit einer hoffnungsvollen Entwicklung nicht vereinbar ist. So gesehen ist die langanhaltende Symbiose des menschlichen Kindes eine Art benevolenter Wahn, der die Entstehung des selbstreflexiven „Ichs“ in eine Entwicklungsperiode verlagert, in der die Handlungsmacht des Kindes wenigstens erträglich größer ist und in etwa derjenigen der „Nestflüchter“ unter den Säugern entspricht. Die katamnesticen Beobachtungen zeigen, daß bei Veränderung des Kontextes die schweren Affektzustände verschwinden, was allerdings nicht heißt, daß sie „vergessen“ sind. Vielmehr scheint es wahrscheinlich, daß nach den Gesetzen der „one-trial-Konditionierung 1. Art“ der Affekt als CR dann wieder auftaucht, wenn die Signalcharakteristika dem UCS hinreichend ähnlich sind. Der Ausdruck „ähnlich“ impliziert eine Art der inneren Begriffsbildung, und so gesehen sind frühe Traumatisierungen eine Form archaischer Ordnungsbildung, in der Signalcharakteristika leiblicher (propriozeptiver) und perzeptiver Herkunft das archaische mentale Feld nach den evozierten Affekten gliedern. Dabei gibt es sicher gewisse Bindungen der Affekte an die jeweiligen Sinnesgebiete. Die Ekelreaktion ist sehr früh beobachtbar. Sie ist durch gustatorische Reize leicht auslösbar und wird eine der wesentlichen negativen Objektbeziehungen im ersten halben Jahr des Lebens darstellen. Es wird schwerfallen, in diesem Lebensalter durch nichtgustatorische Reize „Disgustreaktionen“ auszulösen. Schwer gestörte frühe Objektbeziehungen schlagen sich bei oberflächlicher Beobachtung vor allem in gestörter Nahrungsaufnahme und -ausscheidung nieder (Lempp 1984). Freilich kann das Essen selbst nur einen relativ unwichtigen Stimulus darstellen, wenn die Ekelreaktion auf Charakteristika der fütternden Pflegeperson konditioniert wird. Die sogenannte Spontanaffektivität scheint ihren Konfigurationen nach der der erwachsenen Mimik zu entsprechen. Es gibt bestimmte Kontexte, die verstehbare Affektäußerungen hervorrufen. Dies ist für die meisten Primär-

affekte nachgewiesen (Iglesias, Naranjo & Loeches 1985; Endres de Oliveira & Krause 1989). Affektansteckungen durch die Affekte anderer Mitglieder der Spezies sind auf stimmlicher und optischer Ebene beobachtbar. Von einer autistischen Phase kann also nicht gesprochen werden. Autistische Phänomene sollten deshalb nicht als Regressionen interpretiert werden (Bürgin 1984).

5.1.2 Die Entwicklung des Körperschemas

Im Gegensatz zum Signalanteil fehlt für die volle Ausführung von Affekthandlungen bis zum Alter von 12-15 Monaten eine integrierte grobmotorische Efferenz zumindest für die Affekthandlungen, die Lokomotionswünsche im optisch-apperzeptiven Raum zum Gegenstand haben (Angst und Wut). Für die Affekthandlungen, die im Körperschema lokalisierbare Dinge ausstoßen wollen (Ekel) und diejenigen, die bestrebt sind, das Objekt im Bereich des Körperschemas zu behalten, sind die motorischen Handlungsschemata entwickelt (Würg- und Greifreflexe). Aufgrund der menschlichen Neotonie (Plessner 1982) besteht eine Diskrepanz zwischen Signalanteil und schwach ausgeprägter Efferenz, die dazu führt, daß die primäre Pflegeperson in die Rolle eines sogenannten „Hilfsichs“ gerät (Freud 1973a). Ein wenig beachtetes aber sehr grundlegendes Phänomen im Zusammenhang mit Affektstörungen liegt darin begründet, daß die fehlende eigene Motilität im ersten Lebensjahr ohne Fremdhilfe zu ungenügenden Reizungen des Vestibulärapparates führt. Die spätere Konstituierung des phänomenal erlebten Körperschemas, also das Erleben des Körpers als gegliedertes Ganzes im Raum mit der Möglichkeit, gezielte Willkürhandlungen auszuführen, setzt Reizungen des vestibulären Apparates, der Hautsinnesorgane (Montagu 1980) sowie der Ruffinischen Nervenendigungen und der Golgischen Sehnenspindeln in den Gelenkkapseln voraus. Sie alle liefern Rückmeldungen über die Stellung der einzelnen Körperorgane relativ zum Rumpf (Bischof 1966a, b). Das physikalisch adäquate Erleben des Körpers als gegliedertes Ganzes im Raum beruht teilweise auf Erfahrungen und Lernprozessen an der Haltungsefferenz, am Vestibularapparat und der Hautsensorik. Erst aufgrund dieser Erfahrungen kommt es zu einem integrierten Körperschema. Der sensorische Homunculus entspricht nicht der physikalischen Gliederung des Körpers im Raum, sondern der Dichte der nervösen

Versorgung. Ohne dieses feste Körperschema kann es zu keinem organisierten Erleben der Einzelbewegungen kommen. Unter einer Vielzahl von Bedingungen kommt es auch bei gesunden Erwachsenen zu temporärer bzw. dauerhafter Veränderung bzw. Auflösung dieser geordneten Gestalt, so unter Drogeneinwirkung, sensorischer Deprivation, Wechsel des spezifischen Gewichts des tragenden Mediums, aber auch unter bestimmten Triebzuständen, in denen das Meldeorgan des Triebzustandes sensorisch überproportioniert wird (z.B. das Erleben einer dicken Zunge bei Durst). Die moderne Gedächtnisforschung geht davon aus, daß dasselbe modularitätsspezifisch ist und das motorische Handlungsgedächtnis vom konzeptuellen Gedächtnis weitgehend unabhängig ist (Engelkamp 1994).

Das phänomenale Körperich wird teilweise durch kulturell festgelegte Idealschemata und über Haltungs-, Körper- und Modevorschriften bestimmt (Turner 1984; Imhof 1983). Der Körper kann aber auch als Projektionsfeld psychischer bewußter und unbewußter Intentionen benutzt werden, wie z.B. beim body-building (Küchenhoff 1983; McDougall 1987). Wegen der fehlenden Efferenz kommt der passiven Bewegung des kindlichen Organismus, der Berührung der ganzen Haut von Beginn an große Bedeutung als einheitsstiftender Erlebnismatrix für das phänomenale Körperich zu. Dasselbe muß zwar nicht mit Ichqualitäten besetzt sein, aber es liefert den phänomenalen organismischen Rahmen, in den das Zentrum des eigenen Handelns später verlegt wird. Viele Studien haben gezeigt, daß die frühen oder strukturellen Störungen in Teilen andere Verrechnungsregeln in der Abstimmung innerer und äußerer Signale aufzuweisen haben, sei es im Zusammenhang mit Hunger und anderen Triebreizen, sei es mit der Zeitwahrnehmung und/oder der Wahrnehmung vestibulärer und optischer Reize (Colbert, Kögler & Markan 1959). Im allgemeinen werden bei den schweren Störungen die inneren Reize in ihrer Bedeutung zugunsten der äußeren unterdrückt (Fisher & Cleveland 1968; Schilder 1970; Witkin 1949/50).

5.2 Die „symbiotische“ Phase und korrelierte Störungen

In dieser Phase beginnt, parallel zur Entwicklung des Dialogs, die Konstituierung von zweierlei Grenzphänomenen: einmal die recht fragile Abgrenzung der Körperperipherie gegen andere lebendige Substanz (die Entwicklung eines dauerhaften Körperschemas) und zum anderen die Konstituierung einer mentalen Abgrenzung in

bezug auf die eigenen Gefühle und Handlungen (eines eigenen Fühl- und Handlungszentrums). In „abnormen Zuständen“ wie auch im psychotischen Erleben kann das Denk-, Fühl- und Handlungszentrum aus dem Körperschema herausverlagert werden. Die betreffenden Personen „sehen“ ihren eigenen Körper von außen, oder sie attribuieren ihre Handlungen als Konsequenzen externer volitionaler Aktivitäten (Beeinflussungswahn, Gedankenmachen etc.). Körper- und Handlungsschema können verschiedene Entwicklungen einschlagen. Nach *Jacobson* (1972) entwickelt sich die Fähigkeit zum Unterscheiden von Objekten der Außenwelt rascher als die Fähigkeit, das Selbst von den Objekten zu unterscheiden. Dies ist, da das Verhalten des mütterlichen Körpers nur relativ geringfügige Unterschiede in bezug auf Temperatur, Gewebsstruktur, Geruch, Elastizität und zeitliche Verhaltensstruktur aufzuweisen hat, nicht weiter verwunderlich. Der Körper der Mutter ist also, ebenso wie der eigene Körper, in bestimmten Anteilen ein „transitional object“ oder ein Übergangsobjekt, das je nach Bedarfslage die Qualitäten des Selbst oder eines externen Objektes annehmen kann (*Winnicott* 1953). Die eine Symbiose garantierenden Verhaltensweisen sind keineswegs nur in der Körperhaltung und in der Grob- und Feinmotorik allein zu finden, sondern im Affektsignalsystem selbst. So unterschreiten z.B. die Latenzzeiten gemeinsamer kinetischer, stimmlicher wie auch mimischer Handlungsklassen von gesunden Müttern ihren 3 Monate alten Kindern gegenüber die Reaktionszeiten in Laborexperimenten bei weitem (*Beebe, Stern & Jaffe* 1979). Von dieser symbiotischen Zweieinheit aus, also gewissermaßen aus dem Körperschema der Mutter heraus, kann nun die Außenwelt zusehends assimiliert werden. Da unsere Kultur eine Distanzkultur ist, in der das Kleinkind nicht in das narzißtische Körperschema der Mutter mit einbezogen wird, entfallen eine Fülle von vestibulären, Haut-, Wärme- und Stellungsreizen. Nach einer mündlichen Mitteilung von *Parin* sehen Mütter der von ihnen untersuchten schwarzafrikanischen Kulturen der Dogon und Agni eine Mutter, die ihr Kind ins Nebenzimmer legen würde und selbst etwas anderes betriebe, als „verrückt“ an. Tatsächlich erleiden sie selbst psychoseähnliche Krisen, wenn sie durch Außenereignisse gezwungen werden, solche Verhaltensweisen einzuführen. Es scheint, als hätten wir eine Kulturtechnik entwickelt, die den notwendigen symbiotischen Prozeß zwischen Mutter und Kind erschwert, möglicherweise zugunsten einer Forcierung der Stimm- und Sprachentwicklung (*De-*

vereux 1978). Das Schreien und Plaudern wird in der Distanzkultur eine hohe Inzidenzrate und wohl auch eine hohe Bedeutung besitzen. Zusammenfassend kann man sagen, daß Störungen der Befähigung, symbiotische Beziehungen einzugehen, immer auch Störungen des Affektaustausches sind (Hans, Krause & Steimer 1986; Rohde-Dachser 1985). So erweisen sich manche Sexualstörungen bei genauerem Hinsehen als Störungen symbiotischer Regressionen. Die Feinsynchronisierung der Stimme, der Atmung, der Körperbewegungen im Rhythmus der Triebhandlung, die temporär zur Auflösung der Ich-Du-Grenzen führen kann, wird aus eben diesem Grunde als Auslöser für psychotisches Erleben gefürchtet (Krause 1984b) und die „Erregung“ prophylaktisch unterbrochen

5.3 Die Entwicklung von Selbst- und Objektpermanenz und ihre Störung

Wenn das Kind die aufrechte Lokomotion zu entwickeln beginnt, kommt es zu einer hohen Bedeutsamkeit der die eigene Selbständigkeit garantierenden Körperfunktionen und einem ersten Höhepunkt der Abgrenzung. Sie spielen nun (im Alter von 10-15 Monaten) die zentrale Rolle zur Selbstwert- und Autonomieregulation. Die „narzißtischen“ Affektzustände Wut/Triumph beziehen sich im Gegensatz zum sozialen Ärger auf das Nichtgelingen/Gelingen eines motorischen Handlungsablaufes und den ausführenden Körperteil. Der Begriff „narzißtisch“ hat hier keine klinische Implikation. Er stellt eine Art „Kurzkodierung“ zur Abgrenzung von intrasystemischen gegenüber intersystemischen (objektalen, sozialen) Affekten dar. Bei Sportveranstaltungen Erwachsener kann man solche „narzißtischen“ Wutzustände beobachten (Keffler & Wagner 1988). Ein Mißlingen der Entwicklung des primären Narzißmus des eigenen Körpers bedeutet auch ein Mißlingen der Autoerotik, der Liebe zum eigenen Körper. Das wiederum führt zu einer Einschränkung der Heteroerotik, und zwar nicht notwendigerweise in der Ausführung der Sexualhandlung, sondern im narzißtischen Anteil der Liebesbeziehung. Dies bedeutet, daß durch das Erleben des eigenen Körpers als in wesentlichen Bereichen defekt das Geschenk, das ich mit ihm im Sexualakt dem anderen bereite, ein Danaergeschenk wird. Da aber erlebnismäßig nur soviel an Wertschätzung zurückkommt, wie in eine Beziehung investiert wird, sind bei schwach

ausgebildetem primärem „Narzißmus“ jeder Liebesbeziehung enge Grenzen gesteckt (Moser, von Zeppelin, Schneider 1991) (siehe die Ausführungen über die Perversionen, Abschnitt 7.1).

Die ersten affektiven Ordnungssysteme liefern Basalklassifikationen; ob die Welt „schlecht“ oder „gut“ ist (Urvertrauen; Erikson 1957) und ob beim Subjekt viel oder wenig Handlungsmacht liegt (Autonomie). Freilich sind die Begriffe Welt und Selbst eine aus der Erwachsenenwelt stammende Klassifikation. In eine präzisere Sprache umformuliert handelt es sich um diffuse Verhaltenserwartungen in bezug auf eine undifferenzierte Selbst/Objekt-Matrix. Die sich entwickelnden, Realität konstituierenden kognitiven Ordnungsschemata geraten unter den Einfluß dieser präkognitiven affektiven Schemata. Der Ordnung schaffende Organismus versucht, seine beginnende Welt so zu strukturieren, daß alle wiederkehrenden und „wichtigen“ Perzepte unter die positiven affektiven Ordnungen fallen. Wichtig und wiederkehrend ist einmal das Pflegeobjekt und zum anderen das eigene Körper- und Handlungselbst. Gelingt dies nicht, werden affektiv negative Anteile aus den Invarianzen, die das Objekt und die eigene Handlung konstituieren, ausgeschlossen und der affektiven Ordnungsbildung zuliebe als nicht zum invarianten Objekt gehörig kodifiziert. Dies geschieht mit den Abwehrmechanismen der Projektion, der Fragmentierung und der projektiven Identifikation (Ogden 1979; Melito 1983; Lester 1983). (Siehe die Ausführungen über Borderline-Störungen, Abschnitt 6.4.) Objekt- und Selbstpermanenz unter dem Druck starker, diskontinuierlich wechselnder Affekte aufrechtzuerhalten ist stets eine Leistung. Auch gesunde Erwachsene können unter solchen Randbedingungen „fragmentieren“ (siehe die Ausführungen über posttraumatische Neurosen Abschnitt 7.6) (Fiedler 1985). Diese ersten affektiven Invarianzen machen keine Unterschiede in bezug auf die Realitätskategorien Selbst/Nichtselbst, Innen/Außen. Die Zeit spielt nur insofern eine Rolle, als die Aktivierung ähnlicher Reize zu gleichen affektiven Invarianzen führt (Engel 1962). Sie haben Konditionierungsvorgänge zur Grundlage. Die instrumentelle Ordnung der Welt, also die Invarianzen, die sich aus den eigenen Handlungen bilden, haben neben den kognitiv-sensumotorischen auch affektive Anteile zumindest in dem Sinne, daß es primitive Klassifikationen von erfolgreichen und damit lustvollen und nicht erfolgreichen und damit unlustvollen Handlungsschemata gibt. Handlungen weisen so etwas auf wie eine gute Gestalt. Der

Vorgang einer gelungenen Äquilibration, aber auch einer gelungenen Akkomodation ist inhärent lustvoll (*Ciampi* 1982). Dies mündet ein in eine Theorie der Ästhetik, nach der das Erkennen von Invarianzen lustvoll ist (*Mittenecker & Raab* 1973; *Krause* 1976). Versuche, *Piagets* Gedankengut mit der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie und dem Therapieverfahren zu verbinden, liegen von *Ciampi* (1982), *Guex* (1982), *Haynal* (1975) und *Schneider* (1980) vor, können hier jedoch nicht referiert werden. Es sei nur auf einige Schwierigkeiten hingewiesen.

Die Entwicklung der Affektivität wurde von *Piaget* (1954) nur am Rande behandelt, weil er der Meinung war, daß, unabhängig von der energetisierenden Wirkung der Affekte, sie sich entlang der gleichen Linien wie die Kognitionen entwickeln. Die Gefühlsentwicklung endet durch die Möglichkeit reversibler Willenshandlung in den moralischen Gefühlen (*Boesch* 1984). In der für die kognitive Entwicklung konstruierten Grundvorstellung sind einige Ideen enthalten, die nicht ohne Modifikationen auf die Affektentwicklung übertragen werden können. Die erste ist die im Äquilibrationstheorem enthaltene Idee eines Widerspruchs. Die Regulationen kommen ja dann zustande, wenn sich Schema und Perzept widersprechen. Die Akkomodation besteht in einem System von Kompensationen, die ihrerseits auf reversiblen Operationen beruhen. Die Invarianz hängt so gesehen an der Vorstellung, daß es Handlungsabläufe antagonistischer Art gibt, in denen die eine Handlung die andere rückgängig macht (das Zurückschütten der Perlen ist das Gegenteil des Hineinschüttens). Ob es solche kompensatorisch logisch antagonistischen Operatoren im affektiven Bereich gibt, ist eine recht interessante Frage, die aber keineswegs einfach beantwortbar ist. Solche Gegensatzrelationen hat z.B. *Plutchik* (1980) aufgestellt. Wenn Freude das Gegenteil von Angst wäre, könnten wir je nach den Komponenten des Affektsystems verschiedene Gegensatzrelationen konstruieren: auf der Phantasie und Wunschebene; auf der Ebene der Physiologie, z.B. der Antagonismus parasympathisch und sympathisch dominierter Abläufe; oder auf der Handlungsebene mit der Tendenz zur Lokomotion auf ein Objekt und der Tendenz, sich von einem Objekt fortzubewegen. Eine weitere Gegensatzrelation könnte im expressiven System selbst liegen, dergestalt, daß man quantifiziert, wie viele identische muskuläre Innervationen ein Ausdrucksgeschehen begleiten. Hier taucht die Frage auf, ob die die Realität konstituierenden kognitiven Kategorien von

Objektpermanenz, Raum, Zeit und Kausalität auf die nicht kognitiven Anteile des Affektsystems anwendbar sind und wenn ja, wie. Es scheint zwingend anzunehmen, daß sich die Logik unseres bewußten Denkens auf die bereits bestehende Logik der Affekte sowie die unseres Wahrnehmungssystems auflagert (Riedl 1981). Dies ist bereits bei Darwin als Prinzip des Gegensatzes der Bedeutung expressiver Phänomene ausformuliert. Wohlgermerkt handelt es sich hier um Gegensatzrelationen im körperlichen Bereich (groß/klein). Ob aber durch die Hintereinanderschaltung von antagonistischen affektiven Körpervorgängen der erste Affekt rückgängig gemacht und dadurch ein neues, höheres mentales Gleichgewicht hergestellt werden kann, ist fraglich. Die Additivität von Handlungen gilt für Affekte nur beschränkt. Angst plus Freude annulliert nicht beide Zustände, sondern ergibt einen neuen. Eine weitere Frage ist, ob die Schemavorstellungen, die aus dem Umgang mit Objekten entwickelt wurden, auf Affekte übertragen werden können. Während Objektschemata der Niederschlag der Ding- und Personererfahrungen sind, strukturieren affektive Schemata die Interaktionserfahrungen und das eigene Handlungspotential einer Person. Das Handeln am Objekt führt zu Schemata, nach denen die Objekte klassifiziert werden können (z.B. alle Objekte, die bewegt werden können), aber gleichzeitig zu affektiven Schemata am Selbst, nämlich ob und was ich alles bewegen kann. Solche affektiven Schemata am Selbst sind, wenn sie einmal etabliert sind, schwer umkehrbar und von hoher Generalität; sie sind stets von irrationalen Kognitionen und Perzepten begleitet (Keffler 1983). Es gibt eine enge Verbindung zwischen kognitiver und affektiver Entwicklung in dem Sinne, daß beide immer stärker internalisiert werden, d. h. mit zunehmender kognitiver Entwicklung wird der nicht kognitive Anteil des Affektes immer stärker zurückgedrängt und der Phantasieanteil ausgebaut. In der Phantasie aber gelten die Gesetzmäßigkeiten der kognitiven Operationen, z.B. die Reversibilität. Hier kann ich jemanden umbringen und dann durch Liebe wieder auferstehen lassen, d. h. durch die Bindung der Affekte an Imaginationen unterliegen die kognitiven Anteile derselben den Gesetzmäßigkeiten der Imagination und des Denkens. Es ist ein ewiges Bemühen der „Erzieher“, diese Gesetzmäßigkeiten auch auf die nichtkognitiven Anteile der Affekte auszudehnen. Wie weiter vorn vorgeschlagen, kann man Affekte als Schemata für Subjekt-Objekt-Beziehungen definieren. Generalisierte Angst ist ein relationales Ordnungsschemata, wo-

nach alle Objekte immer mächtiger sind als ich. Das Selbst schält sich aus Handlungen der Objekte an ihm selbst und den Antworthandlungen heraus. Es ist die Invariante aller Handlungen an ihm (*Mead 1973*). Psychoanalytisch gesprochen ist es der Niederschlag seiner Objektbeziehungen (*Ticho & Richards 1982*). Denken wir nun daran, daß die Affekte phylogenetisch präprogrammierte Objektbeziehungen sind, so ist das spätere Selbst die Invariante aus den Objektbeziehungen, die es erfahren hat, oder, anders gesprochen, die Selbstwahrnehmung reflektiert die Affekte, die das entstehende Selbst erfahren mußte und die Antworten, die es auf seine Affektäußerungen erhalten hat.

Wenn Affekte Invarianzen über Subjekt-Objekt-Beziehungen einerseits und Formen der Handlungsmacht andererseits sind, ist es unmöglich, in zwei affektlogisch antagonistischen motorischen Invarianzen gleichzeitig zu existieren. Zumindes auf der lokomotorischen Ebene kann man nicht gleichzeitig zu einem Objekt hin- und von ihm wegrennen. Der Nettoeffekt sind entweder Pendelbewegungen oder ein Stupor (beides kommt bei schweren Ambitendenzen psychotischer Art vor). Versucht man, die Zusammenhänge zwischen Affekt und Kognitionsentwicklung aufgrund der empirischen Daten zusammenzustellen, gerät man in die Schwierigkeit, daß der Objektbegriff in den verschiedenen Realitätsbereichen nur bedingt vergleichbar ist. Ein verschwindendes Spielzeug ist nur beschränkt mit einer verschwindenden Mutter vergleichbar (*Decarie & Solomon 1984*). Die sechste Stufe *Piagets* mit dem Postulat einer gedanklichen Repräsentanz von Objekten endet bereits mit ca. 1 1/2 Jahren. Die Selbst- und Objektkonsolidierung im psychodynamischen Sinne ist aber keineswegs abgeschlossen. Sie verändert sich vielmehr unter dem Druck affektiver Erlebnisse fortlaufend. Dabei sind zwei grundlegende Entwicklungslinien der Differenzierung zu beobachten: Aggression, Wut und Angst schaffen Differenzierung, Glück und Liebe Integration bzw. Reintegration. Ein ausgewogenes Verhältnis von Integration und Differenzierung ist für die Entwicklung am günstigsten. Vorzeitige Differenzierung kann zu schweren Enttäuschungen an den Objekten einerseits und zu extremen Hilflosigkeitserleben an der Selbststruktur andererseits führen, die nur unter Rückgriff auf sehr archaische Abwehrprozesse behoben werden können, Prinzipiell bedeutet ein Mobilisieren von zuviel Wut und die daraus folgende vorzeitige Differenzierung die Gefahr des Objektverlustes. Differenzierung und objektbezogene Aggression

kann nur dann zugelassen werden, wenn kein Objektverlust droht (Kernberg 1985a).

6. Die frühen Störungen im Lichte der gegenwärtigen Affekttheorie

Auf der Grundlage der in Kapitel 2. entwickelten Taxonomie und Prozeßtheorie der Affekte kann man die Theorie und Klinik der „frühen“ Störung verbessern. Dabei sind zwei Betrachtungsweisen zu unterscheiden. Die erste orientiert sich an der internen Struktur des Affektsystems, so wie es in Abbildung 1 dargestellt ist. Die Störungen des Zusammenwirkens dieser verschiedenen Anteile soll dabei besprochen werden. Die zweite Betrachtungsweise versucht die Folgen einer Hypertrophierung bzw. des Ausfalles von spezifischen Primäremotionen auf a) die Psychophysik der sozialen Interaktionsregulierung und b) die mentalen Ablaufprozesse zu beschreiben.

6.1 Störungen des internen Aufbaus des Affektsystems

Buck (1983), Elias (1976), Lomax und Berkowitz (1972), Tomkins (1962, 1963) und Miller (1979, 1981) gehen davon aus, daß es möglich ist, bereits in den ersten beiden Lebensjahren den Signalanteil des Affektsystems unter operante Kontrolle zu bringen. Drei Varianten der Einflußnahme sind beobachtbar. Die eine ist eine kulturell sanktionierte, bewußte Einflußnahme, wie sie zum Beispiel von Erdheim (1982) für die frühe Kindererziehung der Azteken beschrieben wurde. Solche Vorschläge sind bis heute in Form von Erziehungsratgebern (Ariès 1980b) bzw. den entsprechenden populären Periodika zu finden (Elias 1976; Rüegg-Kuhlenkampf & Peters 1972). Es liegt nahe, daß die Pathologie einer Großgruppe mit den Affektsozialisationsbedingungen zusammenhängt, die sie sich selbst auferlegt. So gibt es ernstzunehmende Hinweise darauf, daß der Umgang mit „Natur“ im Sinne von Umwelt sich in unbewußter Anlehnung an die Sozialisierung der „Natur“ unseres Körpers, vor allem der Affektsozialisierung, aufbaut (Duerr 1979).

6.1.1 Das Syndrom des falschen Selbst

Idealerweise sollten die Pflegepersonen die Primäraffekte dekodieren können, sie empathisch in sich wirken lassen, um dann in einer Art Ichspaltung die geeigneten Abhilfemaßnahmen in Gang zu setzen. Dies gilt vor allem für die negativen Affekte, die eine veränderte Objektbeziehung in Gang setzen sollen. Klinisch sind Fälle bekannt, in denen der Affekt des Kleinkindes in der Pflegeperson die gleichen Zustände in Gang setzt wie im Kinde selbst. Es kommt statt zur Empathie mit Abhilfemaßnahmen zur primären Identifikation mit dem Kind. Dies ist z.B. für depressive Eltern zutreffend, die auf die Wut des kleinen Kindes entweder selbst mit schweren Attacken antworten oder sich zurückziehen und das Kind „sich ausschreien“ lassen, ein Vorgang, der lange Zeit als günstig für die Charakterentwicklung angesehen wurde (*Theweleit* 1978). Unter solchen Bedingungen lernen die Kleinkinder durch Verzicht auf spezifische eigene Affekte die Wahrscheinlichkeit zu verringern, daß der gefährliche Triggeraffekt in den Eltern entsteht. Die korrespondierenden Objektbeziehungsänderungswünsche können nicht mehr signalisiert werden. Eine intensive, wenn auch verborgene Sehnsucht, präverbal verstanden zu werden, bleibt den erwachsenen Patienten erhalten, die nicht selten zu Riesenerwartungen an die Feinfühligkeit der Handlungspartner bei gleichzeitiger äußerer Spärlichkeit des eigenen Ausdrucksverhaltens führt. An die Stelle der negativen Affekte treten im expressiven System entweder Neutralisierung (Poker-Face), simulierte, falsche negative Affekte oder eine falsche Freundlichkeit (siehe *Ekman* 1985; *Krause & Lütolf* 1988). Die klinischen Namen, die diesen nach außen nicht offen pathologisch erscheinenden Zustandsbildern gegeben wurden, sind „as if personality“ (*Deutsch* 1942), „Affektentleerung“ (*McDougall* 1984), „falsches Selbst“ (*Winnicott* 1965), „Selbstentleerung“ (*Balint* 1963). Da diese Leerezustände subjektiv mit Todes- und Versteinerungszuständen korreliert sind, unternehmen die Patienten Außerordentliches, um sie zu vermeiden bzw. aus ihnen zu entkommen. Im einzelnen sei erwähnt: extremes Risikoverhalten (*Zuckerman* 1979), Suchtverhalten (*Tress* 1985), perverse Handlungen (*Khan* 1983; *Krause* 1993), schwere Selbstverstümmelungen (*Krause* 1985b; *Sachsse* 1987). Unsere eigenen und andere Untersuchungen legen es nahe, daß viele frühe psychische Störungen meßbare Veränderungen, speziell Einschränkungen der Mimik des Obergesichts aufzuwei-

sen haben (Ellgring 1983; Steimer, Krause, Sänger-Alt & Wagner 1988; Krause, Steimer-Krause, Wagner und Sänger-Alt 1989). In diesem Sinne haben die subjektiv erlebten Versteinerungsgefühle auch ein behaviorales Korrelat.

6.1.2 Die „Psychosomatosen“

Ein anderer noch unverstandener, aber durch die empirisch beobachtbare Häufung wahrscheinlicher Weg ist ein Hypertrophieren des physiologisch-hormonalen Signalanteils der Affekte beim Wegfall des motorisch-expressiven Anteils. Inwieweit diese Verlagerung nach innen mit Internalisierungsvorgängen zu tun hat, ist noch offen, da über die körperlichen Begleitvorgänge von Internalisierungsprozessen wenig bekannt ist (Traue 1989, Traue & Pennebaker 1993). Der Forschungsstand der Psychosomatik legt es nicht nahe, spezifische Funktionsstörungen eindeutig spezifischen Lernerfahrungen zuzuordnen. Die neueren Arbeiten über die Physiologie der Primäraffekte erlauben jetzt zumindest spezifische Hypothesen (Ekman, Levenson & Friesen 1983; Levenson 1985). (Zur Problematik der Psychosomatik siehe Alexander 1977; Franke 1981; Weber 1984.) Die Behauptung, daß Patienten mit psychosomatischen Störungen überzufällig häufig ein Verhalten an den Tag legen, das als „alexithym“ bezeichnet werden kann (Nemiah & Sifneos 1970), muß näher spezifiziert werden. Wörtlich übersetzt bedeutet dies „Unfähigkeit, Gefühle zu lesen“. Sicher ist, daß unter bestimmten Randbedingungen das Sprechen über die eigenen Gefühle eben diese Gefühle nicht reflektiert (von Rad 1983; Mayer 1986), daß die Denkprozesse, soweit sie in der Sprache sichtbar werden, weitgehend ohne Affekte ablaufen (*pensée opératoire*; Marty & D'Uzan 1978). Neuere Untersuchungen zeigen, daß diese Verhaltensauffälligkeiten auch von einer Reduktion der Affektencodierung in nichtsprachlichen Systemen begleitet sind (Ahrens 1984; Küchler 1982; Krause, Steimer-Krause, Schwab & Krause 1994, Frisch, Schwab, Krause 1995). Eine generelle „Alexithymie“ für Patienten mit psychisch bedingten Somatisierungen ist zumindest auf Grund der psychodynamischen Krankheitslehre nicht zu erwarten. So sind konversionshysterische körperliche Veränderungen ganz anders zu erklären. Auf Grund unserer bisherigen eigenen Untersuchungen neigen wir aber zu der Ansicht, daß es Konversionsphänomene gibt, die am Signalanteil des Ausdrucks-

systems angreifen. Die Mimik oder die Stimme drücken den unbe-
wußten Interaktionswunsch und dessen Abwehr aus. Dies trifft für
die psychogenen Tics, das Stottern, das *Gilles de la Tourette*-Syndrom
(*Schleifer* 1981) und eventuell auch für bestimmte Formen asthmati-
scher Erkrankungen zu. Bei diesen Störungen hat sich der Signalan-
teil des Affektausdrucksgeschehens von der Ausführungshandlung
und von der subjektiven Repräsentanz verselbständigt (*Krause* 1981,
1985a, 1988; *Fenichel* 1974; *Green* 1973). Inwieweit der physiologische
Anteil kovariiert, ist unklar. Stottern scheint von einer physiologi-
sch-hormonalen Innervation begleitet, die derjenigen des Aus-
drucksverhaltens zumindest ähnelt (*Leanderson & Levi* 1967). Für die
psychogenen Tics ist dies mit Sicherheit nicht so. Beide Störungen
haben aber eine gewisse Affinität zu den traumatischen Neurosen
zumindest in dem Sinne, daß der Signalanteil des Affektes, der für
die Traumatisierungssituation kennzeichnend war, ständig wieder-
holt werden muß, allerdings ohne jede kathartische, geschweige
denn verändernde Wirkung. Wegen ihrer Mischstellung zwischen
hysterischer Konversion und frühen Störungen wurden Stottern,
Tics und Asthma in der klassischen Neurosenlehre „prägenitale
Konversionsneurosen“ genannt.

Dieser Begriff wurde m. E. deshalb notwendig, weil man sich den
Konversionsvorgang fälschlicherweise nur an der Skelettmuskulatur,
also am Ausführungsteil des Affektes, vorgestellt hat. z.B. die
hysterische Lähmung des Armen, der zuschlagen soll. Für die Stim-
me (hysterische Aphasien) war allerdings bekannt, daß es Konver-
sionen am Signalanteil des Affektes gibt. Die Situationsspezifität des
„alexithymen“ Verhaltens ist noch offen. Es liegen zumindest Beob-
achtungen vor, die es nahelegen, daß unter bestimmten sozialen
Randbedingungen (hohe Vertrautheit, narzißtisch symbiotische
Partnerbeziehung) eine sehr hohe Affektualisierung des expressi-
ven Verhaltens auftreten kann (*Cremerius* 1977). Die frühen Vorstel-
lungen über die Spezifität der Organwahl (die bösen Sieben: At-
mung, Herz-Kreislauf, Haut, Magen-Darm, Stoffwechsel und endo-
krines System, Skelettmuskulatur und Gelenke, Sexualapparat
(*Alexander* 1977) lassen sich schwer überprüfen. Sie berücksichtigen
auch das „somatische Entgegenkommen“, das durch hereditäre
Schwächen einzelner Organsysteme bedingt ist, nicht ausreichend
(*Thomä* 1981). *Alexander* hatte wie auch *Freud* den motorischen und
den Signalanteil des Affektsystem nicht genügend unterschieden
(*Thomä & Kächele* 1985) und aus diesem Grunde eine pathognomisch

wirkende Form der Hemmung der Affektausführungen postuliert, beispielsweise so, daß die Aktivierung von Feindseligkeit bei gleichzeitiger chronischer Blockierung der Ausführungshandlung (Angriff) zu einer Hyperaktivierung des sympathischen Nervensystems führe, die dann selbst wieder pathognomische Wirkungen habe. Auf Grund unserer Überlegungen scheint es vernünftiger anzunehmen, daß der Wegfall des Signalanteils die Gefühle chronifiziert, weil es keine Veränderung der Objektbeziehungen gibt und der Interaktionspartner von den Objektbeziehungswünschen feindseliger Art gar nichts weiß. Es gibt also keine terminale Handlung, weil sich die Objektbeziehung eben nicht ändert. Ähnliche Vorbehalte können gegenüber dem Diathese-Stress-Modell (*Selye* 1956) geltend gemacht werden. Die Idee, man müsse seine Affekte gewissermaßen kathartisch durch die Ausführung der gesamten Handlungsprogramme abreagieren, beruht m. E. auf einer sehr verkürzten Affekttheorie. Die „kathartische“ Methode legt im allgemeinen weniger Impuls- und Instinkthandlungen nahe als den Signalanteil der Affekte (*Janov* 1986). (Überblicksartikel zur Alexithymie sind zu finden bei *Lesser* 1981; *Sandhöfer* 1986.)

6.2 Auswirkungen auf die selbstreflexiven Funktionen

Ebenfalls nicht geklärt ist, inwieweit sich ein Verlust des Signalanteils der Primäraffekte in der frühen Entwicklung auf die selbstreflexiven Funktionen auswirkt. Klinisch gesichert ist, daß die schweren Psychosomaten keine Selbstempathie aufbringen können, vor allem in den Teilen, in denen der Körper defekt ist. Es geht also weniger um Prävention, Für- und Vorsorge, sondern um die *Bekämpfung* des Schwachen, nicht Funktionierenden. In bezug auf das Erleben des eigenen Körpers hat sich die *pensée opératoire* – das Ding soll funktionieren – als relevant erwiesen (*Overbeck* 1977). Inwieweit das selbstreflexive Erleben von Gefühlen betroffen ist, ist nicht klar. Alle klinischen Befunde sprechen aber dafür, daß bei einem Zerfall der Struktur des somatischen Anteiles der primären Affekte erhebliche Entdifferenzierungen des selbstreflexiven Erlebens zu gewärtigen sind. Die Bedingungen für das Erleben von Affekten sind noch keineswegs geklärt. „In jedem Fall gehört affektive Information aus dem subkortikalen Affektsystem dazu (affereunte Rückmeldungen aus den autonomen physiologischen und

expressiven Regulierungssystemen), die als unspezifisches oder affektspezifisches „emotional arousal“ in den Affekttheorien konkretisiert wird“ (Moser 1985, 3).

An die Stelle des Erlebens des Affektes kann sein Benennen treten. Der affektive label hat aber kein oder nur ein verändertes somatisches Korrelat. Auch hier ist in Rechnung zu stellen, daß die „Gedächtnisse“ für die somatischen motorischen und die kognitiven Anteile nur einen geringen Überlappungsbereich haben (Bucci 1995, Konkkou & Lenzinger-Bohleber 1992). Ungespürte Affekte können über den verbalsprachlichen label nachgestellt werden. Diese Formen der Imitation können aber auf Grund der veränderten Verlaufsstruktur und Gestaltkonfigurationen als solche erkannt werden (Ekman 1985).

6.3 Die Psychosen

Wenn die Psychosen hier unter Affektstörungen abgehandelt werden, soll damit keine Aussage über die Ätiologie gemacht werden. Auf die affektiven Psychosen im engeren Sinne bin ich bereits im ersten Kapitel eingegangen.

6.3.1 Die Schizophrenien

Es ist hier nicht der Ort, die Psychopathologie der Psychosen zu referieren (Bleuler 1969; Schneider 1980; Süllwold 1984). Zumindest bei Bleuler, aber auch bei anderen Autoren, wird die Störung der Affektivität (Parathymie) als für die Schizophrenien charakteristisch angesehen. Im einzelnen wird darunter der Verlust der affektiven Modulationsfähigkeiten und eine affektive Steifigkeit verstanden. Die Affekte sind inadäquat zur Realität, wohingegen das Affektleben in bezug auf die imaginäre Vorstellungswelt recht reichhaltig sein kann. Bei Schneider spielt die Abnormität des affektiven Verhaltens eine geringere Rolle, aber immerhin wird die Störung des Rapports und Kontaktes als wichtig angesehen. Auf die Wechselbeziehung zwischen kognitiver und affektiver Fehlentwicklung bin ich bereits in Abschnitt 5.3 eingegangen. Es sei noch einmal wiederholt, daß wegen fehlender integrativer Erfahrungen an der Körperperipherie und am Vestibularapparat (Grand 1982) die Entwicklung eines integrierten Körperselbst erschwert ist. Körper- und Handlungselbstanteile, die in negative Affektinteraktionen repetitiver Art eingebettet sind, werden aus Abwehrgründen kognitiv

abgespalten. Psychosen des Kindesalters sind derart häufig von vestibulären und Haltungsdysfunktionen (*Silver & Gabriel 1964*) begleitet, daß *Ayers* und *Heskett* (1972) ein Behandlungsprogramm für kindliche Schizophrenie auf dieser Grundlage entwickelt haben. Diese elementare Abgrenzung der Körperperipherie wird durch verwirrende Grenzdefinitionen in bezug auf Alter, Geschlecht, Selbst/Objekt, und Familie/Nichtfamilie verstärkt (*Joraschky, Engelbrecht-Philip & Arnold 1988; Cierpka 1985*). Die kognitive Symptomatik wird als Restitutionsversuch verstanden, um die veränderte affektive Strukturbildung faßbar zu machen. Die Hypochondrie und Megalomanie reflektieren die Ausdehnung des Selbst auf die Objektwelt, der halluzinatorische Beeinflussungswahn den Eingriff der Objektwelt auf die Selbststruktur (*Freud 1978c*). Die Selbststimulation der chronisch Schizophrenen aber auch der psychotischen Kinder ist der Versuch, über selbstinduzierte Feedbackmechanismen zu einem integrierten (Körper-)Selbst zu kommen.

6.3.1.1 Empirische Befunde über das affektive Verhalten der Schizophrenen

6.3.1.1.1 Decodierungsfähigkeit

Es gibt eine Fülle von Studien, die zeigen, daß die Schizophrenen die Affekte anderer „schlechter“ decodierten (*Dougherty, Bartlett & Izard 1974; Muzekari & Bates 1977; Walker, Marvitt & Emori 1980; Walker 1981*). Alle Studien benutzen Fotos als Reizgrundlage. *Larouso* (1978) arbeitete mit Filmaufnahmen echter Emotionen (Versuchspersonen erwarten einen Elektroschock bzw. simulieren, einen Elektroschock zu erwarten). Unter der Bedingung des echten Schocks konnten Paranoide signifikant besser Perioden von Schockerwartungen von zeitgleichen anderen Perioden trennen. Bei simulierter Schockerwartung sind sie signifikant schlechter. Unter genuinen Bedingungen sind Paranoide und Normale gleich reaktionsschnell, in der Konfrontation mit simulierten Affekten brauchen die Paranoiden signifikant länger. *Steimer* (1983), *Steimer-Krause* (1994) machten geltend, daß 1. simulierte und spontane Expressionen unterscheidbare Phänomene sind; 2. Schizophrene simuliertes Material schlechter decodieren als genuines; 3. ein Befund vieler Studien, wonach Schizophrene negative posierte Affekte schlechter decodieren, nicht auf spontane negative Affektexpressionen übertragbar ist (*Steimer 1983, 113*). Leider liegt das Filmmaterial *Laroussos*

nicht mehr vor, so daß wir nicht untersuchen können, aufgrund welcher nonverbaler cues die Paranoiden unter genuinen Affektbedingungen die Perioden der angstvollen Erwartungen erkannt haben. Heute kennen wir die Psychophysik der falschen und echten Affekte recht genau (Ekman 1985; Steiner 1986). Steimer (1983) vermutet, daß das Problem der Schizophrenen weniger die mangelhafte Affekterkennung ist, sondern die mangelhafte Ausbildung und Akzeptanz sozialer Display-Regeln in bezug auf das Affekterleben. Dies deckt sich gut mit der klinischen Erfahrung, daß in für sie relevanten Bereichen, sei es in Institutionen oder in Psychotherapien, die Patienten sehr viel mehr bemerken als Normale (Searles 1984/85). Allerdings eben nur in diesen Bereichen. Die Patienten sehen zu viel und vor allem negatives. Für das alltägliche Zusammenleben ist die dauerhafte Hinterfragung der sozialen Affektdisplayregeln hinderlich. Ein Vorgang, der auch in der Sozialisation von Psychotherapeuten eine große Rolle spielt. Nach Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers und Archer (1979) sind erfahrene Kliniker im Pons-Test, der sich anheischig macht, die Sensitivität gegenüber nonverbaler Kommunikation zu messen, schlechter als Normale.

Eine genaue Inspektion des Films wie auch der vorliegenden Daten zeigt, daß der Test mit unechten Affekten arbeitet und eigentlich die Befähigung oder, wenn man so will, den Willen mißt, die sozial tradierten Vorstellungen einer Affektdarstellung zu benutzen. Die Schulung von Klinikern geht aber gerade dahin, diese Regeln zu hinterfragen. Im Privatleben ist dies gewiß häufig recht störend (Rosenthal et al. 1979). Wenn wir von der in Abschnitt 2.1 eingeführten Terminologie ausgehen, handelt es sich bei den Wahrnehmungen von Schizophrenen möglicherweise um Affektansteckungen. Die erlebnismäßige Zuordnung zur Selbst- und Objektstruktur, wie sie für selbst- und fremdempathische Prozesse vonnöten ist, kann nicht vorausgesetzt werden. Im Gegenteil, das beobachtende Ich wird vom erlebenden Ich jeweils überrumpelt. Deshalb ist für Psychotiker eine Art von Abwehr charakteristisch, die Moser (1964) als Besetzungsabwehr gekennzeichnet hat. Darunter sind interaktive und mentale Vorgänge zu verstehen, die die affektive Valenz des eigenen und des Partnerverhaltens auf das eben erträgliche Niveau reduzieren. An anderer Stelle habe ich die Mechanismen zur Verhinderung solcher primären Identifikationen beschrieben (Krause 1985b). Dieses erträgliche Niveau ist für einen Normalen, wie Bleuler sagt, „gefühlskalt“. Beim nur zu leicht zu produzierenden Zusam-

menbruch dieser Abwehr wird die Besetzungsabwehr von einer Überbesetzung des Objektes abgelöst. Die oben beschriebene Grenzverwischung kommt unter dem Druck der Affekte zum Tragen (Subjekt/Objekt-Verschmelzung). Unsere eigenen Untersuchungen schizophrener affektiven Verhaltens haben eine hochsignifikante Reduktion der Mimik des Obergesichtes, die nicht auf die Medikation und die geringere Sprachhäufigkeit zurückgeführt werden kann, ergeben (*Anstadt 1986; Anstadt & Krause 1988; Steimer, Krause, Sänger-Alt & Wagner 1988*). Das wichtigste Ergebnis scheint mir, daß die Gesunden, ohne über die Erkrankung informiert zu sein und ohne auf manifest psychotisches Verhalten zu stoßen, ihr eigenes Ausdrucksverhalten auf das gleiche Niveau wie die Patienten reduzieren. Die emotionale Versandung, die man beim Fachpersonal nach jahrelangen Umgang mit Psychotikern manchmal beobachten kann, ist also ein Schutzphanomen, das die Besetzungsintensitat der Beziehung auf ein den Patienten erträgliches Niveau reduziert.

6.3.1.1.2 Encodierungsstudien

Die Studien von *Heimann (1966)*, *Heimann und Spörri (1957)*, *Spörri und Heimann (1957)* haben die folgenden Ausdruckssyndrome empirisch gefunden: 1. Maskenhaft-natürlich, 2. Versunken-bedrängt, 3. Ekstatisch-obszon, 4. Magisch-verwirrt, 5. Das Syndrom der gemischten Desintegration. Aufgrund unserer eigenen Erfahrungen repräsentiert das „maskenhaft-Natürliche“ die Abwehr, die auch in unseren Versuchen meistens dazu führt, daß die Sozialpartner die Patienten zwar als merkwürdig, nicht aber als psychotisch klassifizieren. Beim Zusammenbruch der Abwehr unter dem Einfluß eines zu intensiven Affektes kommt es zu den Zustandsbildern 2, 3 und 4, bei denen die Mimik einem Dialog mit einem Introjekt entspricht. Es wird also mit einem für den Außenstehenden nichtvorhandenen Dritten gesprochen. Unklar ist, ob die wahnhaft-einführung des Dritten nicht selbst wieder eine Form der Abwehr darstellt, die dazu dient, dem Einfluß des unmittelbaren Interaktionspartners zu entkommen. Aus einer Studie von *Käsermann (1983)* wissen wir, daß psychotische Sprachmerkmale als Folge einer Intimitatssteigerung des Interviewerverhaltens auftreten. Künstlerische Schriften von Psychotikern lassen ähnliches vermuten. Affektives nonverbales Verhalten fördert die oben beschriebene Immobilisierung. Die von

Heimann beschriebene mimische Desintegration könnte die rechts/links-Asymmetrien, unorganisierte zeitliche Verlaufsstrukturen (unorganische on- und offsets) sowie ungewöhnliche Übergänge reflektieren. Aufgrund unserer heutigen Kenntnisse über das Ausdrucksverhalten könnte man solche Verhaltensweisen als den mißlungenen Versuch, einen Affekt nachzustellen, betrachten. Auch bei den meisten Normalen ist die Unechtheit eines Affektes für den Experten erkennbar, aber nicht in diesem grotesken Ausmaße. Es will also scheinen, als hätten die Patienten mit der Realisierung einer „sozialisierten“ und damit natürlich auch teilweise unechten Interaktion Schwierigkeiten.

Die Idealisierung der Schizophrenen in der Literatur beruht teilweise auf der solchermaßen zustande gekommenen Radikalität und Wahrheitsliebe der Kranken. Die andere Seite dieses Verhaltensmusters ist allerdings das gänzliche Fehlen von Charme und Verbindlichkeit. Aus der Familienforschung wissen wir, daß es für die Kranken lebensnotwendig erscheint, jede Interaktion auf ihre wirkliche Intention zu hinterfragen. Für ein normales Leben erweist sich dieser Stil allerdings als Behinderung und als Quelle fortwährender Interpretationsschwierigkeiten. Die Arbeiten über die Bedeutung der „expressed emotion“ (Hahlweg, Feinstein, Müller & Dose 1988) für die Rückfallprognose deuten in eine ähnliche Richtung. Eine Studie von Anstadt und Krause (1988) deutet darauf hin, daß Zeichnungen der Primäremotionen durch Schizophrene in ihrer Wirkung die Abwehrschranken unterlaufen. Das wütende Gesicht wird dann nicht adjektivisch als wütend beschrieben, sondern interaktiv als „der will mir an den Hals“. Ansonsten sind in den Zeichnungen auch sehr viel mehr rechts/links Asymmetrien und andere mimische Desintegrationen zu finden. Am prominentesten ist allerdings die absolute Spärlichkeit bei der Ausgestaltung der Zeichnungen. Außer der Mimik selbst wird alles andere (Haare, Ohren, Schatten, Falten etc.) weggelassen. Man hat wiederum den Eindruck, daß die Patienten von den mimischen Perzepten derart gefesselt sind, daß sie sich für die affektiv unbedeutenden Accessoires nicht freimachen können. In den dyadischen Studien findet man ähnliche Verhaltensalgorithmen. So „glotzen“ manche Patienten über lange Perioden ihre Partner an, wobei es Indikatoren dafür gibt, daß sie nicht die Rede des Partners innerlich moderieren, sondern sein Ausdrucksverhalten und nur das (Merten 1995). Dies entspräche der Unfähigkeit, die Displayrules in sozialen Interaktionen anzuwen-

den. Aus langjährigen Psychotherapien von Schwerstgestörten wissen wir heute, daß Erinnerungen aus dem frühesten Lebensalter sehr wohl möglich sind (Alamansi 1960, 1983; Anthi 1983; Krause 1985b; Petö 1969). Diese Erinnerungen haben die Struktur von Gesichtszugperzepten und Stimmen. So konnte Petö zeigen, daß drohende Augen als visuelle Vorläufer von sehr archaischen Überichbildungen fungieren. Der böse Blick (König 1970) und seine Abwehr durch den Spiegel verdeutlichen diese sehr archaische Affektinduktion, die in der Mythologie des Gorgonenhauptes ihren Niederschlag gefunden hat (Alamansi 1983). Angst vor Nähe als klinisches Syndrom ist so betrachtet immer Angst vor dem Verlust der Integrität der eigenen Existenz unter der Randbedingung, daß unter dem Druck eines eigenen oder fremden Affektes die Ich-Du-Grenzen „zerspringen“.

Daß solche Störungen notwendigerweise schwere sexuelle Abarbeiten zur Folge haben ergibt sich daraus, daß die sexuelle Vereinigung von der Art der Interaktion her (Rhythmisierung von Affektausdruck und Bewegung) die höchste Risikostufe für Systemgrenzenverletzungen bedeutet (Rohde-Dachser 1985). Die präsprachliche Interaktionserfahrungen sind ansonsten über Träume einerseits und Reinszenierungen andererseits zugänglich (Blanck & Blanck 1980; Grunert 1982; Haynal 1982). In einer klinischen Vignette habe ich beschrieben, wie eine episodisch psychotische Patientin visuelle Perzepte in Form von Fotos benutzte, um dem phantasmagorischen Einfluß der bösen Augen des Therapeuten zu entkommen (Krause 1985a). Schefflen (1981) berichtet über Mutter-Patient-Interaktionen mit einer hohen wechselseitigen „Abhängigkeit“ bei gleichzeitig extrem niedrigem Interaktionsverhalten wie Blickaustausch, Gestikulieren und Berühren. Das symbiotisch affiliative Verhalten findet seinen Niederschlag z.B. in achsensymmetrischen Körperhaltungen. Hardin (1978) berichtet, daß die Interaktion von Schizophrenen untereinander durch geringes „Engagement“ und hohe „Inklusivität“ beschrieben werden können. „Engagement“ ist ähnlich definiert wie bei Schefflen: Das engagierte Verhalten sinkt im Verlaufe der Interaktion; „Kommunizieren“ scheint ungemein anstrengend. Deshalb findet man bei manchen Familien mit schizophrenen Kindern auch ein Nichtkommunizieren der Mütter aus Schutzgründen. Mit anderen Sozialpartnern geben sie diesen Verhaltensstil auf. Solche Mütter, die selbst schwer gestört erscheinen, zeigen hohe Stabilität dieses Verhaltens gegenüber allen Sozialpartnern.

6.4 Die „Borderline Störungen“

Beschreibungen dieses Störungsbildes liegen von Kernberg (1975), Rohde-Dachser (1983), Gunderson (1984) und Masterson (1981) vor. Es ist nicht möglich, genauer auf die Syndromatik dieses Störungsbildes einzugehen, zumal die Reliabilität dieser Diagnose nicht ganz befriedigend kann (Fiedler 1994; Reiser & Levenson 1984), und auch das theoretische Konzept, das hinter der Art von Klassifikation steckt, in einigen Teilen nicht unwidersprochen ist. Im wesentlichen geht es um die „Unfähigkeit“ zur Entwicklung von reiferen Abwehrmechanismen im Sinne der Verdrängung, mit deren Hilfe inkompatible Vorstellungen und Affekte durch eine stabile Barriere von Gegenbesetzungen dem bewußten Erleben entzogen werden. An ihre Stelle treten beim Borderline-Patienten archaische Spaltungsmechanismen auf, die sich vor allem um die Trennung von guten und bösen Selbst- und Objektrepräsentanzen zentrieren, und die vom Ich „aktiv zu dem Zweck eingesetzt werden, diese vorbewußten Repräsentanzen und die sich um sie kristallisierenden nicht integrierbaren Ichzustände im bewußten Erleben voneinander zu separieren“ (Rohde-Dachser 1983, 84). Die Abwehr ist so gesehen psychotisch, ihre Handhabung aber nicht. Die Patienten können ganz außerordentliche Befähigungen entwickeln, ihre Lebensumwelten wenigstens temporär ihren eigenen Abwehrbedürfnissen entsprechend umzugestalten. Für den Unerfahrenen ist es etwas schwierig, sich mit dem Gedanken anzufreunden, daß die Intelligenz und Intensität der Copingverfahren mit der Pathologie, in deren Dienste sie eingesetzt werden, nicht notwendigerweise korrelieren muß. Für Historiker, Kriminologen, aber auch für Kreativitätsforscher sind solche Trennungen zwischen Pathologie und Coping unumgänglich. Es sei an das Konzept der „kriminellen Energie“ erinnert, wie an die Zusammenhänge von Ichstärke, Pathologie und Kreativität (Fest 1981; Tuchmann 1984; Krause 1972, 1976, 1984b). Die Borderline-Patienten weisen ausgeprägte Störungen des Affektsystems auf, so eine extreme affektive Instabilität, eine Hypertrophie von Wut sowie die bereits berichteten Gefühle von Leere und Langeweile und deren Abwehr. Die Identitätsstörungen hängen mit der in Abschnitt 5.3 besprochenen gestörten Bildung von Selbst- und Objektrepräsentanzen zusammen.

6.5 Allgemeine Auswirkungen von Störungen der frühen Affektmatrix

Mögliche Folgen: 1. Die Fähigkeit, Affekte zu encodieren ist reduziert mit der obligaten Folge, daß die Patienten „schwer verstanden“ werden. Sie wirken auf ihre Interaktionspartner unecht, versteinert, hölzern etc. 2. Der physiologische Anteil des Affektsystems ist hypertrophiert, weil die Objektbeziehungen sich nicht ändern, mit dem Risiko chronifizierter Entgleisungen der physiologisch-hormonalen Reaktionssysteme. 3. Die selbstreflexiven Funktionen sind dadurch eingeschränkt, daß bereits die körperlichen Emotionsanteile (Komponenten 1-3) Spezifität vermissen lassen. 4. Statt der differenzierten Primäraffekte kann es zu Simulationen der Gefühle kommen. Diese sind empirisch von den echten Affekten trennbar. Die Unechtheit wird von erfahrenen Klinikern in der Gegenübertragung erlebt und klinisch z.B. als Syndrom des „falschen Selbst“ beschrieben. 5. Die Sprache über Gefühle kann differenzierter sein als die Gefühle selbst. Im allgemeinen ist aber auch die Sprache in bezug auf die Gefühlsäußerungen undifferenziert. 6. Die Übergangswahrscheinlichkeiten zwischen den einzelnen Affektzuständen werden für einen „normalen“ Erwachsenen schwer verständlich. Extreme Werte sind bei der Hebephrenie zu finden. 7. Statt unvereinbare Gefühle gleichzeitig introspektiv erleben zu können, kommt es zu „Ambitendenzen“, d. h., ein Affekt bzw. Objektbeziehungswunsch muß durch einen antagonistischen, dahintergeschalteten konterkariert werden. Hier kommt eine präverbale Logik der Affekte zum Tragen. Wegen der Abhängigkeit der Gedächtnisfunktionen von der Affektivität werden die jeweils antagonistischen Affektzustände und die entsprechenden Persönlichkeitsanteile nicht erinnert (Fiedler 1985; Loftus 1993; Hartocollis & Lester 1982). 8. Die Übergangswahrscheinlichkeiten des Affektaustausches in der Dyade bzw. in der Gruppe sind verändert. Die direkte Übernahme eines fremden Affektes wird vermieden. Introspektiv wird dies als „Angst vor Nähe“ erlebt, auf der expressiven Signalebene als Verzicht auf „Engagement“. 9. Da die Affekte nach der Innenseite hin die Struktur von Wünschen haben, fallen die den Primäraffekten entsprechenden Wünsche aus. Diese Wünsche sollen in bezug auf ihre Propositionsstruktur näher spezifiziert werden. Ekel wird als Ausstoßungsreaktion gegenüber internalisierten und sozialen Objekten definiert, die als „fremd“ in bezug auf die eigenen Introjekte

(speziell das Ichideal) erlebt werden. Wut dient explizit der Distanzregulierung, der Verteilung der Individuen auf den ihnen angemessenen erscheinenden Raum und der Verteilung von Sexualpartnern. Das Subjekt behauptet den Raum und das Objekt soll vertrieben werden. Angst dient ebenfalls der Distanzregulierung und der Sexualpartnerverteilung. Das Objekt behauptet den Raum. Angst stellt das Negativ der Wut dar und kann zur „psychischen“ Kastration (Bischof 1985) führen. Trauer setzt mentale Repräsentanzen und die faktische Abwesenheit des Objekts voraus. Da das Objekt abwesend ist, ist die zentrale Ausdrucksconfiguration stimmlicher Natur (ein Schrei). Die mimische Ausdrucksconfiguration ist wenig prominent und wird oft mit einem neutralen Gesicht verwechselt, zumal im Traueraffekt die Körperposition kollabiert und das Gesicht nach unten abgewinkelt wird (Hager & Ekman 1985). Sinn des Traueraffektes ist die Bindung an ein Liebesobjekt. Trauer verhindert leichtfertigen Objektwechsel, weil die Aufgabe des Objektes in jedem Fall schmerzhaft ist und Arbeit verlangt, und zwar unabhängig vom jeweiligen Status der Liebenden. Trauer ist so gesehen das Pendant zur Liebe. Ohne Liebe keine Trauer und ohne Trauer keine Liebe. Neugier ist ein informationsverarbeitender Affekt und kein Interruptsystem im obigen Sinne. Er zieht allerdings die Aufmerksamkeitsbesetzung von einem Objekt weg und konzentriert es auf ein anderes, als das prinzipiell assimilierbar, halbwegs unbekannt und in genügender Distanz kogniziert wird.

Die informationsverarbeitenden Affekte können als Nachfolger des Orientierungsreflexes gelten. Sie sind normalerweise von kurzer Dauer. Schreck wird im allgemeinen nicht als Affekt angesehen (Ekman, Friesen & Simons 1985). Zwar ist das Ausdrucksmuster kulturinvariant, es ist aber ein eher reflektorisches Geschehen auf jede Art plötzlicher, abrupter Reizveränderung mit Zusammenzucken, Kopf einziehen, Augenschliessen und Luftanhalten. Schreck geht immer in einen anderen Affekt oder eine Displayrule über. Freude hat die Propositionsstruktur: Du, mach weiter so mit mir. Freude fungiert als ubiquitäres Selbst- und Fremdbelohnungssystem, das keinen Änderungswunsch in bezug auf eine Objektbeziehung reflektiert, sondern den Wunsch, sie fortzusetzen oder zu intensivieren. In diesem Sinne ist Freude immer mit Zufriedenheit als selbstreflexivem Pendant korreliert, aber auch immer endlich, denn die Fortsetzung der gleichen Interaktion wird früher oder später unvereinbar mit dem Auftauchen neuer innerer und äußerer

Nöte. Sie wird als Utopie im „ozeanischen Gefühl“ einer eben noch bewußten Bedürfnislosigkeit reflektiert, dient der Distanzregulierung, dem Werbeverhalten, der Assimilation, der Neugier, der Bindung, m. E. eigentlich allen Funktionen. Die Regulierung und Entwicklung der positiven und der negativen Emotionen geschieht weitgehend unabhängig (Emde 1992).

7. Beschreibung der Störungsbilder aufgrund von Ausfällen und Fixierungen der Primäremotionen

Im folgenden sollen nun ausgehend von der Taxonomie der Primäremotionen (siehe Abschnitt 2.) einzelne Psychopathologien jeweils im Kontext einer Hypertrophie bzw. eines Ausfalls von Primäraffekten beschrieben werden. Diese Beschreibungen sind idealtypisch, weil es sich ja stets um ganze Cluster von Ausfällen und deren Kompensationsversuche handelt. Das klinische Material beziehe ich aus Falldarstellungen.

7.1 Ekel

Ein partieller *Ausfall* des Ekelaffects ist bei den Perversionen zu beobachten. Es wird eine sexuelle Interaktion mit einem Objekt eingegangen, das von einem Gesunden als „fremd“, nicht zum eigenen Selbst gehört erlebt wird. Die Aufhebung der Ekelschranke (Freud 1978a) hat die Funktion, spezifischen Objekten, die phantasmagorisch dem Selbst attribuiert werden, im Moment der sexuellen Erregung Zugang zum Selbstbereich zu gewähren. Das folgende Gefühl ist nicht nur sexuelle Erregung, sondern ein Gefühl der Ganzheit, der wenn auch temporären Rekonstituierung des Körpers- und Handlungselbst. Deshalb wird auch im normalen Sexualverkehr im Verlaufe des Aktes die Ekelschranke nicht unerheblich gesenkt (Kernberg 1985b). Häufig beziehen sich die Restitutionswünsche auf die Geschlechtsidentität, die core-gender-identity (Stoller & Herdt 1982). Deshalb sind manifeste Perversionen mit Restitutionsversuchen, die das eigene Genital betreffen, bei Männern häufiger. Es wird eine Interaktion herbeigeführt, in der bei Unterschreitung der Ekelschranke beim Interaktionspartner ein echter oder Spielaffekt hervorgerufen wird (Ekel, Schreck, Angst,

Bewunderung), der die Existenz des eigenen Genitales über die visuell/stimmliche, affektive Reaktion des Partners bestätigt. Interessanterweise hat *Greenacre* (1953, 1968, 1969) nachgewiesen, daß alle Perversen im Erleben ihres Körperschemas an den Genitalstellen schwere Defekte aufzuweisen haben, gewissermaßen sensorisch nicht repräsentierte Stellen, an deren Stelle der Fetisch als Partialobjekt zu treten hat. Das gleichzeitig oder unmittelbar anschließende Ejakulieren integriert die verschiedenen Erlebnisbereiche (visuell) kinästhetisch unter hoher temporärer Besetzung und Erregung (*Krause* 1993).

Die folgenden ganzheitlichen Erlebnisse sind wenig dauerhaft, zumal die Ekelreaktion nach erfolgter Integration doch noch auftritt. Die drohende Fragmentierung wird in der perversen Handlung aufgefangen. Die Integration von liebevoller affektiver Zuwendung (Signalanteils des Affekts beim Partner) und der zeitlich synchronen Körperpflege ist im allgemeinen gestört. Die Wahl des perversen Objektes erhöht die Autonomie des Patienten. Das Objekt ist narzißtischer Herkunft, es wird nicht als separat erlebt, so daß die Perversion eine Form der Autoerotik darstellt. Die größere Seltenheit manifester Perversionen bei Frauen liegt darin begründet, daß sich die core-gender-identity anhand des Erlebens der gesamten Körperperipherie entwickelt und weniger ausschließlich um die Genitalregion als Definitionsmerkmal. Dementsprechend sind die Verlustängste stärker verteilt. Den verstärkten Verletzungs- und Kastrationsängsten entspricht eine Hypertrophie von Schamreaktionen bei Frauen in bezug auf das Körperschema (*Lewis* 1979). Dazuhin besteht für Frauen eine gesellschaftlich akzeptierte Form, den ganzen eigenen Körper zu fetischisieren (*Waites* 1982). Dabei treten bestimmte Formen der Kleptomanie, des Exhibitionismus sowie manifeste Perversionen an die Stelle des männlichen Fetischismus (*Zavitzianos* 1982; *Cierpka* 1986). Eine *Hypertrophie* und Chronifizierung der Ekelreaktion ist Anzeichen einer geringen Assimilationsfähigkeit. Objekte, die geringfügig anders sind als das introjizierte Ichideal, werden als fremd und unassimilierbar erlebt und müssen ausgestoßen werden. Das soziale Derivat des Ekels, die Verachtung, die den gleichen Signalanteil benutzt, ist nach unseren Erfahrungen (deutsche und schweizerische Versuchspersonen) neben dem Lächeln der häufigste interaktionsregulierende Affekt; bei den Schizophrenen ist es vor dem Lachen der häufigste. Da aufgrund einer Beobachtung von *Scherer* interkulturell Ärger der intro-

spektiv am häufigsten erlebte Affekt ist, muß man eine Ersetzungsregel postulieren, nach der Ärger als Verachtung encodiert wird. Verachtung soll beim Interaktionspartner „Scham“ hervorrufen und ihn zum Verlassen des ideellen eigenen Binnenraumes veranlassen. Dieser Binnenraum dehnt sich im Verlaufe der Entwicklung aus der Sphäre des eigenen Körper selbst über den „personal space“ auf die zum Selbst gehörig erlebten Gebiete (die Heimat) aus. Die Folge ist eine übertriebene „Fremdenfurcht“ und sehr restriktive Anforderungen an die Gleichartigkeit der Sozialpartner (hoher Konformismus). Diese Attitüde setzt voraus, daß das Subjekt dem Objekt gegenüber Handlungsmacht besitzt. Häufig werden dem Objekt diejenigen Attribute phantasmagorisch zugeschrieben und zur Grundlage der Ausstoßung gemacht, die das Subjekt selbst zu haben meint, die mit dem Ichideal aber unvereinbar sind. Die Nichterfüllung der Ichidealnorm schafft einen Zwang zur Suche nach externen Objekten, die das Nichtassimilierbare absorbieren und durch externe Copingstrategien wieder handhabbar werden lassen (Pendant zur Angstbindung in der phobischen Reaktion). Dies führt zu der merkwürdigen Paradoxie, daß gerade diejenigen Personen und Kulturen mit schwacher oder realitätsferner Ichidealbildung das Exotische fortlaufend aufsuchen, um sich an ihm einerseits zu entsetzen und es andererseits doch noch zu assimilieren (*Chasseguet-Smirgel* 1983; *Erdheim* 1982; *Theweleit* 1978). Eine Hypertrophie der Ekelreaktion ist kennzeichnend für Individuen mit wenig flexiblen Internalisierungen.

Die Andersartigkeit der Objekte wird an peripheren äußeren Attributen des Objektes festgemacht. Eine Transposition auf innerseelische Attribute ist nur beschränkt möglich. Die prinzipiell mögliche Stufe der Moralität ist präkonventionell, weil die Gesetze der Moralität nur für die egozentrisch definierte Gruppe gelten sollen. Das Nichtassimilierbare entfällt aus dem Schutzbereich des Humanspezifischen (*Colby & Kohlberg* 1984). Die Betreffenden empfinden keine Schamgefühle, weil sie und ihre Gruppe a priori das Gute repräsentieren. Möglicherweise schlecht erscheinende Taten werden als Folge der satanischen Handlungen des Fremden gesehen (siehe die Psychogenese des Fanatismus; *Bolterauer* 1975). Gewinnt das „Fremde“ die Oberhand, tritt eine Neigung zu paranoiden Reaktionen auf (das Weltjudentum hat sich mit dem Kommunismus verschworen, um das Gute umzubringen). Religiös neigen solche Personen zu apokalyptischen Heilsvorstellungen, in denen das end-

gültige Heil durch ein reinigendes Blutbad erreicht wird. Des einen Apokalypse ist des anderen Holocaust (Ostow 1986). Die Störung entspricht klinisch gesehen meist dem Borderline-Niveau. Die Patienten besitzen ebensowenig eine konsolidierte Selbststruktur wie beim Ausfall des Ekelaffektes. Geliebte Personen werden nicht internalisiert, statt dessen kommt es zu unassimilierten Verhaltensverschreibungen (meine Ehre ist Treue; es lebe der Tod etc.). Fast immer erweist sich das Verhältnis zum anderen Geschlecht als gestört; die Existenz des anderen Geschlechts ist kaum mehr assimilierbar. Die perverse Beziehung wird auf sadomasochistische Art eingeeengt, wobei das nichtassimilierbare Objekt durch Quälen dem Ichideal ähnlich gemacht werden soll. Dies ist die Wiederholung der eigenen Geschichte. Das Selbst ekelte sich vor sich selbst und spaltet die ekelhaften Anteile auf das externalisierte Objekt ab, das aber einen Selbstanteil repräsentiert. Die Geschlechtsidentität ist ebenso fragil wie die Identität des Selbst. Anstelle der „core-gender-identity“ tritt manchmal hyperkonformistisches, hypertrophes Rollenverhalten auf. Diese Attitüde kann nur durch eine Geschichte intensiver Beschämungen erreicht werden. Das heranwachsende Kind mit seinen Bestrebungen und Gefühlen wird von der Erwachsenengruppe als „fremd“, „wild“ behandelt, und die Akzeptanz als zur Gruppe gehörig kann nur um den Preis einer Abspaltung von zum Selbst gehörigen Gefühlsanteilen und Handlungsbestrebungen geschehen. Diese aufgegebenen Handlungsanteile werden im Fremden oder in den noch nachwachsenden wilden Kindern gesucht, gefunden, bekämpft und erneut ins Exil vertrieben. Psychosomatische Erkrankungen der Körperperipherie, die ekelregend sind (Neurodermitis), sollten in bezug auf die Verarbeitung des Ekels untersucht werden. Klinisch sind Fälle bekannt, in denen eine unbewußte Steuerung des Sexualverhaltens des Ehepartners eine gewisse Rolle im Auf und Ab der Störung spielte. Wir kennen Rorschachskalen, die auf der Grundlage von Defektdeutungen der Körperperipherie Prognosen über Sexualstörungen erlauben. Die Hypertrophie des Ekels in der Hysterie ist eine Verkehrung ins Gegenteil, also eine Umkehrung des kognitiven Anteils des Affekts. In der phantasierten Wunschstruktur wird der männliche Körper und speziell das männliche Genital mit Ekel erlebt. Im Signalanteil des Affekts (Objektbeziehungsanteil) kommt es allerdings zum Werbeverhalten. Der Ekel dient als Schutz gegen die eigene Begehrlichkeit, die sich auf das männliche Genitale richtet und mit dem Wunsch korreliert

ist, eben dieses zu besitzen. Im Vorgang des Entreißen würden sie allerdings das Liebesobjekt zerstören. Die Ersetzung von „désir par le dégoût“ (Green 1973) in der bewußten Repräsentanz des Affekts geschieht, um die schweren unbewußten Schuldgefühle wegen der aggressiven Neidgefühle in Schach zu halten. Die Neidgefühle selbst sind wiederum Folge einer unglücklichen Geschichte des Frauwerdens und einer durchaus verständlichen Unwilligkeit, sich mit der teilweise gesellschaftlich aufgezwungenen inferioren Rolle abzufinden.

7.2 Trauer

Ausfall: Die Unfähigkeit zu trauern (Mitscherlich & Mitscherlich 1986) ist mit Bindungslosigkeit und der Unmöglichkeit der mentalen Wiedervergegenwärtigung ehemals geliebter Objekte und damit auch der Unfähigkeit, neue Objekte zu besetzen, korreliert. Da die Trauerreaktion mehrere Phasen (Herbeirufen und Sehnsucht, Wut und Verzweiflung, Ablösung und Reorganisation) durchläuft (Bowlby 1961), muß jeweils festgestellt werden, welche Phase nicht erreicht wird. Die letzte Phase der Ablösung und Reorganisation ist häufig von einer Steigerung der „Objektzugewandtheit“ begleitet, die in einigen Fällen manische Züge tragen kann. Bei schwerstgestörten Patienten ist das mentale Festhalten des Objektes als Suchschema bei Trennungen nicht möglich. Deshalb entsteht auch keine Trauerreaktion (Boyer 1985; Krause 1985b). Es kommt nicht zur mentalen Permanenz eines Objekts. Behandlungstechnisch bereiten diese Patienten Schwierigkeiten wegen ihrer Unfähigkeit, Trennungen zu ertragen. Sie vergessen die Wiederkehr des Therapeuten, verfallen den schlimmsten Verzweiflungen oder gefährlichem Agieren. Die schweren Depressionen haben mentale Repräsentanzen. Wegen der schweren Ambivalenzen und Haßgefühle dem Objekt gegenüber kann dieses aber nicht aufgegeben werden, so daß die Patienten in einem inneren Dialog mit einem nichtaufgegebenen Introjekt verbleiben. Die Nichtexistenz des Objektes wird also verleugnet (Freud 1973d). Der Trauerprozeß wird in der zweiten Phase (Wut und Verzweiflung) arretiert, und es kommt zu keiner Reorganisation (Averill 1979). Diese pathologische Trauer hat die Funktion, das Objekt als Introjekt am Leben zu erhalten, um die Schuldgefühle, die mit dem eigenen aggressiven Wunschanteil zusammenhän-

gen, in Schach zu halten (Torok 1983). Da das Überich gleichzeitig gegen das Ich wütet, ist der Doppelaspekt der Rache und Selbstbestrafung dieses Prozesses deutlich. Die depressive Position ist entwicklungsmäßig weiter fortgeschritten als der Ausfall von Trauer. Es geht um eine Wut-Abhängigkeits-Problematik. Die Forschungen Ellgrings (1989), der sich eingehend mit der Gesichtsmimik reaktiv wie auch endogen Depressiver befaßt hat, haben gezeigt, daß sie nicht durch Trauer zu kennzeichnen ist, besonders wenn überhaupt, durch einen Wut-/Angstkonflikt. Diese Beobachtung entspricht einer alten klinischen Erfahrung, daß Depression als eine Art Aggression gegen ein internalisiertes Objekt beschrieben werden kann. In der Depression wird also die mit dem Traueraffekt verbundene Arbeit nicht geleistet.

7.3 Wut

Hier ist zu unterscheiden, welcher Anteil des Affektes entfällt. Bei Zwangsstörungen wird im allgemeinen der introspektive, selbstreflexive Anteil des Wutaffektes von der Efferenz einerseits und vom Signalanteil andererseits entkoppelt. Die Patienten merken nicht, wenn sie aggressiv sind. Die Steuerung aggressiven Verhaltens mißlingt, weil der Signalanteil nicht für inneres Probehandeln benutzt werden kann (Moser 1978). In einer funktionalen Betrachtungsweise benehmen sich die Patienten allerdings hochgradig aggressiv, d. h. der Handlungsanteil des Affektes ist erhalten. Tatsächlich ist Wut das häufigste Affektsignal im ansonsten sehr kargen mimischen Ausdrucksgeschehen von Stotterern. Die Integration der Affekte im präkognitiven Niveau hat stattgefunden (Krause 1981). Ihre Remobilisierung durch temporäre Entlastung vom Überich-Druck, z.B. unter Alkoholgenuß oder unter Hypnose, ist möglich, allerdings folgt meist eine Intensivierung der Symptomatik. Diese Art von Pseudoquietismus muß unterschieden werden von denjenigen Formen des Aggressionsausfalls, in denen alle beteiligten Affektkomponenten der Aggression fehlen. Dies ist möglicherweise bei bestimmten Formen schwerer Psychosomatosen so, bei denen sich auf bis anhin unbekanntem Wege die Wut in einen körpereigenen, autoaggressiven Prozeß verwandelt. Deutende Interventionen über Aggressionswünsche gegenüber einem Objekt führen im allgemeinen zu einer Verschlimmerung der Symptomatik.

Möglicherweise gibt es einen körperinternen, autoaggressiven Prozeß, der demjenigen der Depression entspricht. Anstelle eines mentalen Introjektes wird aber ein spezifisches Organ angegriffen. Die Wahl des Organs richtet sich unabhängig vom somatischen Entgegenkommen, wie auch der Spezifitätsfrage psychosomatischer Erkrankungen, nach der Objektbeziehungsfähigkeit des phantasierten Organs (das Herz braucht Ruhe und Sorge, der Darm soll sich bewegen). Phantasien von Psychosomatikern in bezug auf die betroffenen Organe wurden von Mayer (1986) untersucht. Sie unterscheiden sich durch die Reduktion von Phantasien von denjenigen der Neurotiker. Es ist unklar, ob es sich dabei um sekundäre Resomatisierungen ursprünglich neurotischer Konflikte handelt (Mitscherlich 1984b). Wie bereits oben angedeutet, ist ein einheitlicher „Psychosomatiker“ nicht zu erwarten. Vermeintliche Aggressionsfreiheit bei gleichzeitiger Ausführung aggressiver Handlungen kann natürlich auch durch andere Abwehrmechanismen (z.B. Projektion) erreicht werden.

7.4 Die informationsverarbeitenden Affekte Neugier, Interesse, Überraschung

Das Auftauchen dieser Affekte setzt bestimmte Verhältnisse zwischen der Assimilationsfähigkeit des verarbeitenden Subjektes und der „Entropie“ des zu bearbeitenden Reizfeldes voraus (Attneave 1969; Berlyne 1960; Mittenecker & Raab 1973). Viele Untersuchungen zeigen, daß solche Relationen zwischen Neuheit und Verarbeitungsfähigkeit auch mit Gefühlen erhöhten Wohlbefindens verbunden sind. Dies wurde in der Theorie des „arousal jags“, jener umgekehrt U-förmigen Relation von „Neuheit“ und Wohlbefinden, und der des „optimal sensation level“ (OSL; Zuckerman 1979) ausformuliert. Je niedriger die faktische oder selbstattribuierte Kompetenz, desto weniger Facetten der „Welt“ können diese informationsverarbeitenden Affekte hervorrufen. Neugier und Interesse setzen die benevolente Annahme voraus, daß die Umgebung sich in den meisten Fällen als assimilierbar erweist. Exploratorisches Verhalten als kognitives und motorisches Äquivalent des Neugieraffektes kann nur stattfinden, wenn nicht bereits eine Erfahrungsmatrix vorliegt, die besagt, daß die auf das Subjekt zukommenden Reize im allgemeinen nicht assimilierbar sind. So gesehen sind Umgebungen, die

die Copingstrategien überfordern, geeignet, hohe Erwartungsstabilität zu schaffen. Das Subjekt weiß immer schon, daß es nichts weiß. Die fatale Auswirkung niedriger heuristischer Kompetenz wurde von der Forschungsgruppe um Dörner (z.B. Dörner 1985; Dörner, Kreuzig, Reihel & Stäudel 1983) untersucht. Neurosenpsychologisch bedeutet ein Verlust der Neugier und der informationsverarbeitenden Affekte immer eine Erhöhung der Ordnung der Welt, die allerdings in wesentlichen Bereichen undifferenziert, falsch und vor allem nicht modifizierbar ist.

Ob solche Ordnungen der Welt in religiösen oder ideosynkratischen Systemen gefaßt sind, spielt prinzipiell keine Rolle. Wichtig ist, daß es Ordnungsbildungen sind, die auf dem Gefühl der Nichtassimilierbarkeit der Welt beruhen. Tatsächlich ist neurotisches Verhalten bei weitem redundanter und, wenn man seine Regeln einmal kennt, leichter vorherzusagen als gesundes. Dies läßt sich empirisch bis in die Sprachstrukturen nachweisen (Dahl 1988). Die psychoanalytische Konzeption des Wiederholungszwangs und der Übertragung beruhen teilweise darauf, daß gerade die nichtassimilierbaren Anteile vergangener Subjekt-Objekt-Interaktionen wiederholt werden (siehe dazu Thomä & Kächele 1985), und zwar mit eben den Coping-Strategien, die in der Ursprungssituation schon nicht ausgereicht haben. Vor diesem Hintergrund kann es eine Hypertrophie von Neugier als pathologisches Phänomen nicht geben. Ihr Ausfall ist allerdings immer von einer Reduktion der kognitiven Verarbeitungsfähigkeit begleitet. Die persistierende Sexualneugier in manchen Kinderneurosen und bei den Voyeuristen ist die Wiederholung eines Assimilationsversuchs, der mißlungen ist und eben deshalb stets wiederholt werden muß. Sie können die Existenz der Geschlechtsunterschiede nicht verarbeiten (Freud 1978a). Es gibt allerdings ein relativ leicht damit zu verwechselndes klinisches Phänomen, das als „risk-seeking-behavior“ oder „thrill“ beschrieben wurde (siehe weiter unten). Dieses Verhalten hat mit Neugier nichts zu tun. Es muß als Versuch angesehen werden, durch fortlaufende externe Stimulation chronische Formen von Unterstimulation zu konterkarieren. Hohe Ausprägung von „sensation seeking behavior“ korreliert dementsprechend sehr hoch mit Ruhelosigkeit und Intoleranz in Situationen sozialer Isolation und Meditation (boredom susceptibility). Zuckerman (1979) hat nachgewiesen, daß „high risk seeking persons“ auch psychotische Elemente aufzuweisen haben, und zwar in dem Sinne, daß sie die normaler-

weise auftauchende Angst durch eine Art von „Unverletzlichkeitwahn“ außer Kraft setzen können. Die Relation von Angst, Risikoabschätzung und Tollkühnheit wird durch ein „falsches“ Modell des Selbst (unverletzlich) dahingehend verändert, daß an die Stelle der schweren Angstzustände das Gefühl „thrill“, eine eben noch handhabbare Form der Angstlust tritt. Die Wahrscheinlichkeit einer Verletzung wird systematisch verleugnet. Inwieweit die von *Balint* (1956) beschriebenen Philobaten unter das gleiche Modell subsumiert werden können, ist offen. Die dahinterliegende Anfälligkeit für Zustände der Langeweile verlangt eine Aufklärung der Langeweilegefühle. Die persistierende, wenn auch altersangemessene Langeweile der Adoleszenten ist das Grundmuster der „normalen“ Langeweile. Sie tritt dann auf, wenn man – aus welchen Gründen auch immer – zum Handeln entschlossen oder geneigt ist, man weiß auch in noch unspezifischer Weise, welcher Art die Handlung sein sollte, vermag aber keine der Alternativen, die im Moment möglich erscheinen, als befriedigende Konkretisierung der Handlungstendenz zu bejahen.

Es ist eine Situation des Handelnwollens aber noch nicht Könnens (*Boesch* 1980, 114f). Diese Situation wird normalerweise durch eine Akkomodation der Wunschseite ebenso aufgelöst wie durch einen Ausbau der Assimilationsstrategien. Die „boredom susceptibility“ der Personen mit hohem „risk seeking behavior“ beruht auf einer Art von Agiersyndrom, weil eine ausreichende innere Selbststimulation durch benevolente Phantasien nicht möglich ist. Sie ist Ausdruck einer „emotionalen Verkümmerng“ (*Revers* 1984) respektive eines Ichdefekts (*Singer* 1977). Die Leeregefühle der narzißtischen und Borderlinestörungen werden als Defekt der Selbstwahrnehmung aufgrund von mangelhaften Binnenreizungen angesehen. Die körperbezogenen Selbststimulationen der Schwerstgestörten sind unter dem Namen des Hospitalismussyndroms bekannt geworden (*Spitz* 1974; rhythmische Körperbewegungen und Stimulationen, spasmus mutans sowie an athetotische Bewegungen erinnernde motorische Abläufe). Bei mildereren Formen konnte ich eine Art von Verschiebung auf visuelle Stereotypien entdecken. Bei schwer verwahrlosten Adoleszenten konnte ich folgende Verhaltensweisen beobachten: stundenlanges Sitzen vor der Waschmaschinentrommel, in der man die Wäsche sah; Starren in die Flammen des Ofens oder fortlaufende Stimulation durch über den Unterarm laufendes warmes Wasser. All dies geschieht in einem ansonsten

kataton anmutenden Zustand. Wichtig scheint das „lebendig“ Pulsierende der Bewegungsabläufe. Handelt es sich um taktile Sterotypen, dienen sie gleichzeitig auch der Konstituierung einer erlebten Körperperipherie. Ein Patient fürchtete das Baden in der Wanne, weil er wegen der fehlenden Stimulation sehr schnell begann zu fragmentieren. Ohne Dauerstimulation geraten diese Personen auf „bad trips“, in denen Leere, Fragmentierung und Auflösungsgefühle die Leitsymptome sind. Bei gefestigter Selbststruktur kann das artifizuell eingeleitete Fragmentieren unter Regressionsbedingungen von „Neugier“ geleitet werden. Dies setzt allerdings das Wissen voraus, daß das Subjekt die auf es zukommenden Erlebnisse für assimilierbar hält. Überraschung ist ein temporärer Affekt mit ganz spezifischer zeitlicher Verlaufsstruktur, der stets in einen anderen übergeht. Im Gegensatz zur Neugier als Attitüde, sich überraschen zu lassen, beschreibt Überraschung die Hinwendung zum unassimilierbaren Objekt.

7.5 Freude

Der Verlust der Freude ist klinisch von Heimann (1990) beschrieben worden. Die Psychoanalytische Theorie hat die Freude entwicklungspsychologisch als Bindungs- und neurologisch als Krankheitsmerkmale sträflich vernachlässigt (Emde 1992). Freude wurde mit Lust gleichgesetzt, die wiederum als die Abwesenheit der negativen Affekte definiert wurde. Gerade im Zusammenhang mit der eigentlich ungelösten Frage, warum manche Personen unter bestimmten stressauslösenden Randbedingungen nicht erkranken, andere aber sehr wohl, werden psychologische Konzepte wie „Lebenswillen, Freude am Dasein, Hoffnung“ etc. immer bedeutsamer (Tress 1986). Die Bindungsforschung zeigt, daß die sicher gebundenen Kinder ein gutes Polster zur Streßbewältigung haben. Die sichere Bindung hängt eng mit dem wechselseitigen Austausch von Freudesignalen im ersten Lebensjahr zusammen (Malatesta 1990). Es gibt einen gewissen Konsens darüber, daß Lachen und Weinen nicht mit dem Affekt Freude identisch ist (Plessner 1982; Levine 1979). Lachen und Weinen sind nur beschränkt objektbeziehungsregulierende Signale. Von der Phänomenologie des Ablaufes her sind beide durch periodisches Alternieren von Sekundär- und Primärprozeß zu kennzeichnen. Der Sekundärprozeß besteht in der Kognizierung des

Komischen bzw. Tragischen, der Primärprozeßanteil in den konvulsivischen Vokalisierungen des Lachens und Weinens. Beide Vorgänge sind humanspezifisch und in dieser Form bei den Primaten nicht zu finden. Allenfalls kathartische psychotherapeutische Funktionen von Affekten sind beim Lachen und Weinen zu finden. Sie treten in Psychotherapien auch ziemlich häufig auf. Beide können allerdings auch Abwehrzwecken dienen, wenn der Sekundärprozeßanteil zunehmend ausfällt. Kathartisch wirksames Lachen und Weinen setzt eine hohe Verarbeitungsfähigkeit und eine hohe Affektivität voraus. Es handelt sich um die Grundform einer Regression im Dienste des Ichs. Der Moment der Auslösung der Zustände besteht im Erkennen des eigenen Selbst in seiner Involviertheit in tragische bzw. komische Zusammenhänge, was dann das Lachen bzw. Weinen auslöst, das sich erschöpft und in der mentalen Vergegenwärtigung der Situation erneut gestartet werden kann. Ausfälle von Lachen und Weinen sind stets Zeichen schwerer psychischer Störungen, die allerdings von der Seite des reduzierten Sekundärprozesses (Oligophrenien, Debilität, Imbezillität) wie auch von der Seite des defekten Primärprozesses zustandekommen können (Depression, Schizophrenien, Borderlinestörungen, pathologischer Narzißmus). Der Defekt des Primärprozesses kommt von der Prävalenz eines Objektbeziehungsaffektes. Alle dauerhaften State-Affekte, die Änderungen der Objektbeziehung reflektieren, sind unvereinbar mit Lachen und Weinen, weil sie die notwendige kognitive Distanzierung zu sich selbst als Objekt der Komik bzw. der Tragik nicht erlauben. Die Patienten sind ausschließlich mit der Planung ihrer Objektbeziehungen beschäftigt. Lachen und Weinen setzen immer selbstreflexive Funktionen voraus. Die schweren Störungen lassen beide Prozesse im allgemeinen auch vermissen. Objektbeziehungsaffekte können allerdings sehr wohl Auslöser des Lachens und Weinens sein. Sie werden in diesen Fällen allerdings nicht handlungsrelevant oder wenn, dann in sublimierter Form. Bekannt ist dies für Wut und Lachen wie auch für Wut und Weinen (Freud 1978b; Kris 1940; Dietz 1985; Kessler & Schubert 1989). Das Weinen aus Wut beinhaltet das selbstreflexive Zugeständnis der momentanen Ohnmacht, was ein selbstzerstörerisches Ausagieren der Wut unterbindet und intelligente Umweghandlungen für die spätere Rache erlaubt. Die Bedeutung des Frotzeln, Aufziehens oder Anmachens in witziger Form besteht in einer artifiziellen Schaffung einer kognitiv-affektiven Situation, in der der Sekundär-

prozeß stets vom Umschlag in den Primärprozeß bedroht ist, was ja bei geringer kognitiver Verarbeitungsfähigkeit auch nur zu leicht geschieht. Diese Techniken werden in allen Kulturen für den Erwerb der Affektkontrolle angewendet (Levine 1979). Chronischer Ernst als Unfähigkeit zu lachen und zu weinen ist so gesehen ein Mangel an selbstreflexiver Distanzierungsfähigkeit. Schizophrene lachen übrigens sehr wohl. Allerdings über Situationen, die einem anderen einen höchst eindeutigen anderen Affekt einjagen würden, meist Furcht (Weltuntergangshumor). Inwieweit Lächeln (als Affekt zur Regulierung von Objektbeziehungen) und Lachen zusammenhängen, ist unklar. Klar ist, daß Ausfälle des Lächelns bei Kleinkindern Anzeichen schwerer Pathologien sind, die sich im allgemeinen bis in die Erwachsenenstörungen durchziehen, dergestalt, daß das Lächeln der frühen Störungen in den muskulären Innervationsmustern Abweichungen aufzuweisen hat, die es als unecht kennzeichnen. Mit dem Wegfall des Lächelns entfällt eines der wesentlichen Steuerungssysteme interaktiver Art. Möglicherweise ist der Verlust der Selbsttröstungsfunktionen bei der Depression das selbstreflexive Pendant zum Verlust der Verführungsfähigkeit. Beides ist kennzeichnend für schwere Depressionen.

7.6 Angst

Ausfälle des inneren Signalanteils der Angst sind charakteristisch für schwere Störungen. Die Patienten suchen Situationen auf, die ein hohes Ausmaß an objektivierbarer Gefahr für sich und/oder ihre Umgebung implizieren. Selbstschädigung, Verschwendung, Glücksspiel, Gebrauch psychotroper Substanzen, exzessives Essen, gefährliche Formen sexueller Interaktionen, Schlägereien, sind psychiatrisch relevant und werden als „Impulsivität“ vor allem bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben (Köhler & Sass 1984). Der Ausfall von Schuldangst führt zur Unfähigkeit, soziale Normen im Hinblick auf gesetzeskonformes Verhalten zu akzeptieren (so bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung). Der Ausfall des Signals bei Schuldangst kann auf fehlende Internalisierungen zurückzuführen sein (siehe weiter unten). Es sind aber auch Fälle bekannt, bei denen körperliche Angstsignale fehlinterpretiert werden, es also zu einer „occurring-emotion“ kommt, die im selbstreferentiellen System aber falsch abgebildet wird (Zilboorg 1933). Eine

der Möglichkeiten einer solchen Umdeutung der Angstsignale besteht darin, sie zu erotisieren (Angst-Lust, thrill; Balint 1956). Ein wie auch immer zustandegekommener Ausfall des Angstsignales führt zur „Impulsivität“ und damit zu mangelnder Vorhersagbarkeit des sozial interaktiven Verhaltens. Bei der Besprechung von *Hypertrophien* von Angstzuständen muß unterschieden werden zwischen Hypertrophien des Signalanteiles der Angst und Hypertrophien des vollständigen Angsteffektes. Letzteres tritt bei posttraumatischen Belastungsreaktionen auf (Shatan 1981; Köhler & Sass 1984; Fenichel 1974). Ob ein Angsteffekt traumatisch wird, hängt wesentlich davon ab, ob zur Zeit der Angstinduktion eine motorische Fluchtreaktion möglich war oder nicht. Eine dauerhafte Blockade der Fluchtreaktion vergrößert die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung. Deshalb gehört zur traumatischen Situation die Randbedingung, daß der Wunsch, das als bedrohlich perzipierte Objekt zu verlassen (Angst), langfristig verhindert wird. Die Chronifizierung dieser Situation führt zur „traumatischen Situation“, die von Krystal (1978) dahingehend definiert wurde, daß ein Individuum mit einem überwältigenden Affekt konfrontiert wird. Die Folge ist ein lähmender, überwältigender Zustand von Unbeweglichkeit, Hilfs- und Hoffnungslosigkeit mit Depersonalisationserlebnissen und Desorganisation des Verhaltens. Das letzte notwendige Endglied einer Traumatisierung ist dieser überwältigende Affekt. Er ist nicht identisch mit dem Primäraffekt Angst, der der Objektbeziehungsregulierung dient, sondern indikativ für den Zusammenbruch des inneren wie äußeren Regulierungsgeschehens. Die Summation von Partialtraumata, kumulativer Traumata (Khan 1963) oder Überanstrengungstraumata (Kris 1956) erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines traumatischen Affektes, der letzte Endschritt eines Traumas ist aber immer der überwältigende Affekt.

Findet der auslösende Stressor kein Ende, wechselt die traumatische Angst über in die kataleptische Passivität, welche als phylogenetisch vorgezeichnetes „surrender pattern“ (Seligman 1975) angesehen werden muß. Handelt es sich um menschliche Stressoren (Folterer), kooperieren die Opfer mit den Mördern in diesem Zustand. In Katastrophenereignissen ist dieses „surrender pattern“ weit häufiger als die Panikreaktion. Der „überwältigende Affekt“ steht in keiner notwendigen Relation zur tatsächlichen Gefahr, sondern beruht auf deren subjektiven Einschätzung, wengleich rein

statistisch betrachtet bestimmte Randbedingungen (Folter, Gehirn-
wäsche, Dauerbeschuß, Verhungern) nahezu alle Betroffenen schwer
schädigen, weil die Verarbeitung auch bei bester Coping-Strategie
nicht möglich ist. Nachwirkungen von Traumatisierungen sind bei
weitem schlimmer, wenn es sich um Menschen als Verursacher des
unerträglichen Affektes handelt (Niederland 1980). Unbearbeitete
traumatische Neurosen wurden auf die Kinder tradiert (Klein 1986).
Interessanterweise ähneln sich die psychopathologischen Zu-
standsbilder der Kinder von KZ-Mördern und KZ-Opfern. Wichtig
ist, daß jeder anhaltende negative Affekt (Ekel, Scham) zur trauma-
tischen Angst führen kann. Der traumatische Zustand verfällt einer
Amnesie. Das posttraumatische Angstsyndrom ist nicht identisch
mit der traumatischen Angst selbst. Am ähnlichsten sind Zustände
von Alpträumen (pavor nocturnus), die regelmäßig durch die Un-
abänderlichkeit eines ablaufenden Prozesses charakterisiert wer-
den können. In der Nachfolge eines Traumas kommt es zu einer
Entdifferenzierung des affektiven Lebens (plus/minus), einer Ent-
verbalisierung (kognitive Regression) und zu einer Resomatisie-
rung. Es entsteht die lebenslange Befürchtung und Erwartung, das
Traumata werde sich wiederholen und eine massive Einschränkung
des Affektlebens, weil die Affekte als letztes Endglied des Traumas
wirkten. Die Kindheit ist wegen der geringen Verarbeitungsfähig-
keit und der hohen Bedürftigkeit, und weil die Stressoren im allge-
meinen Menschen sind, besonders risikoreich für die Schaffung
traumatischer Situationen. Sie treten aber auch bei Erwachsenen auf
(Vergewaltigung, Autounfälle, Folterung, Kriegshandlungen und
Katastrophen). Die posttraumatische Neurose ist gekennzeichnet
durch a) ein Wiedererleben des Traumas (Erinnerung und unzen-
sierte Träume) und b) durch eine massive Einschränkung der Rea-
gibilität (Interesse, affektive Bandbreite), Schlafstörungen, Schreck-
reaktionen, Gedächtnisstörungen und Schuldgefühle wegen des
Überlebens etc. Die Symptome von Kinderneurosen beinhalten
meist noch erkennbare Teile der posttraumatischen Neurose. Die
posttraumatische Reaktion tritt selten akut nach Beendigung der
auslösenden und der begleitenden Affekte auf. Es kommt zuerst zu
temporären Gefühlen der Erleichterung. Im allgemeinen gehen die
posttraumatischen Belastungsreaktionen in Psychoneurosen über,
oder sie heilen aus. Der Übergang zu einer Psychoneurose bedeutet,
daß aus dem überwältigenden Affekt ein Anteil als Signal für die
Steuerung der Reaktivierung des Ganzen herausgegriffen werden

kann. „Die Angst wird bei der Verdrängung nicht neu erzeugt, sondern als Affektzustand nach einem vorhandenen Erinnerungsbild reproduziert“ (Freud 1973a, 239). Die erinnerte Angst ist nicht die gleiche wie die erlebte. Der Weg von der traumatischen Angst zur Signalangst bedeutet immer ein Stück Verinnerlichung, eine Reduktion von Körperlichkeit und Sichtbarkeit des Zustandes. Welcher Art die Signalangst im einzelnen ist und wie sie selbstreflexiv abgebildet wird, kann recht verschieden sein. Prinzipiell kann jede Affektkomponente als unbewußtes Steuerungssignal dienen.

In diesem Sinne kann es ein physiologisches, ein motorisch-expressives und ein handlungsorientiertes Angstsignal geben. Diese müssen keine klare kognitive Entsprechung haben. Das kognitive System kann die Wunschstruktur eines verbotenen Affektes repräsentieren bei gleichzeitigem Verlust des körperlichen Affektsubstrats und der Ichfremdheit der betreffenden Phantasien. Dies geschieht vor allem bei den Zwangsstörungen. Demnach sind die häufigsten Zwangsgedanken wiederkehrende „Vorstellungen von Gewalttätigkeit (z.B. sein Kind zu töten), Verschmutzung ...“ (Köhler & Sass 1984, 246). Der kognitive Anteil repräsentiert den Wunschteil des Affektes, er wird aber durch die Ichdystonie und die Blockierung des somatischen Anteils des Affektes nicht als solcher erkannt und auch nicht handlungsrelevant. Die Trennung des somatischen Anteils vom kognitiven ist allerdings sekundär und wird durch Abwehrmechanismen erreicht (Isolierung, Verschiebung). Dies geschieht um den Preis einer allgemeinen „Verkopfung“ einerseits und einer Reduktion der Vitalität andererseits, so daß die Patienten häufig sekundäre depressive Verstimmungen entwickeln und/oder dem Alkohol verfallen, um die Blockade zwischen somatischem Anteil und Phantasie zu lockern. Das Umgekehrte geschieht in der Hysterie. Der Signalanteil des inkriminierten Affektes (Freude, Verführung) ist vorhanden. Die Verfügungs- und Liebesfähigkeit ist prinzipiell gegeben, aber die kognitive Repräsentanz der Wunschstruktur wird umgekehrt. Dies gibt den von der interagierenden Objektwelt als hysterisch bezeichneten Widerspruch zwischen affektivem beziehungsregulierenden Verhalten und der korrespondierenden Wunschstruktur des Subjekts. Bei den phobischen Neurosen kommt es zur Angstentwicklung, aber die kognitive Repräsentanz des angstauslösenden Objekts wird auf einem Ähnlichkeitskontinuum derart verschoben, daß der ursprüngliche Stressor nicht mehr erkannt werden kann. Dies hat den Vorteil, daß Objekte

gewählt werden können, die durch aktives Verhalten vermieden werden können. Diese Arten von Transformationen haben allerdings im allgemeinen wenig Dauer. Sekundäre Ängste, man könne dem phobischen Objekt begegnen, entwickeln sich, die selbst wieder zu schweren Handlungseinschränkungen führen. Das gleiche gilt für die Zwangshandlungen. Jede Situation, die den Ursprungsaffect mobilisiert, meistens Wut, muß mit einer Zwangshandlung beantwortet werden. Da der externe und interne Signalanteil des Affektes entfällt, geraten die Patienten häufig in Situationen, in denen sie sehr geärgert werden, was die Isolierung von Soma und Kognition noch verstärkt. Das generalisierte Angstsyndrom mit motorischer Spannung, vegetativer Hyperaktivität, unspezifischer Erwartungsangst und Überwachheit ohne kognitiv-selbstreflexive Erwartung ist in seiner Ätiologie nicht klar. Es unterscheidet sich von den posttraumatischen Neurosen durch das Fehlen der Erinnerung an das Trauma. Möglicherweise ist die Angst direkter und automatischer Ausdruck eines Stauungszustandes sexueller Herkunft (Fenichel 1974, 266). Generell werden die Neurosen, die über das Angstsignal gesteuert werden, folgendermaßen charakterisiert. Es kommt zu einem Wunsch. Dieser Wunsch kann selber ein Affect sein, z.B. der Impuls, jemanden anzugreifen. Aufgrund vorauslaufender Lernprozesse wird wegen dieses Wunsches ein Angstsignal mobilisiert, welches wiederum Abwehrmechanismen, die auch erlernt wurden, in Gang setzt. Diese Abwehrmechanismen verändern den Wunsch in seiner kognitiven Repräsentanz oder in der Ausführung derart, daß eine partielle Realisierung ohne zu hohe Angstbeiträge (Signalangst) möglich wird. Bei Mißlingen der Abwehr verwandelt sich die Signalangst in die traumatische Angst. Der traumatische Konflikt wird vollständig reaktiviert. Dieser Regulierungsvorgang beinhaltet offensichtlich gewisse Ähnlichkeitsmessungen in bezug auf die jeweils aktuelle Annäherung an den traumatischen Konflikt. Je nach Art der Neurose und den dazugehörigen Abwehrformationen kann es sich um kognitive Operationen handeln oder um Ähnlichkeitsrelationen nach der Qualität und/oder Intensität der Affekte. Eine Steigerung des Signalaffektes über eine je verschiedene Schwelle hinaus führt stets zum traumatischen Affect. Steigerung bedeutet meist, daß die fehlenden Komponenten des Affektsystems hinzugeschaltet werden. Der Affect verliert seine Steuerungsfunktion und wird statt dessen zur Handlung selbst. Neben dieser Form der Abwehrmechanismen, die die

Repräsentation des Wunsches im selbstreflexiven System steuern, gibt es präventive körperliche Mechanismen zur Affektabwehr. Die Abwehr geschieht über eine automatisierte Dauerkontrolle des motorisch-expressiven Systems, so daß das Entstehen eines Affektes überhaupt verhindert wird. Die entsprechende Wunschstruktur entfällt ebenfalls. Im allgemeinen geschieht dies durch Drill, indem die dem verpönten Affekt motorisch widersprechende Ausdrucks-konfiguration eingenommen wird. So kann man die Kleidung der Militärs und Priester als eine Art chronisches Antischam- und Antunterwerfungskorsett mit außerordentlichen Rückwirkungen auf die Psyche ansehen. Diese Formen der Abwehr gehen allerdings in den „Charakterwiderstand“ ein und sind von persönlichen inneren Konflikten nicht betroffen, solange sie sich in sozialen Umgebungen bewegen, die die gleichen Skotomisierungen in bezug auf die Objektbeziehungen pflegen.

8. Die selbstreflexiven Affekte

8.1 Allgemeine Überlegungen zum „Selbsterleben“

Die selbstreflexiven Affekte haben keinen direkten Lokomotionsanteil, denn der Angriffspunkt der Emotion ist der das Selbst repräsentierende ideelle Punkt innerhalb des Körperschemas des Subjektes. Allerdings sind auch bei solchen Affekten Bewegungen im Sinne von Transformationen der Positionen des Ichs in Relation zu den Strukturen Überich und Ichideal erkennbar, deren affektive Regelmechanismen und Entstehung später besprochen werden sollen. Redet man von selbstreflexiven Wahrnehmungen, muß man drei verschiedene Substrate für solches Erleben unterscheiden: 1. ein materielles mit dem dazugehörigen Körper, 2. ein soziales Selbst als das Selbst in den Augen der anderen, was als zu mir gehörig bzw. mir fehlend erachtet wird, 3. ein spirituelles Selbst, d. h. die Frage, was als Selbst existiert (*De Rivera* 1977). Es gibt verschiedene Formen fehlerhafter Repräsentationen. Erstens kann die Repräsentanz des Körpers das physikalische Substrat falsch bzw. deformiert abbilden. Kulturell definierte Verstümmelungen des Körper selbst gehen von einem phantasierten „Mangel“ des natürlich vorfindbaren Körper selbst in Relation zum sozialen Selbst aus. Im allgemeinen hat der

betreffende Körperteil eine symbolische Bedeutung für die Konstituierung des sozialen Selbst gewonnen (Füße, Lippen, Haut, Genitalien). Zweitens kann das Handlungsselbst die tatsächliche, teilweise biologisch vorgegebene Wunsch- und Triebstruktur falsch abbilden, z.B. daß sich jemand aggressionsfrei wähnt oder frei von sexuellen Bedürfnissen. Schließlich kann die Selbstdefinition in Relation zur Perzeption durch die Sozietät derart gravierende Abweichungen aufweisen, daß die betreffende Person als „verrückt“ gilt. Die realitätskonstituierenden Parameter Raum, Zeit, Kausalität und Finalität können in der Konstituierung des Selbst unter dem Druck intensiver Affekte zusammenbrechen. Einheit des Raumes – Abtrennung von Körperteilen vom Körper selbst. Zeit – die Identität des Selbst wird unter wechselnden affektiven Randbedingungen und damit entlang der Zeitachse gewechselt (Dr. Jekyll and Mr. Hyde). Kausalität – ausgeführte Handlungen werden als nicht vom Selbst verursacht attribuiert (Gedankenhören, Fernsteuerung). Finalität – Wünsche und Phantasien werden als Taten perzipiert (Allmacht der Gedanken, Magie). Wir kennen alle möglichen Formen von Verschiebungen zwischen den verschiedenen Repräsentationsformen dergestalt, daß z.B. der Körper als Repräsentations- und Projektionsleinwand für spirituelle und soziale Selbstdefinition bewußt oder unbewußt benutzt wird, wie in der Askese oder dem Bodybuilding. Repräsentationsfehler sind im vorhergehenden mehrfach angedeutet worden unter den Stichworten „falsches Selbst“ (die phylogenetische Wunschstruktur wird nicht abgebildet), Fehlen der Gefühle, falsches Körper selbst (Hypochondrie und fehlende Körperrepräsentanzen), falsches Handlungsselbst (Wünsche und Handlungen werden falschen Instanzen attribuiert, Außen-/Innenvertauschung). Solche Außen-/Innenvertauschungen können mehrfach ablaufen (projektive Identifikation). Ein Handlungsimpuls des Selbst wird einem Objekt attribuiert, und dasselbe wird beeinflußt, sich den Attribulierungen entsprechend zu verhalten. Schließlich erfolgt eine Internalisierung des phantasmagorisch veränderten Objektes (Ogden 1979). Psychopathologie im Zusammenhang mit selbstreferentiellen Gefühlen setzt meist auch einen Vergleichsakt der selbstreferentiellen Abbildung des Kranken mit der Perzeption desselben durch die Sozietät voraus. Dies schafft natürlich Probleme im Zusammenhang mit der Definition von Normalität.

Im Kontext der vorliegenden Arbeit sind vor allem die selbstreflexiven Emotionen, also das Selbst als Schnittpunkt der it-emotions der anderen von Bedeutung, wobei es offen bleiben muß, ob der Körper, die Handlungen oder das „Sein“, also das bloße Faktum der Existenz, Anlaß für die Affekte der anderen ist. Wir gehen davon aus, daß die selbstreflexiven Emotionen auf internalisierten Derivaten der Primäremotionen aufbauen. Scham ist der internalisierte Ekel einer Bezugsgruppe oder eines Objektes, zu dem man sich selbst als zugehörig rechnet. Wesentliche Teile des Selbst werden als nicht zum phantasierten anderen passend erlebt, und das Selbst des anderen ist der Referenzpunkt. Depression ist die internalisierte Wut eines Objektes, das man nicht verlassen kann, das man aber vertreiben möchte. Schuldangst ist die internalisierte Angst vor einem Objekt, das man fürchtet und nicht verlassen kann.

Die selbstreflexiven Affekte setzen relativ unabhängig funktionierende Strukturen voraus. So wird das Idealselbst als „Repräsentationen“ mit kognitiver Struktur bezeichnet (Moser 1983). Nach Ticho und Richards ist das Selbst „die Konstruktion eines Objekts der Reflektion und des Eigenbezuges, der Ort der selbstdefinierenden Erfahrungen, des Erlebens von Dauer und der Initiation von Selbstkontrollhandlungen“ (Ticho & Richards 1982, 724). „Normaler Narzißmus“ meint in diesem Kontext eine gut funktionierende Regulierung zwischen den Strukturen und keine Pathologie (Pritz & Mitterauer 1977).

Beim gegenwärtigen Stand des Wissens ist es vernünftig, von zwei solchen Strukturen, nämlich dem „Ich-Ideal“ (Chasseguet-Smirgel 1981) einerseits und dem Überich andererseits (Sandler 1960) auszugehen. Die korrespondierenden Zustandsaffekte bei Regelverletzungen sind Schamgefühle einerseits und Schuldgefühle andererseits. Die positiven Meldesysteme im Sinne von Gefühlen der Vollkommenheit bzw. des Stolzes und der Rechtschaffenheit werden im allgemeinen nicht bewußt erlebt. Sie machen als sogenannte Selbstwertgefühle die wenn auch sehr einflußreiche Hintergrundmusik unseres Erlebens aus. Werden sie explizit handlungsrelevant, wie in dem chronischen Bemühen, ein rechtschaffener und stets vollkommener Mensch zu werden, kann man von einer bereits gestörten Selbstwertregulation ausgehen (Lincke 1970).

8.2 Die Verinnerlichungsvorgänge

Die aufgeführten strukturellen Affekte setzen Verinnerlichungsprozesse voraus, die man auch als „Lernen“ bezeichnen kann, wenn man im Auge behält, daß sich solche strukturbildenden Lernprozesse dadurch auszeichnen, daß der Lernende nicht nur periphere Verhaltensweisen des Objektes übernimmt, sondern die Totalität seiner Haltung ihm selbst gegenüber. Im Erwerb von mentalen Strukturen verinnerlicht der Lernende das Bild von sich selbst und das Bemühen, so zu werden wie das idealisierte Objekt. Um den spezifischen Charakteristika solcher Verinnerlichungsvorgänge gerecht zu werden, wurden die Begriffe Inkorporation, Identifikation und Introjektion benutzt. Die theoretische Herleitung ist ebenso unbefriedigend, wie die unterschiedliche Benutzung der Termini durch die Autoren (Müller 1985).

8.2.1 Die primäre Identifikation

Die frühere Äußerung einer Gefühlsbindung an eine Person (Freud 1972) wird als „primäre Identifikation“ bezeichnet, obgleich im betreffenden Alter sicher noch keine Selbst- und Objektrepräsentanzen entwickelt sind und somit auch die Grundlage für identifikatorische Vorgänge fehlt. Gemeint ist wohl der Vorgang, in dessen Verlauf die objektbezogenen Affekte und ihre Beantwortung durch den noch undifferenzierten Partner eine Vorform einer Struktur ergeben, der Affekt des anderen, so z.B. sein Gesicht und seine Stimme, zu einer organisierenden Matrix für die Konstituierung des Selbst wird. Bin ich, als entstehendes selbstreferentielles Wesen, der ideelle Punkt, in den hinein ein für mich wichtiges Gesicht repetitiv und dauerhaft eine Ekel- oder Wutreaktion macht, dann wird eine der frühesten kognitiven Aktivitäten darin bestehen, mir selbst, also diesem mir selbst nicht sichtbaren ideellen Punkt Eigenschaften zu attribuieren, die diese Affekte rechtfertigen. Dieser Vorgang ist für die frühe Repräsentanzenbildung unverzichtbar, denn auf dem erwähnten kognitiven Niveau kann sich nur *eine* Welt entwickeln.

Jede Form von Verinnerlichung setzt organisierende Aktivität voraus, was heißen will, daß man nicht introjizieren oder sich identifizieren kann, wenn nicht wenigstens in nuce mentale Modelle der anderen Person vorhanden sind. Die Affekte beinhalten vor jedem

Lernvorgang ein Wissen um den korrespondierenden Handlungsimpuls auf Grund eines phylogenetischen Programms.

Wir nehmen also an, daß ein Kind „weiß“, was eine liebevolle Stimme und ein freundliches Gesicht bedeuten. Solche frühen mentalen Modelle als Vorläufer von Strukturen integrieren Triebreize, Affekte und Handlungsrepräsentanzen aus der Innenwelt mit Affektreizen und Handlungsrepräsentanzen des „significant other“. Die ersten Organisatoren solcher inneren Modelle sind die zyklischen Triebreize und die mit ihnen verbundenen Affekte (*Spitz* 1974). Um sie herum organisieren sich die weniger repetitiven anderen Erfahrungen, die zu den Selbst- und Objektrepräsentanzen führen. Das frühe Mutterschema bestünde so betrachtet aus der an die eigenen Triebe gebundene Erwartung auf Belohnung, wobei das Perzept, wenn es freundlich ist, selbst schon belohnenden Charakter hat. Beschreibt man den Prozeß in Termini des overt behavior, kann man von Konditionierungen erster Art als früher Form der Ordnungsbildung sprechen. Beschreibt man ihn von einer hypothetischen Innenseite aus, handelt es sich um die Entwicklung von Hoffnung und Ordnung in bezug auf die Objekte und Sicherheit und Geborgenheit in bezug auf das Selbst.

8.2.2 Identifikation

Identifikation als strukturbildender Lernprozeß setzt Selbst- und Objektrepräsentanzen voraus. Im Vorgang der Identifikation werden Selbst- und Objektrepräsentanzen fusioniert und zu einem neuen Modell des Selbst umgebaut (*Sandler* 1960). Identifikationen sind ein normaler entwicklungspsychologischer Vorgang, nach dem Teile des Selbstschemas nach der Vorlage eines gegenwärtigen oder vergangenen idealisierten Objektes verändert werden. In der Frühphase solcher Entwicklungen wird Ähnlichkeit durch Imitation von typischen Verhaltensmustern angestrebt. Im Verlauf dieses Prozesses der Verinnerlichung wird die Wertschätzung, die das idealisierte Objekt erfahren hat, in der Selbststruktur redupliziert. Die nun entstehende Struktur kann man „Ich-Ideal“ nennen.

8.3 Das Ich-Ideal

Es ist nach Meinung führender Experten (*Chasseguet-Smirgel* 1981) mit dem Überich nicht deckungsgleich. Bei einer gesunden Entwicklung werden allerdings nach der Adoleszenz die Funktionen des Überichs Teil des Ichideals. Das muß allerdings keineswegs so sein. Die Überichentstehung ist entwicklungspsychologisch betrachtet an die Auflösung des ödipalen Konfliktes gebunden. Das Ichideal ist die Nachfolgeorganisation der viel früheren narzißtischen Entwicklungsperiode. In ihm werden die Vorstellungen einer prinzipiell erreichbaren Vollkommenheit bewahrt, so daß das Ichideal stets ein utopisches Element von Mut, Schönheit, Kraft, Macht, Potenz, Allwissenheit beinhaltet, das seine Herkunft von der Idealisierung der Eltern und den narzißtischen Allmachtsphantasien des prärepräsentationalen Objektes verdankt. Das Ichideal ist der unbewußte Teil der verinnerlichten Liebe bzw. des Ekels eines Objektes vor der Selbst- und Objektdifferenzierung. Das Überich repräsentiert den unbewußten Teil der verinnerlichten Gebote eines dritten Objektes, das die Symbiose beendet. Es ist dabei im Auge zu behalten, daß diese Idealisierung ein notwendiger Zwischenschritt in der Überwindung des Narzißmus darstellt. Im Zuge der Selbst-/Objektdifferenzierung wird die dem beginnenden Kernselbst attribuierte Grandiosität an die Eltern teilweise abgetreten.

8.3.1 Die Scham

Die selbstreflexiven Affekte, die sich als Folge der Ich-Ideal/Ich-Differenzierung herausbilden, haben demnach auch eine narzißtische Qualität. So lassen sich Schamgefühle phänomenologisch dadurch charakterisieren, daß das erlebende Ich sich öffentlich exponiert, entblößt und erniedrigt fühlt. Es ist gewissermaßen die verinnerlichte Reaktion, sich den übermächtigen Blicken einer idealen Figur ausgesetzt zu sehen. (*Wurmser* 1986) spricht von den tausend Augen der Scham. Dabei handelt es sich um das innere Gewahrwerden einer radikalen Andersartigkeit als die idealisierte Figur, die das Ich betrachtet. Dies ist begleitet von körperlich physiologischen Reaktionen, die die Körpergrenzen akzentuieren, wie Rotanlaufen, Erhitzung der Haut. Motorisch-expressiv ist dieser selbstreflexive Affekt von einem Versuch, den Sitz der Identität, das Gesicht, dem

Scheinwerferlicht der inneren Blicke zu entziehen. Die Demutsge-
ste, die Blickvermeidung, der Wunsch, in den Boden zu versinken,
ist bereits der Lösungsversuch, die vernichtende Andersartigkeit
(Kleinheit) dadurch regressiv zu beheben, daß das Ich seine Existenz
aufgibt und mit dem Erdboden fusioniert. Das Gesicht zu verlieren
ist also durchaus wörtlich zu verstehen. Im Angesicht (sic) einer
idealen Existenz, an der ich nicht partizipieren kann, hat die Vor-
stellung einer eigenen Individualität keinen Sinn.

8.3.2 Das Erkennen

Das Gegenteil des Schamgefühls, der Last der tausend Augen, ist
das biblische „Erkennen“. Es handelt sich dabei um den beglücken-
den Moment einer Identitätsfeststellung, in einem Dialog mit etwas
Vollkommenerem mit dem dazugehörenden narzißtischen Glücks-
gefühl Teil eines vollkommenen Objektes zu sein. Dementspre-
chend hat der dialogisch menschliche Blick auch die beiden Bedeu-
tungsmerkmale von liebevollem Erkennen einerseits und Vernich-
tung andererseits. Da die Gottesvorstellungen des modernen Men-
schen, wenn nicht ganz verschwunden, so doch wenig geeignet für
symbiotische Beziehungen erscheinen, hat die dialogische Partizi-
pation an „Kunstwerken“ ein Stück weit Ersatzfunktion für das
ideale Erkennen von Identität angenommen (*Exline* 1972).

Jede Form der dauerhaften Fusionierung von Ichideal und Ich
bedeutet eine Regression auf eine pathologische Form des Nar-
zißmus. Dies gilt für Einzelpersonen, politische und religiöse Grup-
pen, aber auch für Künstler und ihre Produkte. Grundsätzlich kann
man zwei Formen der Störung des Ichideals mit korrespondieren-
den Formen der Veränderung des selbstreflexiven Affekterlebens
konstatieren.

Im religiösen Erleben, zumal im christlichen, nach dem der
Mensch gottähnlich geschaffen wurde, er also, zumal über den
„Menschensohn“, teilweise identitätsverwandt ist, spielen solche
Prozesse eine große Rolle. Auf der anderen Seite ist die Schau
Gottes, seines Antlitzes, nur den Verstorbenen dauerhaft möglich,
weil der Moment des Schauens zu einer Fusionierung, also einer
Auflösung der Individualität führt und die Rückkehr zum Nar-
zißmus bedeutet (Mose, Exodus, 12-33). Da dauerhafte Fusionierun-
gen von Ich und Ichideal von schweren Pathologien begleitet sind,

haben alle Religionen das Problem des sinnlich visuellen Dialogs mit einer idealen Existenz und der damit verbundenen Gefahr der Ichauflösung (das Versinken in Gott) zu lösen versucht. So ist in der russisch-orthodoxen Kirche die Versenkung in das gemalte Gesicht Christi eine Vorwegnahme der Auferstehung mit der dazugehörenden mystischen Verschmelzung in die Liturgie. Das Gesicht selbst ist in der Darstellungsform hochgradig ritualisiert. Die ehemals in der Mystik sehr lebendige Tradition der „Schau“ Gottes ist im Protestantismus weitgehend aufgegeben worden, weil die Symbiose mit Gott wegen der prinzipiellen Schuldhaftigkeit des Menschen, wenn nicht unmöglich, so doch außerordentlich risikoreich erscheint, denn ob man ein „Kind“ Gottes ist, ist letztendlich nur am Ende zu erkennen. Es handelt sich um eine schwere narzißtische Verarmung, weil die Kluft zwischen Ichideal und Ich so groß wurde, daß das narzißtische Wohlbefinden nur noch temporär über die Herstellung von Produktionen des Ichs erreicht werden kann (*Lincke 1979; Richter 1979*). Ob diese Produkte „Gefallen“ finden, bleibt ohnehin offen. Das oben erwähnte Bemühen nach chronischer Rechtschaffenheit und stets ein guter Mensch zu sein, ist so betrachtet Zeichen einer narzißtischen Verarmung des Ichs und der damit verbundenen Angst vor Regressionen. Sich zeigen können, die Reaktion des anderen sehen und daraus ein Lebensgefühl zu entwickeln, ist die Grundlage eines jeden gesunden Narzißmus. Niemand kann der narzißtisch bestätigende Beobachter seiner selbst sein, solange er nicht die entsprechende Struktur internalisiert hat.

8.3.3 Ausfall des Schamgefühls

Dauerhafte Fusionierung von Ichideal und Ich bedeutet einen Ausfall des Schamgefühls als demjenigen Meldesystem, das Nichtidentität feststellt. Es werden Handlungen ausgeführt, die in einem durchschnittlichen Erwartungshorizont dazu führen müßten, daß die Mitglieder der Gruppe das Subjekt als nicht zur Gruppe gehörig betrachten. Die Intimitätsschranken und die Ich-/Du-Grenzen werden systematisch mißachtet und verletzt. Es kommt zu einem fortwährenden Eindringen in den Intim- und Systembereich des Objektes, das gemeinhin mit Ekel/Abscheu als korrespondierende Ausstoßungsreaktion beantwortet wird (*Voyeurismus und Exhibitionismus*). Das Objekt wird zur Selbstwertregulation benutzt und soll

in der Rolle eines Selbst-Objektes die defiziente Selbstwertregulation übernehmen. Die „schamlosen“ Selbstdarstellungen sogenannter pathologischer Narzißten (Kohut 1973; Kernberg 1983), aber auch das schamlose Eindringen mancher schizophrener Mütter in den Gefühlsbereich der Kinder, gehen von der Erwartung aus, daß alle Objekte am Subjekt interessiert sind, und wer nicht interessiert ist, gehört nicht zur perzipierten Welt des Subjekts (Schefflen 1981). Die Selbstwertregulation läuft in einem präinternalisierten Stadium ab, sie beruht auf den Handlungen „realer“ Objekte. Das Verhalten ist suchtähnlich, denn beim Wegfall des bewundernden Objektes kommt es zu Derealisierungszuständen und schwersten Unwertgefühlen. Schamlosigkeit bedeutet immer einen Ausfall der Perzeption der Systemgrenzen. Dem entspricht die klinische Beobachtung, daß Schizophrene besonders schamanfällig sind, als Gegenreaktion zur fortdauernden Bedrohung der Systemgrenzen (Levine 1971). Die Empathie bei Ausfall der Scham ist schwerst behindert. Eine Übernahme von Positionen, die außerhalb der eigenen Selbstwertregulation liegen, ist nicht möglich. Die Patienten haben eine ausgeprägte Neigung zu pathologischen Partnerbeziehungen, in denen der Partner die jeweils fehlenden Selbstregulierungsanteile interaktiv repräsentieren muß. Diese Partnerbeziehungen werden narzißtisch genannt, weil sie keine Interaktionen sind, die den phantasmagorischen Systembereich des Einzelindividuums verlassen (Willi 1977; Richter 1960). Von Zeppelin (1973) stellt diese Beziehungen den objektalen gegenüber, die dem eigenen Partner ein eigenes Fühl- und Handlungszentrum konzederieren. Sie kann in einer Studie an Hippies und Gamblern zeigen, daß nach dem Wechsel eines Gruppenmitgliedes von einer narzißtischen auf eine objektale Beziehungsmatrix, z.B. infolge einer Therapie oder von normalen Reifungs- und Lernvorgängen beim Kind, es auf Seiten des Partners zu den schweren narzißtischen Aggressionen kommt, die nach dem Modell der Selbstamputation ablaufen.

Da unsere Wahrnehmung, wie uns unsere Mitmenschen erfassen, die einzige Grundlage darstellt, unser eigenes Ich zu beurteilen, ist die narzißtische Exhibition ebenso wie der Voyeurismus der Versuch einer Selbstdefinition. Der spezifische Blick des anderen soll eine ausgebliebene Definition der Identität liefern. Da der Körper das Ich durch die Möglichkeit der direkten optischen und haptischen Rückmeldung kohärent repräsentieren kann, finden wir bei ungesicherter Identitätsdefinition stets eine starke Gleichsetzung

von Körperlich und Identität, mit der obligaten Beschäftigung mit dem Spiegelbild einerseits und der Unfähigkeit, eine Veränderung eines idealisierten Körperbildes durch Alter und/oder Krankheit andererseits zu ertragen. Die entsprechenden Ängste sind den Vernichtungsängsten der Psychotiker gleichzusetzen, weil der scheinbare Verlust des idealisierten Körpers den Verlust der Identität bedeutet.

8.3.4 Hypertrophie von Schamreaktionen

Es handelt sich um eine fortwährende Präokkupation mit der negativ akzentuierten Andersartigkeit des Ichs. Solche Menschen fühlen sich fortlaufend beobachtet, was eine Reexternalisierung einer tatsächlichen entwertenden Beobachtung darstellt. Die Erythrophobie bedeutet so gesehen eine dauernde Befürchtung, in der eigenen Nichtigkeit erkannt zu werden. Das Größenmoment finden wir in der „fixen Idee“, dauernd von anderen angesehen zu werden. Es handelt sich so gesehen um eine Art verinnerlichten Exhibitionismus mit der gleichen Intensität des Eigenbezuges, negativer Akzentuierung und vor einer inneren Bühne. Dementsprechend hat der erzwungene soziale Rückzug keinerlei beruhigende Funktion. In manchen Fällen hat die Hypertrophie der Schamreaktion Abwehrfunktion und soll den Zusammenbruch der Systemgrenzen verhindern (siehe die Befunde von *Levine* 1971). Die chronische Schamreaktion kann eine Sprengung der Systemgrenzen verhindern. Der Vorläufer der Schamreaktion ist das „Tabu hinzuschauen“, wenn die affektive Erregung so groß wird, daß es zur automatischen Affektansteckung kommt (*Tomkins* 1963). Trotz seiner Fragilität verhindert das Ich durch die Schamreaktion, vom Ichideal konsumiert zu werden (*Lewis* 1979).

Frauen sind sehr viel stärker von chronischen Schamgefühlen betroffen als Männer. Letztere haben eine viel größere Inzidenzrate von Perversionen. In beiden Fällen handelt es sich um eine Erkrankung der Idealität. Einmal durch die scheinbare Unmöglichkeit, eine ideale Person zu werden, was mit der kulturellen Rollenverteilung und der damit verbundenen Entwertung der Frau zusammenhängt. Zum anderen durch die infantil magische Erschleichung der väterlich männlichen Funktionen unter Verzicht auf Reifung, Lernen, Leistung und Identifikation. In der erhöhten Beschämung der

Frauen kann man die Moderatorvariable für die höhere Inzidenz von Depression und Hysterie beim weiblichen Geschlecht (*Lewis 1971*) sehen.

Für die Schwergestörten ist die psychotherapeutische Arbeit mit fehlenden oder hypertrophen Schamgefühlen wichtiger als die Behandlung von Ängsten. Die Entwicklung von Schamgefühlen ist so gesehen eine Voraussetzung für die Akzeptanz von Selbstgrenzen, auf der anderen Seite sind die chronischen Schamgefühle ein schweres Hindernis für die Auseinandersetzung mit allen inneren Phantasien. Die Bearbeitung dieser Schamgefühle in der Übertragung ist unumgänglich (*Morrison 1984*).

8.3.5 Allgemeine Überlegungen zur Entwicklung des Ich-Ideals

Grundsätzlich kann man feststellen, daß Pathologien der Idealität dann auftreten, wenn das Projekt, eine ideale Person zu sein, nicht in die Zukunft verschoben wird, um langfristig so zu werden, wie einem die idealisierte Person jetzt erscheint. Der Aufschub setzt einerseits eine Identifikation mit dem idealisierten Dritten, was im allgemeinen der Vater ist (*Abelin 1980*) und andererseits Arbeit, Reifung und Realitätswahrnehmung voraus. Realitätskontrolle betrifft vor allem die Erkenntnis, daß die kindliche Sexualität unvollkommen in bezug auf Befriedigung der Erwachsenen wie auch den Zeugungsakt ist. Die Idealisierung des Vaters setzt die Akzeptanz der momentanen eigenen Kleinheit voraus. Diese ist aber nicht traumatisch, weil bei einer geglückten Entwicklung die Entwicklung selbst zum Ideal wird, so daß die momentane Nichterreichung der angestrebten eigenen Idealität nichts Quälendes bedeutet, sondern ein Motiv zum Wachsen.

Das ödipale Verbot, sich die Rechte des Vaters anzumaßen, ist so gesehen eher eine Entlastungsdeutung, die von der Erkenntnis ablenkt, daß es ohnehin nicht geht.

Entwicklungsbedingungen, die dem Kind vorgaukeln, es könne und müsse mit seinen kindlichen Fähigkeiten, die prägenitale Sexualität eingeschlossen, ein ideales Substitut für den Vater sein, verhindern solche Identifikationsvorgänge. Im Grunde handelt es sich um ein Festhalten an der kindlichen Größenidee, daß die infantilen Spielereien ohne den realen Erwerb der väterlichen Funktionen sich und die anderen befriedigen könnten. So ist der perverse Fetisch

eine Prothese, die vorgibt, besser und vollkommener als die erwachsene genitale Sexualität zu sein. In stark ideologisierten politischen und religiösen Gruppierungen können identische Entwicklungen beobachtet werden. Die „Verführer“ versprechen nach der Verjagung der Autoritäten eine Art narzißtischer Himmelfahrt, derzufolge die Mitglieder der Gruppe qua Mitgliedschaft, d. h. unter Umgehung echter Leistungen und der Realitätswahrnehmung, sich in ideale Personen verwandeln, sei es als Arier, Moonist etc. Der (Ver-)Führer ist der selbst infantile prägeschlechtliche Illusionist, der die mögliche Vereinigung von Ichideal und Ich vorgaukelt. Solche apokalytischen Erlösungsideen sind uns von den Psychosen wohlbekannt. Sie haben eine definierte Phasenabfolge mit der „Reinigung“ der Welt und der Einebnung aller Unterschiede im Blutbad, der Wiederkehr des idealisierten Objektes und der endgültigen Scheidung von Gut und Böse, mit der anschließenden Fusionierung der Erwählten mit dem guten Objekt. Solche Bewegungen sind selten harmlos, weil des einen Apokalypse stets den Holocaust desjenigen bedeutet, der die narzißtische Kollektivphantasie nicht mitmachen will oder dazu ausersehen wurde, das radikal Andere, das Nichtich, darzustellen (Ostow 1986). In der auf der Illusion gegründeten Gruppe erfüllt der „Verführer“ die Rolle, die die Mutter des künftigen Perversen spielt, indem sie ihm vorgaukelt, daß er nicht heranwachsen, sich nicht mit dem Vater zu identifizieren brauche.

8.4 Das Über-Ich

Vor der eigentlichen Überichentwicklung, die erst mit der Lösung des ödipalen Konfliktes einsetzt (Freud 1973b), bilden sich präautonome Über-Ich-Schemata, die noch an die Gegenwart der Eltern gebunden sind. In ihnen wirkt der oben beschriebene Mechanismus der Identifikation und des Gehorsams in strukturbildender Weise zusammen. Das Kind, das die elterlichen Gebote befolgt, hat einen doppelten Gewinn (Sandler 1960). Es gewinnt Befriedigung dadurch, daß es dasjenige tut, was die Mutter gesagt hat (ich bin ein braves Kind), aber auch dadurch, daß es so wie die Mutter ist, indem es sich selbst sagt, was es tun muß. Im letzteren findet man den identifikatorischen Anteil des Vorgangs „Gehorchen“. Wenn das Kind die phallische Phase erreicht, werden eine ganze Reihe von

latent vorhandenen Konflikten bis zu einem Ausmaß intensiviert, das die bisherigen Lösungsversuche über den „identifikatorischen Gehorsam“ nicht mehr ausreichend erscheinen lassen.

1. Intensivierung des „negativen“ ödipalen Konfliktes bzw. der zärtlich homoerotischen Bestrebungen dem gleichgeschlechtlichen Elternteil gegenüber und damit Eintritt in ein Rivalitätsverhältnis zum andersgeschlechtlichen Elternteil.
2. Intensivierung des „positiven“ ödipalen Konfliktes mit zärtlichen Strebungen dem andersgeschlechtlichen Elternteil gegenüber und einer Intensivierung des Rivalitätsverhältnisses zum gleichgeschlechtlichen Elternteil.
3. Die Erkenntnis der Unmöglichkeit der Realisierung solcher Wünsche.
4. Intensivierung von ohnehin schon präformierten Verletzungsängsten (sogenannten Kastrationsängsten) durch eine projektiv veränderte Vaterwahrnehmung. Die eigene Wut wird auf den Vater projiziert und kehrt von dort in Form von Verletzungsängsten zurück.

Die Überichbildung löst dieses Bündel von schweren Konflikten durch einen Introjektion genannten Vorgang, der sich von der Identifikation dadurch unterscheidet, daß das Introjekt das reale Objekt gänzlich oder in Teilen in bezug auf die belohnenden und bestrafenden Qualitäten ersetzen kann, was für Identifikationen nicht gilt. Letztere benötigen die „reale Vorlage“ des Ideals wenigstens von Zeit zu Zeit, d. h. der Aufbau des Introjektes geht parallel zu und/oder ist die Folgeerscheinung einer Auflösung einer realen Objektbeziehung. Durch die Introjektion wird die spezifische Modalität der Objektbeziehung aufrechterhalten, ohne daß das reale Objekt notwendig wäre. Folglich wird weniger das Verhalten der Eltern introjiziert, sondern ihre Autorität, sich selbst zu belohnen und zu bestrafen. Die Angst vor Verletzung und Bestrafung wird nun durch Schuldängste abgelöst. Die weitere Folge der Überichbildung ist die Identifikation mit dem Introjekt, also die sukzessive Angleichung des Selbstschemas nach Maßgabe eines introjizierten Objektbildes. Es ist im Auge zu behalten, daß all diese Vorgänge parallel zur kognitiven Entwicklung ablaufen und durch dieselbe modifiziert und ameliorisiert werden (Colby & Kohlberg 1984; Piaget 1954).

8.4.1 Schuldgefühle

Die obige Definition von Schuldgefühlen kann nun um den strukturellen Gesichtspunkt erweitert werden. Schuldgefühle sind so gesehen die Wahrnehmung einer Kritik durch ein Introjekt, wohingegen Schamgefühle die Wahrnehmung des Ekels (also der Ausstoßungstendenz) durch ein idealisiertes Partialobjekt (das Ich-Ideal), mein besseres Ich, darstellen. Sowohl der Ausfall wie auch die Hypertrophie von Schuldgefühlen sind klinisch sehr bedeutsam. Die Verhältnisse werden dadurch kompliziert, daß die Schuldgefühle nicht notwendigerweise bewußt werden müssen, d. h. die Kritik des Introjektes unter Umgehung der selbstreflexiven Wahrnehmung direkt in Handlungen, z.B. selbstschädigende Verhaltensweisen, umgesetzt oder masochistisch erotisiert werden kann. Man muß also gewissermaßen zwischen der Intensität der Schuldgefühle und der Intensität der Kritik durch das Introjekt unterscheiden. Im folgenden soll zuerst auf die Randbedingungen eingegangen werden, die die Kritikneigung solcher introjizierten Strukturen besonders hervorkehren, um dann auf die Frage der Bewußtheit bzw. Unbewußtheit der selbstreflexiven Gefühle einzugehen. Es dürfte hoffentlich klargeworden sein, daß die Unbewußtheit durch Abwehr eine andere Entstehungsgeschichte und funktionale Bedeutung hat, als das Fehlen eines Gefühls wegen mangelnder Struktur- bildung und wegen der instrumentellen Konditionierung des entsprechenden Gefühls.

8.4.2 Randbedingungen des Introjektionsvorganges

Im Rahmen des Introjektionsvorganges können die liebevollen Anteile der Beziehung zu den Eltern aufrechterhalten bleiben, wohingegen die bestrafenden Anteile neugebildeten Strukturen zuwachsen, d. h., je weniger ichsyntone Aggressionsmeisterung in der realen Beziehung zu den Eltern möglich ist und war, desto aggressiver ist die internalisierte Struktur. Folgende Randbedingungen sind klinisch für pathologische Überichbildung von Bedeutung.

1. Die „negative“ ödipale Beziehung ist zwar entwickelt, aber das Objekt dieser Liebe hat bereits vor der phallischen Phase eine derart massive narzißtische Entwertung erfahren, daß eine „Introjektion“ gewissermaßen uninteressant ist. Die betreffenden

Patienten bleiben auf einer Vatersuche. Die Überich-Entwicklung verbleibt in präautonomen Schemata.

2. Die „negative“ ödipale Situation ist durch Gewalt, Hohn und Verachtung charakterisiert. Die liebevolle homoerotisch getönte Grundlage für die der Introjektion vorauslaufenden identifikatorischen Prozesse fehlt. Die zärtlichen, häufig als weibisch, schwul bezeichneten Wünsche werden abgespalten und im eigenen Körperschema oder in den eigenen Kindern, Schülern etc. bekämpft. Die Überichbildung ist schon von einer phantasmagorischen Gleichsetzung homoerotischer Bestrebungen mit Unterwerfung belastet. Zärtlichkeit bedeutet Schwäche, Kastration, Ehrlosigkeit, wobei die Frauen per definitionem ehrlos sind, weil sie angeblich solche Wünsche haben. Es kommt zu einer sado-masochistischen Überichstruktur, weil die präautonomen Bindungskräfte identifikatorischer Natur, die das Introjekt liebevoll gestalten könnten, nicht nur fehlen, sondern selbst Quelle von intensiven Schuldgefühlen sind. In einer bestimmten Variante kommt es zu gar keiner Introjektion und das Kind verbleibt in der dyadischen Beziehung zur Mutter, allenfalls mit der Phantasie, der bessere Vater, Mamas Retter, zu sein.

Die positive ödipale Entwicklung, also die Liebe zum gleichgeschlechtlichen Elternteil, ist nicht als Wunsch zu einem faktischen sexuellen Vollzug zu verstehen. Es besteht im Gegenteil eine schamgetönte Hemmung vor sexuellen Interaktionen mit ehemals narzißtisch besetzten Objekten (Partial-Objekten), so daß das vermeintliche väterliche Inzestverbot gewissermaßen die soziale Fassung einer ohnehin vorhandenen Hemmung darstellt. Die phallischen „Inzestwünsche“ beziehen sich auf die spielerische Imitation des Vorganges der Verführung. Die Unverführbarkeit der Eltern bedeutet eine Dekompensation der narzißtisch phallischen Befähigung. Der faktische Vollzug der Handlung ist allerdings nicht weniger traumatisch, denn nun ist die Verführung Eingangspforte zu unkontrollierbaren schwerst angstauslösenden Prozessen. Die inzestuösen Gefühle der Eltern ihren Kindern gegenüber scheinen das bei weitem größere Problem im Vergleich zu den kindlichen Wünschen zu sein (*Bischof 1985*).

8.4.3 Hypertrophie und Ausfall von Schuldgefühlen

Wie bereits angedeutet, muß man zwischen der Intensität der Kritik und dem Erleben dieser Kritik unterscheiden. In der neurotischen Depression, in der erlebte Schuldgefühle eine wesentliche Rolle spielen, nimmt man an, daß Vorwürfe einem ehemaligen hochgradig ambivalent erlebten Liebesobjekt gelten, an dessen Stelle der Depressive sich selbst gesetzt hat. Dieser Vorgang hat den Vorteil, daß die durch die Trauer zu erreichende Ablösung vom Objekt nicht geleistet werden muß. Die Schuldgefühle werden als ichsynton, also als gerechtfertigt, erlebt.

In der Zwangsneurose, in der ubw. Schuldgefühle eine zentrale Rolle spielen, kommt es zu einer wenn auch vergeblichen Rebellion gegen die unbewußten Vorwürfe. In beiden Formen ist die Wut auf das ursprüngliche Introjekt relativ deutlich zu erkennen. Die Erotisierung der Strafen, z.B. im Wunsch, geschlagen und gedemütigt zu werden, ist noch nicht sehr gut verstanden. Sie kann außerordentlich viele Wurzeln haben (Rohde-Dachser 1986). Viele selbstschädigende Handlungen dienen weniger einem unbewußten Strafbedürfnis als der Identitätssicherung bei Borderline-Strukturen und Psychosen.

Der Ausfall von Schuldgefühlen kann zustande kommen, weil es zu keiner Liebesbeziehung gekommen ist und die Verinnerlichungen gewissermaßen nicht genügend Gratifikationen bieten, um die chronische Wut der Patienten „aus Liebe“ in Grenzen zu halten. Ohne Bindung kann es keine Strukturbildung und damit auch kein Schuldangstsignal geben. In diesen Fällen müssen gleichzeitig die Affekte Trauer, Scham, Lachen und Weinen ausfallen, was für den betreffenden Patientenkreis auch zutrifft. Sie sind nicht als neurotisch anzusehen.

Literatur

- Abelin, E. (1980). Triangulation, the role of the father and origins of core gender identity during the rapprochement subphase. in: R. Lax et. al. (Eds.), *Rapprochement* (S. pp 151 – 169). New York: Aronson.
- Ahrens, S. (1984). Zur Affektverarbeitung bei psychosomatischen Patienten. Teil 1. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 30, 201-213.
- Alamansi, R. J. (1960). The face breast equation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 8, 43-70.

- , (1983). On the persistence of very early memory traces. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 391-422.
- Alexander, F. (1977). *Psychosomatische Medizin*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Andrew, R. J. (1979). Vom Ursprung des Gesichtsausdrucks. In: K. Scherer & H. Wallbott (Hrsg.), *Nonverbale Kommunikation* (S. 43-50). Weinheim: Beltz.
- Anstadt, T. (1985). Der Ausdruck von Primäraffekten in Gesichtszeichnungen von Schizophrenen. Diplomarbeit an der Fachrichtung Psychologie der Universität des Saarlandes.
- , & Krause, R. (1988). Der Ausdruck von Primäraffekten in Gesichtszeichnungen von Schizophrenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17 (2), 119-131.
- Anthi, P. R. (1983). Reconstruction of preverbal experiences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 33-58.
- Aries, P. H. (1980a). Eine Geschichte des Todes. München: Hauser.
- , (1980b). Die Geschichte der Kindheit. München: dtv.
- Attneave, F. (1969). *Informationstheorie in der Psychologie*. Bern: Huber.
- Averill, J. (1979). The functions of grief. In: Izard (Ed.), *Emotions in Personality and Psychopathology* (S. 337-368). New York: Plenum Press.
- Ayers, A. J. & Heskett, W. N. (1972). Sensory integrative dysfunction in a young schizophrenic girl. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 174-181.
- Balint, E. (1963). On being empty of oneself. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 470-480.
- Balint, M. (1956). *Angstlust und Regression*. Stuttgart: Klett.
- Basch, M. F. (1976). The concept of affect: A re-examination. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 759-777.
- , (1983). Empathic understanding. A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 101-126.
- Beebe, B., Stern, D. & Jaffe, J. (1979). The kinesthetic rhythm of mother-infant interactions. In: A. Siegman & S. Feldstein (Eds.), *Speech and Time. Temporal speech patterns in interpersonal context* (S. 23-35). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Berlyne, D. E. (1960). *Conflict, arousal and curiosity*. New York: McGraw Hill.
- Bischof, N. (1966a). Psychophysik der Raumwahrnehmung. In: *Handbuch der Psychologie*, Bd. 1, 1. Halbband: *Allgemeine Psychologie* (S. 307-408). Göttingen: Hogrefe.
- , (1966b). *Stellungs- Spannungs- und Lagewahrnehmung*. In: *Handbuch der Psychologie*, Bd. 1, 1. Halbband: *Allgemeine Psychologie* (S. 409-497). Göttingen: Hogrefe.
- , (1985). *Das Rätsel Ödipus*. München: Piper.
- Bischof-Köhler, D. (1985). Zur Phylogenese menschlicher Motivation: in: L. H. Eckensberger & E. Lantermann (Hrsg.), *Emotionalität und Reflexivität* (S. 3-58). München: Urban & Schwarzenberg.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1980). *Ich-Psychologie II*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- , —, (1984). On tracking the patient. Unveröffentl. Manuskript.
- Bleuler, E. (1969). *Lehrbuch der Psychiatrie* (11. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Boesch, E. E. (1980). *Kultur und Handlung*. Bern: Huber.
- , (1984). The development of affective schemata. *Human Development*, 34, 173-209.
- Bolterauer, L. (1975). Der Fanatismus. *Psyche*, 29, 287-315.
- Bowlby, J. (1961). Process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.
- Boyer, L. B. (1985). Psychoanalyse einer Borderline-Patientin. *Psyche*, 39, 1067-1101.
- Brooker, A. E. & Mauth, Th. R. (1982). Infantile Autism: Clinical features, diagnosis, etiology and prognosis. *Psychological Reports*, 50, 587-592.

- Bucci, W. (1991). A multiple code theory of free association and dreams. In: *Fonagy, P. & Kernberg, O. (Eds.), The integration of research and psychoanalytic practice. The proceedings of the IPA's first international conference on research. To appear, Kranac, London, 1995.*
- Buck, R. (1983). Emotional development and emotional education. In: *R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), Emotion. Theory, research and experience. Vol. 2. Emotions in early development (S. 259-292). New York: Academic Press.*
- Bürgin, D. (1984). Die Psychose: Eine pervasive Entwicklung? In: *R. Lempp (Hrsg.), Psychische Entwicklung und Schizophrenie (S. 105-115). Bern: Huber.*
- Chance, M.R.A. (1980). An ethological assessment of emotion. In: *R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), Emotion. Theory, research and experience (S. 81-112) (Vol. 1). New York: Academic Press.*
- Charlesworth, W. R. & Kreutzer, M. A. (1973). Facial expressions of infants and children. In: *P. Ekman (Ed.), Darwin and facial expression (S. 91-168). New York: Academic Press.*
- Chasseguet-Smirgel, J. (1981). Das Ichideal. Frankfurt: Suhrkamp.
- , (1983). Perversion and the universal law. *International Review of Psychoanalysis, 10, 393.*
- Chevalier-Skolnikoff, S. (1973). Facial expression of emotion in nonhuman primates. In: *P. Ekman (Ed.), Darwin and facial expression (S. 11-90). New York: Academic Press.*
- Ciampi, L. (1982). Affektlogik. Stuttgart: Klett.
- Cierpka, M. (1985). Zur Unterscheidung von Neurose und Psychose. *Forum der Psychoanalyse, 1, 265-283.*
- , (1986). Zur Psychodynamik der Kleptomanie. *Psychiatrische Praxis, 13, 94-193.*
- Colby, A. & Kohlberg, L. (1984). Das moralische Urteil. Der kognitionszentrierte entwicklungspsychologische Ansatz. In: *G. Steiner (Hrsg.), Entwicklungspsychologie (S. 348-366) (Bd. 1). Weinheim: Beltz.*
- Colbert, E. G., Kögler, R. R. & Markan, C. H. (1959). Vestibular disfunction in childhood schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 1, 600-617.*
- Cremerius, J. (1977). Ist die psychosomatische Struktur „der französischen Schule“ krankheitsspezifisch? *Psyche, 31, 293-317.*
- Dahl, H. (1979). The appetite hypothesis of emotion. A new psychoanalytic model of motivation. In: *D. Izard (Ed.), Emotions and personality in psychopathology (S. 199-223). New York: Plenum Press.*
- , (1988). Frames of mind. In: *H. Dahl & H. Kächele & Thoma (Eds.), Psychoanalytic Process research strategies. Heidelberg: Springer. S. 51-66.*
- Darwin, C. (1872). The expression of the emotions in men and animals. London: Murray.
- Decarie, Th. & Solomon, R. (1984). Affektivität und kognitive Entwicklung. In: *G. Steiner (Hrsg.), Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. 1, Entwicklungspsychologie (S. 401-423). Weinheim: Beltz.*
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly, 11, 301-321.*
- De Rivera, J. (1977). A structural theory of the emotions. *Psychological issues. Vol. 10. New York: International University Press, 4, Mono. 40.*
- Devereux, G. (1978). Normal and Anormal. Frankfurt: Suhrkamp.
- Dietz, A. (1985). Mimische Kommentare zu eigenem aggressiven Humor: Eine Studie zum FACS. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Fachrichtung Psychologie der Universität des Saarlandes.

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Bern: Huber.
- Dörner, D. (1985). Verhalten, Denken und Emotionen. In: L. H. Eckensberger & E. Lantermann (Hrsg.), *Emotion und Reflexivität* (S. 157-181). München: Urban & Schwarzenberg.
- , Kreuzzig, H. W., Reither, F. & Stäudel, T. (1983). Lohausen. Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität, Bern: Huber.
- Dougherty, F. E., Bartlett, E. S. & Izard, C. E. (1974). Responses of schizophrenics to expressions of fundamental emotions. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 243-246.
- Duerr, H. P. (1979) Traumzeit. Über die Grenze zwischen Wildnis und Zivilisation. Frankfurt: Syndikat.
- Eibl-Eibesfeld. I. (1980). Medical aspects of communicative behavior as seen from an ethological perspective. In: S. A. Corson & E. O. Corson, *Ethology and nonverbal communication in mental health* (S. 15-21). Oxford: Pergamon.
- , (1984) *Biologie des menschlichen Verhaltens*. München. Piper.
- Ekman, P. (1985). *Telling lies. Clues to deceit*. New York: Norton.
- , Friesen, W. V. /1969). The repertoire of nonverbal behavior. Categories, Origins, Usage and Coding. *Semiotica*, 1, 49-98.
- , —, Ellsworth, Ph. (1982). What are the similarities and differences in facial behavior across cultures. In: P. Ekman (Ed.), *Emotion in the human face* (S. 128-143). Cambridge University Press.
- , —, Simons, R. C. (1985). Is the startle reaction an emotional? *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1416-1426.
- , Levenson, R. W. & Friesen, W. V. (1983). Automatic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208-1210.
- , Oster, H. (1982). A review of research. Developmental studies. In: P. Ekman (Ed.), *Emotion in the human face* (S. 153-159) Cambridge University Press.
- Elias, N. (1976). *Über den Prozeß der Zivilisation* (Bd. 1 u. 2). Frankfurt: Suhrkamp (Erstaufgabe 1936).
- Ellgring, J. H. (1989). *Nonverbal communication in depression*. Cambridge University Press.
- Emde, R. N. (1992). Positive Emotions for Psychoanalytic Theory: Surprises from and New Directions. In: T. Shapiro & R. N. Emde (Eds.). *Affect: Psychoanalytic Perspectives*. International Universities Press. 5-44.
- Endres de Oliveira, G. (1989). Reagieren Kleinkinder auf affektive mimische Reize affektiv? *Acta Paedopsychiatrica*, 52, 26-35.
- Engel, G. L. (1962). Anxiety and depression withdrawal: The primary affects of unpleasure. *The International Journal of Psychoanalysis*, 43, 89-97.
- Engelkamp, J. (1994). Episodisches Gedächtnis: Vom Speicher zu Prozessen und Informationen. *Psychologische Rundschau*, 45, 195-209.
- Erdheim M. (1982). *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Erikson, E. H. (1957). *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett.
- Exline, R. (1972). Visual Interaction: The Glances of Power and Preference. In: James K. Cole (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (S. 163-206) (Vol 19). University of Nebraska Press.
- Feldmann, R. S. (1982). *Development of nonverbal behavior in children*. Heidelberg: Springer.
- Feldstein, St. (1964). Vocal patterning of emotional expression. *Science and Psychoanalysis*, 7, 193-210.

- Fenichel, O. (1974). *Psychoanalytische Neurosenlehre* (Bd. 1,2 und 3). Olten: Walter.
- Fest, J. C. (1981). *Hitler*. Berlin: Ullstein.
- Fiedler, K. (1985). Zur Stimmungsabhängigkeit kognitiver Funktionen. *Psychologische Rundschau*, 36, 124-134.
- Fiedler, P. (1994). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Field, T. M., Woodson, R., Greenberg, R. & Cohen, D. (1982). Discrimination and Imitation of Facial Expressions by Neonates. *Science*, 218, 179-181.
- Fisher, S. & Cleveland, S. E. (1968). *Body image and personality*. New York: Dover Publications.
- Franke, A. (1981). *Psychosomatische Störungen. Theorien und Versorgung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Freud, S. (1948). *Die Traumdeutung*. GS (Bd. 2/3). London: Imago Publishing Company (Erstaufgabe 1900).
- , (1955). Fetischismus. GW (Bd. 14, S. 311-317). London: Imago Publishing Company (Erstaufgabe: 1927).
- , (1972). Massenpsychologie und Ichanalyse, GW (Bd. 13, S. 70-162). Frankfurt Fischer (Erstaufgabe 1921).
- , (1973a). Hemmung, Symptom und Angst, Studienausgabe (Bd. 6, S. 227-308) Frankfurt: Fischer (Erstaufgabe 1926).
- , (1973b). Zur Einführung des Narzißmus. GS (Bd. 10, S. 138-170). Frankfurt: Fischer (Erstaufgabe 1914).
- , (1973c). Das Unbewußte. GW (Bd. 10, S. 264-303). Frankfurt: Fischer (Erstaufgabe) 1915).
- , (1973d). Trauer und Melancholic. GW (Bd. 10, S. 428-446). Frankfurt: Fischer (Erstaufgabe 1916).
- , (1978a). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW (Bd. 5, S. 27-145). Frankfurt: Fischer (Erstaufgabe 1905a).
- , (1978b). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten. Studienausgabe (Bd. 4, S. 9-229). Frankfurt: Fischer (Erstaufgabe 1905b).
- , (1978c). Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (dementia paranoides). GW (Bd. 8, S. 239-320). Frankfurt: Fischer (Erstaufgabe 1911).
- , (1978d). Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. GW (Bd. 8, S. 230-238) (7. Auflage). Frankfurt: Fischer (Erstaufgabe 1911).
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: University Press.
- Frisch, J., Schwab, F. & Krause, R. (1995). Affektives Ausdrucksverhalten gesunder und an Colitis erkrankter männlicher und weiblicher Erwachsener. (eingereicht Zeitschrift für Klinische Psychologie am 18.10.1993)
- Frosch, J. (1983). *The psychotic process*. New York: International Universities Press.
- Gaensbauer, Th. J. (1982). The differentiation of discrete affect. A case report. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 37, 29-66.
- Grand, S. (1982). The body and its boundaries. A psychoanalytic view of cognitive process disturbances in schizophrenia. *International Review of Psychoanalysis*, 9, 327-342.
- Green, A. (1973). *Le discours vivant*. Presses Universitaires de France.
- Greenacre, Ph. (1953). Certain relationships between fetishism and faulty development of body image. *Psychoanalytic Study of the Child*, 8, 79-98.
- , (1968). Perversions. General considerations regarding their genetic and dynamic background. *Psychoanalytic Study of the Child*, 23, 47-63.
- , (1969). The fetish and the transitional object. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 144-164.

- Grünert, U. (1982). Selbst-Darstellung und Selbst-Entwicklung im manifesten Traum. In: F. W. Eickhoff & W. Loch (Hrsg.), *Jahrbuch der Psychoanalyse* (S. 179-210). Stuttgart: Frommann.
- Guex, G. (1982). *Das Verlassenheitssyndrom*. Bern: Huber.
- Guidano, V. F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Gunderson, J. D. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- Hager, J. & Ekman, P. (1985). The asymmetry of facial actions is inconsistent with models of hemispheric specialization. *Psychophysiology*, 22, 307-317.
- Hahlweg, K., Feinstein, E. Müller, U. & Dose, M. (1988). Folgerungen aus der expressed emotion Forschung für die Rückfallprophylaxe Schizophrener. In: Kaschka, Joraschky & Lungershausen (Hrsg.), *Die Schizophrenien* (S. 201-210). Heidelberg: Springer.
- Hans, G., Krause, R., & Steimer, E. (1986). Interaktionsprozesse bei Schizophrenen – Methoden, Probleme und Forschungsthesen. In: E. Nordmann & M. Cierpka (Hrsg.), *Familienforschung in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 30-51). Heidelberg: Springer.
- Hardin, S. (1978). *Functional analysis of nonverbal interpersonal communication of selected schizophrenics and normals*. Doctoral Dissertation, University of Illinois, Urbana-Champaign.
- Hartmann, H. (1975). *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. Stuttgart: Klett.
- Hartocollis, P & Lester, E. P. (1982). New directions in affect theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 197-211.
- Haynal, A. (1975). Freud und Piaget. *Psyche*, 29, 242-272.
- , (1982). Die Analyse des Traumes und der psychoanalytische Prozeß. In: F. W. Eickhoff & W. Loch (Hrsg.), *Jahrbuch der Psychoanalyse* (S. 158-179). Stuttgart: Frommann.
- Heimann, H. (1966). Die quantitative Analyse mimischer Bewegungen und ihre Anwendungsmöglichkeiten. Bericht über den 25. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Münster (S. 639-646). Göttingen: Hochrätner.
- , (1990). *Anhedonie. Verlust der Lebensfreude*. Stuttgart: Fischer.
- , Spörri, T. (1957). Das Ausdruckssyndrom der mimischen Desintegration bei chronischen Schizophrenen. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 35/36, 1126-1128.
- Herzka, H.S. (1979). *Gesicht und Sprache des Säuglings* (2. Auflage). Basel: Schwabe.
- Hoffmann, S.O. (1986). Die frühen Störungen. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 31, 179-180.
- Holzkamp, K. (1964). *Theorie und Experiment in der Psychologie*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Iglesias, J., Naranjo, J.M. & Loeches, A. (1985). Expression and recognition of emotion. Communication presented at the Second European Conference on Facial Measurement, University of the Saarland, Saarbrücken, Germany.
- Imhof, A. E. (1983). *Der Mensch und sein Körper von der Antike bis zur Gegenwart*. München: Beck.
- Izard, C. E. (1979). The maximal discriminative facial movement coding system. Instructional Research Center, University of Delaware, Newark, Delaware.
- Jacobson, E. (1972). *Psychotischer Konflikt und Realität*. Frankfurt: Fischer.
- , (1983). *Depression*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Janov, A. (1986). *Der Urschrei* (9. Auflage). Frankfurt: Fischer.

- Jaspers, K. (1965). *Allgemeine Psychopathologie* (8. Auflage). Berlin: Springer.
- Joraschky, P., Engelbrecht-Phillip, G. & Arnold, S. (1988). Grenzenstörungen als Dysfunktionalitätsmerkmal bei Familien mit einem schizophrener Jugendlichen. In: W. P. Kaschka, P. Kaschka, W. P. Joraschky & E. Lungershausen (Hrsg.), *Die Schizophrenien* (S. 173-187). Heidelberg: Springer.
- Käsermann, M. L. (1983). Form und Funktion schizophrener Sprachstörungen. *Sprache und Kognition*, 3 132-147.
- Kernberg, O. F. (1975). Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp.
- , (1983). Self, ego affects and drives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 893-917.
- , (1985a). Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- , (1985b). Ein konzeptuelles Modell zur männlichen Perversion. *Forum der Psychoanalyse*, 1 167-188.
- Keßler, B. H. (1983). Rational-emotive Therapie. In: R. J. Corsini (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie* (Bd. 2) (S. 1105-1126). Weinheim: Beltz.
- , Wagner, T. (1988). Doppelfehler beim Denken. Gedanken im Tennisspiel und ihre Auswirkungen. *Sportpsychologie*, 2, 17-21.
- , Schubert, H. J. (1989). Mimische Reaktionen auf Filme mit aggressivem Humor. *Medienpsychologie* 1 (2)
- Khan, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.
- , (1983). Entfremdung bei Perversion. Frankfurt: Suhrkamp.
- Klein, H. (1986). Identification processes and denial in the shadow of narzism. *International Journal of Psychoanalysis*, 67, 45-52.
- König, K. (1982). Interaktioneller Anteil der Übertragung und phobische Persönlichkeitsstruktur. *Psychotherapie und Psychosomatik*, 27, 25-32.
- König, O. (1970). Die Ritualisierung des Auges in der Ornamentik. In: ders., *Kultur und Verhaltensforschung. Einführung in die Kulturrethologie* (S. 183-262). München: dtv.
- Kohut, H. (1973). *Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Konkoku, M. & Lenzinger-Bohleber, M. (1992). Psychoanalysis and neuropsychophysiology: A look at case material from the theoretical perspectives. In: M. Lenzinger-Bohleber, H. Schneider & R. Pfeifer. „Two Butterflies on my Head“. *Psychoanalysis in the Interdisciplinary Scientific Dialogue*. Berlin: Springer, 133-177.
- Kovacs, M. & Beck, A. T (1979). Cognitive affective processes in depression. In: C. Izard (Ed.), *Emotions in personality and psychopathology* (S. 415-444). New York: Plenum Press.
- Krause, R. (1972). *Kreativität*. München: Goldmann.
- , (1976). *Produktives Denken bei Kindern*. Weinheim: Beltz.
- , (1981). *Sprache und Affekt*. Stuttgart: Kohlhammer.
- , (1982). Kernbereiche psychoanalytischen Handelns. *Nervenarzt*, 53, 504-512.
- , (1983). Zur Phylo- und Ontogenese des Affektsystems. *Psyche*, 37, 1016-1043.
- , (1984a). Psychoanalyse als interaktives Geschehen. In: U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro- und Mikroperspektiven* (S. 146-158). Göttingen: Hogrefe.
- , (1984b). Ist Wissenschaft und Kunst heilsam für denjenigen, der sie macht? In: P. Feyerabend (Hrsg.), *Wissenschaft und Kunst* (S. 75-86). Verlag der Fachvereine.
- , (1985a). Über die psychoanalytische Affektlehre am Beispiel der Einsicht. In: L. H. Eckensberger & E. Lantermann (Hrsg.), *Emotionalität und Reflexivität* (S. 267-290). München: Urban & Schwarzenberg.

- , (1985b). Über die primäre Identifikation und ihre Abwehr. *Schweizerisches Jahrbuch für Psychoanalyse: Psychanalyse* (S. 95-120). Neuchâtel: La Baconnière.
- , (1988). Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der frühen Störungen. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 38, 77-86.
- , (1993). Über das Verhältnis von Trieb und Affekt am Beispiel des perversen Aktes. *Forum für Psychoanalyse*, 9, 187-197.
- , (1994). Schwer-, Früh- und Unbehandelbar. In: *Streeck, U. & Bell, K. (Hrsg.). Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen*. München: Pfeiffer, 61-79.
- , *Lütolf, P.* (1988). Facial indicators of transference processes in psychoanalytical treatment. In: *H. Dahl & H. Kächele (Eds.), Psychoanalytic process research strategies* (S. 257-272). Heidelberg: Springer.
- Kris, E.* (1940). Laughter as an expressive process: Contributions to the psychoanalysis of expressive behavior. *International Journal of Psychoanalysis*, 21, 314-341.
- , (1956). The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 54-88.
- Krystal, H.* (1978). Trauma and affects. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 81-116.
- Küchenhoff, J.* (1983). Body building: Der Körper als Statue. *Fragments. Schriftenreihe zur Psychoanalyse*, 9, 6-32.
- Küchler, Th.* (1982). Nonverbaler und verbaler Gefühlsausdruck bei Patienten mit psychosomatischen Störungen (Bd. 13). Freiburg: Hochschulverlag.
- Kuhl, J.* (1983a). Emotion, Kognition und Motivation. 1. Auf dem Wege zu einer systemtheoretischen Betrachtung der Emotionsgenese. *Sprache und Kognition*, 2, 1-27.
- , (1983b). Emotion, Kognition und Motivation. 2. Die funktionelle Bedeutung der Emotionen für das problemlösende Denken und für das konkrete Handeln. *Sprache und Kognition*, 4, 228-253.
- Kummer, H., Götz, W. & Angst, W.* (1974). Triadic differentiation: An inhibitory process protecting pair bonds in baboons. *Behaviour*, 49, 62-87.
- Larouso, L.* (1978). Sensitivity of paranoid patients to nonverbal cues. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 463-471.
- Leanderson, N. R. & Levi, M. A.* (1967). A new approach to the experimental study of stuttering and stress. *Acta Otolaryngologica* (Supplement 2.2.4), 311-316.
- Lempp, R.* (1984). Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern: Huber.
- Lesser, I. M.* (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43, 531-543.
- Lester, E. P.* (1983). Separation, individuation and cognition. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 127-156.
- Levenson, R.* (1985). Autonomic nervous system correlates of facial activity. Paper presented at the Second European Conference on Facial Measurement, University of the Saarland, Saarbrücken, Germany.
- Leventhal, H. & Scherer, K. R.* (1987). The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy. *Cognition and Emotion*, 3-28.
- Levine, J.* (1979). Humor and psychopathology. In: *C. E. Izard (Ed.), Emotions in personality and psychopathology* (S. 37-70). New York: Plenum Press.
- Levine, S.* (1971). The psychoanalysis of shame. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 355-362.
- Lewis, H. B.* (1971). Shame and guilt in neurosis. New York: International Universities Press.
- , (1979). Shame in depression and hysteria. In: *C. E. Izard (Ed.), Emotions in personality and psychopathology* (S. 371-398). New York: Plenum Press.

- Lewis, M. & Rosenblum, L. (1978). The development of affect. New York: Plenum Press.
- , Michalson, L. (1983). Children's emotions and moods. New York: Plenum Press.
- Lincke, H. (1970). Das Überich – eine gefährliche Krankheit? *Psyche*, 24 375-402.
- , (1981). Instinktverlust und Symbolbildung. Berlin: Seurin.
- Loftus, E. F. (1993). The Reality of Repressed Memories. *American Psychologist*, 518-537.
- Lomax, A. & Berkowitz, N. (1972). The evolutionary taxonomy of culture. *Science*, 177, 228-239.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (1975). The psychological birth of the human infant. New York: Basic Books.
- Malatesta, C. Z. (1990). The role of emotions in the development and organization of personality. In: R. A. Thompson (ed.). Socioemotional development. Nebraska University Press, 3-56.
- Marty, P. & D'Uzan, M. (1978). Das operative Denken (pensée opératoire). *Psyche*, 32 974-984.
- Masterson, J. F. (1981). The narcissistic and borderline disorders. New York: Brunner.
- Mayer, M. (1986). Körperimaginationen von Psychosomatikern und Phobikern. Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie der Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- McDougall, J. (1984). The „disaffected“ patient: Reflections on affect pathology. *The Psychoanalytic Quarterly*, 53, 386-409.
- , (1987). Ein Körper für zwei. *Forum der Psychoanalyse*, 3, 265-287.
- Mead, G. H. (1973). Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp, (Erstauflage 1934).
- Melito, R. (1983). Cognitive aspects of splitting and libidinal object constancy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 515-533.
- Meltzoff, A. N. & Moore, M. K. (1983). The origins of imitation in infancy: Paradigm, Phenomena and Theories. In: L. P. Lipsitt (Ed.), Advances in infancy research (Vol. 2). New York: Publishing Company.
- Merten, J. (1995). Affekte und die Regulation interaktiven Verhaltens. Universität des Saarlandes: Dissertation in der Fachrichtung Psychologie.
- Müller, A. (1979). Das Drama des begabten Kindes. Frankfurt: Suhrkamp.
- , (1981). Du sollst nicht merken. Frankfurt: Suhrkamp.
- Mitscherlich, A. (1984b). Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens. In: G. Overbeck & A. Overbeck (Hrsg.), Seelischer Konflikt – körperliches Leiden. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 143-170.
- , Mitscherlich, M. (1986). Die Unfähigkeit zu Trauern. München: Piper.
- Mittenecker, E. & Raab, E. (1973). Informationstheorie für Psychologen. Göttingen: Hogrefe.
- Montagu, A. (1980). Körperkontakt. Stuttgart: Klett.
- Morrison, A. P. (1984). Working with shame in psychoanalytic treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 479-507.
- Moser, U. (1964). Zur Abwehrlehre. Das Verhältnis von Verdrängung und Projektion. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, Bd. 3, 56-84. Stuttgart: Huber.
- , (1978). Affektsignale und aggressives Verhalten. Zwei verbal formulierte Modelle der Aggression. *Psyche*, 32, 229-258.
- , (1983). Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte. Teil 1. Berichte aus der Interdisziplinären Konfliktforschungsstelle, Nr. 10. Interdisziplinäre Konfliktforschungsstelle, Zürichbergstr. 43, CH – 8044 Zürich.

- , (1985). Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte. Teil 2. Ein Interaktionsmodell. Berichte aus der Interdisziplinären Konfliktforschungsstelle, Nr. 14. Interdisziplinäre Konfliktforschungsstelle, Zürichbergstr. 43, CH-8044 Zürich.
- , Zeppelin, I. von, Schneider, W. (1969). Computersimulation of a model of neurotic defense processes. *The International Journal of Psychoanalysis*, 50, 53-64.
- , —, —, (1991). The regulation of cognitive-affective Processes: A new psychoanalytic Model. In: U. Moser, I. v. Zeppelin (Eds.). *Cognitive-affective Processes*. Heidelberg: Springer, 87-143.
- Müller, H. (1985). Introjektion – Identifizierung – Verinnerlichung. Texte. Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse, Ausbildungszentrum Zürich.
- Muzekari, L. H. & Bates M. E. (1977). Judgement of emotion in chronic schizophrenics. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 662-666.
- Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970). Affect and phantasy in patients with psychosomatic disorders. In: O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in Psychosomatic Medicine*, 2, (S. 26-34).
- Niederland, W. G. (1980). Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom Seelenmord. Frankfurt: Suhrkamp.
- Noy, P. (1982). A revision of the psychoanalytic theory of affect. *The Annual of Psychoanalysis*, 10, 139-186.
- Ogden, Th. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357-373.
- Orr, S. P. & Lanzetta, J. T. (1984). Extinction of an emotional response in the presence of facial expressions of emotion. *Motivation and Emotion*, 8, 55-66.
- Oster, H. (1978). Facial expression and affect development. In: M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The development of affect* (S. 43-76). New York: Plenum Press.
- Ostow, M. (1986). The psychodynamics of apocalypsis: Discussion of papers on identification and the Nazi-phenomenon. *International Journal of Psychoanalysis*, 67, 277-285.
- Overbeck, G. (1977). Das psychosomatische Symptom. Psychische Defizienzerscheinung oder generative Ich-Leistung. *Psyche*, 31, 333-354.
- Petö, O. (1969). Terrifying eyes. A visual superego forerunner. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 197.
- Piaget, J. (1954). Les relations entre l'affectivité et l'intelligence dans le développement mental de l'enfant. Paris: Centre de Documentation Universitaire.
- Pine, F. (1954). In the beginning: Contributions to a psychoanalytic developmental psychology. *International Review of Psychoanalysis*, 4, 15-34.
- Plessner, H. (1982). Lachen und Weinen. Eine Untersuchung der Grenzen menschlichen Verhaltens. GW (Bd. 7, S. 201-388). Frankfurt: Suhrkamp (Erstauflage 1941).
- Plutchik, H. (1980). Emotion – A psychoevolutionary synthesis. New York: Harper.
- Pritz, W. F. & Mitterauer, B. (1977). The concept of narcissism and organismic self-reference. *International Review of Psychoanalysis*, 4, 181-196.
- Rad, M. von (1983). Alexithymie. Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker. Berlin: Springer.
- Redican, W. K. (1982). Evolutionary perspective on human facial displays. In: P. Ekman (Ed.), *Emotion in the human face* (S. 212-280). Cambridge University Press.
- Reiser, D. E. & Levenson, H. (1984). Abuses of the borderline diagnosis. A clinical problem with teaching opportunities. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1528-1532.
- Revers, W. J. (1984). Die Langeweile: Symptom emotionaler Verkümmern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 4-13.

- Richter, H. E. (1960). Die narzißtischen Projektionen der Eltern auf das Kind. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 62-81. Köln: Westdeutscher Verlag.
- , (1979). Der Gotteskomplex. Die Geburt und die Krise des Glaubens an die Allmacht des Menschen. Hamburg: Rowohlt.
- Riedl, R. (1981). *Biologie der Erkenntnis. Die stammesgeschichtlichen Grundlagen der Vernunft* (S. 52-77). Berlin: Parey.
- Rohde-Dachser, Ch. (1983). Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber.
- , (1985). Zum Problem der Näheangst. In: U. Rüger (Hrsg.), *Neurotische und reale Angst* (S. 36-46). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- , (1986). Ringen um Empathie. Ein Interpretationsversuch masochistischer Inszenierungen. *Forum der Psychoanalyse*, 2, 44-58.
- Riegg-Kuhlenkampff, W. & Peters, M. (1972). Inhaltsanalytische Untersuchungen von Erziehungsfragen in deutschsprachigen Zeitschriften. In: *Bulletin Nr. 9 des Psychologischen Instituts der Universität Zürich*.
- Rosenfeld, D. (1984). Hypochondria, trias, somatic delusion and body scheme in psychoanalytic practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 65, 377.
- Rosenthal, A., Hall, J. A., DiMatteo, M. R., Rogers, P. L. & Archer, D. (1979). Sensitivity to nonverbal communication. The Pons-Test. Baltimore: John Hopkins Press.
- Sachsse, U. (1987). Selbstbeschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonellen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigungen der Haut. *Forum der Psychoanalyse*, 3, 41-51.
- Sänger-Alt, C., Steimer-Krause, E., Wagner, G. & Krause, R. (1989). Mimisches Verhalten psychosomatischer Patienten. Untersuchungen zur Alexithymie an zwei Krankheitsgruppen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 243-256.
- Sandhöfer, M. (1986). Affektives Verhalten psychosomatisch Kranker: Eine Literaturnalyse. Diplomarbeit an der Fachrichtung Psychologie der Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Sandler, J. (1960). On the concept of the superego. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 128-161.
- Sandweg, R. (1986). Colitis ulcerosa und Morbus Crohn unter besonderer Berücksichtigung prästruktureller Entwicklungsstörungen. Vortrag gehalten auf der 3. Konferenz für Wissenschaft und Forschung der DPG in Frankfurt/M.
- Schefflen, A. (1981). Levels of schizophrenia. New York: Bruner & Mazel.
- Scherer, K. R. (1979). Nonlinguistic vocal indicators of emotion and psychopathology. In: C. E. Izard (Eds), *Emotions in personality and psychopathology* (S. 495-529). New York: Plenum Press.
- , (1982). Methods of research on vocal communication. In: K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Handbook of methods in nonverbal behavior research* (S. 136-197).
- , (1984). On the nature and function of emotion. A component process approach. In: K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (S. 293-317). Hillsdale: Erlbaum.
- Schleifer, R. (1981). Zur Psychodynamik des Gilles-de-la-Tourettesyndroms. *Praxis der Kinderpsychologie*, 30, 199-204.
- Schilder, P. (1970). *The image and appearance of the human body* (s. Auflage). New York: International University Press.
- Schneider, H. (1981). *Die Theorie Piagets – Ein Paradigma für die Psychoanalyse*. Bern: Huber.
- Schneider, K. (1980). *Klinische Psychopathologie* (12. Auflage). Stuttgart: Thieme.

- Schwab, F. & Krause, R. (1994). Über das Verhältnis von körperlichen und mentalen emotionalen Abläufen bei verschiedenen psychosomatischen Krankheitsbildern. *Zeitschr. für Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 9/10, 44, 89-108.
- Scott, J. P. (1980). The function of emotions in behavioral systems. A system theory analysis. In: *Plutchik & Kellerman* (Eds.), *Emotion, Theory, research and experience*. Vol. 1: Theories of emotion (S. 35-56). New York: Academic Press.
- Searles, H. F. (1984/85). The role of the analyst's facial expression in Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 47-73.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*, San Francisco: Freeman.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: Mc-Graw Hill.
- Shatan, Ch. F. (1981). Die trauernde Seele des Soldaten. In: R. Steintweg (Hrsg.), *Unsere Bundeswehr. Zum 25jährigen Bestehen einer umstrittenen Institution*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Silver, A. A. & Gabriel, H. P. (1964). The association of schizophrenia in childhood with primitive posture responses and decreased muscle-tone. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 495-497.
- Simon F. (1983). Die Evolution unbewußter Strukturen. *Psyche*, 37, 520-554.
- Singer, M. (1977). The experience of emptiness in narcissistic and borderline states. *International Review of Psychoanalysis*, 4, 459-479.
- Spitz, R. A. (1974). *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart: Klett.
- Spörri, T. (1966). *Kompendium der Psychiatrie*. Frankfurt: Akademische Verlagsgesellschaft.
- , Heimann, H. (1957). Ausdruckssyndrome Schizophrener. *Der Nervenarzt*, 28, 364-367.
- Sroufe, L. A. (1981). Die Organisation der emotionalen Entwicklung. In: K. Foppa & R. Kroner (Hrsg.), *Kognitive Strukturen und ihre Entwicklung* (S. 15-34). Bern: Huber.
- Steimer, E. (1983). *Nonverbale Aspekte interaktiven Verhaltens an Schizophrenen*. Diplomarbeit an der Fachrichtung Psychologie der Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- , Krause, R., Sängler-Alt, C. & Wagner, G. (1988). Mimisches Verhalten schizophrener Patienten und ihrer Gesprächspartner. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17 (2) 132-147.
- Steimer-Krause, E. (1994). Nonverbale Beziehungsregulation in Dyaden mit schizophrenen Patienten. Ein Beitrag zur Übertragungs-Gegenübertragungsforschung. In: Streeck, U. & Bell, K. (Hrsg.). *Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen*. München: Pfeiffer, 209-229.
- Steimer, F. (1986). Differentiating smiles. In: E. Bänninger-Huber & F. Steimer (Hrsg.), *FACS in psychotherapy research*. Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie Nr. 19. Universität Zürich, Schmelzbergstr. 40, 13-28.
- Stirnimann, F. (1965). *Psychologie des neugeborenen Kindes*. München: Kindler.
- Stoller, R. J. & Herdt, G. H. (1982). The development of masculinity: A cross-cultural contribution. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 29-59.
- Süllwold, L. (1984). *Schizophrenie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Suppes, P. & Warren, H. (1975). On the generation and classification of defense mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 405-414.
- Theweleit, K. (1978). *Männerphantasien*. Frankfurt: Roter Stern.

- Thomä, H. (1981). Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit 20jähriger Katamnese. In: Thomä (Hrsg.), *Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker* (S. 150-185). Frankfurt: Suhrkamp.
- , Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie* (Band 1). Heidelberg: Springer.
- Ticho, E. A. & Richards, H. E. (1982). Psychoanalytic theories of the self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 717-733.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery and consciousness* (Vol. 1). New York: Springer.
- , (1963). *Affect, imagery, consciousness. Vol. 2: The negative affects*. New York: Springer.
- , (1968). Affects – primary motives of man. *Humanitas*, 3, 321-346.
- Torok, M. (1983). Trauerkrankheit und Phantasma des cadavre exquis. *Psyche*, 37, 1497-1519.
- Traue, H. C. (1989). *Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Streß*. Göttingen: Hogrefe.
- , & Pennebaker, J. W. (1993). *Emotional Expression and Inhibition in Health and Illness*. Göttingen: Hogrefe.
- Tress, W. (1985). Zur Psychoanalyse der Sucht. *Forum der Psychoanalyse*, 1, 81-92.
- , (1986). *Das Rätsel der seelischen Gesundheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tuchmann, B. (1984). *Die Torheit der Regierenden*. Frankfurt: Fischer.
- Turner, B. S. (1984). *The body and society*. Basic Blackwell.
- Volkart, R. & Rothenfluh, Th. (1986). Normen, kognitiv-affektive Regulierung und soziale Kontrolle: Ein Modell sozial abweichenden Verhaltens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 177-200.
- Waites, E. A. (1982). Fixing women. Devaluation, Idealisation and the female fetish. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 435-460.
- Walker, E. (1981). Emotion recognition in disturbed and normal children. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 263-268.
- Walker, E., Marvitt, S. J. & Emori, E. (1980). A cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 428-436.
- Wallbott, H. G. (1982). *Bewegungsstil und Bewegungsqualität: Untersuchungen zum Ausdruck und Eindruck gestischen Verhaltens in Zusammenhang mit psychopathologischen Störungen*. Dissertation im Fachbereich Psychologie der Universität Gießen.
- Weber, K. (1984). *Einführung in die psychosomatische Medizin*. Bern: Huber.
- Weinrich, J. D. (1980). Toward a social biological theory of the emotion. In: R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion. Theory, research and experience. Vol. 1: Theories of emotion* (S. 113-140). New York: Academic Press.
- Willi, J. (1977). *Die Zweierbeziehung*. Hamburg: Rowohlt.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- , (1965). Ego distortions in terms of fine and false self. In: ders., *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Witkin, H. A. (1949/50). The nature and importance of individual differences in perception. *Journal of Personality*, 18, 145-170.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zandig, M., Köhler, K. (1989). *Diagnostisches und Statistisches Merkmal Psychischer Störungen. DSM-III-R*. Weinheim: Beltz.

- Wurmser, L. (1986). Die schwere Last von tausend unbarmherzigen Augen. Zur Psychoanalyse der Scham und Schamkonflikte. *Forum für Psychoanalyse*, 2, 111-133.
- Zavitzianos, G. (1982). The perversion of fetishism in women. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 405-425.
- Zeppelin, I. von (1973). Social drop-outs and hippies: Fantasy, object relationship and aggressiveness. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 181-190.
- Zilboorg, G. (1933). Anxiety without affect. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 48-67.
- Zuckerman, M. (1968). Field dependency as predictor of responses to sensory and social isolation. *Perceptual and Motor Skills*, 27, 757-758.
- , (1979). Sensation seeking and risk taking. In: C. E. Izard (Ed.), *Emotions in personality and psychopathology* (S. 161-198). New York: Plenum Press.

Dieser Aufsatz ist eine vom Autor bearbeitete und aktualisierte Fassung des Beitrages „Psychodynamik der Emotionsstörungen“ in: Scherer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*, Band C/IV/III, 10. Kapitel, erschienen im Hogrefe-Verlag, Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

Emotionen in der analytischen Psychologie und Psychotherapie C.G. Jungs – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß

Verena Kast

1. Begriffsbestimmung

„Unter Affekt ist ein Gefühlszustand zu verstehen, der einerseits durch merkbare Körperinnervation, andererseits durch eine eigentümliche Störung des Vorstellungsablaufes gekennzeichnet ist. Mit Affekt als Synonym gebrauche ich Emotion. Ich unterscheide ... das Gefühl vom Affekt, obschon sein Übergang zum Affekt fließend ist, indem jedes Gefühl, wenn es eine gewisse Stärke erlangt, Körperinnervationen auslöst und damit zum Affekt wird“ (*Jung* 1920, 1960, 448, Par. 750).

Der Ausdruck des Affektes wird auch heute in der *Jungschen* Psychologie im Sinne *Jungs* gebraucht, allerdings nicht mehr gleichgesetzt mit dem Begriff der Emotion. Diese wird heute als Oberbegriff für Stimmungen, Gefühle und Affekte verwendet (*Kast* 1991, 13ff.).

2. Das Emotionskonzept bei Jung

Das Konzept der Affekte ist bei *C.G. Jung* untrennbar mit dem Konzept der Komplexe verbunden, diese wiederum mit der Entwicklung und Anwendung des Assoziationsexperimentes.

Komplexe sind Energiezentren, die um einen affektbetonten Bedeutungskern aufgebaut wurden und werden, hervorgerufen durch einen schmerzhaften Zusammenstoß des Individuums mit einer Anforderung oder einem Ereignis in der Umwelt, dem das Individuum nicht gewachsen ist. Jedes vergleichbare Erlebnis wird in der Folge im Sinne des Komplexes gedeutet und verstärkt den Komplex, das heißt, die Emotion, die diesen Komplex auszeichnet,

wird verstärkt.¹ Die Komplexe bezeichnen die krisenanfälligen Stellen im Individuum. Als Energiezentren machen sie die Aktivität des psychischen Lebens aus. Sie bewirken einerseits eine Hemmung des Lebens dadurch, daß der Mensch emotional in stereotyper Weise überreagiert, nicht der aktuellen Situation angemessen, sondern mit einem lebensgeschichtlichen Überhang. Durch die Abwehr dieser Emotion entstehen stereotype Verhaltens- und Erlebensweisen. In den Komplexen liegen aber auch Keime neuer Lebensmöglichkeiten.² Diese schöpferischen Keime zeigen sich dann, wenn die Komplexe nicht verdrängt werden, man sich auf die Stimmung, das Gefühl oder den Affekt konzentriert und dabei die Phantasien, die auftauchen, wahrnimmt und sie ausgestaltet, also letztlich in den Symbolen. Symbole sind sowohl Ausdruck der Komplexe als auch Verarbeitungsstätte der Komplexe. In den Symbolen werden die Komplexe sichtbar, in den Symbolen phantasieren sich die Komplexe sozusagen aus.

Komplexe sind also Erinnerungen aus verdichteten Erfahrungen und Phantasien aus der früheren Kindheit und auch aus dem späteren Leben, die um ein ähnliches Grundthema geordnet und mit einer Emotion der gleichen Qualität besetzt sind. Sie beeinflussen unsere Wahrnehmung von Welt, unsere Emotionen, unsere Ideenbildung, aber auch unsere somatischen Vorgänge. Alle Menschen haben Komplexe, in ihnen sind Lebensthemen, aber auch Lebensprobleme ausgedrückt. Dabei ist zu beachten, daß *Jung* auch vom Ichkomplex spricht.³ Kern der Komplexe ist jeweils ein archetypisches Thema.⁴ Archetypische Bilder werden verstanden als Grundmuster des Lebens, die in jedem Menschen wirksam sind. Es sind die Wirkkräfte des kollektiven Unbewußten, und nur anhand dieser Wirkkräfte kann man überhaupt auf so etwas wie ein kollektives Unbewußtes zurückschließen. Daß archetypische Bilder existieren, kann man daraus erschließen, daß in existentiell bedeutsamen Situationen Menschen immer wieder mit ähnlichen Bildern, mit ähnlichen Vorstellungen reagieren, denen ähnliche Emotionen und ähnliche, daraus resultierende Verhaltensweisen zugrunde liegen. Diese vergleichbaren Erfahrungen finden ihren Niederschlag z.B. in der darstellenden Kunst und in den vielfältigen Erzählungen der Menschheit. Existentiell bedeutsame Situationen sind Situationen der Bedrohung und des Aufbruchs: Tod, Liebe, Ablösung, Autonomiegewinnung usw. Diese Erfahrungen werden immer wieder in ähnlichen Symbolen ausgedrückt: In Zeiten großer Bedro-

hung, der Fragmentierung etwa, wird immer wieder von Kreisformen geträumt, oder Menschen haben das Bedürfnis, sich in Kreise oder in Kugeln hineinzustellen. Der Kreis ist ein uraltes – archetypisches – Symbol der Ganzheit, der Geschlossenheit und damit auch des Schutzes. Archetypen zeichnen sich aber nicht nur durch ähnliche, vergleichbare Bilder aus, die sich durch die Menschheitsgeschichte sowohl im Längsschnitt als auch im Querschnitt nachweisen lassen, Archetypen zeichnen sich auch durch eine spezielle Dynamik aus. *Jung* nennt diese Dynamik ein spontanes Bewegungs- und Tätigkeitsprinzip.⁵ Damit meint er, daß diese Bilder emotional ergreifen, daß sie faszinieren, daß sie im Zusammenhang mit den Symbolen, in denen sie sich äußern, viele Phantasien auslösen, daß sie Visionen auslösen können, Utopien. Faßt man in etwa zusammen, was *Jung* über Archetypen gesagt hat, kommt man auf die Formulierung: Archetypen sind anthropologische Konstanten des Erlebens, des Abbildens, des Verarbeitens und des Verhaltens.⁶ Es sind Grundmuster des Lebens, Ausdruck der Menschenart des Menschen. Im Zusammenhang mit dem dynamischen Aspekt der archetypischen Konstellationen spricht *Jung* auch von einer kollektiven Emotion. Es geht dabei „um eine typische, affektvolle Emotion, die nicht in erster Linie ein persönliches Erlebnis ist, sondern erst sekundär zu einem solchen wird. Primär handelt es sich um ein allgemein menschliches Problem, das subjektiv übersehen wurde und das sich deshalb objektiv zum Bewußtsein durchdrängt“ (*Jung* 1967, 1987, 333, Par. 555).

Archetypische Inhalte werden – außer in Ausnahmesituationen – durch die Komplexe vermittelt und durch diese gleichsam gefiltert und eingefärbt an das Bewußtsein herangetragen. Das gibt den archetypischen Bildern jeweils die persönliche Note und die Verbindung zur Lebensgeschichte des Einzelnen.

Jung entdeckte die Komplexe, als er mit dem Assoziationsexperiment arbeitete. Dieses beruht auf der Grundgegebenheit, daß Menschen von jedem Wort aus eine Assoziationskette bilden können, wobei sprachlich bedingt, gewisse Assoziationsketten fester gebahnt sind als andere. Im Assoziationsexperiment wird ein Wort genannt, der Proband oder die Probandin hat so rasch wie möglich mit einem Wort, das ihm oder ihr einfällt, zu antworten. Ursprünglich wollte *Jung* Reaktionsgeschwindigkeiten und Reaktionsqualitäten studieren. Bald wandte er aber sein Interesse den Reaktionen zu, die nicht glatt erfolgten, den Situationen, in denen Menschen durch

ein Wort sichtlich irritiert lachten, das Wort wiederholten, körperliche Reaktionen im Sinne von bestimmten Bewegungen zeigten usw. Bei Nachfrage ergab sich, daß der Stimulus, das Wort, das der Versuchsleiter nannte, eine problematische Lebenserfahrung – gelegentlich auch eine sehr schöne Lebenserfahrung – angesprochen hatte, aber eine allemal gefühlsbetonte Erfahrung, einen Komplex, wie *Jung* das nannte. Die vielfältigen, auffälligen Ausdrucksreaktionen, die erfolgen, wenn ein Komplex angesprochen ist, nannte *Jung* Komplexmerkmale. Je mehr Komplexmerkmale durch das Nennen eines Reizwortes in einem Probanden oder in einer Probandin hervorgerufen werden, umso mehr mit Emotionen besetzt ist das angesprochene Lebensproblem. Es sind ausdruckspsychologisch gesehen Hinweise darauf, daß ein Komplex, sei es über den Sprachbereich, über den Körperbereich oder über den emotionalen Bereich direkter angesprochen ist.⁷

Das Assoziationsexperiment ist eine diagnostische Möglichkeit, die Komplexlandschaft eines Menschen zu einem aktuellen Zeitpunkt im Verhältnis zum Ichkomplex zu bestimmen, da es sich herausgestellt hat, daß Komplexe untereinander vernetzt sind, und in Beziehung zum Ichkomplex stehen.⁸ Bei der Aufnahme eines Assoziationstests werden auch die hauptsächlich angewendeten Abwehrstrategien sichtbar.

Komplexe sind aber nicht nur wesentlich unter dem diagnostischen Aspekt, sie sind vor allem auch bedeutsam für das therapeutische Handeln und die therapeutischen Möglichkeiten. Um Komplexe therapeutisch nutzen zu können, müssen wir mit ihnen in Kontakt kommen, d.h. wir müssen uns den mit ihnen verbundenen Emotionen und den Phantasien, die damit im Zusammenhang immer erlebbar sind, zuwenden, wir müssen an den Symbolen arbeiten.

Dieses Vorgehen, das weitgehend alle Techniken bestimmt, die im Rahmen der *Jungschen* Therapie angewendet werden, geht auf eine Erfahrung *Jungs* zurück, das im Buch „Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung“⁹ beschrieben ist im Zusammenhang mit seiner Auseinandersetzung mit dem Unbewußten. Er beschreibt, wie er eine Situation, in der er sich offenbar emotional sehr aufgewühlt fühlte, bewältigte: „In dem Maße, wie es mir gelang, die Emotionen in Bilder zu übersetzen, d.h. diejenigen Bilder zu finden, die sich in ihnen verbargen, trat innere Beruhigung ein. Wenn ich es bei der Emotion belassen hätte, wäre ich womöglich von den Inhalten

des Unbewußten zerrissen worden. Vielleicht hätte ich sie abspalten können, wäre dann aber unweigerlich in eine Neurose geraten, und schließlich hätten mich die Inhalte doch zerstört. Mein Experiment verschaffte mir die Erkenntnis, wie hilfreich es vom therapeutischen Gesichtspunkt aus ist, die hinter den Emotionen liegenden Bilder bewußt zu machen“ (Jaffé 1962, 181).

3. Weiterführung dieser Konzepte

Das Assoziationsexperiment ist heutigen diagnostischen Anforderungen angeglichen worden, die sog. Komplexmerkmale sind im wissenschaftlichen Experiment untersucht und zum großen Teil als valide befunden worden.¹⁰

Der Komplex wird heute mehr als zu Zeiten *Jungs* als ein Ergebnis eines interaktionellen Prozesses aufgefaßt. Basierend auf der Entstehungshypothese von *Jung*, der Komplex „gehe offenbar hervor aus dem Zusammenstoß einer Anpassungsforderung mit der besonderen und hinsichtlich der Forderung ungeeigneten Beschaffenheit des Individuums“ (*Jung* 1920, 1960, 573, Par. 991), wird argumentiert, diese Anpassungsforderung könne eigentlich nur von einer Beziehungsperson ausgehen, oder auch von mehreren, so daß in unseren Komplexen die schwierigen Beziehungsmuster unserer Kindheit und unseres späteren Lebens abgebildet sind, samt den damit verbundenen Affekten und stereotypen Verhaltensweisen beziehungsweise Abwehrstrategien. Diese interaktionelle Sichtweise liegt auch deshalb nahe, weil die Komplexe im therapeutischen Prozeß sich leicht polar aufspalten, so daß der eine der Beteiligten etwa den Kinderpart spielen muß, die andere den Elternpart. Nicht selten haben wir es mit Aufspaltungen zu tun, die eine kollusive Übertragungs-Gegenübertragungssituation bewirken.¹¹ Auch ist sehr deutlich, daß im Erleben des Analysanden der Kinderpart und der Elternpart alternativ erlebbar ist, daß Analysanden sogar sehr viel häufiger mit dem Elternpart identifiziert sind als mit dem Kinderpart, aber meinen, durchgängig mit dem Kinderpart identifiziert zu sein.

Der Versuch, die Emotionen in Bildern zu fassen, ist in vielfältiger Weise differenziert worden, was sich an den Publikationen zu Imagination,¹² Sandspiel,¹³ Maltherapie¹⁴ usw. zeigt.

4. Das Entstehen und die Entwicklung von Emotionen

Komplexe können nach *Jung* jederzeit im Leben entstehen, Basis dazu wird natürlich in der sensiblen Phase der frühen Kinderzeit gelegt, wobei – *Jung* betont das nicht ausdrücklich – die Zeit der ersten Autonomieentwicklung für Zusammenstöße besonders geeignet zu sein scheint. Es ist allerdings auch damit zu rechnen, daß Komplexe auch den Kindern über Ansteckung weitergegeben werden und daß im Elternpart des Komplexes auch wieder die Komplexe der Eltern abgebildet sind. Da hinter den Komplexen Archetypen zu finden sind als Grundlage für unsere menschlich vergleichbaren emotionalen Reaktionen, müßte man schließen, daß die Bereitschaft zu den jeweils speziellen Emotionen angeboren ist, das heißt also, daß sie in gewissen Entwicklungsstadien durch Beziehungserfahrungen belebt und erfahrbar werden können.

Diese Ansicht deckt sich in etwa mit der Emotionspsychologie von *Tomkins*, *Izard* und *Emrich*.¹⁵ Das Konzept der Komplexe paßt im übrigen sehr gut zu den Ergebnissen der Säuglingsforscher und Säuglingsforscherinnen zur Entwicklungspsychologie.¹⁶

5. Die Bedeutung der Emotionen in der Jungschen Therapie

Aufgrund der zentralen theoretischen Konzepte, die unabdingbar mit der Emotion verbunden sind, ist es selbstverständlich, daß Emotionen und das Arbeiten mit Emotionen in der *Jung*schen Therapie eine zentrale Bedeutung haben.

Es ist letztlich die Idee von *Jung*, daß man durch die Arbeit am Symbol in lauter kleinen Schöpfungsakten man selbst wird – eines der Therapieziele von *C.G. Jung*. Prozeßhafte Veränderungen in der Psyche als einem selbstregulierenden System, die Wandlung im Ichkomplex und damit auch im Erleben und Verhalten, ohne daß der Charakter der ursprünglichen Identität verlorengehen, werden über die Symbole und die Symbolbildungen ans Bewußtsein herangezogen. Symbole und Symbolbildungen sind aber nicht denkbar ohne das Erleben von Komplexen, der damit verbundenen Emotion¹⁷ und den daraus entstehenden Phantasien.

6. Basisgefühle, Hauptgefühle, sekundäre Affekte

In der *Jungschen* Therapie sind grundsätzlich alle Gefühle, die überhaupt beschreibbar sind, auch Gegenstand des analytischen Interesses und des analytischen Prozesses, weisen sie doch alle auf bestimmte archetypische Konstellationen hin. Im Zusammenhang mit dem therapeutischen Auftrag scheint es mir typisch zu sein, daß Gefühle, die den Selbstwert betreffen (Gefühle, die den Ichkomplex ausmachen) im Vordergrund stehen sowie die frühen Gefühle von Angst, Feindseligkeit und Freude. Die Vorliebe für gewisse Gefühle scheint eher therapeutenabhängig zu sein, als darin zu bestehen, daß die Gefühle bewußt taxonomisch eingeteilt würden.

Wir kennen allerdings den Ausdruck „verschobener Affekt“, wenn z.B. Angst durch Feindseligkeit maskiert wird usw. Das scheint mir aber nicht schulspezifisch zu sein.

7. Die Emotionen des Patienten, die Emotionen des Therapeuten – Emotionalität in der therapeutischen Beziehung

Wo es um uns persönlich geht, um unsere Identität, da geht es immer auch um Emotion. Wir nehmen uns ernst, wenn wir auf unsere Emotionen hören, wir nehmen den anderen Menschen ernst, wenn wir seine Emotionen ernst nehmen. So besehen kann (darf) es keinen therapeutischen Prozeß geben, in dem die Emotionen nicht eine zentrale Rolle spielen. Auch kommt kein therapeutischer Prozeß wirklich in Gang, wenn nicht vom Therapeuten oder von der Therapeutin her der Emotion des Analysanden oder der Analysandin Interesse entgegengebracht wird. Das wahrnehmbare Interesse gibt dem Analysanden oder der Analysandin das Gefühl, interessant zu sein, stabilisiert den Selbstwert und belebt das Unbewußte.

Wesentliche Aspekte der analytischen Beziehung, wie sie heute in der *Jungschen* Psychologie verstanden wird, basierend auf Ausführungen von *Jung* zum Thema der Gegenübertragung¹⁸, sind: Die Ich-Du-Beziehung, die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, das gemeinsame Unbewußte.

Bei der Ich-Du-Beziehung handelt es sich um die Beziehung mit ihren Schwierigkeiten zwischen zwei erwachsenen Menschen. Ana-

lytikerin und Analysand nehmen einander als reale Personen wahr, die in einem realen Leben stehen, immer wieder in ihrem Ausdruck Hinweise auf Emotionen haben, die Ausdruck ihres Selbst sind und die auch diese Beziehung weitgehend regeln, wie andere Beziehungen auch. Ein weiterer Aspekt der therapeutischen Beziehung ist die Ebene von Übertragung und Gegenübertragung. Unter Übertragung verstehen wir die Verzerrung der Wahrnehmungen in Beziehungen, wobei frühere Beziehungsmuster auf den Analytiker oder auf die Beziehung zwischen dem Analysanden und der Analytikerin übertragen werden. Die Übertragung ist in der Regel ein Kompromiß zwischen dem ursprünglichen Komplexinhalt und dessen Abwehr. Übertragen werden nicht nur Komplexinhalte und Beziehungsmuster, sondern auch archetypische Bilder.

Unter Gegenübertragung verstehe ich die emotionale Reaktion des Analytikers oder der Analytikerin auf den Analysanden, insbesondere auf die Übertragungssituation. Grundlage für diese Gegenübertragung ist das gemeinsame Unbewußte. Es geht dabei um eine geheimnisvolle Beziehung – oder eine Fusion – zwischen den Aspekten des Unbewußten zwischen Analytikerin und Analysand. Dieses gemeinsame Unbewußte ist in der analytischen Beziehung einmal als Atmosphäre der Beziehung spürbar. Es dürfte auch Grund dafür sein, daß eine psychische Ansteckung möglich ist, indem der Analytiker z.B. die nicht wahrgenommene und nicht ausgedrückte Angst der Analysandin körperlich spürt. Es gibt auch eine gegenseitige „Ansteckung“, etwa, wenn bei beiden Beteiligten ähnliche Komplexkonstellationen wirken, die sich gegenseitig verstärken.

Diese unbewußte Beziehung ist Voraussetzung für das, was wir Gegenübertragung nennen und im besten Fall Grundlage für die Möglichkeit des Analysanden, an der Selbstregulierung der Psyche der Analytikerin teilzuhaben. Wir gehen dabei von der Annahme aus, daß der Analytiker oder die Analytikerin eher Zugang zu dieser selbstregulierenden Funktion haben sollte. Das heißt, dieses gemeinsame Unbewußte – vielleicht kann man sogar von einer unbewußten Identität der beiden sprechen –, ermöglicht es, daß archetypische Konstellationen und Komplexkonstellationen durch das Bewußtsein des Analytikers in seiner Psyche wahrgenommen werden können, daß er die vorhandenen emotionalen Schwingungen wahrnimmt und für diese ein Bild findet, sei es ein archetypisches oder ein persönliches, so daß in einem schöpferischen Akt der Analyti-

kerin eine wesentliche symbolische Situation bewußt werden kann. In diesen Situationen fühlt sich der Analysand verstanden, d.h. eine wichtige emotionelle Erfahrung ist also bestätigt, in einer Art verstanden und auch zurückgemeldet worden, daß sie wesentlich zum Selbstverständnis des Analysanden, aber auch zum Verständnis seiner Situation beitragen kann.

Wesentlich zu dieser Form der Gegenübertragung gehört, daß ein Bild, eine Erinnerung, ein Märchen, ein Einfall des Analytikers oder der Analytikerin, eine deutlich artikuliertete Emotion sich nicht aus dem Fluß des Geschehens zwischen Analytikerin und Analysand erklären, nicht logische Konsequenz der Kommunikation sind, sondern scheinbar quer stehen zu dem, was auf der bewußten Ebene geschieht.

Eine weitere typische Möglichkeit der Gegenübertragung sind Gefühle und Reaktionsweisen, die in der Analytikerin herausgefordert werden, die denen in der ursprünglichen Interaktion des Analysanden zu seinen Beziehungspersonen gleichen. Aus dieser Art der Gegenübertragung gewinnt man diagnostische Hinweise auf problematische Beziehungsmuster. Nicht selten sind die Übertragungs-Gegenübertragungssituationen kollusiv aufgespalten, d.h. der eine spielt eine Rolle, die andere die Gegenrolle, ohne daß man dieses Rollenverhalten ändern könnte, obwohl es zumindest dem Analytiker bewußt ist, daß es ein Rollenverhalten ist. Diese spezielle Situation von Übertragung und Gegenübertragung hängt damit zusammen, daß in den Komplexen die schwierigen Beziehungsmuster unseres Lebens sich abbilden, die sich leicht wieder polar auf zwei Personen aufspalten können.

Die illusionäre Gegenübertragung, bei der der Analytiker Eigenheiten bei der Analysandin sieht, die kaum vorhanden sind oder nicht in der Bedeutung, die ihnen zugemessen wird, nenne ich Übertragung des Analytikers oder der Analytikerin. Auch die Gegenübertragungen des Analytikers oder der Analytikerin sind ein Kompromiß zwischen den Bildern, den Emotionen, die uns einfallen, und unseren Abwehrvorgängen. Fallen uns z.B. sehr aggressive Bilder ein, dann werden wir diese schlecht mit unserem Selbstbild vereinen können, also wehren wir sie ab. Das gleiche gilt meines Erachtens für Bilder sexuellen und religiösen Inhalts.

8. Umgang mit Emotionen im therapeutischen Prozeß

In der *Jung*schen Therapie ist das Oszillieren zwischen Emotion und Bild sehr wichtig. Emotionen, die nicht in Phantasien, in Bilder, übersetzt werden können, bewirken eine Wiederholung von Komplexreaktionen, es entsteht so etwas wie ein Wiederholungszwang. So können gewisse Emotionen immer wieder ausgedrückt werden, unter Umständen den Analysanden oder die Analysandin auch sehr beschämen, ohne daß eine Veränderung eintritt, insbesondere auch, weil das Selbstkonzept dadurch nicht bewußt verändert wird, und sich dadurch auch nicht spontan verändert. Andererseits ermöglicht nur das bestmögliche Zulassen der Emotion, daß auch Bilder entstehen, die wirklich etwas mit unserem Selbstkonzept zu tun haben und die einen Handlungs- oder einen Veränderungsimpuls mit sich bringen. Der Umgang wird – generell gesagt – immer einer sein, bei dem die Emotion möglichst frei von zu vielen Abwehrmechanismen immer wieder erlebt und ausgedrückt werden kann. Darüber hinaus stimulieren wir das Wahrnehmen der Phantasien, die mit der Emotion verbunden sind. Wir versuchen aber auch, die mit den Bildern verbundenen Emotionen wahrnehmbar zu machen, etwa, wenn wir Träume in entspanntem Zustand noch einmal träumen lassen, indem wir sie in einer Art Imagination wieder ins Bewußtsein rufen und den Analysanden oder die Analysandin anhalten, die Stimmungen, Gefühle, Affekte, die mit den einzelnen Traumsituationen verbunden sind, wahrzunehmen und auszudrücken, eventuell auch zu beschreiben, wie sie ihren Körper in diesen Situationen erleben.

Die Emotionen des Analysanden werden gesucht, wenn sie zu wenig spürbar sind; sind die Affekte hingegen zu heftig – und was das heißt, bestimmt letztlich jeder Analytiker, jede Analytikerin gemäß ihrer eigenen Affekttoleranz –, dann versuchen wir eine Beziehung zu diesen Affekten herzustellen, etwa, indem wir die Analysanden den Affekt malen lassen oder eine Imagination dazu machen lassen, die dann durchaus auch wieder heftig sein kann. Bei Borderline-Patientinnen und Borderline-Patienten empfiehlt es sich, etwas Drittes, z.B. ein Märchen, in den therapeutischen Prozeß einzuführen, das es ermöglicht, den Affekt auf eine bestimmte Gestalt zu projizieren. Damit ist der Affekt benannt und auch gebannt und der Analysand wird nicht so sehr von Scham heimge-

sucht, die ja bekanntlich die Kohärenz des Ichkomplexes schwächt und weitere Affektdurchbrüche dadurch erleichtert.¹⁹

Der Analytiker oder die Analytikerin nimmt seine oder ihre Emotionen wahr, vor allem auch die Abwehr der Emotion, denn viele Emotionen sind uns ja von unserem Selbstbild als Therapeutinnen und Therapeuten nicht erlaubt. Das scheint mir allerdings nicht schulspezifisch zu sein.²⁰ Es wäre aber meines Erachtens wesentlich, diese Abwehrsituationen genauer zu studieren und damit zu verhindern, daß wir Emotionen, die wir bei uns nicht akzeptieren können, durchaus auch als Folge eines gemeinsamen Unbewußten, bei unseren Analysandinnen und Analysanden bekämpfen.

Auch der Analytiker oder die Analytikerin versucht, Emotionen über die Wahrnehmung des eigenen Körpers, aber auch über die Wahrnehmung der Phantasien zu fassen und überlegt sich, wie und wann diese Gegenübertragungsgefühle und Gegenübertragungsbilder in den therapeutischen Prozeß eingebracht werden können. Beides ist gleichermaßen schwierig und hängt von Empathie und Fingerspitzengefühl ab. Selbstverständlich werden auch Analytikerinnen und Analytiker gelegentlich nicht über ihre Emotionen reflektieren, sondern sie ausdrücken. Meistens hat man dann das Gefühl, jetzt habe man alles falsch gemacht, habe zerstört, was man in mühsamer Arbeit an Vertrauen und tragfähiger Beziehung aufgebaut hat. Dem ist lange nicht immer so, manchmal ist es für den Analysanden oder die Analysandin eine Entlastung zu erleben, daß der Analytiker oder die Analytikerin auch böse sind, auch böse sein können. Wesentlich scheint mir die Aufarbeitung solcher Situationen zu sein, daß wir dazu stehen, daß es uns nun einfach zuviel geworden ist, und wir nicht irgendeine gescheite therapeutische Ausrede erfinden. Mir scheint überhaupt, daß wir etwas wenig über die sado-masochistischen Kollusionen nachdenken, die sich in Analysen immer wieder einstellen und bei denen der Analytiker oder die Analytikerin doch recht oft in der masochistischen Position ist, und darüber, wie wir mit dieser Situation umgehen, außer daß wir uns in unserer Fähigkeit, zu verstehen, zu erdulden, einstecken zu können, idealisieren.

9. Krankheitsspezifische und differentielle Therapeutik im Umgang mit Emotionen

Dadurch, daß in der *Jungschen* Therapie die Umsetzung der Emotionen in Bilder sehr wichtig ist, wird ungeachtet der spezifischen Krankheit durch diese Methode der Ichkomplex strukturiert. Das bedeutet, daß der Umgang auch mit Emotionen, die den Analysanden oder die Analysandin kränken, etwas besser gelingt. Damit wird zum Beispiel recht viel Destruktivität abgefangen. Destruktivität scheint ja vielmehr ein Problem des Selbstkonzepts und des damit verbundenen vulnerablen Selbstgefühls zu sein, als ein Problem von Feindseligkeit und dem daraus resultierenden feindseligen Handeln.

Da unser Krankheitsverständnis dahin geht, daß ein Mensch krank wird, weil etwas Wesentliches, was zu seinem Leben gehört, nicht entwickelt werden kann, und was gerade in den Komplexen zu finden ist, sehen wir weniger Krankheitsbilder als vielmehr Menschen, die eine bestimmte Schwierigkeit und damit einen bestimmten Entwicklungsauftrag haben. Wir sehen auch nicht einzelne emotionale Probleme, sondern wir versuchen jene emotionalen Äußerungen aufzunehmen, die anstehen. Natürlich leben wir auch nicht jenseits der Psychopathologie, natürlich werden wir bei Menschen, die auf Nähe mit großer Aggression reagieren müssen, weil sie Angst haben vor der Fusion, so therapieren, daß eben keine zu große Nähe sich entwickelt, was man z.B. auch mit Reduzierung der Stundenfrequenzen erreichen kann.

Im übrigen wird in unseren Reihen über verschiedene Emotionen und wie sie in therapeutischen Prozessen erlebt werden, aber auch darüber, welche Selbstheilungskräfte in diesen emotionalen Prozessen stecken, nachgedacht.²¹

Wenn zu sehr bei spezifischen Krankheitsbildern spezifische Emotionen gesucht werden, ist es fraglich, ob dabei berücksichtigt wird, daß Emotionen meist in einem Emotionsfeld anzusiedeln sind, ineinander übergehen und nicht säuberlich voneinander getrennt gesehen werden können.

10. Fallbeispiel

Ich berichte von zwei Behandlungssequenzen aus der Therapie mit einem 42jährigen Mann, der an depressiven Verstimmungen mit starken Insuffizienzgefühlen litt, „unerklärlichen“ Muskelverspannungen, Beziehungsproblemen zu Männern und zu Frauen, und einem Gefühl, wenig Kontakt zu sich selbst zu haben.

Aus der 10. Behandlungsstunde:

Der Analysand kommt in die Stunde, gespannt wie immer, aber freudiger wirkend als sonst, setzt sich und sagt: „Ich habe meinen ersten Traum. Aber es ist nur ein Fetzen.“ Ich bin sehr interessiert, zeige das wohl auch in meiner Körperhaltung. Er erzählt mir nicht den Traum, sondern macht sich Gedanken über Träume, die nur „Fetzen“ sind. Ich erzähle ihm, daß Fetzen manchmal sehr ergiebig wären, weil sie einladen, sich mit ihnen wirklich auseinanderzusetzen. Nach langem Vorgespräch erzählt er mir seinen Traum:

„Ein Adler stößt vom Himmel herunter und fängt zielsicher eine Maus. Ich schaue von weitem zu. Dann weiß ich eben nicht mehr so recht.“

Auf die Frage, wie er sich nach dem Traum gefühlt habe, sagte er mir, er sei besser aufgewacht am Morgen als sonst. Er habe sich gefreut, daß er einen Traum behalten habe, und ein wenig freue es ihn auch, daß dieser Adler so zielsicher und aggressiv sei. Im Laufe des Vormittages habe er sich dann mit dem Schicksal der Maus beschäftigt, für die sei es ja nun zu Ende. Das sagte er seltsam emotionslos. Ich empfand seine Reaktion wohl auch deshalb so emotionslos, weil dieser Traum in mir sehr viele Emotionen weckte, von seinen prägnanten Bildern her, aber auch von der Atmosphäre her, die zwischen uns war.

Ich ließ den Analysanden sich auf seinen Atem konzentrieren, dabei entspannte er sich sichtlich. Dann bat ich ihn, sich die Bilder des Traumes nochmals ins Gedächtnis zu rufen, sie mir so genau wie möglich zu beschreiben und auch die damit verbundenen Gefühle zu benennen.

„Ja, da ist ein Adler, schön, groß, majestätisch, fliegt am Himmel, kaum hie und da ein Flügelschlag – der läßt sich einfach tragen. Ich bewundere ihn und fürchte ihn – ein wenig. Er hat es ja nicht auf mich abgesehen. Und dann stürzt er herunter – ich habe das einmal im Fernsehen gesehen, mit einer großen Geschwindigkeit, pfeilschnell, könnte man sagen. Ich halte den Atem an. Und wo er am Boden aufkommt, da ist eine Maus. Die hält er in den Krallen – keine Chance für die Maus.“

Der Analysand mag sich gern auf meine Aufforderung hin in den Adler einfühlen, kann aber nicht beschreiben, wie er sich fühlt, nur eben

„gut“, und dann sagt er: „Frei“. Ich bitte ihn, als Traumich die Maus genauer anzusehen. „Da mag ich nicht hinsehen. Die dumme Maus hätte doch wohl in ein Mauseloch verschwinden können. Die war total überrascht und wahrscheinlich ganz gelähmt vor Angst. Das ist eben so, Adler fangen Mäuse. Wenn ich die Maus wäre, hätte ich mich einfach tot gestellt.“ – „Dieses Gefühl kenne ich eigentlich, wenn jemand pfeilgrad auf mich zukommt, dann bin ich wie diese Maus, panisch – aber ich tue so, wie wenn ich überhaupt nichts spüren würde. Vielleicht spürt die Maus ja auch nichts. Aber sofort tot war sie auch nicht. Die muß schon was gespürt haben ...“ Auf meine Frage, ob er sich eine Lebenssituation vorstellen könne, in der er wie der Adler sei, lachte er nur abwehrend. Das würde er natürlich gerne sein. Er könne sich eher vorstellen, daß er die Maus sei. „Ich dachte immer, Analytiker stürzen sich wie Adler auf ihre Beute, deshalb habe ich eine Frau gewählt.“ – Er schaut mich unsicher an. „Sie dachten, daß Frauen da anders sind, und jetzt sind Sie sich doch nicht mehr ganz sicher?“ Wir lachen beide. Dann spricht er von diesem „elenden Mausgefühl“, das er lebensgeschichtlich vor allem mit seinem Vater erlebt hat, der ihm immer so mächtig vorkam. Als ich ihn bat, sich noch einmal in ein Bild des Traumes zu vertiefen, das ihm im Moment am nächsten sei, fühlte er sich in den Adler ein, bei dieser Imagination wurde ihm seine große Sehnsucht nach Freiheit, nach Selbstvertrauen, nach einem Lebensgefühl, daß einen nicht ständig jeder und jede bedrohen kann, deutlich: (wesentlich gekürzt, da sehr redundant) „Da oben gibt es keine Grenzen, ich kann fliegen, wohin ich will, ich habe keine Feinde, oder habe ich doch, nein, ich habe keine Feinde. Es ist ein wunderbares Lebensgefühl, getragen von der Luft, fähig, die Bewegungen zu machen, die ich auch machen will, das macht mich ganz aufgeregt. Das ist wahnsinnig schön, das müssen Sie auch einmal probieren.“ In der nächsten und in der übernächsten Stunde bat er, wieder sich in den Adler einfühlen zu dürfen. In der 12. Stunde sagte er anschließend: „Wenn ich jetzt an mich als Maus denke, habe ich plötzlich Phantasien, wie ich eben doch in ein Mauseloch verschwinde – ich bin dann nicht da, wenn der Adler zupackt – einfach nicht da. Als Maus würde ich mich dann freuen, heimlich triumphieren.“

Die Bearbeitung des Traumes mit imaginativen Methoden, die in die Therapie ganz wesentlich von C.G. Jung eingebracht worden sind, brachte eine Klärung des Lebensgefühls, einen Hinweis auf die Sehnsüchte, aber auch auf die Ängste, einen Hinweis auf den lebensgeschichtlichen Ursprung dieses unausbalancierten Lebensgefühls und Beziehungsmusters, das er auch auf die therapeutische Beziehung zu projizieren begann. Unser gemeinsames Gelächter bewirkte beim Analysanden offenbar das Gefühl, davon sprechen zu können, ohne darauf festgenagelt zu werden, auch drückte sich darin ein gemeinsames Geheimnis aus. Darüber hinaus schien mir ganz wesentlich zu sein, daß der Analysand ein

erstes Mal sehr viel näher bei seinen Gefühlen war, sich sehr viel besser spürte, was er auch zum Ausdruck bringen konnte.

Dieser Ausschnitt sollte illustrieren, wie durch die Konzentration auf die Bilder verschiedene Emotionen belebt werden können, die einerseits diagnostische Hinweise ermöglichen, zum anderen aber sehr existentiell deutlich machen, wie sich der „Vaterkomplex“ dieses Mannes anfühlt, wie sehr er auch die Sehnsucht hat, sich mit dem Vaterpart zu identifizieren.

2. Sequenz

Der Analysand hatte einen Vater, der ihm immer das Gefühl gab, er erwarte von ihm etwas Bedeutendes. Der Vater wurde als sehr entwertend erlebt, auch als ausstoßend gegenüber dem Sohn. Vatersätze waren: „Man muß die Sachen nicht nur gern machen, man muß sie auch können ...“, und: „Ich mache immer alles prima, du bist ein Würstchen.“ Der Sohn hätte gerne gehört: „Wir machen das schon miteinander“, oder: „Du wirst einmal genauso gut wie ich, vielleicht sogar besser.“ Es ist das Wesen der ursprünglich negativen Elternkomplexe, daß die Eltern es den Kindern zu wenig gestattet haben oder gestatten konnten, an ihnen teilzuhaben, mit ihnen in einem „Wir“ zu verschmelzen. Dadurch werden sie auf ihren Ichkomplex zurückgeworfen in Situationen, in denen nicht Autonomie das Thema wäre. Diese Menschen fühlen sich daher immer leicht „ausgestoßen“.²²

Seit der 51. Stunde „harzt“ die Therapie. Der Vaterkomplex ist konstelliert, schon seit längerer Zeit. Träume mit väterlichen Gestalten werden nachimaginiert, wie oben beschrieben. In Anlehnung an *Franz Kafka* schreibt er einen Brief an seinen Vater. Dieser ist in höherem Alter noch einmal ungeheuer erfolgreich und mokiert sich über seinen Sohn, der den Aufstieg nicht wirklich schafft. In einem Psychodrama-Wochenendseminar mit einem Therapeuten bearbeitet der Analysand sein Vaterproblem. Der Vaterpart wird komplexhaft auch auf mich übertragen: „Sie erwarten von mir etwas Bedeutendes.“ Ich fühle mich nicht richtig gesehen, deute ihm diese Aussagen als Übertragung des Vaterproblems, er versteht, es ändert sich nichts. Er erzählt mir, wie er das Mausegefühl habe, jetzt in der analytischen Situation. Ich werde unversehens zum Adler, der sich auf die Maus herunterstürzt, und mag das überhaupt nicht, kann es aber nicht ändern.

Nach einigen Stunden wurde mir bewußt, daß ich jetzt langsam wirklich etwas von ihm wollte, nicht gerade bedeutsam sollte er sein, aber zumindest sich ein wenig verändern. Wir wußten doch eigentlich alles, auch emotionell. Was fehlte denn bloß? Ich faßte diese Wahrnehmung in Worte: „Ich werde ungeduldig, ich möchte, daß sich etwas verändert. Aber ich habe kein Recht, diese Veränderung zu fordern.“

Er: „Den letzten Satz hätte Vater nicht gesagt.“

Der Komplex war nun deutlich aufgespalten, nicht nur auf der Bild-ebene: der Vateranteil des Komplexes war an mich delegiert, ihm blieb der Kindanteil. Ich wehrte diese Delegation kräftig ab, spürte aber, wie ich wirklich insgeheim mit dem Vaterpart seines Vaterkomplexes identifiziert war. Ich ärgerte mich darüber, daß ich nicht mehr seine Entwicklungsmöglichkeiten sah und auf sie vertraute, wie ich es üblicherweise kann, sondern daß ich ihn – recht systemimmanent im Sinne des Komplexes – als einen Versager sah. Saß er mir nicht gegenüber, konnte ich sehr gut unterscheiden zwischen meiner Identifikation mit einem Komplexanteil und meiner sonst üblichen Haltung.

Er sprach immer wieder davon, daß ich eben doch etwas Bedeutsames von ihm wolle, daß er sich jetzt fühle wie die Maus, klein, unbedarft, so „wie ein Kind, das am liebsten in den Erdboden versinken möchte“. – „Vorher steche ich Sie aber mit einer Nadel in den Absatz, da tut es besonders weh.“ Diese Gefühle der Rache waren aber nur vorübergehend, eher klagte er, er würde sich doch so gerne verändern, wenn nur mir etwas einfallen würde. Er konnte seine Wut wahrnehmen, seine Ohnmacht, seine Verzweiflung, wir konnten sie auch annehmen. Es tat sich nichts. Auch Träume wurden jetzt nicht erinnert.

Ich spürte immer mehr Druck, etwas machen zu müssen und immer mehr Ärger darüber, es wollte mir einfach nichts einfallen. Er wurde immer fordernder: „Ich dachte eigentlich, Sie seien gut ...“, ich wurde immer phantasieloser. In der 63. Stunde ärgerte mich das nicht wie sonst, sondern es amüsierte mich: Was lief denn da eigentlich? Ich sah plötzlich – ein Gegenübertragungsbild – meinen Analysanden als kleinen, sehr einsamen Buben in einer kahlen Landschaft stehen, umgeben von großen Gestalten, die alle auf ihn einredeten, er aber schrumpfte und schrumpfte und fühlte sich als ein „Nichts“. Ich beschrieb dieses Bild dem Analysanden und sagte ihm, ich hätte mich in letzter Zeit mit ihm zusammen auch so gefühlt in unseren Stunden. Miteinander rekonstruierten wir die Gefühle des kleinen Buben angesichts der großen Gestalten, die der Analysand als Riesen bezeichnete. Er behandelte mein Bild, als wäre es seines, konnte mir auch genau beschreiben, wie die Landschaft aussah, seine Landschaft, von der er annahm, daß es auch meine sei. Auch die Möglichkeit, vor dem endgültigen Versinken in den Boden mir noch in die Ferse zu stechen, erlebten wir gemeinsam als letzte, wirkungsvolle Rache. Die Atmosphäre zwischen uns war verändert, hatte ich in den Stunden zuvor mit Müdigkeit zu kämpfen, war ich jetzt hellwach, wir waren nicht in einer Distanz zueinander, nicht in Kampfposition, sondern ein deutliches „Wir“ war zu spüren.

In der nächsten Stunde sagte mir der Analysand, er fühle sich wie neugeboren. Jetzt habe er endlich das Gefühl, den Panzer des Vaterkomplexes abgeworfen zu haben. Ihm sei aufgegangen, daß er ja nicht nur in der Rolle des kleinen Buben stecke, mir gegenüber sei er doch in der Rolle

des Vaters gewesen – und nicht nur mir gegenüber. „Der Adler, der Adler ...“. So schlecht sei der vielleicht doch nicht. Aber er habe eine harte Woche hinter sich, ihm sei aufgefallen, wie schrecklich er sich benommen habe, noch schlimmer teilweise als sein Vater, und das habe er alles projiziert.

Woran er merke, daß er den Panzer des Vaterkomplexes abgeworfen habe? Er benehme sich nicht mehr wie der kleine Bub, er müsse nichts Bedeutsames leisten, diese Entwicklung sei jetzt bedeutsam genug, er fühle sich ein wenig frei wie der Adler. Seine Frau habe ihm gesagt, er habe sich deutlich verjüngt, sei freudiger geworden. Er habe seinen Chef um eine längst fällige Gehaltserhöhung gebeten, und sie auch bekommen.

Er träumte von einem gleichaltrigen Mann, der ihn sehr faszinierte, den er unbedingt kennenlernen wollte, dieser schien ihm entschlossener und zugleich verspielter zu sein als er selbst.

Diese Wandlung – es werden natürlich weitere Runden zum Thema Vaterkomplex zu erwarten sein zu einem späteren Zeitpunkt – scheint mir sehr typisch verlaufen zu sein: Komplexe, bevor sie sich ausphantasieren, spalten sich gerne auf. Diese Aufspaltung entspricht einer Delegation. Als diese mir bewußt wurde, deutete ich sie. Deutung schafft aber immer auch Distanz. Ich wehrte die Emotionen, die mit diesem delegierten Vateranteil verbunden waren, ab. Erst als mir emotionell der andere Part der Komplexkonstellation auch bewußt wurde, ich als kleiner Bub, der ständig in Gefahr ist, zu einem Nichts zu schrumpfen, aber wenigstens noch zusticht vor dem endgültigen Untergang, und ich meinen Gegenübertragungswiderstand aufgeben konnte, indem ich empathischer mit mir umging, mich amüsierte, statt mich weiterzuärgern, war ich zu meinem Unbewußten hin und zu unserem gemeinsamen Unbewußten hin wieder geöffnet, konnte ein emotionell unterlegtes Bild in den therapeutischen Prozeß stellen, das uns beide ansprach und das uns zu einem „Wir“-Erleben brachte, das uns beide mit unserem Unbewußten in Kontakt brachte. Damit aber konnte die Selbstregulierung der Psyche wiederum funktionieren: Ich war aus der komplexhaften Einingung in der Beurteilung der analytischen Situation befreit, der Analysand fühlte sich wie neugeboren und zeigte eindeutig ein verändertes Verhalten, und brachte ein neues – archetypisches – Symbol in den therapeutischen Prozess, den faszinierenden gleichaltrigen, unbekanntem Mann. Zudem fiel ihm ein, daß nicht alles an diesem Vater schlecht sein konnte – der Adler faszinierte auch.

Emotion allein genügt nicht, Bild allein genügt nicht, beides muß zusammenkommen, und die Komplexe, die sich so leicht polar aufspalten, müssen emotionell wahrnehmbar in der Psyche eines Menschen zusammengesetzt werden, damit Wandlung geschehen

kann. Das kann man sich aber nicht einfach so vornehmen, das sind Prozesse, die auch ihre eigene Autonomie haben.

11. Kritische Auseinandersetzung

Das theoretische Umfeld, in das die Emotionen eingebunden sind in der *Jungschen* Therapie, scheint mir, je länger ich arbeite, um so überzeugender zu sein. In der praktischen therapeutischen Arbeit scheint es einige Klippen zu geben: Dieses Oszillieren zwischen Emotion und Bild bewirkt, daß man beim Bild allein bleiben kann, mit Bildern vielleicht gelegentlich sogar die Emotion abwehren kann. Die andere Möglichkeit besteht darin, daß man – gerade in der Abwehr dieser eben genannten Position, die dann allenfalls gelehrt über diese Bilder spricht und den Zusammenhang mit archetypischen Bildern aufzeigt – zu sehr nur bei den Emotionen bleibt und das Bild dahinter wirklich nicht mehr wahrnimmt, dadurch aber auch die enorme Wirkung, die in der Ausphantasierung der Komplexe liegt, nicht nutzen kann. Es gilt, das eine zu tun und das andere nicht zu lassen. Es ist auch darauf zu achten, daß gelegentlich eine Körpersensation oder ein Körperbild anstelle eines Bildes anzutreffen ist, als Übergang von der Emotion zum Bild.

Der Forschungsbedarf liegt heute eindeutig beim Konzept der Komplexe, das ein ausgesprochen interessantes, dynamisches Konzept ist. Es ginge dabei bei diesen Forschungen darum, daß wir – aus Therapien – sehr genaue Beschreibungen von Komplexsituationen haben, mit Bildern, Körpererfahrungen und Emotion, so daß z.B. auch herausgefunden werden könnte, inwiefern die Komplexe der Eltern auch wieder in den Komplexen der Kinder sich abbilden, wo aber auch die Freiräume sind. Es müßte dazu auch Mehrgenerationenforschung getrieben werden. Von besonderem Interesse scheint heute auch das Konzept des gemeinsamen Unbewußten zu sein. Hier geht die Forschung dahin, daß verschiedene Therapeuten der *Jungschen* Schule sich treffen und sich gegenseitig erzählen – so präzise wie möglich – wo, wann und wie sie das gemeinsame Unbewußte erleben. Grundsätzlich wurde von unserer Schule angeregt, daß wir die ganze Palette der möglichen Emotionen in den therapeutischen Prozessen zu beachten haben, nicht nur die wenigen gängigen, auf die wir uns gewöhnlich beschränken.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Jung, C.G.: Über die Psychologie der Dementia Praecox, besonders das Kapitel: Der gefühlsbetonte Komplex und seine allgemeinen Wirkungen auf die Psyche. In: GW 3, Par. 77-106; und Kast, V.: Dynamik der Symbole, S. 44 ff.
- 2 Jung: Allgemeines zur Komplextheorie, in GW 8, Par. 210.
- 3 Vgl. Kast: Dynamik, S. 67-108.
- 4 Jung: Synchronizität als ein Prinzip akausalser Zusammenhänge. In: GW 8, Par. 856.
- 5 Jung: Zur Phänomenologie des Geistes im Märchen. In: GW 9/1, Par. 393.
- 6 Kast: Dynamik, S. 115.
- 7 Jung: Experimentelle Untersuchungen, in GW 2.
- 8 Kast: Dynamik S.55
- 9 Jaffé, A.: Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung, Rascher 1962
- 10 Kast: Das Assoziationsexperiment.
Schlegel: Psychophysiologische Aspekte des Assoziationsexperimentes und Normdaten zu einer neuen Reizwörterliste.
- 11 Kast: Dynamik, S. 47, 179 ff.
- 12 Kast: Imagination als Raum der Freiheit.
- 13 Ammann: Heilende Bilder der Seele.
- 14 Riedel: Maltherapie.
- 15 Izard: Die Emotionen des Menschen, S. 89ff.
- 16 Emde, S. 763
- 17 Kast: Dynamik, S. 43
- 18 Jung: Die Psychologie der Übertragung, in GW 16.
- 19 vgl. Kast: Dynamik, S. 217ff; auch: Märchen als Therapie
- 20 vgl. Erman
- 21 vgl. Kast: Trauern; Kast: Freude; Jacoby: Scham
- 22 vgl. Kast: Wandlungsprozesse in Behandlungen. Behandlungstechnik oder Geheimnis?

Literatur

- Ammann, R. (1989): Heilende Bilder der Seele. Das Sandspiel – der schöpferische Weg der Persönlichkeitsentwicklung. München: Kösel.
- Emde, R. N. (1991). Die endliche und die unendliche Entwicklung. *Psyche* 45, 9, 749-779; auch in Petzold, H., Die Kraft liebevoller Blicke, Psychotherapie und Babyforschung, Bd. II, Junfermann, Paderborn 1994.
- Emrich, H.M. (1990): Über die Entstehung von Emotionen und Affekten, in: *Aus Forschung und Medizin* 5. 1/90, Streit um die Seele, Schering, Berlin.
- Erman, M. (1987): Die Gegenübertragung und die Widerstände des Psychoanalytikers. *Forum Psychoanal.* 2, 103-113.
- Izard, C.E. (1981): Die Emotionen der Menschen. Weinheim: Beltz.
- Jacoby, M. (1991): Scham-Angst und Selbstwertgefühl. Olten: Walter.
- Jaffé, A. (1962): Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung. Zürich: Rascher.
- Jung, C.G. (1979, 1987): Experimentelle Untersuchungen, GW 2. Olten: Walter.
- (1968, 1985): Psychogenese der Geisteskrankheiten, GW 3. Olten: Walter.
- (1920, 1960): Psychologische Typen, GW 6. Olten: Walter.

- (1967, 1987): Die Dynamik des Unbewußten, GW 8. Olten: Walter.
- (1958, 1984): Praxis der Psychotherapie, GW 16. Olten: Walter.
- Kast, V. (1982): Trauern, Phasen und Chancen des psychischen Prozesses.
- (1980): Das Assoziationsexperiment in der therapeutischen Praxis. Fellbach: Bonz.
- (1988): Imagination als Raum der Freiheit. Der Dialog zwischen dem Ich und dem Unbewußten. Olten: Walter.
- (1989): Märchen als Therapie. Olten: Walter.
- (1991): Freude, Inspiration, Hoffnung. Olten: Walter.
- (1990): Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. Olten: Walter.
- (1991b): Wandlungsprozesse in Behandlungen. Behandlungstechnik oder Geheimnis? In: *Buchheim P., Cierpka M, Seifert Th.* (Hrsg): Lindauer Texte. Psychotherapie im Wandel. Abhängigkeit. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Riedel, (1992): Malthherapie. Stuttgart: Kreuz.
- Schlegel, M. (1982): Psychophysiologische Aspekte des Assoziationsexperimentes und Normdaten zu einer neuen Reizwörterliste. *Analyt. Psychol.* 13 (2), 75-93.
- Tomkins, S.S. (1962): Affect, Imagery, Consciousness. New York: Springer.

Emotionen in der Individualpsychologie¹ – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß

Dieter Tenbrink

Bei der Individualpsychologie handelt es sich im Kern um eine Theorie der Selbst- und Selbstwertregulation im Kontext eines ganzheitlich und intersubjektiv angelegten Menschenverständnisses.

Zur Theorie der Individualpsychologie unter besonderer Berücksichtigung der Emotionen

I

Adler (1931) unterschied nicht grundsätzlich und durchgängig zwischen Gefühlen und Affekten. Letztere zeichnen sich gegenüber den ersteren am ehesten durch eine stärkere Intensität und heftigere – oft auch leibnähere – Ausdrucksform aus. In Übereinstimmung mit dem ganzheitlich und intersubjektiv angelegten Ansatz der Individualpsychologie erschließt sich die Bedeutung von seelischen Phänomenen ganz allgemein nicht auf dem Wege ihrer möglichst exakten und eindeutigen Klassifikation als isolierte und statisch gedachte Entitäten im seelischen Aufbau. Entscheidend ist, auf der Grundlage genauer phänomenologischer Erfassung im Einzelfall, die Einordnung der Phänomene in ein übergeordnetes, dynamisch konzeptualisiertes Bezugssystem: *Die Person in ihrer Lebensbewegung* (vgl. Heisterkamp 1990). So schreibt Adler (1931, 209-210): „Die Affekte (und Gefühle; Anm. d. Verf.) sind Steigerungen jener Erscheinungen, die wir als Charakterzüge bezeichnet haben. Es sind zeitlich abgegrenzte Bewegungsformen des seelischen Organs, die sich unter dem Druck einer uns bekannten oder unbekanntem Nötigung wie eine plötzliche Entladung äußern und, wie die Charakterzüge, eine Zielrichtung besitzen. Sie sind keine rätselhaften, undeutbaren Erscheinungen; sie treten immer dort auf, wo sie einen Sinn haben,

wo sie der Lebensmethode, der Leitlinie eines Menschen entsprechen. ... sie haben zum Ziel, eine Änderung herbeizuführen, um die Situation eines Menschen zu seinen Gunsten zu ändern.“ Der Schlüssel zum Verständnis der Gefühle und Affekte liegt demgemäß also im Erfassen ihrer Bedeutung und Funktion innerhalb der übergeordneten Selbst- und Selbstwertregulationsprozesse der Person. Da diese Regulationsvorgänge immer und unauflöslich an Interaktionserfahrungen gebunden sind, dienen die Affekte und Gefühle – in den weiteren Ausführungen unter dem Oberbegriff Emotionen zusammengefaßt – immer auch zugleich der Beziehungsregulation. Selbstregulation und Beziehungsregulation sind immer zwei Seiten des gleichen Vorganges.

Zusammenfassend läßt sich zunächst als Kernaussage und Wegweiser für die weiteren Ausführungen festhalten, daß die Konzeptualisierung von Emotionen in der Individualpsychologie nur im Kontext des Verständnisses der ganzheitlich und intersubjektiv organisierten Lebensbewegung des Individuums in seiner Welt möglich und sinnvoll erscheint². „Dieser Einheit der Persönlichkeit, diesem unbewußten Lebensplan, fügen sich gleichlaufend das Denken, das Fühlen, das Handeln, das Wollen, alle Charakterzüge, das Bewußte und das Unbewußte ein“ (Adler 1931a/1982, 194). Diese anthropologische Grundkonzeption verweist auf theoretische Berührungspunkte mit der Personalistik W. Sterns, der Selbstpsychologie Kohuts, der Daseinsanalyse von Binswanger und Boss' sowie der Ganzheits- und Gestaltpsychologie.

II

Ausgehend von der Kritik an der damaligen Psychoanalyse – insbesondere an der sexuellen Ätiologie der Neurosen, der biologisch ausgerichteten Motivationstheorie, dem solipsistischen Menschenverständnis und der Verabsolutierung des Unbewußten als einer Region innerhalb der Psyche (Adler 1911, 1912) – entwickelte Adler schrittweise einen Entwurf des Seelischen, welcher konsequent Selbst- und Selbstwertregulationsprozesse der ganzheitlich, dynamisch und intersubjektiv verstandenen Person in den Mittelpunkt der Theoriebildung rückt. „Als letzte, ausschlaggebende Instanz ... können wir ein Wert- oder Persönlichkeitsgefühl annehmen, dessen größere oder geringere Befriedigung die Bewegungen des Individuums gegenüber seinen individuell erfaßten Lebensaufgaben er-

zwingt“ (Adler 1926/1982, 161-162). Diese fundamentale Abweichung von der damaligen – durch Freud selbst vertretenen – psychoanalytischen Position (Freud 1905, 1905a, 1910) bedeutet allerdings nicht (wie immer wieder unterstellt wurde) zwangsläufig die Vernachlässigung oder gar Leugnung all jener Phänomene, die in der Freudschen Theorie als Triebmanifestationen gedeutet worden sind, sondern ihre Einordnung und Auslegung im Kontext des Primates der Selbstregulation der Person.³ Der individualpsychologische Zugang zum Verständnis der Person erfolgt nicht wie in der Freudschen Psychoanalyse über die Suche nach biologisch verankerten und als primäre Motivkraft betrachteten unbewußten Triebansprüchen und deren ich- bzw. über-ichgemäß modifizierten Abkömmlingen in der Charakterstruktur, im aktuellen Erleben und Verhalten sowie in den psychischen und somatischen Symptombildungen, sondern über die Konzeptualisierung der Selbst- und Selbstwertregulationsprozesse als zentrales, das psychische Geschehen determinierendes Organisationsprinzip der Person.

III

Die Annahme von übergeordneten Selbst- und Selbstwertregulationsvorgängen als z.T. unbewußten Aktivitäten der Person ergibt sich zwingend und notwendig aus der anthropologischen Grundkonzeption, die besagt, daß jeder Mensch auf seine individuelle Art und Weise – entsprechend seiner Biographie – ständig nach Vervollkommnung seiner inneren Möglichkeiten strebt. Adler nannte dieses Streben auch das Streben nach Totalität (Adler 1931a, 1933). Das Schicksal dieses Totalitätsstrebens wird entscheidend durch die Art der zwischenmenschlichen Erfahrungen während der kindlichen Entwicklung bestimmt. Entwicklungsbeeinträchtigende Interaktionserfahrungen sind solche, die mit dem Totalitätsstreben interferieren und insofern gegenläufig zu ihm wirken. Dies führt zum Aufbau von innerpsychischen Spannungsfeldern, die im Dienste der Gewährleistung des Totalitätsstrebens durch Regulationsprozesse abgebaut oder zumindest gemindert werden müssen. Adler konzeptualisierte diese intrapsychischen Spannungsfelder auf einer erlebnisnahen Ebene der Theoriebildung als Minderwertigkeitsgefühle oder Mangelenerlebnisse. Hatte er zunächst, unter dem Eindruck seiner klinischen Erfahrungen diesen Mangelenerlebnissen das dynamisch-motivationale Primat zuerkannt und das Totalitäts-

streben als sekundäre, kompensatorische Erscheinung betrachtet, so revidierte er später diese Auffassung, die zu pathomorphen Einengungen in der Theoriebildung und Behandlungspraxis geführt hatte (*Heisterkamp* 1990a), indem er das Bedingungsverhältnis zwischen diesen beiden Variablen umkehrte (*Ansbacher* 1961). Dem Totalitätsstreben – heute würde man in der modernen Terminologie vom Streben nach Kompetenz oder Selbstaktualisierung sprechen (*White* 1957) – wird die Rolle eines primären Motives zugeschrieben, während die Mangelzustände im Sinne von Beeinträchtigungen dieses Strebens sekundäre Bedeutung erhalten. Letztere induzieren innere Spannungsfelder, die durch die regulativen Fähigkeiten des Individuums und der Umwelt im Dienste des Primates des Totalitätsstrebens abgebaut werden müssen. Da entsprechend dieser Annahmen der Grad der Realisierung des Totalitätsstrebens entscheidend durch die Art der zwischenmenschlichen Erfahrungen im Verlaufe der Lebensgeschichte bestimmt ist, ergibt sich zwangsläufig die Schlußfolgerung, daß die dem Abbau der inneren Spannungsfelder dienenden Regulationsprozesse immer sowohl auf der intrapsychischen als auch auf der interpersonellen Ebene wirksam sein müssen. Streng genommen sind der intrapsychische und der interpersonelle Aspekt des Geschehens immer nur zwei Seiten des gleichen Geschehens – auch wenn je nach situativem Kontext die Akzente unterschiedlich gelagert sind. Dieser Sachverhalt läßt sich paradigmatisch an der Bedeutung und Funktion der Emotionen in diesem Regulationsgeschehen verdeutlichen.

IV

In Abänderung des *Husserlschen* Postulates, daß es kein Bewußtsein an sich gäbe – d.h. als isolierte, unbezogene Entität und ohne konkrete inhaltliche Bestimmung –, sondern immer nur ein Bewußtsein von etwas, läßt sich die individualpsychologische Sicht der Emotionen folgendermaßen formulieren: Es gibt nicht ein Gefühl an sich und für sich – d.h. als isolierte, unbezogene und damit inhaltslose innerpsychische Entität oder als impersonale primäre Kraft –, das das Individuum zu einer intrapsychischen Stellungnahme im Sinne einer unbewußten Abwehr herausfordert und das sich dann sekundär im Erleben und Verhalten sowie in Symptombildungen kompromißhaft manifestiert, sondern Gefühle sind immer schon integraler Bestandteil und Manifestation einer *primären* und ganzheitlichen

Stellungnahme eines Individuums gegenüber den Einflüssen durch interpersonelle Erfahrungen⁴. Insofern haben Emotionen immer zugleich regulative Funktionen auf der intrapsychischen und interpersonellen Ebene, indem sie zum einen Störungen der inneren Stabilität des Selbst, infolge von das Totalitätsstreben beeinträchtigenden Interaktionseinflüssen, anzeigen und zum anderen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des inneren optimalen Zustandes durch Abbau des intrapsychischen Spannungsfeldes beitragen. Wie ist nun im einzelnen die innere Stabilität mit der interpersonellen Ebene verflochten? Zwischen innerer Selbstregulation und interpersonellen Einwirkungen besteht ein innerer, funktionaler Zusammenhang. In dem Maße, in dem die selbstregulativen Möglichkeiten eines Individuums in einer belastenden zwischenmenschlichen Situation überfordert werden, benötigt das Individuum ein interpersonelles „Hilfsangebot“, welches das manifeste Defizit der selbstregulativen Kräfte auszugleichen vermag; entweder, indem die „Hilfsperson“ diese Funktionen stellvertretend übernimmt, oder aber indem sie den Betreffenden vor diesen Überforderungen insgesamt schützt. Solche Überforderungen der selbstregulativen Struktur können sowohl durch eigene Wünsche, die durch eine Versuchungssituation geweckt werden, als auch durch äußere Anforderungen hervorgerufen werden. Die hier vertretene enge Verwobenheit von intrapsychischer und interpersoneller Ebene, die weit über die herkömmliche *freudianische* Auffassung der Bedeutung von Personen als Objekten der Befriedigung libidinöser oder aggressiver Triebe hinausgeht, hat *Metzger* aus individualpsychologischer Sicht und im Vorgriff auf das sehr hilfreiche Konzept der Selbstobjekte von *Kohut* verdeutlicht, wenn er schreibt:

„Wenn hier von Bedürfnisbefriedigung gesprochen werden soll, so kann man behaupten, der eine Mensch hänge am anderen nicht, weil er die Befriedigung eines anderweitigen Bedürfnisses, wie Zärtlichkeit, Nahrung oder Schutz von ihm erwartet, sondern das hier grundlegende Bedürfnis wird schon dadurch erfüllt, daß der andere Mensch, überhaupt da ist, daß das Kind ihn sieht, daß es von ihm beachtet wird, sich notfalls an ihn klammern kann, daß seine Abwesenheit sich in Abständen von noch erträglicher Dauer wiederholt, so daß man seine Rückkehr immer wieder mit Zuversicht erwarten kann. Daß dies das Eigentliche ist, zeigt am deutlichsten das angstvolle Sichanklammern des Kindes, dessen Zuversicht durch irgendeinen pädagogischen Betriebsunfall gestört ist und durch Zärtlichkeiten allein nicht wieder hergestellt werden kann. Der andere Mensch, zu dem man und der zu einem gehört, *ist hier ein Teil*

der Seele... und zwar ein notwendiger, und sein Abhandenkommen kann in seinen Auswirkungen nur nach dem Bilde einer Amputation verstanden werden“ (Metzger 1967/1986, 141; Heraush. d. Verf.).

Die in diesem Zitat anschaulich herausgearbeitete elementare Bedeutung des Zwischenmenschlichen für die Aufrechterhaltung der inneren Stabilität und Kohärenz des Selbst findet sich bei verschiedenen Vertretern der Objektbeziehungstheorie wie z.B. *Winnicott, Balint, Fairbairn, Guntrip* sowie in besonders differenzierter Weise in der Selbstpsychologie *Kohuts*. So hat z.B. *Fairbairn* (1941) im Rahmen seiner Auseinandersetzung mit der Libidotheorie betont, daß der Mensch primär nicht nach Triebbefriedigung, sondern nach der Verbundenheit mit dem anderen sucht. Die Umwelt auf die Funktion der Befriedigung einzelner Triebansprüche zu reduzieren hieße, die fundamentale Bedeutung der Umwelt, bzw. der bedeutsamen Interaktionspartner, für die Aufrechterhaltung der inneren Stabilität und Kohärenz des Selbst (*Kohut* 1979) zu verkennen. Und diese Bedeutung liegt nicht in der Befriedigung einzelner Bedürfnisse und Triebansprüche, sondern geht weit darüber hinaus, insofern als der entscheidende Faktor in der stellvertretenden Regulation von Selbstzuständen liegt, die allerdings die Befriedigung von Bedürfnissen einschließen kann.

Die Möglichkeiten der Selbstregulation in einer konkreten Situation hängen also ab von

1. der im Verlaufe der Lebensgeschichte aufgebauten inneren regulativen Struktur – im Sinne einer erworbenen Disposition
und
2. von den Möglichkeiten der Umwelt, solche regulativen Funktionen dann stellvertretend zu übernehmen, wenn die eigene regulative Struktur des Betreffenden überfordert ist. Die Übernahme solcher Funktionen schafft beim „Empfänger“ nicht nur eine vorübergehende Stabilisierung, sondern trägt auch zur Bildung neuer eigener regulativer Struktur bei; diese Thematik wird später aufgegriffen.

Genau dieser innere Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren bildet den psychologischen Ort, an dem Emotionen in der Individualpsychologie ihre zentrale Bedeutung erhalten.

Nach *Adler* lassen sich Affekte und Gefühle entweder der Kategorie der verbindenden oder der trennenden Gefühle und Affekte zuordnen. Zu den verbindenden Emotionen zählt er – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – Freude, Mitleid und mit einigen Einschränkungen auch Scham (*Adler* 1931). Es ließen sich noch Lebendigkeit, Zuversicht, Unbeschwertheit, Selbstvergessenheit und Lust im engeren Sinne hinzufügen. Entscheidend ist an dieser Stelle nicht die Erstellung einer vollständigen Liste, sondern das Herausarbeiten des gemeinsamen dynamischen Nenners im Rahmen der Selbstregulation der Person. Dieser liegt darin, daß verbindende Emotionen sich dann einstellen, wenn die Selbstregulation – aufgrund eines synchronen Zusammenwirkens von innerer selbstregulativer Struktur einerseits und diese Struktur fördernden und unterstützenden Interaktionserfahrungen andererseits – gelingt und das innerseelische Spannungsfeld zwischen Totalitätsstreben und gegenläufigen Interaktionserfahrungen die Selbstentfaltung nicht wesentlich beeinträchtigt. Eine Person, die sich in einem solchen Zustand befindet, fühlt sich lebendig, angeregt oder entspannt, je nach situativem Kontext, da sie sich ausreichend im Einklang, sowohl mit ihren inneren Möglichkeiten als auch mit den gerade bedeutsamen Menschen ihrer Umgebung erlebt. Besonders eindrucksvoll zeigt sich dieser Zustand im arglosen, selbstvergessenen und lebendigen, kreativen Kinderspiel sowie in der lustvollen, spielerischen Sexualität zwischen Partnern, die sich gegenseitig in ihrem Erleben zu fördern vermögen, ohne daß dies mit dem bewußten Zurücknehmen eigener originärer Selbstäußerungen verbunden ist. *Winnicott* hat diesen Zustand als spontanen Ausdruck des wahren Selbst in einer Situation, in der nicht reagiert werden muß, beschrieben (*Winnicott* 1974). Synchronizität in der Interaktion entsteht, wenn die spontanen Lebensbewegungen zweier (oder mehrerer) Menschen einfach zueinander passen und sich dadurch gegenseitig in der Entfaltung fördern. In Erziehung und Psychotherapie können wir es uns nicht leisten, auf solche glücklichen Augenblicke zu warten, sondern die Aufgabe von Erzieher und Psychotherapeut kann aus diesem Blickwinkel darin gesehen werden, sich für sein Gegenüber immer wieder ausreichend passend zu machen, um auf diese Weise dessen Totalitätsstreben und damit zugleich die Bildung von regulativer Struktur zu unterstützen. In der Terminologie

der Selbstpsychologie geht es um die Stärkung der Selbstkohärenz durch angemessene empathische Reaktionen des Selbstobjektes (Basch 1984; Kohut 1987).

Erfahrungsgemäß sind solche Zustände von starker Selbstkohärenz und intensiver Verbundenheit mit einer passenden Umwelt nur sehr begrenzt und meist nicht von allzu langer Dauer und werden im Alltag durch die Mobilisierung von trennenden Affekten und Gefühlen (Adler 1931) in den unterschiedlichsten Ausprägungen abgelöst. Zu den trennenden Emotionen zählt Adler – ebenfalls ohne Anspruch auf Vollständigkeit – Zorn, Trauer, Furcht, Angst, Ekel, und aus heutiger Sicht ließen sich als neurosenpsychologisch besonders relevant noch Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit (Adamson & Schmale 1966) hinzufügen. Trennende Emotionen treten dann auf, wenn ein Individuum sich in seinem Bezug zur Welt Situationen ausgesetzt sieht, die die selbstregulativen Kräfte überfordern und keine Aussicht auf einen zwischenmenschlichen Austausch besteht, in dem Interaktionspartner bereit oder in der Lage sind, die manifest gewordenen Defizite in der Selbstregulation stellvertretend auszugleichen. Zur Verdeutlichung ein einfaches klinisches Beispiel:

Herr A. besuchte eine Tanzveranstaltung. Er bemerkte im Verlaufe des Abends eine Frau, die er sehr attraktiv fand. Er verspürte einen starken Wunsch sie zum Tanzen aufzufordern und kennenzulernen. Noch bevor er aktiv werden konnte, stellte sich anfallartig ein diffuses Gefühl von panischer Angst ein, verbunden mit Schwindelgefühlen, Schweißausbrüchen und Herzrasen. Er erlebte sich als handlungsunfähig, und seine Gedanken waren von dem Moment an nur noch darauf gerichtet, so schnell wie möglich nach Hause zu kommen. Er verließ fluchtartig das Lokal und begab sich direkt nach Hause.

Während die Symptomatik gemäß der klassisch-psychoanalytischen Theorie als ein unbewußter Kompromiß zwischen Abkömmlingen libidinöser Triebansprüche einerseits und einem strengen Über-Ich andererseits verstanden wird, lassen sich die Beschwerden aus dem hier vertretenen Ansatz, in der Tradition der Individualpsychologie, auf eine andere Weise verstehen – mit anderen behandlungspraktischen Implikationen, wie später noch auszuführen sein wird. Nicht primär ein unbewußter Konflikt zwischen Triebansprüchen und Abwehr steht im Zentrum der Erklärung, sondern die Symptomatik gilt als Anzeichen für und Reaktion auf die endopsychische Wahrnehmung⁵ der Überforderung der selbstregulativen Struktur durch die in der Situation geweckten Wünsche nach der Frau –

bei gleichzeitigem Ausbleiben einer externen, stellvertretenden Regulationshilfe.⁶

Den trennenden Emotionen kommt somit eine zweifache Bedeutung zu:

1. Sie sind Anzeichen oder Signal für die endopsychische Wahrnehmung der Überforderung der selbstregulativen Möglichkeiten.
2. Sie sind Teil der individuellen, lebensgeschichtlich geformten Bewegungen und Reaktionen des überforderten Selbst, in Richtung auf eine regressive Form der Regulation des entstandenen inneren Spannungsfeldes durch Selbststabilisierung und/oder regressive Suche nach Selbstobjekten.

So spiegeln die trennenden Emotionen und die damit verbundenen Symptombildungen sowohl die traumatisch erlebte Überforderung der selbstregulativen Struktur als auch die Aktualisierung einer regressiven Form der Selbstbewahrung auf eben jenem Funktionsniveau wider, das die selbstregulative Struktur – bei ausbleibender externer Unterstützung – in der Situation gerade noch leisten kann.

Diese Doppelfunktion kommt natürlich auch den verbindenden Emotionen zu – allerdings in eine andere Richtung:

1. Die Gefühle sind Anzeichen dafür, daß die selbstregulative Struktur angesichts der bestehenden interpersonellen Situation und der Anforderungen, die in dieser Situation enthalten sind, ausreicht.
2. Sie sind Bewegungen des Selbst, in Richtung auf Erweiterung der individuellen Entfaltung des Selbst in der Situation und des Aufbaues weiterer regulativer Struktur.

Emotionen – verbindende und trennende – dienen also der Selbstregulation und der Beziehungsregulation zugleich, da der Zustand des Selbst immer durch die Art der interpersonellen Einflüsse mitbestimmt ist. *Sie sind Anzeichen und zugleich Teil der Reaktion auf die endopsychische Wahrnehmung des jeweiligen Grades der Funktionsfähigkeit und Leistungsfähigkeit der inneren selbstregulativen Struktur im Kontext einer interpersonellen Situation.*⁷

Es hängt nun von einer Vielzahl lebensgeschichtlicher und situativer Komponenten ab, welche Emotion im Einzelfall auftreten wird⁸.

Die hier vertretene Auffassung zur Dynamik der Emotionen wird durch die jüngst von *Krause* (1992) veröffentlichten Ergebnisse seiner systematisch-empirischen Affektforschung gestützt, wenn er schreibt: „So gesehen, sind Affekte Wünsche nach veränderten Objektbeziehungen, aber auch nach der Fortsetzung von Objektbeziehungen“ (*Krause* 1992, 599); und weiter heißt es: „Negative Affekte sind Wünsche nach veränderten Objektbeziehungen, positive nach der Fortführung einer gerade bestehenden. Man kann darin die interaktiven Komponenten von negativen und positiven Rückkopplungen sehen“ (*Krause* 1992, 600). Die Nähe dieser Befunde zu *Adlers* phänomenologischer Unterscheidung in trennende und verbindende Affekte ist sicher unübersehbar.

VI

Während *Adler* das Selbst- oder Persönlichkeitsgefühl als oberstes Organisationsprinzip des seelischen Geschehens betrachtete, stellen wir heute die selbstregulative Struktur in den Mittelpunkt der Psychodynamik, da sich seine Konzeption auf dem Hintergrund des heutigen Wissensstandes – nicht zuletzt aufgrund der neueren Säuglingsforschung – als zu eng gefaßt erweist. *Adlers* Erklärungsansatz der selbstregulativen Prozesse verbleibt auf der Ebene der erlebnisnahen Konzeptualisierung auf der Gefühlsebene. So wichtig eine erlebnisnahe Theoriebildung auch ist, sie greift zu kurz, weil sie keine wirkliche Erklärung der Phänomene bietet, sondern immer in der Gefahr schwebt, tautologische Erklärungen zu liefern – nach dem Muster: Ein Interaktionseinfluß wirkt traumatisierend, weil er das Persönlichkeitsgefühl beeinträchtigt. Dabei bleibt die entscheidende Erklärung der traumatischen Natur eines solchen Einflusses im Dunkeln. Hier bietet das Konzept der selbstregulativen Struktur einen zentralen Ankerpunkt, denn erst auf der Grundlage dieses Konstruktes wird nachvollziehbar, warum ein Erlebnis traumatisch wirksam wird. Sobald nämlich dieses Erlebnis die innere selbstregulative Struktur überfordert, kommt es zu einer entsprechenden endopsychischen Wahrnehmung der Überforderung und der damit einhergehenden Fragmentierung des Selbst. Beeinträchtigungen des Persönlichkeitsgefühls und die Mobilisierung von trennenden Emotionen sind demgemäß nicht als zentrale Organisatoren der Psychodynamik, sondern vielmehr als die emotionalen Begleiterscheinungen der Störung in der Selbstregulation zu betrachten. Sie

stellen das erlebnismäßige Korrelat der Überforderung der selbstregulativen Struktur dar und sind zugleich immer auch Bestandteil der Reaktion auf diese Überforderung. Von entscheidender dynamischer Bedeutung ist jedoch der Grad des Vorhandenseins und der Funktionsfähigkeit der selbstregulativen Struktur, denn davon hängt letztlich ab, ob ein Interaktionseinfluß als traumatisch, unbedrohlich oder gar förderlich eingeschätzt wird.

Auf eine andere „Schwachstelle“ im Werk *Adlers* möchte ich noch am Rande kurz verweisen. Die von *Adler* gewählten Begriffe, wie Macht-, Geltungs- und Überlegenheitsstreben dienen der Konzeptualisierung der Selbstregulationsprozesse im Dienste des Persönlichkeitsgefühls – zeigen aber unreflektierte Einflüsse einer „Reifemoral“ (*Kohut* 1987 a), mit der Folge, daß nicht selten in seinen Schriften „Moraldiagnostik“ (*Binswanger* 1933) von „außen“ an die Stelle empathisch geleiteter Theoriebildung tritt. Allerdings ist dies kein spezifisch *Adlersches* Problem, denn solche Tendenzen finden sich bis heute in der psychoanalytischen Literatur – z.B. bei *Kernberg* (1978) und bedürfen der kritischen Reflexion, denn sie haben ohne Zweifel nachteilige Folgen für eine menschengerechte Persönlichkeitstheorie, Neurosenlehre und Theorie der Behandlungspraxis (*Heisterkamp* 1990a; *Tenbrink* 1989).

Zur Entwicklungstheorie der Individualpsychologie unter besonderer Berücksichtigung der Emotionen

VII

Aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive wird der hohe Stellenwert von Emotionen im Zusammenhang mit der Selbstregulation unmittelbar evident, denn dem Affekt- und Gefühlsausdruck des Säuglings und des Kleinkindes kommt in der Gestaltung des Dialogs zwischen primären Bezugspersonen und Säugling eine ganz besondere organisierende und regulierende Bedeutung zu.

So haben bereits *Adler*, *Winnicott*, *Balint*, *Guntrip* und *Kohut* – je nach theoretischer Ausrichtung – auf die eine oder andere Weise immer wieder hervorgehoben, daß die seelische Verfassung und Entwicklung des Kindes von Geburt an nur im Kontext der Aus-

tauschprozesse mit der für das Kind bedeutsamen Umwelt angemessen erfaßbar ist. Winnicott (1947, nach Davis & Wallbridge 1983, 57) formulierte diesen Standpunkt auf die ihm eigene, prägnante Art: „Ich wagte einmal die Bemerkung ‚So etwas wie den Säugling gibt es nicht‘, womit ich meinte, daß man in dem Augenblick, da man versucht, einen Säugling zu beschreiben, feststellt, daß man einen Säugling und jemand anderes beschreibt. Ein Säugling kann nicht allein existieren, sondern ist ganz wesentlich Teil einer Beziehung.“

Theoretische Konzepte, die sich primär auf die Annahme einer endogenen psychischen Organisation des Kindes stützen, verlieren leicht die entscheidende Tatsache aus den Augen – nämlich daß die Konstitution von seelischer Struktur sich im wesentlichen im Medium von Interaktionserfahrungen vollzieht, wobei Interaktionserfahrung sehr viel mehr umfaßt als die Befriedigung von Triebansprüchen (vgl. S. 386). In Abgrenzung zur Libidotheorie *Freuds*, die auf die Entfaltung endogener Triebdispositionen zentriert ist, schreibt *Adler* (1926a/1982, 120): „Was wir schon in den ersten Tagen des kindlichen Lebens beobachten können, ist das Aufkommen eines Zärtlichkeitsgefühls. Das Kind beginnt Interesse zu bekommen für seine Umgebung, und da ist natürlich die Mutter die erste Person, der dieses Interesse zufließt. Das ist ein bedeutungsvoller Vorgang, denn es bedeutet, daß das Kind aus seiner Isolierung erwacht und sich eine Welt formt, in der auch andere Menschen eine Rolle spielen, daß es sich mit diesen verknüpft und verknüpfen lernt. Es ist nicht allein Funktion der Mutter, das Kind zur Welt zu bringen, sondern es ist ebenso hohe Aufgabe, dem Kind ein Mitmensch, ein Nebenmensch zu werden, auf den sich das Kind verlassen kann und dem es trauen darf, der für das Kind nützlich ist und es unterstützt. So kommt das Kind durch diese Verknüpfung zur Mutter zum Anfang seines Gemeinschaftsgefühls; es bleibt nicht mehr mit seinen Bedürfnissen allein, es tritt in einen Zusammenhang, in einen neuen Bezugskreis, der zum Anfang Kind und Mutter einschließt.“

Aus diesem – im Vergleich zu *Freud* – anders akzentuierten Zugang zur Entwicklung des Kindes wird verständlich, daß *Adler* sich nicht dem triebtheoretisch begründeten Entwicklungsmodell *Freuds* anschließen konnte. Denn nach *Adler* sind nicht die biologisch begründeten triebhaften Dispositionen, in der Gestalt von Partialtrieben (*Freud* 1953), die entscheidenden Entwicklungsorga-

nisatoren; statt dessen stellt er den Vorgang des zwischenmenschlichen Austausches zwischen Kind und Bezugsperson sowie die Regulationsprozesse, die diesen Austausch gestalten, in den Mittelpunkt seiner Entwicklungskonzeption. Es geht dabei im Kern um die Entfaltung und/oder Blockierung von originären Selbstäußerungen und -bewegungen (Heisterkamp 1990) des Kindes im Medium des Austausches mit der bedeutungsvollen Umwelt. Der Unterschied zwischen diesen beiden Entwicklungskonzeptionen läßt sich am Beispiel des Stuhlzurückhaltens in der „analen Phase“ deutlich machen. Während dieses Phänomen auf der Grundlage der Libidotheorie *primär* als lustvolles Festhalten des Kindes an einer Befriedigungsmöglichkeit seines analen Partialtriebes verstanden wird, verweist es nach der Auffassung Adlers *primär* auf einen entgleisten Dialog zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen. Das Kind reagiert auf eine seinem augenblicklichen inneren Zustand nicht gemäße Anforderung seitens der Umwelt. Oder anders ausgedrückt, das Kind reagiert unbewußt auf ein Versagen der Umwelt, ihm diejenigen Regulationshilfen zu geben, die es gemäß seinem Entwicklungsstand und angesichts der in der Situation liegenden Anforderungen bräuchte⁹. Allerdings schließt diese Auffassung nicht aus, daß das Kind auf Lustempfindungen am eigenen Körper „zurückgreift“ – aber dann nicht im Dienste der analen Triebbefriedigung, sondern *sekundär*, im Dienste der Selbststabilisierung, angesichts des Ausbleibens notwendiger, stellvertretender Regulationshilfen durch die Umwelt. Winnicott (1974) hat, ebenfalls die Bedeutung der Austauschprozesse zwischen Kind und Umwelt hervorhebend, betont, daß die Entwicklung eines falschen Selbst dort seinen Anfang nimmt, wo das Kind bzw. der Säugling sich wieder und wieder im Dienste der Erhaltung der für ihn lebenswichtigen Beziehung den Gesten der Mutter anpassen und in der Folge den Kontakt zu seinem wahren Selbst verlieren muß.

Wenn der Kern des Entwicklungskonzeptes der Individualpsychologie darin besteht, daß ein Kind aufgrund ausreichender synchroner Beziehungserfahrungen und in Übereinstimmung mit seinen Entwicklungsbedürfnissen (Totalitätsstreben) und originären Selbstbewegungen innere regulative Struktur bilden kann, folgt daraus, daß Emotionen von der Geburt an eine hochbedeutsame Regulationsfunktion im Austauschprozeß zwischen Kind und Umwelt zukommt. Gerade in der Säuglings- und Kleinkindzeit wird die Regulation von Selbstzuständen zum allergrößten Teil stellvertre-

tend durch die Umwelt übernommen, und die Emotionsäußerungen des Säuglings bilden die entscheidenden Informationen für die Umwelt, um diese Funktionen angemessen zu erfüllen (Beebe & Lachmann 1988; Demos 1988; Lichtenberg 1991; Stern 1992). Die stellvertretende Übernahme von Regulationsfunktionen – in der Sprache der Selbstpsychologie kurz Selbstobjektfunktionen genannt – führt zu synchronen Beziehungserlebnissen beim Säugling und fördert auf diese Weise sowohl das aktuelle Wohlbefinden des Kindes, als auch die Entwicklung von innerer selbstregulativer Struktur i.S. einer Disposition, die das Kind zunehmend befähigt, sich an der Regulation seiner Selbstzustände zu beteiligen. Asynchrone Beziehungsmuster aufgrund von Selbstobjektversagen, die bei weniger innerer regulativer Struktur noch schwere traumatische Wirkungen gehabt hätten, können nun vom Kind durch die bereits gebildete Struktur aufgefangen und mehr oder weniger verarbeitet werden. Allerdings möchte ich mich an dieser Stelle Kohut (1987) anschließen, der immer wieder betont hat, daß die menschliche Entwicklung nicht in Richtung auf Unabhängigkeit von Selbstobjekten verläuft, sondern daß die Entwicklungslinie durch die Umformung von archaischen zu reiferen Formen der Selbstobjektsuche gekennzeichnet ist – daß der Mensch bis an sein Lebensende auf die hilfreiche Präsenz von Selbstobjekten angewiesen ist.

Das Auftreten von trennenden Emotionen im Verlaufe der kindlichen Entwicklung ist also nach der hier vertretenen Auffassung immer ein Anzeichen dafür, daß das Kind in einer jeweils spezifischen situativen und beziehungsmaßige(n) Konstellation in seiner selbstregulativen Kapazität überfordert ist. Infolgedessen ist es immer zugleich auch eine unbewußte Mitteilung des Kindes an eben diese Umwelt, daß es zur Bewältigung der Situation nicht die Regulationshilfen bekommt, die es bräuchte. Es muß dann auf eigene Notregulationen „zurückgreifen“ mittels derer eine Selbststabilisierung und Selbstbewahrung auf regressive Weise herbeizuführen versucht wird, die jedoch in der Regel weitere Beziehungskomplikationen zur Folge hat, wenn die Not des Kindes, die in dem Verhalten zum Ausdruck kommt, nicht gesehen wird. Die Formulierung ‚zurückgreifen‘ im letzten Satz darf allerdings nicht so verstanden werden als handele das Kind zweckrational und vernunftgesteuert. Es handelt sich vielmehr um unbewußte Mitteilungen und Vorgänge.

Auf der anderen Seite weist das Auftreten von verbindenden Emotionen darauf hin, daß das Kind sich in seinen selbstregulativen Möglichkeiten synchron mit der Umwelt erlebt und weitere entwicklungsfördernde Erfahrungen i.S. von Strukturbildung machen kann.

VIII

Was ist aber nun das Wesen der selbstregulativen Struktur? Dazu ein klinisches Beispiel zur Veranschaulichung:

Frau Z. hat als Kind immer wieder erlebt, daß ihre Mutter sich in konflikthaften Beziehungssituationen mit ihr abrupt und rigoros abwandte, so daß die Pat. mit ihrer aus der Situation stammenden inneren Spannung allein zurückblieb. Die Mutter ignorierte sie oft tagelang, sprach nur das Nötigste und reagierte dann bei Wiederannäherungen so, als sei nie etwas geschehen. In dieser Verfassung konnte die Pat. sich auch nicht an den Vater wenden, da dieser sich der Mutter unterworfen und sich weitgehend aus dem Familiengeschehen zurückgezogen hatte. Ihr blieb nur der zwei Jahre jüngere Bruder als – allerdings unzureichendes – Selbstobjekt, das mit ihr die bedrückenden Erfahrungen ansatzweise teilen konnte.

Bis heute ist die Pat. weitgehend unfähig, Konflikte auszutragen und die damit verbundenen Spannungen auszuhalten. Kommt es zu Konflikten in der Ehe, so versucht sie diese zunächst durch Unterwerfung und Abwehr ihrer Interessen zu entschärfen. Ist dies nicht mehr möglich, und es kommt zur Eskalation, dann zieht sich ihr Mann meist gekränkt zurück, so daß sie wieder allein mit ihren Enttäuschungen, Kränkungen und Ängsten vor Objektverlust ist. Sie kann sich dann meist nur mittels Schlafmitteleinnahme eine Beruhigung verschaffen. Schlaf ist dann ihre einzige Möglichkeit, sich von den unerträglichen inneren Anspannungen und trennenden Emotionen zu befreien. Sie ist in solchen Situationen völlig unfähig, aus eigener Kraft die innere Unruhe und Anspannung zu mildern und zu verarbeiten.

Das Verhalten der Mutter hatte es der Pat. als Kind unmöglich gemacht, selbstregulative Strukturen aufzubauen, die es ihr als erwachsener Frau hätten ermöglichen können, Gefühle von Verlassenheit, Zurückweisung, Schuld und Hilflosigkeit zu bewältigen und zu verarbeiten. Sie verfügt nicht über die innere Zuversicht, daß Auseinandersetzungen durchgestanden werden können, ohne daß sie einen Teil von sich aufgeben muß. Die Mutter hat sie nicht teilhaben lassen an den ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten

der Verarbeitung von inneren Spannungen durch Ablenkung, Versenken in interessante Aktivitäten, durch zuversichtliches Durchstehen von bedrohlichen Situationen. Statt dessen hat sie sich zurückgezogen und die Pat. sich selbst überlassen. So bleibt letztere auf archaische Weise auf eine tröstende, beruhigende Bezugsperson angewiesen, die stellvertretend die Regulation des durch Fragmentierung gekennzeichneten Selbstzustandes übernehmen muß. Bleibt diese Hilfe aus – wenn der Mann sich zurückzieht –, dann verfügt die Pat. nur noch über eine hochgradig regressive Form der Selbstregulation ihrer inneren Spannungen, indem sie Schlafmittel einnimmt und einschläft. In gewissem Sinne haben hier die Schlaf-tabletten als unbelebtes Selbstobjekt auf eine extrem regressive Weise die regulative Funktion übernommen¹⁰.

Selbstregulative Strukturen sind im Austausch mit der Umwelt erworbene Dispositionen, aus denen Handlungsstrategien abgeleitet werden können, die der Regulation von Selbstzuständen und immer zugleich auch interpersonellen Austauschprozessen dienen. Beispiele sind die Fähigkeit zur Selbst- und Objektkonstanz, die Fähigkeit sich zu trösten, zu beruhigen, abzulenken, zu motivieren, Versagungen auf Aufschub von Befriedigungen auszuhalten, körperliche Zustände angemessen zu interpretieren, zwischenmenschliche Situationen in ihrer Bedeutung für die Beteiligten – einschließlich der eigenen Person – abschätzen und antizipieren zu können, sich vor schädigenden Einflüssen schützen zu können, die Überzeugung und Zuversicht, auf zwischenmenschliche Situationen gestaltend Einfluß nehmen zu können, usw.

Es handelt sich bei diesen Fähigkeiten und Handlungsstrategien nicht um statische und isoliert gedachte Entitäten, sondern diese Fähigkeiten sind als Dispositionen der strukturelle Niederschlag von Beziehungserfahrungen und ihrer Verarbeitung in der Person. Sie sind der Garant für die Realisierung eines Gefühles von Kompetenz in der Beziehung zur Welt. Bei ausreichend vorhandener selbstregulativer Struktur ist es dem Individuum möglich, Handlungsstrategien zu entwickeln, die eine akzeptable Befriedigung der eigenen Wünsche und Bedürfnisse unter Berücksichtigung der Interessen der Interaktionspartner ermöglichen oder aber den Verzicht auf Bedürfnisbefriedigung erträglich machen. Insofern bedeutet ausreichende innere regulative Struktur immer auch Schutz gegen regressive Formen der Selbststabilisierung und Selbstobjektsuche. Eine wirklich immer ausreichende innere regulative

Struktur ist natürlich ein Idealbild, das in der Wirklichkeit unerreichbar sein wird. Wir alle müssen mit Defiziten in diesem Bereich leben. Allerdings ist davon auszugehen, daß die Schwere einer Psychopathologie auf sehr direkte Weise von dem Grad an entwickelter innerer regulativer Struktur abhängt. Überlegungen zu einer speziellen Neurosenlehre können aus Raumgründen hier jedoch nicht ausgeführt werden.

Ebenfalls aus Raumgründen kann hier nur noch kurz angedeutet werden, daß das hier vertretene Entwicklungskonzept, im Unterschied zur klassischen Psychoanalyse, nicht in einer auf Versagung, Frustration und Selbstkonfrontation angelegten Beziehungssituation ein hilfreiches Agens für Entwicklungsförderung und therapeutische Heilung sieht, sondern daß gerade die Erfahrung von Synchronizität, Zusammenpassen und intersubjektivem Einverständnis die Bildung von regulativer Struktur und damit die Persönlichkeitsentwicklung fördert – sowohl in der Erziehung als auch in der analytischen Therapie. Das Auftreten von Frustrationen und asynchronen Beziehungsmustern ist nicht an sich förderlich, sondern bietet lediglich eine zweite Chance, den entgleisten Dialog wieder zu synchronisieren. Die Erfahrung des gemeinsamen Durchstehens und Überwindens einer solchen Entgleisung der Beziehung ist dann der entscheidende entwicklungsfördernde Faktor (*Bacal* 1985, 1988; *Kohut* 1987a; *Lichtenberg* 1991; *Newsome* 1991, *Schwaber* 1986, 1990; *Stolorow, Brandschaft & Atwood* 1987; *Tenbrink* 1992; *Terman* 1988, 1991). Diese entwicklungspsychologische Annahme hat zugleich auch Auswirkungen auf die Konzeptualisierung des Heilungsvorganges in der analytischen Psychotherapie.

Zur Theorie der Behandlungspraxis der Individualpsychologie unter besonderer Berücksichtigung von Emotionen

IX

„Vertieft man sich eingehend genug in Freuds Schriften, fällt auf, daß in ihnen im gesamten sehr viel mehr vom Versagen gegenüber dem Analysanden als vom Gewähren die Rede ist“ (Boss 1978/1982, 98). Mit dieser Feststellung weist Boss auf eine unübersehbare Tendenz in der tiefenpsychologischen Theoriebildung und Behandlungspraxis hin, die allerdings in den einzelnen analytischen Schulen unterschiedlich stark ausgeprägt ist und die sich auf dem Hintergrund der Ergebnisse der neueren Säuglingsforschung und der behandlungspraktisch relevanten Erkenntnisse der Selbstpsychologie als korrekturbedürftig erweisen wird. Die Betonung von Frustration, Versagung und Abstinenz einerseits und die Vernachlässigung – z.T. sogar Verpönung – von beziehungsfördernden und verbindenden Elementen als unmittelbar heilungsfördernd andererseits in der analytischen Psychotherapie und Psychoanalyse erweist sich zunehmend als folgenschwerer Irrtum, der die therapeutische Wirksamkeit der analytischen Verfahren eingeschränkt hat. (Newsome, 1991; Terman 1988, 1991; Bacal 1985, 1988; Stolorow, Brandchaft & Atwood 1987; Schwaber 1986, 1990; Wallerstein 1990).

Wichtige Impulse zur gegenwärtig beginnenden Diskussion dieses Problembereiches stammen gegenwärtig aus der Daseinsanalyse und der Selbstpsychologie. Letztere hebt die Bedeutung des Analytikers als angemessen empathisches Selbstobjekt (Kohut 1987) hervor und sieht in der „optimal responsiveness“ (Bacal 1985; Terman 1991) einen ganz entscheidenden – aber bisher unterschätzten – Faktor für das Gelingen einer Analyse. Selbstpsychologie und Daseinsanalyse greifen gegenwärtig eine Problematik auf, die bereits von Adler in der frühen Zeit der psychoanalytischen Theorieentwicklung thematisiert wurde – mit der Folge, daß ihm die Rolle eines Dissidenten nicht erspart blieb, dessen damalige Position heute allerdings nicht mehr als unvereinbar mit der Psychoanalyse eingeschätzt wird (Stephansky 1983). Adler verstand analytische Psychotherapie als eine Übung in Kooperation (Adler 1931b; Antoch 1981). Wenn man unter Kooperation nicht eine oberflächliche Be-

schwichtigungs- und Schulterklopftherapie verstehen will – und das hatte *Adler* mitnichten im Sinn, als er diese Formulierung wählte –, weist diese Definition bereits auf die Bedeutung von verbindenden Erfahrungen als einem wesentlichen Heilagens in der analytischen Psychotherapie und Psychoanalyse hin. „Ihm (dem Therapeuten; Anm. d. Verf.) obliegt die verspätete Übernahme der mütterlichen Funktion, und seine Arbeit muß von entsprechender Hingabe an die Bedürfnisse des Patienten geprägt sein ... aus diesem Grunde dürfen wir einen Patienten niemals zwingen, sondern müssen ihn behutsam führen, damit er seinen leichtesten Einstieg findet ... Die Beseitigung jeglichen Zwanges, die freiestmögliche Beziehung, dies sind die Bedingungen, auf denen die Beziehung zwischen Patient und Arzt unbedingt beruhen muß“ (*Adler* 1929/1981, 89).

Eine entscheidende Voraussetzung für die Umsetzung und Realisierung des im Zitat angedeuteten Therapieverständnisses ist die Einfühlung in die innere Welt des Analysanden, die *Adler* so definiert: „... mit den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen“ (*Adler* 1928/1982, 224). Gerade im Hinblick auf die Auslotung der Bedeutung der Empathie für den analytischen Prozeß hat die Selbstpsychologie *Kohuts* (*Kohut* 1959, 1968, 1981; *Ornstein & Ornstein* 1985) entscheidende Beiträge geleistet, die auch zur Differenzierung der individualpsychologischen Position geeignet erscheinen. Aus diesem Grund werden in den weiteren Ausführungen selbstpsychologische Konzepte systematisch einbezogen – zumal auch aus selbstpsychologischer Sicht auf basale inhaltliche Übereinstimmungen zwischen beiden Ansätzen hingewiesen wurde (*Stepansky* 1983).

Aus den bisherigen Ausführungen läßt sich folgendes Verständnis von analytischer Psychotherapie und von Psychoanalyse ableiten: Sie zielen *nicht primär* darauf ab, im Kontext eines auf Versagen und Abstinenz angelegten, aufdeckenden Prozesses Einsichten in unbewußte Sinn- und Motivationszusammenhänge herbeizuführen, *sondern sind in erster Linie darauf gerichtet, entwicklungsbedingte Defizite in der selbstregulativen Struktur zu mindern, indem ein Prozeß der nachholenden Strukturbildung in Übereinstimmung mit den basalen Entwicklungs- und Entfaltungsbedürfnissen des Individuums (Totalitätsstreben) unter Nutzung regressiver Prozesse eingeleitet und gefördert wird.* Analog zur Rolle der Bezugspersonen, die Strukturbildung beim Kind durch die angemessenen empathische Übernahme von

Selbstobjektfunktionen zu fördern, besteht die primäre Aufgabe des Analytikers in der Unterstützung der Wiederaufnahme der durch traumatische Erfahrungen unterbrochenen oder nur partiell gelungenen Strukturbildung durch den Analysanden. Diese Aufgabe gestaltet sich insofern schwieriger, als in der Therapie nicht eine einfach sich vollziehende Entwicklung gefördert werden muß, sondern es bedarf zugleich auch immer der Durcharbeitung von Selbststabilisierungs- und Selbstbewahrungsbemühungen, die der Analysand in der Not seiner frühen Erfahrungen kompensatorisch entwickeln mußte, und die dem Analytiker nun den Zugang zur inneren Welt und zu den Bedürfnissen des Analysanden nach stellvertretender Übernahme von regulativer Funktion erschweren. Die Angst vor erneuten Traumatisierungen in seiner Suche nach einem entwicklungsfördernden Selbstobjekt (Analytiker) läßt ihn an seinen Selbstbewahrungstrebungen zunächst gerade in der analytischen Situation festhalten, denn letztere ist ja geradezu darauf angelegt, eine intensive und enge Bindung an den Analytiker herbeizuführen und damit auch zugleich erneut Frustrationen und Versagungen zu schaffen, gegen die sich der Analysand zunächst regressiv auf lebensstiltypische Weise¹¹ – d.h. mittels seiner lebensgeschichtlich erworbenen Möglichkeiten der Selbstbewahrung und -stabilisierung – zu schützen versucht. Selbstbewahrung angesichts der *unvermeidbaren* versagenden Elemente in der analytischen Situation einerseits und regressive Suchbewegungen nach entwicklungsfördernden Reaktionen des Analytikers in mehr oder weniger verschlüsselter Form, angesichts ausreichend synchroner Beziehungserfahrungen im Verlauf der Analyse andererseits, sind die beiden entscheidenden Konfigurationen, die während des analytischen Prozesses beim Analysanden zur Entfaltung gelangen. In der Regel wird es über weite Strecken des therapeutischen Geschehens zu einem oftmals auch sehr abruptem Oszillieren zwischen diesen beiden Grundkonfigurationen kommen – in Abhängigkeit davon, ob der Patient auf dem Hintergrund des strukturellen Niederschlages seiner lebensgeschichtlichen Beziehungserfahrungen den therapeutischen Dialog gerade als ausreichend synchron oder aber als entgleist und damit traumatisch erlebt. Die Art, wie der Analysand die Beziehung zum Analytiker jeweils gerade erlebt, zeigt sich immer wieder in mehr oder weniger verschlüsselter Form in den während des Austausch anklingenden Gefühls- und Affektäußerungen.

Dazu ein klinisches Beispiel:

Pat. Herr A. mußte ca. zwei Minuten warten, obwohl der Zeitpunkt seiner Sitzung bereits eingetreten war. Als er den Raum betrat, zeigte sich eine leichte Spur von Ärger auf seinem Gesicht; er begann die Stunde allerdings, indem er sofort thematisch an die letzte Sitzung anknüpfte. Als er darauf zu sprechen kam, wie er oft zu Hause von seinem Vater immer wieder versetzt und hingelassen worden war, wenn er in Not war und seine Hilfe gebraucht hätte, interveniere ich:

„Ich sehe da eine Verbindung zum Beginn der Stunde, heute. Sie mußten warten, obwohl es Ihnen sicher sehr schlecht ging – es war zwar nicht sehr lange, und Sie dachten sicher, daß ich es nicht verstehen könnte, wenn Sie sich darüber beklagen; aber auf dem Hintergrund Ihrer enttäuschenden Erfahrungen mit Ihrem Vater könnte ich schon verstehen, daß dann manchmal auch zwei Minuten zu lang sind.“ Der Pat. reagierte direkt darauf mit einer Lockerung seiner Beherrschung. In einer Mischung aus Erleichterung, daß ich ihn verstanden hatte und Klagen über meine Unaufmerksamkeit ihm gegenüber (ich hatte mich zwar gleich zu Beginn der Stunde entschuldigt, sonst aber das Thema nicht von mir aus aufgegriffen, da ich zu dem Zeitpunkt noch keine Einsicht in die Erlebnisweise des Pat. hatte) äußerte er unter Tränen, wie sehr ihm das Warten zu schaffen gemacht hatte, weil es ihm heute besonders schlecht ginge. Er habe sich völlig übersehen und übergangen gefühlt. Gleichzeitig habe er aber den Gedanken gehabt, daß er sich lächerlich machen würde, wenn er mir gezeigt hätte, wie sehr ihn diese „Bagatelle“ getroffen habe. Jetzt hätte er aber das Gefühl, daß es gar keine Bagatelle gewesen sei – so wie ich die Dinge gesehen hätte, habe er sie noch nie betrachtet. Da sei immer in solchen Situationen der Gedanke gewesen, nicht so viel Aufhebens um eine solche Kleinigkeit zu machen. Was ich gesagt habe, sei für ihn etwas was Neues gewesen, und er könne seine Gefühle von Enttäuschung und Übergangen-Worden-Sein jetzt so intensiv spüren wie noch nie vorher. Dabei weinte er immer heftiger, blieb aber im Gefühlskontakt mit mir.

Das Entscheidende an dieser Sequenz (die in verschiedener Hinsicht noch weiter durchgearbeitet wurde) ist m.E. nicht die Aufdeckung des vorbewußten Ärgers oder des darunter verborgenen Wunsches nach Anlehnung, sondern die Validierung seines Gefühls, im Stich gelassen worden zu sein, als er Hilfe – und allein die Präsenz des Analytikers war für ihn in dieser Phase schon Hilfe – besonders benötigte. Sein Erleben der Situation wurde nicht als Übertragungsverzerrung gedeutet, sondern die Intervention war darauf abgestimmt, den Patienten bei der Regulation seines frag-

mentierten Selbstzustandes zu unterstützen. Meine seine Gefühle validierende Intervention machte es ihm möglich, mich als Idealselfstobjekt zu erleben und meine Deutung als sein Selbst stärkend zu erleben, ohne daß dadurch der regressive Prozeß unterbunden wurde. Im Gegenteil, Interventionen, die aus einer Position des Analytikers als empathisches Selbstobjekt gegeben werden, fördern in der Regel die Manifestation regressiver Formen der Erlebnisverarbeitung und öffnen Wege zum Durcharbeiten stark abgewehrter Wünsche und Gefühle des Analysanden, da Letzterer den Analytiker zugleich als stellvertretende Regulationshilfe für seinen aktuellen, bedrohlichen Selbstzustand erlebt. Deutungen von unbewußten Sinn- und Motivationszusammenhängen aus einer Position, die die Wünsche des Analysanden nach stellvertretender Regulationshilfe bei der Bewältigung der durch die Intervention zusätzlich entstehenden inneren Spannungen ignorieren, werden dagegen in der Regel als weniger bedeutsam und hilfreich erlebt und tragen auch nur in geringem Maße – wenn überhaupt – zur nachholenden Strukturbildung bei. Unproblematisch sind solche Interventionen allerdings bei Patienten, die bereits über ausreichende selbstregulative Kräfte verfügen, so daß sie die Interventionen aus eigener Kraft verarbeiten können. Möglicherweise liegt hier ein Grund dafür, daß die klassisch-psychoanalytische Standardtechnik eben nur bei einer sehr begrenzten Zahl von relativ ich-starken Patienten hilfreich ist. Auf der anderen Seite ergibt sich aus diesen Annahmen möglicherweise ein Schlüssel zum Verständnis der „Negativ-Therapeutischen Reaktion“. Deutungen unbewußter Wünsche und Triebansprüche, die nicht zugleich auch stellvertretende Regulationshilfen implizieren, führen bei Patienten mit relativ umfangreichen Defiziten in der regulativen Struktur zu einer permanenten Traumatisierung, da durch aufdeckende Deutungen ständig eine Verstärkung der Fragmentierung des Selbst herbeigeführt wird, der der Patient nichts entgegensetzen kann als seine stärksten und regressivsten Selbstbewahrungstrebungen, wenn andere, subtilere Anpassungsleistungen an den Analytiker nicht mehr greifen. Kann der Analytiker diese verhängnisvolle Konstellation verändern, indem er die vom Analysanden benötigten Selbstobjektfunktionen übernimmt, so kann die therapeutische Sackgasse möglicherweise überwunden bzw. konstruktiv durchgearbeitet werden. Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß nur Deutungen aus der Position eines vom Analysanden als empathisch erlebten Selbstobjektes die

Strukturbildung und damit die dauerhafte Stärkung des Selbst beim Analysanden fördern. Diese Vorgehensweise ist dadurch gekennzeichnet, daß der Analytiker sein empathisch geleitetes Interesse einerseits auf die Suchbewegungen des Analysanden nach entwicklungsfördernden Selbstobjekterfahrungen und andererseits auf die Selbstsicherungsmanifestationen im Zusammenhang mit traumatischen und ungenügenden Selbstobjekterfahrungen – sowohl in der analytischen Situation selbst als auch in der Lebensgeschichte und im Alltagsleben – fokussiert (Tenbrink 1992). In diesem Zusammenhang sind die Gefühls- und Affektmanifestationen des Analysanden häufig der entscheidende Zugang zur Entwicklung eines Verständnisses seiner Erlebnisperspektive in allen genannten Bereichen der therapeutischen Arbeit. An dieser Stelle ist die Bewältigung von Gegenübertragungsreaktionen des Analytikers enorm wichtig, da sonst u.U. die Einstimmung auf die Perspektive des Patienten mißlingt und die dann formulierten Deutungen – wie oben beschrieben – vom Patienten als bedrohlich oder bestenfalls unbedeutend erlebt werden.

Wie aus den bisherigen Ausführungen zu ersehen ist, bedeutet diese Vorgehensweise nicht die Negation der dynamischen Bedeutung von unbewußten Wünschen und deren Abwehr. Die Deutung solcher Konfigurationen erweist sich jedoch – insbesondere bei schwereren Pathologien – häufig als wenig effektiver Kraftakt, der die Selbstbewahrungstendenzen des Analysanden oft eher noch zu steigern vermag. Konzentriert man sich, statt auf die konfrontierende Aufdeckung von latenten Impulsen und Wünschen, primär auf die nachholende Förderung der regulativen Struktur, so wird der Patient von sich aus zunehmend offener, aufmerksamer und selbstexplorativer im Hinblick auf seine abgewehrten, existentiell bedeutsamen Wünsche und Gefühle, da er nun über mehr selbstregulative Struktur verfügt, mit deren Hilfe er sie in sein bewußtes Erleben integrieren kann. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, verläuft dieser Prozeß nicht harmonisch und gleichförmig, sondern ist immer wieder von Phasen des inneren und/oder äußeren Rückzuges gegenüber dem Analytiker geprägt, wenn dieser die dem Analysanden fehlenden regulativen Funktionen nicht stellvertretend übernehmen kann. Solche Konstellationen werden in der klassischen Psychoanalyse üblicherweise als Manifestationen von Widerstand oder negativer Übertragung beim Analysanden interpretiert.

tiert. In dem hier vertretenen Bezugsrahmen werden diese Phänomene nicht ignoriert – allerdings anders konzeptualisiert.

Beispiel:

Patientin Frau M. erzählt in der 132. Stunde von einer telefonischen Auseinandersetzung mit ihrer Mutter. Die Mutter habe sie mit Hilfsangeboten bombardiert und gar nicht darauf geachtet, was die Patientin eigentlich wirklich wolle. Sie sei verwirrt gewesen, habe der Mutter nicht klarmachen können, worum es ihr ging und was sie wollte. Sie habe sich von ihr völlig überrollt gefühlt. Sie erzählt dies, und die Verwirrung stellt sich bei ihr auch in der Stunde ein. Sie verliert den Faden, kann den Ablauf des Gespräches und ihr dazugehöriges Empfinden nicht mehr für sie befriedigend darstellen.

Um ihr zu helfen, diese Verwirrung abzubauen, deute ich:

A: Ihre Mutter weiß wohl besser, was für Sie gut ist, als Sie selber, und sie gibt Ihnen keinen Raum, Ihren eigenen Standpunkt zu entwickeln. Sie müssen immer reagieren, weil die Mutter schneller ist als Sie, und dann verlieren Sie den Kontakt zu sich.

P: Genau, das ist es – so hätte ich es nicht ausdrücken können. (Der Tonfall der Stimme ist dabei aber im Kontrast zum Inhalt eher „mißmutig“.)

Nach einer Schweigepause fährt sie fort, von ihrer Mutter zu sprechen, aber anders, unbeteiligter, mechanischer, resignativer als vorher.

A: Ich glaube, da ist ein Unterschied in der Art, wie Sie jetzt sprechen, und ich frage mich, ob er mit dem zusammenhängt, was ich vorhin gesagt habe.

P: Ja ... jetzt ist es irgendwie anders ... ich bin irgendwie mutlos.

A: Ich nehme an, ich bin vorhin mit meinem ‚guten Einfall‘ genauso gewesen wie Ihre Mutter. Ich war so schnell und so perfekt, so daß Sie keine Chance hatten, selbst darauf zu kommen, was passiert ist, und Sie sich nun hier auch so klein fühlen wie am Telefon.

Die Patientin bestätigt dieses Gefühl und berichtet, daß sie es aber an die Seite drängen wollte, denn schließlich habe ich ihr doch helfen wollen, und sie wolle nicht undankbar sein. Und außerdem stimme das ja, was ich gesagt habe.

A: Aber da ist doch Ihr Gefühl...

P: Das war doch nie wichtig! (Aufgebracht)

A: Ich habe Ihnen gezeigt, daß ich schlauer und schneller war als Sie, statt Ihnen zu helfen, Ihre Gedanken selbst zu finden.

P: Mir ist so komisch ... am liebsten möchte ich jetzt gehen. (Traurig)

A: Was ist passiert?

P: Ich fühle mich so merkwürdig, wie zugeschnürt ... (Kämpft gegen die Tränen an)

A: Weil ich so war wie Ihre Mutter ... nicht zum Aushalten?

- P: Nein, jetzt ist es auf einmal ganz anders; ich will weg, weil ich nicht vor Ihnen weinen will.
- A: Ich spüre, wie Sie dagegen ankämpfen.
- P: Ich könnte jetzt weinen, weil es mich so anrührt, daß ... Ich glaube Ihnen, daß Sie es ernst meinen mit mir, wenn Sie sagen, daß es nicht meine Einbildung war, daß ich mich so klein und dumm gefühlt habe – vorhin – sowas kenn ich gar nicht. Bei meiner Mutter hatte ich immer den Eindruck, daß ich nur zu empfindlich bin und alles an mir liegt, wenn ich mit ihr nicht klarkomme. So habe ich immer gedacht. (Weint heftig)

Dieser Ausschnitt aus einer Analyse zeigt die Bedeutsamkeit der Affekte als Indikatoren dafür, wie die Patientin die Beziehung zu mir in diesem Augenblick erlebte. Meine erste Deutung hatte eine asynchrone Bewegung in der Beziehung geschaffen, auf die die Patientin verschlüsselt mit Selbststabilisierung und innerem Rückzug reagiert hatte. Dies war andeutungsweise erkennbar an der veränderten Sprechweise, in der sich die aufgetretenen trennenden Gefühle Resignation, Unterlegenheit usw. andeuteten. Dadurch, daß meine folgenden Interventionen ihr Erleben der Situation mit mir annäherungsweise validierten, empfand die Patientin mich wieder zunehmend als hilfreich, ohne daß deshalb die Bearbeitung des entgleisten Dialoges aus ihrer Perspektive an Intensität verlor. Ich hatte mich in die Position eines spiegelnden Selbstobjektes gebracht, indem ich die zwar unterdrückte, aber dennoch vorhandene Initiative und Kompetenz der Patientin zum Ausdruck brachte, ihre Situation selbst zu entwirren, Gegenstand der Interventionen war die von mir und der Mutter unterdrückte – aber dennoch vorhandene Bereitschaft und Absicht, selbst die Klärung ihrer Situation zu erreichen. Die Tatsache, daß ich ihre Kränkung durch mich verstand – auf dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Mutter – und sie in ihrem Bemühen um Klärung ihrer Situation ernst nahm, ermöglichte das Durcharbeiten dieser Zusammenhänge auf einer regressiven Ebene. Der direkte Ausdruck ihrer Rührung war ein Zeichen dafür, daß sie die Beziehung nun wieder ausreichend synchron erlebte und sich in der Folge weiter emotional öffnen konnte.

Weil trennende Emotionen einerseits als Indikatoren für eine Überforderung der selbstregulativen Kräfte und andererseits als Bestandteil der regressiven Sicherung gegen diese Überforderung zu verstehen sind, kann es in der Analyse nicht darum gehen, Gefühlen des Patienten, die sich auf die analytische Situation beziehen, mittels Deutungen irrationale Bedeutungen zuzuschreiben, wie es das herkömmliche Übertragungskonzept der klassischen Psychoanalyse nahelegt (vgl. dazu *Boss 1978; Heisterkamp 1984; Newman 1988; Schwaber 1986, 1990; Stolorow, Brandchaft & Atwood 1987; Tenbrink 1992; Terman 1988a*), sondern es kommt darauf an, ihre selbstbewahrende und regulative Funktion zu erfassen und sie durch entsprechende, auf die Erlebnisperspektive des Patienten abgestimmte Interventionen zu validieren und in ihrer stabilisierenden Bedeutung im Dienste der Erhaltung der Selbstkohärenz des Patienten anzuerkennen. Voraussetzung dafür ist jedoch in jedem Fall die Einnahme einer empathischen Wahrnehmungseinstellung seitens des Analytikers, die die Erlebnisperspektive des Analysanden, die sich in den Gefühls- und Affektäußerungen mehr oder weniger verschlüsselt zum Ausdruck bringt, als die einzig relevante anerkennt. So gelingt es, über die Affektäußerungen einen Zugang zu den traumatischen Interaktionserfahrungen zu finden, die beim Patienten bereits in der Kindheit die Entwicklung der selbstregulativen Struktur gestört und damit die Selbstentfaltung insgesamt beeinträchtigt haben. Mit anderen Worten, die sich in der therapeutischen Situation manifestierenden trennenden Emotionen sind verschlüsselte, symbolische Repräsentanten aktueller und früherer traumatischer Erfahrungen. Von den Emotionen aus läßt sich nach und nach im einzelnen die Geschichte entgleister Beziehungserfahrungen und ihrer Auswirkungen auf die seelische Entwicklung – insbesondere die Strukturbildung – aufrollen und unter Nutzung regressiver Prozesse durcharbeiten. Dies gilt sowohl für Emotionen im Zusammenhang mit dem Alltagserleben und mit Erinnerungen an frühe Erfahrungen, sofern der Patient in der Sitzung darüber berichtet, als auch für Affektmanifestationen, die sich direkt als Reaktion auf das Beziehungsgeschehen in der analytischen Situation manifestieren und sich auf den Analytiker beziehen. Diese Unterscheidung darf nun aber nicht so verstanden werden, als gäbe es zum einen ein Durcharbeiten von Mitteilungen des Analysanden,

das sich unabhängig von der analytischen Beziehung vollzöge und deshalb auch keine wichtigen Beziehungserfahrungen in der analytischen Situation zu stiften vermöge, und zum anderen das Durcharbeiten von Erlebnissen des Analysanden, die sich auf den analytischen Dialog direkt beziehen und deshalb allein Auswirkungen auf die Beziehung nach sich zögen. Eine solche Unterscheidung entspricht auf der Phänomenebene der in der klassischen Psychoanalyse (Greenson 1975) geläufigen Aufteilung in Inhalts- und Übertragungsdeutungen, läßt aber unter dynamischem Aspekt – im Unterschied zur klassischen Psychoanalyse – die große Bedeutung der Bearbeitung außeranalytischer Erlebnisse für die Gestaltung der analytischen Beziehung nicht außer acht. Denn das auf einer empathischen Wahrnehmungseinstellung beruhende und deshalb immer auch stellvertretend regulative Funktionen übernehmende Durcharbeiten von Mitteilungen des Patienten, die sich auf Erlebnisse außerhalb der Therapie beziehen, schafft ein Gefühl des Verstandenwerdens beim Patienten, welches immer implizit zur Synchronisierung des analytischen Dialoges beiträgt und damit sozusagen „unbemerkt“ auf der Beziehungsebene zwischen beiden förderliche Beziehungserfahrungen gestaltet, die ganz wesentlich den Prozeß der nachholenden Strukturbildung beim Patienten unterstützen. Explizit geschieht diese Synchronisation allerdings, wenn die Reaktionen des Analysanden auf den Analytiker direkt zum Gegenstand des Durcharbeitens werden. Letzteres Geschehen entspricht auf der Ebene der Phänomene dem, was in der klassischen Psychoanalyse als Durcharbeiten von Übertragungsmanifestationen bezeichnet wird.

Allerdings birgt das Übertragungskonzept – wie schon erwähnt – die Gefahr in sich, die Wahrnehmung der analytischen Situation durch den Analysanden als Verzerrung der Realität bzw. als Verschiebung von früheren Erfahrungen auf den Analytiker (was auf das gleiche herauskommt) zu betrachten, die durch Übertragungsdeutungen abgebaut werden soll. Wenn der Analytiker aber die Situationsdefinition der analytischen Situation durch den Analysanden als verzerrt und verfälscht auslegt, impliziert dies automatisch, daß der Analytiker seine Situationsdefinition als „objektiv“ gültigen Maßstab für beide anlegt und daß es im analytischen Geschehen letztlich darauf ankommt, dem Patienten die Situationsdefinition des Analytikers nahezubringen, statt sich empathisch auf die Perspektive des Patienten einzustellen und seine Sicht als die für

das Gelingen des Prozesses einzig bedeutsame anzuerkennen (Kohut 1987; Schwaber 1986, 1990; Stolorow, Brandchaft & Atwood 1987; Tenbrink 1992; Terman 1988a). Von der hier vertretenen Position aus lassen sich die sogenannten Übertragungsmanifestationen als bedeutsame Hinweise darauf verstehen, wie der Patient auf dem Hintergrund seiner lebensgeschichtlichen Prägungen in der analytischen Situation versucht, Überforderungen seiner selbstregulativen Struktur zu kompensieren, um sein gefährdetes Selbst zu schützen und auch unter erschwerten inneren und äußeren Bedingungen sich seine Lebendigkeit soweit wie möglich zu erhalten.

Anmerkungen

- 1: Die Individualpsychologie ist spätestens seit den 30er Jahren und erst recht gegenwärtig kein monolithischer Block mehr, sondern gliedert sich in verschiedene Unterströmungen auf, die ausgehend von den *Adlerschen* Grundannahmen auch die Ergebnisse anderer tiefenpsychologischer Schulen einbeziehen, soweit sie mit den Grundannahmen kompatibel sind. Insofern kann die vorliegende Darstellung nicht den Anspruch erheben, die Individualpsychologie ganz allgemein darzustellen, sondern nur eine Linie innerhalb der individualpsychologischen Theorie-Tradition.
- 2: Die Frage nach den allgemeinen biologischen Grundlagen der Emotionen erscheint unter therapeutischen Gesichtspunkten nicht vorrangig relevant, da in Übereinstimmung mit *Adler* davon ausgegangen wird, daß wir es in der therapeutischen Situation immer mit lebensgeschichtlich verarbeiteten und organisierten Emotionen zu tun haben. Der Schwerpunkt des Erkenntnisinteresses liegt demzufolge nicht auf der Erforschung allgemeiner Affektdispositionen, sondern auf dem Verstehen der lebensstiltypischen Integration der Emotionen in die Dynamik der individuellen Gesamtpersönlichkeit.
- 3: Gegenwärtig wird diese damals aufs Schärfste bekämpfte Abweichung *Adlers* zunehmend zum Allgemeingut der meisten psychoanalytischen Schulen.
- 4: Daß es in der weiteren Verarbeitung der Emotionen *sekundär* zu Abwehr- und Fehlverarbeitungsvorgängen kommt, ist durch diese Annahme selbstverständlich nicht ausgeschlossen.
- 5: Der Begriff „endopsychische Wahrnehmung“ soll andeuten, daß es sich um eine Art der Wahrnehmung von inneren Vorgängen im Selbst handelt, die am ehesten als ein Spüren oder Ahnen gedacht werden muß, nicht aber von der Prägnanz einer Außenwahrnehmung ist.

- 6: Eine solche Regulationshilfe könnte aus der Sicht von Herrn A. darin bestehen, daß die Frau ihm durch eigene Initiative in seinen Interessen, sie kennenzulernen, entgegenkommt. Oft drückt sich in den Phantasien der Patienten die Art der erwünschten Regulationshilfen aus.
- 7: Auch das faktische Nichtvorhandensein eines Interaktionspartners kann eine bedeutungsvolle interpersonelle Situation sein.
- 8: Auf eine über die Skizzierung der allgemeinen Dynamik der Emotionen hinausgehende differentielle Betrachtung sowie auf die Frage nach der Zuordnung bestimmter Emotionen zu bestimmten Krankheitsbildern muß aus Raumgründen verzichtet werden.
- 9: Kohut hat im Rahmen der Selbstpsychologie für jene Person, die stellvertretend regulatorische Funktionen im Dienste der Stärkung und Stabilisierung des Selbst einer anderen Person übernimmt, den Begriff Selbstobjekt geschaffen. Aus „wortökonomischen“ Gründen werde ich den Begriff im folgenden verwenden, wenn dieser Sachverhalt gemeint ist.
- 10: In diesem Ausschnitt eines Fallbeispiels ist nur ein Aspekt des komplexen Geschehens zur Veranschaulichung der theoretischen Ausführungen hervorgehoben.
- 11: Zum Begriff des Lebensstiles in der Individualpsychologie vgl. Adler (1929a) und Antoch (1981).

Literatur

- Adamson, J.D., Schmale, A.H. (1966): Objektverlust, Resignation und der Ausbruch psychischer Erkrankungen. *Psyche*, 20, 641-669.
- Adler, A. (1911): Zur Kritik der Freudschen Sexualtheorie. In: Adler, A., Furtmüller, C. (Hg.): Heilen und Bilden. Frankfurt 1973 Fischer (1. Aufl. 1914)
- , (1912): Über den nervösen Charakter. Wien: Begmann.
- , (1926): Individualpsychologie. In: Ansbacher, H.L., Antoch, R.F. (Hg.): A. Adler, Psychotherapie und Erziehung, Bd. I, Frankfurt 1982: Fischer.
- , (1926a): Schwer erziehbare Kinder. In: Ansbacher, H.L., Antoch, R.F. (Hg.): A. Adler, Psychotherapie und Erziehung, I, Frankfurt 1982: Fischer.
- , (1928): Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. In: Ansbacher, H.L., Antoch, R.F. (Hg.): A. Adler, Psychotherapie und Erziehung, Bd. I, Frankfurt 1982: Fischer
- , (1929): Problems of Neurosis. London: Trubner & Co; dt.: Neurosen. Frankfurt 1981: Fischer.
- , (1929a): The Science of Living. New York: Anchor Books; dt.: Lebenskenntnis. Frankfurt 1978: Fischer.
- , (1931): Menschenkenntnis. Leipzig: Hirtzel. (1. Aufl. 1927)
- , (1931a): Individualpsychologie und Psychoanalyse. In: Ansbacher, H.L., Antoch, R.F. (Hg.): A. Adler, Psychotherapie und Erziehung, Bd. II, Frankfurt 1982: Fischer.

- , (1931b): *What Life should mean to You*. Boston: Little & Brown; dt.: *Wozu leben wir?* Frankfurt 1979: Fischer
- , (1933): Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit und des Gemeinschaftsgefühls. In: *Ansbacher, H.L., Antoch, R.F.* (Hg.): *A. Adler, Psychotherapie und Erziehung*. Bd. III, Frankfurt 1983: Fischer.
- Ansbacher, H.L.* (1961): Die Wandlung der Adlerschen Individualpsychologie. *Psychologische Rundschau*, 12, 264-267.
- Antoch, R.F.* (1981). *Von der Kommunikation zur Kooperation*. München: Reinhardt.
- Bacal, H.A.* (1985): Optimal Responsiveness and the Therapeutic Process. In: *Goldberg, A.* (Hg.): *Progress in Self Psychology Vol. 1*, New York: Guilford Press.
- , (1988): Reflections on „Optimum Frustration“. In: *Goldberg, A.* (Hg.) *Progress in Self Psychology*, Vol. 4, Hillsdale: Analytic Press.
- Basch, M.F.* (1984): Selfobjects and Selfobject Transference: Theoretical Implications. In: *Stepansky, P.E., Goldberg, A.* (Hg.): *Kohut's Legacy*. Hillsdale: Analytic Press.
- Beebe, B., Lachmann, F.M.* (1988): Mother-Infant Mutual Influence and Precursors of Psychic Structure. In: *Goldberg, A.* (Hg.): *Progress in Self Psychology*, Vol. 3. Hillsdale: Analytic Press.
- Binswanger, L.* (1933): Über Ideenflucht. In: *Herzog, M.* (Hg.): *Ausgewählte Werke*, Bd. 1: *Formen mißglückten Daseins*. Heidelberg 1992: Asanger.
- Boss, M.* (1978): *Gewähren und Versagen in der Psychotherapie*. In: *M. Boss: Von der Spannweite der Seele*. Bern 1982: Benteli.
- Demos, V.* (1988): Affect and the Development of the self. In: *Goldberg, A.* (Hg.): *Progress in Self Psychology*, Vol. 3. Hillsdale: Analytic Press.
- Fairbairn, W.R.D.* (1941): *A Revised Psychopathology Of The Psychoses And Psycho-neuroses*. In: *Fairbairn, W.R.D.: Psychoanalytic Studies of the Personality*. London 1981: Routledge & Kegan Paul. (1. Aufl. 1952)
- Freud, S.* (1905): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. In *GW Bd. V*, Frankfurt 1981: Fischer. (1. Aufl. 1942)
- , (1905a): *Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen*. *GW Bd. V*, Frankfurt 1981: Fischer. (1. Aufl. 1942)
- , (1910): *Über Psychoanalyse*. *GW Bd. VIII*, Frankfurt 1978: Fischer. (1. Aufl. 1945)
- , (1953): *Abriß der Psychoanalyse*. *GW Bd. XVII*, Frankfurt 1983: Fischer. (1. Aufl. 1941)
- Greenson, R.R.* (1975): *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett. (1. Aufl. 1964)
- Heisterkamp, G.* (1990): Konturen einer tiefenpsychologischen Analyse originärer Lebensbewegungen, Teil 1 u. 2. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 15, Heft 2, 83-95 und Heft 3, 163-176.
- , (1990a): *Freude und Leid frühkindlicher Lebensbewegungen*. In: *Ahrens, T., Lehmkuhl, U.* (Hg.): *Beiträge zur Individualpsychologie 14*. München: Reinhardt.
- , (1984): *Zur Dialektik der Beziehung zwischen Patient und Therapeut*. In: *Beiträge zur Individualpsychologie 5*. München: Reinhardt.
- Kernberg, O.F.* (1978): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp. (1. Aufl. 1975)
- Kohut, H.* (1959): *Introspektion, Empathie und Psychoanalyse*. In: *H. Kohut: Introspektion, Empathie und Psychoanalyse*. Frankfurt 1977: Suhrkamp.
- , (1968): *Introspection and Empathy: Further Thoughts about their Role in Psychoanalysis*. In: *Ornstein, P.H.* (Hg.): *The Search for the Self; Selected Writings of Heinz Kohut*, Vol. 3. Madison, 1990: Intern. Univ. Press.
- , (1979) *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp. (1. Aufl. 1977)

- , (1981): On Empathy. In: *Ornstein, P.H.* (Hg.): *The Search for the Self; Selected Writings of Heinz Kohut*, Vol. 4. Madison: 1991: Intern. Univ. Press.
- , (1987): *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt: Suhrkamp. (1. Aufl. 1984)
- , (1987a): *The Kohut Seminars on Self Psychology and Psychotherapy*. New York: Norton & Co.
- Krause, R. (1992): Die Zweierbeziehung als Grundlage der psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 46, 588-613.
- Lichtenberg, J.D. (1991): *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin: Springer. (1. Aufl. 1983)
- Metzger, W. (1967): Der Geltungsbereich gestalttheoretischer Ansätze. In: *Stadler, M., Crabus, H.* (Hg.): *Gestaltpsychologie. Ausgewählte Werke von W. Metzger*. Frankfurt 1986: Kramer.
- Newman, K.M. (1988): Countertransference: Its Role in Facilitating the Use of the Object. In: *Chicago Institute For Psychoanalysis* (Hg.): *The Annual Of Psychoanalysis*, Vol. XVI 1988. Madison: Intern. Univ. Press.
- Newsome, M. (1991): Towards a Definition of Terms. In: *Chicago Institut For Psychoanalysis* (Hg.): *The Annual Of Psychoanalysis*, Vol. XIX 1991. Hillsdale: Analytic Press.
- Ornstein, P.H., Ornstein, A. (1985): Clinical Understanding and Explaining: The Empathic Vantage Point. In: *Goldberg, A.* (Hg.): *Progress in Self Psychology*, Vol 1. New York: Guilford Press.
- Schwaber, E.A. (1986): Rekonstruktion und Wahrnehmungserleben: Weiterführende Gedanken zum psychoanalytischen Zuhören. In: *Kutter, P. u.a.* (Hg.): *Die psychoanalytische Haltung*. München/Wien, 1988: Verlag Intern. Psychoanalyse.
- , (1990): Interpretation and the therapeutic action of psychoanalysis. *Intern. Journal of Psycho-Analysis*, 71, 229-241.
- Stepansky, P.E. (1983): Perspectives on Dissent: Adler, Kohut, and the Idea of a Psychoanalytic Research Tradition. In: *Chicago Institut for Psychoanalysis* (Hg.): *The Annual of Psychoanalysis*, Vol. XI, 1983. New York: Intern. Univ. Press.
- Stern, D.N. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (1. Aufl. 1986)
- Stolorow, R.D., Brandchaft, B., Atwood, G.E. (1987): *Psychoanalytic Treatment. An Inter-subjective Approach*. Hillsdale: Analytic Press.
- Tenbrink, D. (1989): Persönliche Finalität in der Neurose bei Adler und Künkel. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 14, 3-16.
- , (1990): Neurose als Entwicklungsstörung. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 15, 96-111.
- , (1992): Merkmale analytischer Kompetenz aus interaktionaler Sicht. In: *Ahrens, T., Lehmkuhl, U.* (Hg.): *Beiträge zur Individualpsychologie 15*. München: Reinhardt
- Terman, D.M. (1988): Optimum Frustration: Structuralization and the Therapeutic Process. In: *Goldberg, A.* (Hg.): *Progress in Self Psychology*, Vol. 4. Hillsdale: Analytic Press
- , (1988a): Discussion. In: *Chicago Institut for Psychoanalysis* (Hg.): *The Annual of Psychoanalysis* Vol. XVI 1988. Madison: Inter. Univ. Press.
- , (1991): Discussion. In: *Chicago Institut for Psychoanalysis* (Hg.): *The Annual of Psychoanalysis*, Vol. XIX 1991. Hillsdale: Analytic Press.
- Wallerstein, R.S. (1990): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion. *Psyche* 44, 967-994.
- White, R.W. (1957): Adler and the Future of Ego Psychology. *Journal of Individual Psychology* 13, 112-125.

- Winnicott, D.W. (1947): Further Thoughts on Babies as Persons. Zit. nach: Davis, M., Wallbridge, D. (1983): Eine Einführung in das Werk von D.W. Winnicott. Stuttgart: Klett-Cotta. (1. Aufl. 1981)
- , (1974): Reifeprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler. (1. Aufl. 1965)

Emotionen in der katathym-imaginativen Psychotherapie (KIP) und ihr Zusammenhang mit der Symbolik

Otto Lang

1. Vorgeschichte

Mit der Entdeckung der therapeutischen Wirksamkeit des Katathymen Bilderlebens hatte *Leuner* eine Schwelle überschritten, die Jahrzehnte vorher (1913) der geniale *C.G. Jung* (*Jung* 1963, 182ff.) mit der später so benannten aktiven Imagination erreicht hatte. Er konnte diesen Weg zunächst nicht mehr weitergehen wegen einer unmittelbar darauf folgenden schweren Krise (wahrscheinlich Psychose, Aufhören jeglicher wissenschaftlicher Produktion über Jahre, ausgenommen ein sehr merkwürdiges, von ihm selbst handgeschriebenes Büchlein „*Septem sermones ad mortuos*“ [1916], Zurücklegung der Dozentur an der Universität Zürich). Er war in seiner subjektiven Not (= Rechtfertigung des Bruches mit *Freud* durch Entdeckung eines persönlichen Weges, nicht nur durch Kritik am *Freud*schen Reduktionismus, Pansexualismus usw.) über das biologische und damit wirksam sichernde „Programm“ des Nachttraumes hinausgegangen: beim Nachttraum als „Hüter des Schlafes“ werden nämlich mit der Verarbeitungsfähigkeit des konkreten Ich inkompatible Inhalte entweder zensuriert, oder sie führen zum Erwachen (das Nicht-aufwachen-Können aus schweren Angstträumen ist ja ein sehr charakteristisches Symptom hochgradiger Ich-Schwäche = Borderline-Struktur). *Jung* hätte sehr gut daran getan, die schützende Funktion des Nachttraumregisseurs durch einen den Tagtraum begleitenden Therapeuten zu ersetzen, doch ließ offenbar der einsame Entdeckermut (oder das Größenselbst) des Genies diese naheliegende Vorsichtsmaßnahme nicht zu. Als er später (im kleinen Kreis ab den 20er Jahren) den Ertrag seines heroischen Selbstversuches in die „Aktive Imagination“ rettete, verstand er zwar, daß die dynamischen, oft gefährlichen Inhalte der „Aktiven Imagination“ einer raschen Verarbeitung bedurften, und baute sie daher als „Hausaufgaben“ in seine Analysen ein, doch war er vom psycho-

analytischen Modell der nachherigen Bearbeitung eines vorangegangenen (Tag- oder Nacht-)Traumes noch so abhängig, daß er die naheliegende Möglichkeit übersah, den Therapeuten in das meditative Tiefengespräch des Patienten mit seinem Unbewußten einzubeziehen. Die vorsichtig steuernde und vor allem angstmindernde – und damit eine pathologische Ich-Regression verhindernde – Funktion der Dialogsituation war ihm noch nicht klar. Konsequenterweise hatte er dann natürlich besonders mit Angst und Widerständen der Patienten zu kämpfen: so wenn etwa ein Ausbildungskandidat relativ gleichgültig berichtete, er wäre einem Löwen begegnet, dieser habe sich dann in ein Schiff verwandelt usw. Wütend machte Jung den Kandidaten darauf aufmerksam, daß er sich das höchstens als eine Art Film vorgestellt haben könne, keinesfalls sei er selber aktiv „in das Bild hineingegangen, denn dann hätte man mehr Affekt, insb. Angst spüren müssen!“ (Vom „aktiven Hineingehen“ in das Bild leitet sich auch der ganze Terminus technicus „Aktive Imagination“ her.) Der Verzicht auf einen emotional präsenten Therapeuten hat eine moralisierend-appellative, überichhafte Haltung des Therapeuten zur Folge („Nimm das gefälligst ernst!“), welche dem Patienten aber sicherlich nicht hilfreich für das Erreichen intensiverer Affektbeteiligung ist. Hilfreich wäre ein unaufdringliches Begleiten, ein vorsichtiges (nicht vergewaltigendes!) Focussieren bedeutungshaltiger Details, gewissermaßen die ständige unausgesprochene Versicherung: „Das können wir uns ruhig anschauen, das werden Sie sicherlich aushalten!“

Auf einer nächsten Entwicklungsstufe hat in den 40er Jahren (Desoille 1945) Desoille die Bedeutung der Begleitung erkannt, sie aber zugleich stark überzogen, indem er von Anfang an die an subtile Bedingungen (insb. Übertragung!) geknüpfte Bereitschaft des Patienten, sich aufzuschließen, maßlos überforderte: energetisch hochgeladene Motive wie die Sexuelsymbole Schwert und Vase, ferner das Motiv der Hexe und des Hexenmeisters sowie weitere brisante Motive wie der Spaziergang auf dem Meeresgrund (von K. Thomas sogar in die einsame Meditation der AT-Oberstufe übernommen – Thomas 1967, 57ff.) ließen dem Patienten nur die Wahl zwischen völliger Aufgabe oder maximaler Verstärkung der Abwehren: die Rolle des Therapeuten als unerläßlichem Übungspartner im Erlernen des Rhythmus zwischen Zulassen und Abwehren von Gefühlen, dieser sicher machende und ichstärkende, zugleich aber auf längere Sicht am zuverlässigsten die Abwehren

überwindbar machende Lernprozeß (vgl. auch *Leuner* 1987, 82f) geriet gar nicht erst in das Blickfeld.

Allerdings muß gerechterweise angemerkt werden, daß in den Anfangsjahren des KB durchaus naive Betätigungen der Allmacht des Therapeuten vorkamen, die dann allerdings rasch eine korrigierende Reflexion auslösten.

Der Nachttraum kann also samt den ihm eigenen Regelungsmechanismen (also insb. Aufweckfunktion bei gefährlich ich-schwächenden Traumgehalten) noch als biologisches Faktum begriffen werden, der Tagtraum geht darüber hinaus und ist in seinen verschiedenen Erscheinungsformen (Schamanismus, kultische Trance) als anthropologisches Phänomen zu werten: d. h., an die Stelle der instinktähnlichen Gesicherheit tritt die Gefährdung, der in den einzelnen Kulturen auch immer Rechnung getragen wird durch sorgfältige Regelungen der Meditationen, ihres Erlernens in jahrelanger Lehrzeit: ein kulturelles Führungssystem muß bei dem prinzipiell unbegrenzten Phänomen des Tagtraumes aufgebaut werden.

Ich selbst habe einige Jahre lang KB-Ausbildungs- und Selbsterfahrungskurse für Psychoanalytiker gehalten. Die Erfahrungen waren erfreulich, fertige Analytiker konnten in der Regel ihre Widerstände selber bearbeiten, bei Lehranalysanden war eher die allgemeine Schwächung der Abwehren und damit zu intensives, oft stark depressives Erleben das Problem; durch starke Stützung seitens des Therapeuten konnte das Problem im wesentlichen gelöst werden. Von allen Teilnehmern aber erhielt ich Mitteilungen, wie: sie seien an ganz frühe Erinnerungen herangekommen oder an sehr intensive Gefühle, an die sie in einer langjährigen Analyse nicht herangekommen seien. Daneben gab es aber auch Enttäuschendes wie die manchmal gestellte Frage, warum man denn eigentlich bei einem Patienten, der ohnehin Träume erinnere, überhaupt KB mache? Diese Frage zeigt das analytische Mißverstehen deutlich: als ob das KB eigentlich nur der Gewinnung von traumartigem Material diene, das dann noch der üblichen analytischen Prozedur (freies Assoziieren, Clarifizieren, Deuten usw.) unterzogen werden müsse. Es gehe also prinzipiell um das klassische „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“, und der Beitrag des KB beschränke sich auf das Unterlaufen insb. intellektualisierender Widerstände. Und tatsächlich scheint diese Vorstellung zumindest auf die sog. „analytische Oberstufe des KB“ zuzutreffen, wie sie bei mittel- und langfristigen Therapien (also etwa ab 40, 50 Stunden) von analytisch erfahrenen

Therapeuten mit gutem Erfolg gehandhabt wird. (Bei Kurztherapien wird auf Deutungen meistens verzichtet, insb. auf Übertragungsdeutungen, denn damit geht der Projektionsdruck des Patienten weniger auf den „Bildschirm“ und mehr auf den Therapeuten, d.h. es entwickelt sich eine deutliche Übertragungsneurose, die beim KB zwar auch öfters vorkommt, prinzipiell aber nicht als Bedingung für das therapeutische Handeln angesehen wird.)

Gegenüber Verfahren wie dem von *Jung* oder auch *Desoille*, die eine deutliche Ahnung von der großen psychischen Macht des Symbols erkennen ließen, hat *Leuners* „Katathymes Bilderleben“ (oder Symboldrama, wie es auch durch längere Zeit – heute noch in Schweden – bezeichnet wurde) von einer schlichten, fast banalen analytischen Fragestellung seinen Ausgang genommen: der junge Assistent *Leuner* wollte seinen in Sachen Psychoanalyse extrem skeptischen Klinikvorstand (Nachkriegszeit!) die Richtigkeit der *Freudschen* Traumbildungs-Theoreme (insb. Verdichtung, Verschiebung) naturwissenschaftlich-experimentell nachweisen, was auch gelang und der Methode anfänglich den Namen „Experimentelles Katathymes Bilderleben“ eintrug (in Anlehnung an einen von *Bleuler* geprägten Begriff, der entsprechend der Doppelbedeutung der griechischen Präposition „katà“ sowohl die Tiefenschicht der Seele als auch die Seelen- und Gemüts-Gemäßheit der Bilder andeutete). Daß dieses Experiment eine bedeutende therapeutische Potenz besaß, war eine Zufallsentdeckung. Und ebenso unpräntiös wie bescheiden empirisch ging es weiter, wobei oft sogar ein Phänomen entdeckt und beschrieben wurde, für das sich noch kein theoretischer Bezugsrahmen fand: ein typisches Beispiel dafür sind die sogenannten positiven narzißtischen Bilder, also meistens schöne Landschaften, die glückhafte oder sogar Verschmelzungsgefühle mit sich bringen, aber auch Erlebnisse des Schwimmens oder Schwebens sind häufig. Während nun *Leuners* Mitarbeiter durchwegs von lästigen Widerstandsbildern sprachen, beharrte dieser auf der Erfahrung, daß diese Erlebnisse sehr günstige Auswirkungen auf das Befinden der Patienten hatten, und prägte (in den 60er Jahren) den provisorischen Begriff der „oralen Subventionierung“, womit er den tatsächlich gegebenen oralen, nährenden Anteil des Phänomens erfaßte. Ein adäquateres Verständnis war erst möglich, als sich mit den Arbeiten von *Kohut*, *Kernberg*, *Grunberger* u.a. und ihren deutschen Übersetzungen das Narzißmuskonzept durchsetzte.

Präzise Empirie und ein vorbildliches Teamwork haben im Laufe von vier Jahrzehnten eine große Fülle an klinisch wie theoretisch Bedeutsamem zusammengetragen, von dem hier ein besonders wichtiger Ausschnitt, nämlich die Emotionen im KB und ihr unauflöslicher Zusammenhang mit dem Symbol dargestellt werden soll.

2. Systematik

Das Katathyme Bilderleben ist eine *Methode zur Ermöglichung von Gefühlen* – mit dieser vereinfachenden Kurzformel (Leuner, pers. Mitt. 1972) präzisiert Leuner die zentrale Bedeutung des Gefühls in dieser Methode. Selbstverständlich vermittelt eine KB-Therapie auch Einsichten, zunächst als „unbewußte Erkenntnis“ (= unbewußtes Symbolverständnis) auch bei völlig deutungsfreier Arbeit (wie sie jedenfalls in Kurztherapien üblich ist), erst recht natürlich bei Ergänzung des Bilderns durch psychoanalytisch orientierte, d.h. dem theoretischen Bezugsrahmen der Psychoanalyse verpflichtete Nachgespräche. Die Vorgangsweise bei diesen Gesprächen ist aber nicht unbedingt psychoanalytisch i.e.S.: so wird zwar den Einfällen des Patienten breiter Raum gelassen, mit eigenen Deutungen aber hält sich der Therapeut zurück. Häufig verzichtet er sogar mit Absicht auf eine sofortige verbalisierende Bearbeitung des Bildes, weil die Erfahrung gelehrt hat, daß die frühe „Übersetzung“ der Bildsymbolik (= präsentative Symbolik sensu S. Langer, vgl. Lorenzer 1970) in die Wortsymbolik (= diskursive Symbolik, s.o.) die therapeutische Wirksamkeit des Bildes vermindert, bei intellektualisierenden (zwanghaften, schizoiden, psychosomatischen) Patienten die Abwehren oft sogar erheblich verstärkt! Statt dessen wird Zeichnen oder Malen des KB-Motives als sinnvolle erste Auseinandersetzung mit der Symbolik der Bildproduktion angeregt. Halbscherzhaft wurde auch schon gesagt, daß beim KB-Therapeuten die besonders charakteristische Formulierung nicht wie beim Analytiker sei: „Was fällt Ihnen dazu ein?“, vielmehr: „Also lassen wir das (= das Bild) einmal so stehen!“ ... Die „Inkubationszeit“ bis zur nächsten (oder übernächsten) Sitzung erweist sich als sehr fruchtbar. Im übrigen sei noch ein für das KB besonders charakteristischer Spezialfall von „Deutung“ erwähnt: das „sich selbst interpretierende Symbol“: dieses Phänomen kommt insbesondere bei der sog. „Symbolkonfrontation“ vor, einer vom Therapeuten unterstützten

intensiven (und oft auch längere Zeit erfordernden) Fixierung des Patienten auf stark komplexhafte, insbesondere angsterregende Symbolgestalten. Dieser stark *pathische* Vorgang (der Mittelstufe des KB zugerechnet; in der Grundstufe überwiegt hingegen der aktivhandelnde Umgang mit den Symbolen – „Operation am Symbol“) führt zu *affektstarken Erlebnissen*, die sich parallel mit dem sich langsam verändernden Symbol verändern, meistens von Angst oder Wut zu Bewegtheit oder Trauer. Diese Symbolwandlung kann nicht nur in kleiner- oder freundlicher-Werden bestehen, sondern auch in einer vom Therapeuten mit focussierenden Interventionen, insbesondere Anregung des Blickkontaktes, geförderten eindrucksvollen Wandlung der Identität, etwa von einer sehr bedrohlichen riesigen Spinne zur Gestalt der Mutter. Bei diesem Vorgang sind Bild, *starker Affekt* und überraschende (analytische) *Einsicht* des Patienten besonders *intensiv verwoben*.

Halten wir noch einmal fest: Auch ein nicht von Erkenntnis (Verstehen) begleitetes (oder eher: gefolgt)es Symbol ist von Gefühl begleitet, insbesondere wenn der Therapeut direkt („Wie geht es Ihnen?“) oder in subtilerer Weise („Wie wirkt diese Landschaft auf Sie?“ usw.) nach dem Gefühl fragt (es focussiert). Es hat also die Befolgung der Aufforderung, zu bildern (Instruktion zur Vermeidung von Leistungsdruck immer: „Können Sie sich vorstellen ...“ niemals: „sehen“!) bereits eine *Freisetzung von Gefühlen ermöglicht*. Am Anfang einer Therapie, öfters auch auf lange Strecken, scheint dieses Gefühl schwach, alltäglich, banal zu sein, z.B.: „Die Wiese wirkt freundlich“, ein Baum „knorrig“: in diesem Wort scheint *auf den ersten Blick* gar kein Gefühl wirksam zu sein, ist es aber doch schon dadurch, daß dieser Baum merklich vom „Durchschnittsbaum“, der stereotypen Vorstellung abweicht: nach dem „Gesetz vom zureichenden Grund“ müssen wir annehmen, daß der ungewöhnlichen Ausprägung des Baummotivs ein unbewußtes Ausdrucksbedürfnis zugrunde liegt, vor allem ein Bedürfnis nach Ausdruck eines Gefühls, das aber bewußt noch kaum wahrgenommen oder als völlig belanglos verkannt wird. Dabei können sich dahinter durchaus stärkere Affekte, z.B. eine Vaterproblematik, verbergen. Halten wir fest: schon die nicht intensiven (oder nicht intensiv erlebbaren) Gefühle, die „nicht aufregenden“ Motive (meistens sind die Standardmotive der Grundstufe „nicht aufregend“) setzen minimale Affekte frei (geringfügige Ängste, Mißstimmungen usw.), die sonst nicht erlebbar gewesen wären, also „eingeklemmt“ geblie-

ben wären. Man kann diesen unscheinbaren Vorgang, von Leuner „Mikro-Katharsis“ genannt (Leuner 1987, 126), gar nicht hoch genug einschätzen: der Vorgang bringt eine augenblickliche Entlastung (insbesondere durch Ersparnis notwendiger Verdrängungsenergien), damit auch eine gewisse Ich-Stärkung, und bahnt auf eine subtile Art, die kaum jemals Widerstände auslöst, den Weg zu intensiveren Erfahrungen: lern-psychologisch: Das Erlebnis der Mikro-Katharsis und ihrer positiven Auswirkungen wirkt als „reinforcement“, der Patient lernt, daß ihm die Methode nützen wird, er verinnerlicht die einfachen Spielregeln des Bilderns und seine Übertragungsbereitschaft auf den therapeutischen Prozeß festigt sich. Natürlich sind *später* – bei gestärktem Ich – auch intensive Affekte möglich und therapeutisch erwünscht, wie bei der erwähnten Symbolkonfrontation. Aber es wäre völlig *falsch*, anzunehmen, daß das *Affekt-Maximum* auch das *Optimum* ist! Zu intensive, nicht verarbeitbare Gefühlserlebnisse schwächen das Ich und bedeuten einen erheblichen Rückschlag für den Therapieverlauf! Es ist hier vielleicht der Ort, kurz etwas über das „kathartische Vorurteil“ zu sagen: es gibt nämlich nicht nur das uralte Vorurteil gegenüber der Psychoanalyse („einmal kräftig schreien und strampeln; dann ist der Patient gesund“ – ein populäres Mißverständnis), sondern auch ein neueres, das vor allem bei nicht wenigen Therapierichtungen anzutreffen ist: „Je stärker das Gefühl, desto besser!“ Ich fühle mich zu wenig kompetent, apodiktisch zu behaupten, daß bei allen Methoden das Maximum *nicht* das Optimum ist, beim KB mit seinem ohnehin stark regressiven setting aber ist es so. Vielleicht kurz ein instruktives Beispiel aus der Praxis: Ein hochintelligenter, aber früh narzißtisch gestörter Patient mit zusätzlichen ödipalen Kränkungen brachte mir öfter zum Ausdruck, er sei mit mir nicht zufrieden: die Therapie müsse schneller gehen, die Gefühle im KB intensiver sein (dabei ließ ich ihn ohnehin an die Grenze des Erträglichen gehen!). Er war nicht davon abzuhalten (nur etwas einzubremsen), sich das Vermißte fallweise auf KB-Selbsterfahrungsgruppen zu holen; ich mußte ihn dann jedesmal wieder mühsam zusammenflicken. Einmal aber kam er an eine erfahrene Gruppenleiterin, welche ihm nach dem KB lediglich die lakonische Frage stellte: „So, und was fangen Sie jetzt mit Ihren prä-psychotischen Bildern an?“ Der Schock war dann auch von Einsicht gefolgt. Er erkannte, wie verbissen, mitleidlos, überichhaft er bisher seinen therapeutischen Fort-

schritt erzwingen wollte und konnte zunehmend auch etwas wachsen lassen.

Noch einmal zurück zur „Mikro-Katharsis“: Phänomen und klinische Bedeutung wurden kurz beschrieben, nur der Wirkungsmechanismus ist noch völlig unklar: wie können banale Alltagsmotive und geringfügige oder subliminale Gefühle überhaupt eine therapeutische Wirkung entfalten? Wie können bestimmte einfache „Operationen am Symbol“, d.h. handelndes Umgehen mit Symbolen wie z.B. das bekannte Füttern des Löwen, oft große Wirkungen erzielen oder die erwähnten Symbolkonfrontationen manchmal entscheidende Auswirkungen haben? Wie kann (vgl. Fallbeispiel) in 4-5 Stunden eine starke und dem Patienten gut demonstrierbare oder sogar von selber einsichtige Übertragungsbeziehung entstehen? (Daß man meistens aus behandlungspraktischen Gründen darauf verzichtet, im KB eine Übertragungsdeutung zu geben, um nicht in eine Psychoanalyse zu geraten, ist eine andere Frage.) Wie ist es möglich, in 20-30 Therapiestunden eine Symptomheilung zu erzielen (sofern das Symptom nicht zu fest in eine fixierte Charakterneurose eingebaut ist)? Wie können schwere Charakterneurosen (darunter auch Frühstörungen, sogar Borderline-Störungen) in 100-300 Stunden mit eindeutigem Strukturwandel geheilt werden? Wieso erweisen sich die meisten Psychosomatiker (bekanntlich eine crux der Psychoanalyse) mit dem KB als gut behandelbar (vgl. *Wilke-Leuner* 1990, passim)? Der regressive Zustand allein kann es nicht sein, dann müßten Hypnose oder Autogenes Training genauso gut und anhaltend wirken. Dialogische Situation, Übertragungs- und Realbeziehung gibt es in fast allen Psychotherapiemethoden, mit der Traumsymbolik beschäftigt sich auch die Psychoanalyse (wenngleich diese heute gegenüber der Übertragungs- und Widerstandsanalyse etwas an Bedeutung verloren hat). – Aber es gibt einen wesentlichen Unterschied: Trotz neuerer Bestrebungen zur Aufwertung des manifesten Traum Inhaltes (*Psyche* Nov. 91) wird in der Analyse „über“ das Symbol gesprochen! Sogar in der Daseinsanalyse von *M. Boss*, der m.E. das beste praktische Symbolverständnis hat (obwohl er gegen den Symbolbegriff – m.E. gegen einen verengten Symbolbegriff = semantische Stellvertretung u. dgl. – polemisiert: *Boss* 1991,12, vgl. auch *Boss* 1953), sogar *Boss* umkreist zwar geduldig die im Symbol erscheinenden existentiellen Grundbefindlichkeiten des Menschen, es ist somit ein außerordentlich erhellendes Sprechen, aber eben immer noch ein „Sprechen über“!

In die volle Wirksamkeit aber wird das Symbol erst im KB eingesetzt, wo es der Patient in einem regressiven, dem Primärprozeß nahen Zustand kreieren und sich verändern lassen kann (und zwar sowohl – in Grenzen – nach seinem wie nach des Therapeuten Willen, vor allem aber nach den Ausdrucksbedürfnissen seines unbewußten Affektlebens, wo er aber auch seinerseits [unauffällig-subliminal = Mikrokatharsis, bis hochdramatisch = Symbolkonfrontation] sich vom Symbol affizieren lassen, also gefühlshaft beeindrucken lassen kann). Es handelt sich also um einen geschlossenen Zirkel von Projektion und Introjektion, bei dem die projizierten psychischen Inhalte sowohl als intensives Symbolerleben selber psychisch wirksam als auch (*in der Phase der Projektion!*) im KB-Bild der Bearbeitung zugänglich sind (und überdies nach dem KB verbal bearbeitet bzw. verarbeitet werden können).

Im übrigen ist hier eine erstaunliche Parallele feststellbar zu einem Phänomen, das in den letzten Jahren zunehmende Beachtung gefunden hat: der *projektiven Identifikation* (vgl. etwa Ogden 1988; Mertens 1991, 30ff); vielleicht ist dieses Modell sogar besser geeignet, die Eigenart des Projizierens im KB genauer zu erfassen: die Projektion im KB dient zwar auch dem Nach-außen-Verlegen bedrängender Inhalte, diese werden aber nicht im Sinne einer maximalen Abspaltung als fern, fremd, feindlich erlebt. Das Symbol im KB ist das *Nahe*, das *Eigene*, das trotz des objektivierenden und entlastenden „äußeren“ Anschauens ein wichtiger Besitz bleibt und nachgerade einen „Container“ für alle Arten von Affekten darstellt. Dies stellt bei aller Ähnlichkeit gegenüber der projektiven Identifikation in der verbalen analytischen Psychotherapie m.E. einen entscheidenden Vorteil dar: zunächst einmal eine leichter zu bewältigende Situation für den Therapeuten, sodann durch die Unwahrscheinlichkeit einer Überforderung des Therapeuten (mit defensivem Agieren z.B. in Form verfrühten Deutens) eine größere Sicherheit für den Patienten und schließlich sind die subtilen und für den Therapeuten schwierigen Prozesse einer „Entgiftung“ „Metabolisierung“ des Deponierten und seiner Assimilation mit gesunden Persönlichkeitsanteilen des Therapeuten zwecks anschließender Rück-Introjektion ungleich einfacher und dabei präziser (dank der genauen Entsprechung von *Bild und Affekt!*) am anschaulichen Bild-Symbol zu leisten. Der gesamte Vorgang läuft unter dem Schutz des Symbols und dank dessen Wirkungskraft auf die Affekte ab, nur ein kleinerer Teil der Projektionen geht auf den Therapeuten, so daß

häufig sogar die primäre anaklitische (vertrauensvolle, konfliktfreie) Übertragung erhalten bleiben kann! Bei dieser projektiven Identifikation mit dem Symbol liegt dieses offen für die Bearbeitung zutage, die Bearbeitung geschieht kommunikativ und zwar unter der Führung der rationalen Fachkenntnis und Reflexion des Therapeuten, aber gleichberechtigt sind sein Unbewußtes (insb. mit Empathie – und Identifikationsvorgängen) sowie das Bewußte und das Unbewußte des Patienten in einer Art gemeinsamer „therapeutischen Tetrade“ (als deren Symbol oft Übergangsobjekte oder Schrittmacherfiguren auftreten) beteiligt, um die Metabolisierung der Affekte durch aktiven (Operation am Symbol) und den pathischen (Symbolkonfrontation) Umgang mit den Symbolen zu bewirken!

Am Rande soll noch kurz an das merkwürdige Faktum erinnert werden, daß nach übereinstimmender Erfahrung fast aller Verhaltenstherapeuten die Desensibilisierung auf der Couch wirksamer ist als die Desensibilisierung „in vivo“, also in der realen Angstsituation; naiverweise müßte man eigentlich das Umgekehrte annehmen, also daß „Training“ in der Realsituation wirksamer wäre. M.E. kann die Erklärung nicht in der, „in vitro“ vielleicht differenzierter ausgestaltbaren Angsthierarchie liegen, sondern schlicht darin, daß die Verhaltenstherapeuten am suggestiv entspannten, also regredierten Patienten eigentlich nicht mit Vorstellungen, sondern mit KB-ähnlichen Bildern, also mit Symbolen arbeiten – ohne es zu wissen! Und das Symbol werden wir mit *Boss* (1991, 1953), aber auch mit *Leuner* (1987, 128) nicht als „repräsentativ für“ etwas anderes ansehen müssen, sondern im regressiven Symbolerleben ist es die Sache selbst. Und zwar „Sache“, ob sie jetzt ein äußeres „Objekt“ (z.B. Beziehungsperson ist) oder ein Aspekt der eigenen Persönlichkeit („Befindlichkeit“, „Subjektstufe“ nach C.G. Jung). Diese „Sache selbst“ erlebt der Patient nun in der Regression und damit in einem Zustand höchster emotionaler Affizierbarkeit. Zur Verdeutlichung ein Blick auf ähnliche Zustände anderer Genese: etwa, wenn wir nach einer schweren akuten Krankheit das erste Mal fieberfrei aufwachen und trotz großer körperlicher Mattigkeit alles voll Verwunderung und Glück als völlig neu erleben, und sei es nur der Ast vor dem Fenster; *Anzengruber* schildert in seiner Geschichte vom „Steinklopferhannes“ einen solchen Ausnahme- und Glückszustand. Ein ähnliches Gefühl kann auch in einer Therapie nach einem starken und geglückten kathartischen Erleben auftreten, oder auch

im Autogenen Training bei einer sehr tiefen Versenkung. Das Symbolerleben muß, nach unseren obigen Überlegungen zur Desensibilisierungstherapie, *stärker* wirken als die Auseinandersetzung mit dem realen Objekt. Dazu ein Beispiel. Ich skizziere den in einem anderen Zusammenhang ausführlicher dargestellten (Bartl-Pesendorfer 1989, 243ff) Verlauf einer KB-Behandlungsstunde. Es handelte sich um einen ca. 40jährigen Patienten, Überweisungsdiagnose: endogene Depression; tatsächlich: schwere reaktive und neurotische Depression nach Partnerverlust. Die erste Therapiestunde entwickelte sich, halb ungeplant, vom Blumentest (Enzian) weiter zu einer wunderschönen Bergwiese, die er mit allen Sinnen zu genießen vermochte, und weiter zu einer Bergbesteigung mit Gipfelrast, Fernblick, Jause. Dann Abstieg mit weiteren Eindrücken (Trinken aus Brunnen, Alm mit Kühen), Rückkehr zur Bergwiese. Nach dem Bildern meinte er, es wäre wunderschön gewesen und er käme von ganz weit her zurück (Tiefe der Versenkung!) Der deutlich depressiv gebeugte Patient wirkte im Hinausgehen 10 cm größer und kam in die nächste Stunde nur mehr, um das mittlerweile Vorgefallene zu berichten: er habe sofort kein Bedürfnis nach dem (vorher exzessiv genossenen) Alkohol und Zigaretten mehr gespürt, seine (anspruchsvolle) Berufstätigkeit habe ihn wieder interessiert, und die vorher nur mit bitterem Hohn und Tränen quittierten Versuche seiner Freunde, ihn zu verkuppeln, hätten diesmal Erfolg gehabt: er habe eine wundervolle neue Freundin, sei sehr glücklich, eine Therapie brauche er natürlich nicht mehr ... Wunderheilung? Natürlich nicht: eher ein Mißerfolg: durch unvorhergesehen starke Wirkung der Natursymbolik war eine radikale Besserung der subjektiven Befindlichkeit und damit leider eine „Flucht in die Gesundheit“ ermöglicht worden. Aber theoretisch hochinteressant bleibt die „Blitzheilung“ doch: das intensive Erlebnis der Natursymbolik (in der KB-Terminologie sprechen wir von einem positiven narzißtischen Bild) muß eine so starke „narzißtische Aufladung“ und Ichstärkung bewirkt haben, daß schlagartig pathologische Trauer, Autoaggression usw. überwunden werden konnten. Und nun eine entscheidende Frage: der Patient war zwar in gesunden Zeiten auch ein begeisterter Berggeher und schöpfte aus diesem Hobby viel Kraft. Zum Zeitpunkt der Therapie wäre er infolge seiner miserablen physischen Kondition ohnehin nicht zum Bergsteigen fähig gewesen: aber angenommen, es wäre ihm physisch möglich gewesen: wäre durch einen ¾-stündigen oder meinethal-

ben durch einen 8-stündigen Bergausflug eine solche extreme Wendung zum Guten möglich gewesen? Kaum. Es bleibt uns nur, eine rätselhaft starke „Macht des Symbols“ auf das Gefühlsleben des Menschen zu konstatieren – oder besser vielleicht: eine intensive Wechselwirkung zwischen Gefühl und Symbol. *Leuner* (in: *Leuner-Lang* 1982, 37 ff.) spricht von der „funktionellen Einheit von emotionaler Konstellation und Symbol“.

Die Meinung, daß Symbole, insbesondere Sonderformen („Archetypen“) angeboren seien, was ihre Wirkungsmacht erkläre, wird nicht mehr vertreten: Wir sind ja Zeugen, wie in historisch kurzer Zeit neue technische Symbole (z.B. Eisenbahn, Auto, Sportwagen usw.) sich z.T. an die Stelle alter Symbole (Stier, Pferd usw.) gesetzt haben. Wohl aber wird die Wirkung des Symbols dadurch erklärbar sein, daß die *Disposition* dazu angeboren ist und – wie noch gezeigt werden soll – einen anthropologisch sehr hohen Stellenwert einnimmt, sowie dadurch, daß die Entfaltung des Symbols im *individuellen Lebenslauf* eine Verdichtung sehr wichtiger Erfahrungen ist. Dies ist z.B. aus der Gegenübertragung eines Therapeuten zu spüren, der, oft schon zu Anfang einer Therapie, von Symbolen des Patienten stark und meist auch schon mit einem spezifischen Gefühl angemutet wird, und zwar weil sich darin ein ganzes Lebensschicksal, und zwar sowohl die Triebchicksale als auch die gesamte Geschichte der Objektbeziehungen niederschlägt.

Ich möchte hier doch etwas ausholen und die Disposition zur Symbolbildung in einen größeren anthropologischen Zusammenhang stellen. Der Mensch ist bekanntlich ein biologisches „Mängelwesen“ (*Gehlen* 1986, 33, 83), das diese Mängel aber zu erhöhten Durchsetzungschancen im biologischen Auslesekampf umschafft. Beispiel: Der stammesgeschichtlich eintretende Verlust von Krallen und Kletterhand führt zu ziemlich schutzlosen, aber sehr differenzierten Fingern (u.a. Oppositionsfähigkeit des Daumens), die den Prozeß der Werkzeugbildung sowie später der gesamten Technikentwicklung ermöglichen. Ebenso im psychischen Bereich: Der sehr weitgehende Verlust der Steuerung durch Instinkt führt zu der beweglichen Anpassungsmöglichkeit des Handelns durch das Denken und damit letzten Endes zu den gewaltigen Leistungen von Kultur, Wissenschaft, Technik. Doch ist dieser Prozeß, im Unterschied zu der weitgehend problemlosen Instinktsteuerung der Tiere, hoch riskant: dies weiß sowohl die Vorgeschichte und Geschichte (Untergang von Völkern und Kulturen) als auch die Psychotherapie

(Mißglücken der individuellen Enkulturation), als auch die Zukunftsforschung (Gefahr der Selbstvernichtung der ganzen Menschheit).

Wenn *Jacob v. Uexküll* von menschlichen Umwelten spricht (*Uexküll/Kriszat* 1958), so tut er dies nur im übertragenen Sinn: denn die speziellen „Umwelten“, die sich etwa ein Jäger, ein Förster, ein Holzhändler, ein Naturschützer usw. aus dem gleichen äußeren Objekt „Wald“ „herausschneiden“, sind ja nicht biologisch, sondern kulturell bedingt, Resultate eines individuellen langen Lern- und Enkulturationsvorganges. Bei den Tieren aber herrschen wirklich artspezifische Umwelten, welche in strikter und für den Ausleseprozeß typischer „sparsamer“, Beschränkung die „Wirkwelt“ (= was die einzelne Tierart „tun“ kann – auch nach ihrer anatomischen Ausstattung) auf das für die Selbst- und die Arterhaltung unentbehrliche Agieren beschränken, und an die „Wirkwelt“ wieder ist die „Merkwelt“ exakt angepaßt: extremes und „berühmtes“ Beispiel die Zecke, für deren Selbst- und Arterhaltung es lediglich wichtig ist, sich von einem Ast auf ein Säugetier fallen zu lassen und sich durch das Fell bis zur warmen Haut und damit der Bißmöglichkeit vorzuarbeiten; dementsprechend enthält auch die Merkwelt dieses Tieres lediglich zwei Sinnesmerkmale: Buttersäuregeruch (Schweiß!) und Wärme. Eine höchst ärmliche, aber gerade durch ihre Ökonomie das Individuum und die Art sichernde Umwelt. Natürlich sind der Natur im Evolutionsprozeß auch ungleich differenziertere Systeme von Merk- und Wirkwelten, bis herauf zu den Primaten „gelungen“, aber immer zuverlässig vom artspezifischen Instinktrepertoire gesteuert. Gelegentliche „luxurierende“ Bildungen von Verhaltensweisen wie von anatomischen Bildungen (Riesengeweihe, extrem auffällige Bildungen wie die Pfauenfedern) konnten sich wegen ihres Vorteils für die innerartliche (sexuelle) Auslese zwar bilden, wurden aber bei geringer Verschlechterung der äußern Auslesebedingungen mit dem Aussterben „bestraft“, obwohl sich an der sicheren Führung durch Instinkte nichts verändert hatte. Wie muß es einem Wesen wie dem Urmenschen gehen, dem diese Steuerung allmählich (oder vermutlich schubweise) überhaupt abhanden kommt?

Mit dieser Frage nach der subjektiven Befindlichkeit geraten uns nicht nur die so wichtigen objektiven Faktoren wie Ausleседruck, Auslesevorteil udgl. in unser Blickfeld, sondern die uns eigentlich interessierenden subjektiven.

Zu den Tieren läßt sich zweifellos sagen, daß Instinkthandlungen durchwegs mit Befriedigungserlebnissen gekoppelt sind. In der Durchführung und Beendigung der Triebhandlung scheint eine spezifische Triebenergie in einer „consummatory action“ unter Lusterlebnissen verzehrt zu werden. Diese befriedigende subjektive Seite ist zweifellos der „Trick“ der Natur, die Tiere zu diesem zweckmäßigen Verhalten zu bringen. Solche instinkthaften Erlebnisweisen sind beim Menschen noch rudimentär erhalten, insbesondere in der Befriedigung des Hungers und des Sexualtriebes. Aber wie soll er „wissen“, wie man z.B. ein Beutetier erlegt? Die Tradition seines Stammes hat bestimmte mögliche Beutetiere ausgesucht und Taktiken zu deren Tötung entwickelt, die in der Erziehung vermittelt werden müssen. Aber diese Kulturbildungen sind keine echten biologischen Umwelten. Der Mensch hat keine *Umwelten*, der *Mensch hat Welt!* (Gehlen 1986, 36) Aber diese so positiv klingende Feststellung hat ihre hoch problematischen Kehrseiten:

Die Fülle der Welt und die prinzipiell unendliche, da nicht durch ein angeborenes Programm („Merkwelt“) gefilterte *Fülle der Außenwelteindrücke* muß eine kaum verkräftbare „Reizüberflutung“ (Gehlen 1986, 51), ein „unendliches Überraschungsfeld“ (Gehlen 1986, 131) zur Folge gehabt haben, nicht unähnlich dem Befinden des Säuglings, wenn seine Mutter ihre Aufgabe des Reizschutzes einmal vernachlässigt: der Säugling verfügt nämlich noch nicht über einen sekundären, erlernten, kulturbedingten Filter seiner Wahrnehmungen: erst wenn er in das Symbolsystem der Sprache hineingewachsen ist (es erlernt hat), wird dieses seine Aufmerksamkeit und seine Sinneswahrnehmungen so selektiv steuern, daß im wesentlichen nur das, was die betreffende Kultur für wichtig, überlebenswichtig hält, von ihm wahrgenommen wird. Man könnte auch sagen: er sieht, hört usw. nur das, wofür es in seiner Kultur *Worte* gibt. Stellt sich einmal ein Eindruck ein, für den es keinen Begriff gibt, tritt prompt Angst auf. Wir können dieses Phänomen noch heute bei den wenigen echten Naturvölkern studieren: der Kontakt mit Unbekanntem – Zivilisation, aber auch außerordentliche Naturphänomene – macht Angst, schon ein „normales“ Gewitter kann Angst machen, und zwar nicht etwa, *weil* Götter oder Dämonen hineinprojiziert werden, sondern *trotz* dieser projektiven Entlastungsmechanismen, wie sie die Benennung von z.B. Gewittergottheiten darstellt: indem das ungewöhnliche und daher Erschreckende einen *Namen* bekommt, tritt starke *Entlastung* ein: über den Gewittergott

Zeus kann man reden, kann ihm in Mythen allerhand Menschliches andichten, man kann vor allem mit ihm *sprechen* (o phile Zeù! – oh lieber Zeus), ihn versöhnlich stimmen, kurz emotional und handelnd (z.B. Opfer) mit ihm umgehen. Durch die Götternamen werden auch außergewöhnliche Eindrücke, welche das Reizschutz- und Filtersystem der Sprache durchbrechen, wenigstens teilweise ihrer Angstwirkung beraubt.

Wir haben also kurz die Verhältnisse betrachtet, wie sie beim Menschen durch den Wegfall des angeborenen Filtersystems und die dadurch bewirkte Reizüberflutung entstehen. Man hat auch von der „Instinktreduktion“ beim Menschen gesprochen, m.E. nicht ganz zutreffend, denn wir haben Gründe für die Annahme, daß nicht die Instinkte als solche oder ihre Stärke verringert worden sind, sondern nur das System der Steuerung der Instinkthandlungen, d.h. – um mit der korrekten Sprache der modernen Ethologie zu sprechen – das System der Auslöser von „Instinkthandlungen“, die sog. „angeborenen auslösenden Schemata – (AAS)“: dieses System wurde reduziert, seine Trennschärfe sehr abgeschwächt, es ist eine „Entdifferenzierung der Auslöser“ eingetreten. Eine gleiche Entwicklung ist übrigens auch bei Tierarten feststellbar, die der Mensch vom natürlichen Auslesedruck befreit, d.h. sie zu geschützten Haustieren gemacht hat. *Konrad Lorenz* bringt beide Fakten wertend miteinander in Verbindung und spricht sogar von „Verhausschweinung“ des Menschen. Nun hat zwar der Wegfall von biologischen Führungssystemen sicher manche Nachteile – Verhaltensunsicherheit bis zu Verhaltenschaos (wenn die sekundären kulturellen Führungssysteme versagen), aber zugleich ist diese entdifferenzierende Veränderung beim Menschen gegenüber den wie auf „Instinktschienen“ laufenden Wildtieren eine enorme Chance zur Entwicklung von Kunst, Technik, Wissenschaft.

Aber verfallen wir nicht voreilig in eine rein philosophische, d.h. idealisierende Betrachtungsweise? Bleiben wir bei einer konkreten psychologischen Sicht!

Wie muß es konkret dem Urmenschen gehen, dem seine instinktsteuernden „angeborenen auslösenden Schemata“ (weitgehend; deutliche Reste insb. im Sexualbereich) „abhanden gekommen“ sind, der aber unter dem Druck quantitativ nicht oder nicht wesentlich reduzierter Instinkte – oder sollten wir schon besser sagen: Triebe oder sogar: Affekte? – steht: Es muß ein äußerst beunruhigender Triebdruck gewesen sein, und zwar nicht nur

durch Abwesenheit eines (z.B. oralen oder sexuellen) Triebzieles, sondern gewissermaßen durch dessen „Unkenntnis“! Die Anthropologie benennt diesen zweifellos sehr anstrengenden und problematischen Sachverhalt mit dem nüchternen Wort „Antriebsüberschuß“ (Gehlen 1986, 57, 356). Nun hat auch hier der Mensch ein System „erfunden“, das sinngemäß eine ähnliche Aufgabe hat wie die „angeborenen auslösenden Schemata“: es ist die Welt der „Symbole“. Sie sind uns schon vorhin, insb. als sprachliche Symbole, als Worte oder Namen, begegnet in ihrer Funktion als Mittel zur Abwehr der „Reizüberflutung“. Eine wohl noch wichtigere Aufgabe ist ihre Funktion bei der Steuerung der entdifferenzierten Triebe und Affekte: nur spielen hier neben den Wortsymbolen die Bildsymbole eine besonders entscheidende Rolle. Ich darf hier aus der anthropologischen Theorie kurz wieder „zurückschalten“ auf die klinische Erfahrung: jeder etwas erfahrene KB-Therapeut hat schon den eindrucksvollen Vorgang beobachtet, wie insbesondere bei frühgestörten Patienten durch KB-Bilder (die keineswegs konfliktbearbeitend sein müssen, nicht einmal schöne und „nährende“ positive narzißtische Bilder!) ihre oft gewaltige Spannung ganz rasch nachläßt, wie etwa der Borderline-Patient eine Zeitlang seine hochgradige freiflottierende Angst verliert oder der Psychosomatiker Augenblicksentlastung von seinen Beschwerden erfährt! Es ist wohl eine sehr gut vertretbare Hypothese, diese Phänomene als Entlastung des Primärprozeßbereiches durch Zur-Verfügung-Stellen von Symbolen aufzufassen – bei frühgestörten Patienten, von denen wir ja wissen, daß sie an einer Symbolisierungsstörung leiden, u.a. an einem weitgehenden emotionalen Funktionsverlust der Sprache (dies der wahre Kern der Theorien von der „Alexithymie“ und dem „pensée opératoire“). Und dürfen wir – wieder von der klinischen Erfahrung zur anthropologischen Theorie zurückkehrend – den Druck des ungegliederten, ungesteuerten Primärprozesses nicht in enge Beziehung bringen zum „Antriebsüberschuß“? Die Symbole würden dann dieses „prinzipiell“ ungeordnete Antriebschaos ähnlich strukturieren, wie dies die angeborenen auslösenden Schemata auf biologische Weise bei den Tieren tun. Der Vergleich hinkt: bei den Tieren werden wir überhaupt nicht von einem inneren Antriebschaos sprechen dürfen, sondern von präzisen, differenzierten „angeborenen auslösenden Mechanismen“ (etwas populärer: Instinkthandlungen), welche auf ihre auslösenden Schlüsselreize, die „angeborenen auslösenden Schemata“, warten. Wenn beim Menschen

übrigens ähnliche instinktähnliche Handlungen vorkommen, können wir nicht von wirklichen angeborenen auslösenden Schemata sprechen, sondern von „Klischees“, die automatisches, instinktähnliches Verhalten auslösen: eine (hysterische) Störung (Lorenzer 1970), die wiederum eine Symbolisierungsstörung ist, denn es fehlt ein entscheidendes Merkmal des Symbols, nämlich ein „inneres Probehandeln“, um dadurch eine bewußte Steuerung von Handlungen zu ermöglichen. Für dieses innere Gespräch sind die Symbole (zunächst mehr die Sprachsymbole = Worte, bei deren Versagen verstärkt auch die Bildsymbole) unerläßliche Voraussetzung. Denken wir noch einmal an unser obiges Beispiel des Gespräches mit dem bedrohlichen Gewittergott Zeus: wir haben dieses Gespräch als die Verarbeitung eines bedrohlichen, den Reizschutz durchbrechenden äußeren Eindruckes aufgefaßt, also auf der Objektstufe im Sinne von C.G. Jung. Wohl noch bedeutsamer ist hier die Interpretation auf der Subjektstufe : d.h. daß wir das Gespräch mit dem Gewittergott zugleich als ein Gespräch mit den naiv nach außen projizierten inneren Antrieben, hier vor allem den aggressiven, aufzufassen haben: das Gespräch mit dem zürnenden Zeus ist unbewußt zugleich ein Gespräch mit eigenen Persönlichkeitsanteilen – ein inneres Probehandeln emotionalen Charakters.

An diesem Beispiel ist das emotionale innere Probehandeln recht gut einsehbar und zwar sowohl in bezug auf Belastendes aus der Umwelt (Objektstufe) als auch auf Problematisches aus dem eigenen Trieb- und Affektbereich (Subjektstufe). Das System der Sprachsymbole hat aber im Lauf der menschlichen Kulturentwicklung, verstärkt seit der griechischen Aufklärung (Beginn der Philosophie) und besonders stark seit der neuzeitlichen Aufklärung und der gewaltigen Expansion naturwissenschaftlichen und technischen Denkens sein Schwergewicht verlagert auf die exakte Darstellung objektiver Sachverhalte, d.h., mit dem Wegfall der Mehrschichtigkeit, der vielfachen Bedeutungsnuancen, ist die emotionale Bindungskraft der Wortsymbole geringer geworden, sie tendieren dazu, zum „Zeichen“ zu entarten (Lorenzer 1970). Eine gewisse Aufwertung erhält die Wortsymbolik in der Kunst, in der Dichtung, die auch heute noch gefühlshaft zu ergreifen und Sinn und Ordnung zu stiften vermag:

Was uns Verworrenes begegnet,
Wird klar und einfach im Gedicht:
Die Sonne scheint, die Wolke regnet.
Die Welt hat Sinn, das Stumme spricht.
– Hermann Hesse

Im ganzen werden wir im heutigen Stadium der Kulturentwicklung aber mit einer viel geringeren emotionalen Macht der Wortsymbolik rechnen müssen, als selbst noch im archaischen Griechentum, als die gesamte Natur bis zur letzten Quelle und zum letzten Hain „voll von Göttern“ war (*pánta plèra theòn*), deren Namen und mythische Geschichte man kannte, mit denen man daher „vertraut“ war: es bestand damit eine universale Weltvertrautheit, man könnte vielleicht sogar sagen: Geborgenheit. Allerdings: der *Name* allein, der vielleicht ganz zu Anfang der Menschheit hinreichend war, eine Entlastung von äußerer Reizüberflutung bzw. innerem Antriebsüberschuß herbeizuführen, genügt bald nicht mehr: der Name muß eingebunden sein in eine *Erzählung*, einen *Mythos*. Nur ist es eben heute sehr schwer, einen neuen Mythos zu erfinden, es wird allenfalls eine Ideologie daraus. In der Psychoanalyse finden sich allerdings neben den rationalen Elementen auch mythische, wie Freud selber bemerkt hat: „Die Trieblehre ist sozusagen unsere Mythologie. Die Triebe sind mythische Wesen, großartig in ihrer Unbestimmtheit“ (Freud 1933, 102).

Nur ist durch die Aufklärung in ihren mehrfachen „Schüben“ (griechische Philosophie, Renaissance, 18., 20. Jhd.) die „Entmythologisierung“ unumkehrbar geworden.

Sogar innerhalb christlicher Kirchen ist dieser Prozeß zur nüchternen Rationalität, weg von Bildern und anderer „präsentativer Symbolik“ und hin zur diskursiv-symbolischen Wortverkündigung zu spüren, wie dies Lorenzer in seinem bekannten Buch über „Das Konzil der Buchhalter“ (1981) beklagt. Die Bilder und ihre emotionale Wirksamkeit werden im Rahmen einer Mythenkritik unweigerlich rational zersetzt. Ganz anders, wenn die Frage *nicht* nach der *abstrakten Wahrheit* gestellt wird, sondern nach der *Wirklichkeit*, d.h. aber: *Wirksamkeit* des Bildes. Und jedes KB-Bild, das sich spontan, unwillkürlich, verändert oder das eine deutlich andere Gestimmtheit hinterläßt, erweist sich als wirksam, als *wirklich!*

Die schon von Lorenzer hervorgehobene hochgradige emotionale Wirksamkeit der präsentativen Symbolik ebenso wie die in der

klinischen Erfahrung bestätigte hochgradige emotionale Wirkung des KB-Bildes lassen uns die *innere Bilderwelt* – mehr noch als das diskursive sprachliche *Symbolssystem* – als *unentbehrliches Strukturierungs- und Steuerungsmittel für die Affektivität* erkennen: die Symbole sind lebenswichtig wie bei den Tieren die angeborenen auslösenden Schemata, deren *funktionelles Analogon* sie zweifellos sind – nur eben mit einigen typischen menschlichen Besonderheiten: durch Enkulturation aus der bloßen Disposition entfaltet, mit der Möglichkeit zu Defiziten (psychischen Störungen bis hin zur im konkretistischen Denken völlig a-symbolischen Psychose) oder zu „irrtümlichen“ Symbolisierungen (Milch und Milchprodukte stehen für die Mutter, Folge: Ekel oder Allergie), aber andererseits auch zu differenzierten Symbolsystemen als Voraussetzung zur Persönlichkeitsentwicklung, aber auch zu Kulturleistungen, einschließlich der Denkleistungen, für die sich allerdings die diskursive Symbolik als besonders wichtig erweist – und die diskursive Symbolik der Sprache spielt ja auch für psychotherapeutische Klärungsprozesse eine wichtige Rolle.

Besonders eindrucksvoll und in unserem Zusammenhang besonders wichtig ist die *emotional* klärende, kathartische und insbesondere *differenzierende Wirkung* des KB-Bildes, die von der Arbeit am *katathymen Bild*, insbesondere seiner anschaulichen *Differenzierung* (die hauptsächlich visuelle Details, aber auch außervisuelle Sinnesqualitäten – Tasten, Hören, Riechen usw. – umfaßt) ausgeht. Eindrucksvoll sind sowohl die großen Veränderungsmöglichkeiten des Bildes als auch – fast noch mehr – die Tatsache, daß auch von kleinen (oft vom Therapeuten vorsichtig angeregten) Veränderungen des Bildes starke emotionale Wirkungen ausgehen können, insbesondere von geringen Veränderungen des Augenausdrucks oder der Mimik überhaupt: wir sind hier offenbar im Bereich der mimischen Auslöserqualitäten, die auch im realen Leben und sogar im Experiment hoch differenzierende Eigenschaften haben. Im Bereich der mimischen Auslöser sind offenbar Symbolbild und angeborenes Schema sogar identisch!

Das Thema der mimischen Auslöser führt uns zu den bedeutenden Ergebnissen der neuesten psychoanalytischen Säuglingsforschung („Baby-watchers“, insb. etwa Stern 1979; Lichtenberg 1981), welche das von der bisherigen analytischen Entwicklungspsychologie unerwartete Ergebnis erbrachten, daß in der ersten Lebenszeit des Säuglings nicht das erwartete primärprozeßhafte und narziß-

tische Chaos gefunden wurde, sondern eine ausgeprägte und differenzierte Objektbeziehung zur Mutter: beide Partner empfangen und senden u.a. subtile mimische Signale, welche den Partner in seiner Gestimmtheit und im Verhalten steuern: also zweifellos angeborene auslösende Schemata und angeborene auslösende Mechanismen, welche über die bisher bekannte, insbesondere von Spitz untersuchte „smiling response“ (Spitz 1957, 23) weit hinausgingen. Erkennbarerweise hat diese Auslöser-Kommunikation für Mutter und Kind einen hohen emotionalen Befriedigungswert, wie er für den Ablauf von Instinkthandlungen typisch ist. Dies könnte das „Paradies“ der frühen Kindheit sein, auf das sich später undifferenziertere regressive Wünsche richten: undifferenzierter, weil die originäre Differenziertheit nicht mehr erreichbar ist. Es scheint, daß diese undifferenzierten regressiven Wünsche – wie etwa der klassische Verschmelzungswunsch mit der Mutter – per se pathogen, u.U. sogar lebensgefährlich sind. Bei den sog. positiven narzißtischen Bildern im KB spielen regressive Verschmelzungsbedürfnisse zwar auch unstreitig eine wichtige Rolle, ihre positive, oft sogar hochgradig positive Wirkung auf den Therapieverlauf und das klinische Befinden des Patienten könnte nach meiner Vermutung aber gerade davon kommen, daß es sich eben nicht um eine einfache regressive Gestimmtheit handelt, sondern ein – manchmal detailreiches – gegliedertes, strukturiertes Bild: dieses enthält erstens auch bei einfachen Landschaftsbildern reichlich Niederschläge von Erfahrungen späterer Lebensabschnitte (die also ein progressives Element in das narzißtische KB-Bild hineintragen!), vor allem aber ist m.E. die strukturierte katathyme Landschaft ein wichtiges Analogon zu dem (s.o.) differenzierten Gesicht der Mutter! Dies könnte eine Erklärung dafür sein, daß wir unter KB-Therapie so selten maligne Regressionsentwicklungen sehen. Hingegen scheint eine diffuse regressive Sehnsucht sogar gefährlich zu sein (u.U. Suizid fördernd).

3. Kasuistik

Der hier berichtete Fall scheint mir für das therapeutische Vorgehen bei einer KB-Therapie ziemlich charakteristisch zu sein und auch einen guten Einblick in die Möglichkeiten der Affektmobilisierung zu bieten.

„Affektlosigkeit“ war nämlich vom äußeren Eindruck her wie nach dem inneren Leidensdruck das Hauptproblem des Patienten. Man konnte bald an eine Affektisolierung im Rahmen einer zwanghaften Charakterneurose denken: diese bestand tatsächlich und brachte zahlreiche Verhaltensweisen und Charakterzüge mit sich, die sich so übertypisch in die Diagnose des Zwangscharakters fügten, daß eine Aufzählung sich eigentlich erübrigt. Bald nach Beginn der Therapie spürte der Therapeut unter der zwanghaften Kruste ein tief verletztes, depriviertes Kind, das in der Therapie nach einigen schizoiden Vermeidungshaltungen zu einer depressiven Position regredierte und zu einer positiven – auch von Ambivalenzregungen gekennzeichneten – Übertragung fähig war. DD: depressive Charakterneurose mit starker zwanghafter Abwehr.

Der 46jährige Sozialarbeiter Ernst H. war in gehobener beruflicher Stellung und führte aber auch mit einigen Klienten Psychotherapien durch, bei denen ihm seine emotionale Trockenheit selber unangenehm auffiel. Andererseits kam ihm zugute, daß er GT (Gesprächstherapie nach Rogers) gelernt und sich einer mehrjährigen klassischen Psychoanalyse unterzogen hatte. Im Rahmen der KB-Therapie, in einer Phase starker affektiver Bewegtheit, berichtete er allerdings, daß in seiner Analyse weder libidinöse noch aggressive Probleme thematisiert worden seien. Ich war betroffen, handelte es sich doch um einen anerkannten Analytiker. Andererseits konnte ich meinem Patienten auch keine bewußte Fehlinformation zutrauen. Das Problem dürfte wahrscheinlich so aufzulösen sein, daß libidinöse (ödipale!) und aggressive Themen durchaus Gegenstand der Analyse waren, aber entsprechend der Abwehrstruktur des Patienten auf so intellektuelle Art, daß die Bearbeitung Herrn H. nicht weiter „berührte“ und in den ca. 12 Jahren seit der Analyse auch vergessen (verdrängt) werden konnte. Was ich aber selber bezweifle, ist, ob narzißtische Themen der Hilflosigkeit, Kränkung, Wut seinerzeit in der Analyse bearbeitet wurden.

Die Anamnese war zunächst unergiebig: geboren in einem Tiroler Dorf als Sohn eines sehr konservativen, religiösen und fleißigen Handwerkers, der private Gespräche als verlorene Zeit ansah (vermutlich Rationalisierung von Kontaktproblemen) und sich und die Familie weitgehend von nachbarschaftlichem Kontakt abschottete; aber auch der Kontakt innerhalb der Familie war sehr dürftig; der Patient erinnert sich an seine vielen Anreden und Fragen an die (vom Haushalt keineswegs überforderte!) Mutter, zugleich aber,

daß sie fast nie Antwort gegeben, sondern meistens gesagt habe: „Red' nicht so blöd daher ...“ Es ist erstaunlich, daß bei einer derartigen Frustration der gesunden Fragehaltung sich eine sehr gute Intelligenz bei Herrn H. entwickeln konnte; aber jedenfalls seine Objektbeziehungsfähigkeit war von Anfang an tief gestört. Er war dann auch nicht nur in der Volksschule, sondern auch am Gymnasium ein extremer Einzelgänger und auch motorisch sehr gehemmt und ungeschickt (Sport).

Aus Platzgründen muß ich die zunächst ohnehin ärmliche und affektlose Anamnese-Erzählung weiter kürzen und auch bei Schilderung des Therapieverlaufs vor allem die „Schlüssel-Bilder“ beschreiben und wie wir, der Patient und ich, mit den Bildern und den beginnenden Emotionen umgingen.

Herr H. hatte schon einige Gruppen-KB-Sitzungen mitgemacht und hatte mit großer Anstrengung willensmäßig einige Bilder produziert („herausgedruckt“ würde ich sagen) und fürchtete nun eine Wiederholung dieser Quälerei. Ich bearbeitete seinen Leistungsdruck, vor allem mit der Versicherung, er dürfe sich selbstverständlich rein willensmäßig etwas vorstellen, auch ein Erinnerungsbild, das könne er sich dann ruhig ansehen und daraus werde irgendwann einmal von selber ein echtes katathymes Bild. Ich hielt auch die Entspannungsphase eher kurz, trachtete, das Ritual einer KB-Sitzung in Richtung Alltagsgespräch herunterzuspielen, achtete aber darauf, daß meine therapeutische Haltung von einem ruhigen, gelassenen, aber intensiven Interesse getragen war. Beim Blumenfest wurde die Blume zum großen Erstaunen des Pat. rasch bunt, im Winde bewegt, berührbar. Ich ließ ihn alle Sinnesqualitäten geruhig ausbreiten. Im Nachgespräch hatte er fast von selber zum roten Klatschmohn Assoziationen: rot, gefühlvoll, ev. Liebe, aber auch sehr zarte Blätter, verletzlich. Zum „Klatschen“ fielen ihm seine frustrierten verbalen Kontaktversuche zur Mutter ein(!). Am Ende der Stunde war die anfängliche Starre einer gewissen Weichheit und Bewegtheit gewichen – was ich ihm zunächst aber noch nicht widerspiegelte.

Das Wiesenmotiv erbrachte das depressive Bild einer vertrockneten, braunen Wiese. Die trockenen Grashalme waren scharf, schneidend; langsam und vorsichtig, unter behutsamer Ermunterung schaffte er mit seinen bloßen Füßen den Weg über die Wiese. Vielleicht deshalb („synchrone Wandlung“ nach *Leuner*) war die Wiese im nächsten Bild „Bach“ grün und saftig. Ein kleines, seichtes

Bächlein führte braunes, mooriges Wasser, was zuerst gewisse Ekelgefühle auslöste, die aber nach längerer Betrachtung (vom Therapeuten angeregt: weiches, „meditatives“, nicht „zwingendes“ Focussieren) einem Gefühl des Interesses wich: schließlich setzte er sich samt Kleidung in das flache Rinnsal und genöß einige Zeit das Wohlgefühl des rinnenden Wassers.

Ich sah darin (ohne zu deuten!) nicht nur abgewehrte anale Impulse, sondern auch früheste narzißtische Erlebnisse der Körperpflege: Bewußtwerden einer realen Erinnerung? Oder neue, „korrigierende“ Erfahrung? Für die Theorie wichtige Fragen. Für die Praxis allein wichtig die adäquate Gegenübertragung: mit Rührung erlebte ich das Kind, wie es sich schüchtern, aber doch entschlossen die streichelnden Hände der Mutter an den Po holte: eine wirksame Auffüllung narzißtischer Lücken, aber nur möglich unter dem Schutz des Symboles! Eine Deutung wäre hier natürlich ein grober Fehler gewesen.

Das Bergmotiv (insb. Vatersymbol) erbrachte erwartungsgemäß einen zwar nicht sehr hohen, aber unersteigbaren Berg (eine gewisse Auseinandersetzung war durch genaues Betrachten und Ersteigung bis zur halben Höhe vorerst möglich).

Ein entscheidendes Bild war dann wieder das Haus: ein kleiner Bau mit nur *einem* Ovalfenster (Kontaktdefizit!) und einem auf der Hinterseite gelegenen Eingang, innen weiß gekalkt, ohne Einrichtung. Der Eindruck einer kleinen Kapelle auf dem Lande verstärkte sich noch durch ein dunkles Altarbild. Nachdem ich schon vorher (wie immer) laufend die vom Bild vermittelte Gestimmtheit hatte berichten lassen (Öde, Einsamkeit), focussierte ich dann bes. das Altarbild, auf dem allmählich Einzelheiten hervortraten, insbesondere in der linken unteren Ecke ein muskulöser nackter Mann, auf dem Boden liegend und (vielleicht aus Angst) völlig in sich zusammengekrümmt. Ich ließ diesen noch 2-3 Minuten ruhig betrachten und begleitende Gefühle formulieren und wollte eigentlich dann das Bild beenden, als mir der Patient mit deutlichen Zeichen des Erschreckens mitteilte: der Mann hätte ein Auge aufgemacht und ihn angeschaut, eher mit dem Ausdruck großer Not; das Erschrecken war durch das plötzliche Lebendigwerden des Gemäldes bedingt. Im Nachgespräch hielt die starke emotionale Bewegtheit an, und er identifizierte sich mit dem Mann auf dem Bild. Selber auch bewegt (und dies nicht verbergend), bestätigte ich ihm, daß er an sich ein starker Mann sei, aber gefesselt oder durch Schrecken

zusammengekrümmt. Diese Versicherung hatte – vor dem Hintergrund des lebendig gewordenen Bildes – offenbar Evidenzcharakter, obwohl sie sowohl seinem üblichen Lebensgefühl als auch seiner realen (leptosomen!) körperlichen Erscheinung widersprach. In der nächsten Sitzung wollte ich die „Reanimierung“ des starken Mannes weiterführen, hatte aber übersehen, daß für den Patienten die dringlichere Thematik in der Sicherung seiner Objektbeziehung, konkret also auch der Übertragung, bestand.

Wie immer, wenn die Therapie nicht suggestiv-manipulierend, sondern emotional begleitend geführt wird, holte sich der Patient selber, was er brauchte: statt des muskulösen Mannes tauchte eine Steinbüste (Philosoph? *Sokrates*?) auf, die einen sehr freundlichen Ausdruck hatte, der unter längerer Betrachtung zu gefühlhaftem lebendigem Mienenspiel wurde: der Philosoph streckte ihm die Hand entgegen, und er ergriff sie, was ihn sehr beglückte. Im Nachgespräch berichtete er von vereinzelt „Anfällen“ von Rührung, wenn er merkte, daß sich ein Mensch wirklich für ihn interessierte, z.B. einmal ein Arzt, der ihm eine unnötige schmerzhaft Untersuchung ersparte. Dieser Übertragungsaspekt stimmte: ich räume dem positiven „Anagogischen“ (i.S. v. C.G. Jung) mehr Raum ein als der Konfrontation mit den Konflikten. Den allgemeinen Aspekt der positiven Übertragung erwähnte ich, um ihn in seinen Gefühlen nicht allein zu lassen; aber eher nebenbei („tangential“), die Psychodynamik aber doch eher beim Bild als bei der Übertragung belassend: letzteres hätte eine langwierige analytische Arbeit bedeutet.

Aus Raumgründen skizziere ich die weitere Therapie nur: Es waren auch nicht wenige Stunden analytischer Gespräche notwendig, so um das Leid seiner Ehe – eine klassische hysterische Ehe (*Willi*) – zu bearbeiten, wenngleich angesichts der langjährig eingeschliffenen Problematik und seines immer noch prompten narzißtischen Rückzuges ohne viel äußeren Erfolg. Bei anderen Beziehungspersonen aber lernte er, wesentlich spontaner und gefühlhafter zu sein und beglückt auch gefühlshafte Antwort zu erleben. Widerstände mußten bearbeitet werden: so die Sorge, sich durch plötzlich auftretende „Rührseligkeiten“ vor Klienten zu blamieren ... Er mußte auch durch Gespräche und Erfahrung lernen, daß seine von ihm so gefürchteten Aggressionen niemals das erwartete Unheil stifteten, sondern bei ihm und bei den anderen ein viel besseres Gefühl hinterließen als seine früheren „verdrucksten“ Aggressionen

und ihm auch öfters zu erfreulicher sachlicher Durchsetzung verhalten. Einige Nachtträume wurden besprochen, so einer von der Heirat eines Japaners mit einem Mädchen, das lange auf ihn gewartet hatte: die Subjektstufendeutung des Mädchens als Anima (= insb. die Welt der Gefühle) und der Heirat als Coniunctio oppositorum konnte er gut akzeptieren; bei seiner spontanen Deutung des Japaners („Ja, das stimmt: auch bei mir besteht das ganze Leben aus Arbeit!“) war er sogar sehr bewegt. Einige weitere KBs wurden gemacht, u.a. vom mühsamen Durchbrechen eines Staudammes, der sich dann in ein Wüstental ergießt und es prompt grün werden läßt.

Gegen Ende der aus äußeren Gründen (Ortswechsel) zeitlich auf ein $\frac{3}{4}$ -Jahr begrenzten Therapie stellte ich wieder den Mann vom „Altarbild“ ein: sofort mit Erfolg: er war noch zusammengekauert, diesmal aber nicht hilflos liegend, sondern aufrecht, so daß er den Eindruck eines Läufers vor dem Start machte: dieser erfolgte dann auch spontan; rascher müheloser Lauf, der Läufer wird zum Neger, der nach dem Ziel triumphierend die Arme in die Höhe wirft und ins bewundernde Publikum lacht; er führt als Zugabe noch mühelos schwierige Übungen auf dem Schwebebalken vor (= ein Wunschtraum aus seiner motorisch gehemmten Jugend!). Dann empfindet er sich selber als Turner (mit allen anschaulichen Körpererlebnissen!), schließlich übernimmt sein halbwüchsiger Sohn die Rolle des Turners: Mit diesem Erleben einer geglückten Aggression, vor allem aber eines allgemeinen narzißtischen Triumphes ließen wir die Therapie ausklingen. Er hatte im realen Leben Sicherheit und ein positiv-narzißtisches Grundgefühl bekommen (wenn auch nicht so triumphal wie im Bild), verfügte über große Teile seiner Aggressionsfähigkeit und war oft zu spontanen emotionalen Kontakten fähig. Natürlich kann eine Therapie von 35 Stunden nicht die volle psychische Integrität herstellen, schon gar nicht sein Lebensschicksal verändern, das er weiter betrauern muß. Eine verbesserte Objektbeziehungsmöglichkeit ist schon aus seinen Berichten von spontanen und affektiven Kontakten erkennbar; wahrscheinlich ist es auch von Bedeutung, daß im letzten Bild („narzißtischer Triumph“) auch sein Sohn eingebaut war, was wir zwar auch als narzißtische Delegation deuten könnten, im großen Zusammenhang aber doch eher auf ein Zulassen der Generationsschranke und Objektbeziehung ohne zu großen Neid.

Wir sehen: Affekt, Bild und therapeutische Beziehung haben zusammengewirkt. Affekt (Katharsis) allein wäre ungenügend oder sogar schädlich (so ev. bei Primärtherapie), Bild allein genügt nicht (vgl. die einsamen „Meditationsmethoden“) und die therapeutische Beziehung allein kann ohne das kreative Bild und ihre Wechselwirkung mit dem Bild in sterile Reflexion ausarten (so ev. bei Analysen).

4. Schlußbemerkung

Zweck dieser kleinen theoretischen und kasuistischen Darstellung war, eine ungefähre Vorstellung zu vermitteln vom Umgang mit den Emotionen im KB. Dieser Umgang kann deshalb sehr behutsam sein, weil Regression und bildhaftes Erleben ohnehin schon Emotionen, u.U. sehr starke Emotionen, mit sich bringen: die intellektualisierenden Abwehren werden rasch unterwandert. Es ist eher die Aufgabe des Therapeuten, die Affekte zu dosieren, um sekundäre Verstärkungen des Widerstandes oder sogar (sehr selten!) eine gefährliche Überflutung durch unbewußte Inhalte zu verhindern.

Diese *Dosierung* erfolgt einerseits schulmäßig durch Darbieten von Standardmotiven in einer Reihenfolge, die von alltäglichen (wenngleich symbolisch bereits sehr aufschlußreichen) Motiven wie Blume oder Wiese, über Bach (Quelle, Meer), Berg, Haus, Waldrand usw. schließlich bis zu sehr dynamischen, regressiven und auch nicht ungefährlichen Motiven wie Höhle, Vulkan oder Sumpfloch geht. Auch sei ausdrücklich das meist tief ins Unbewußte vordringende Weiterträumen eines erinnerten Nachttraumes erwähnt. Es erfolgt eine Art „Grosbsortierung“ durch Motivwahl: schulmäßige Standardmotive in festgelegter Reihenfolge, was für den Therapeuten gute Vergleichbarkeit mit anderen („durchschnittlichen“) Patienten und rasche diagnostische Einsichten erlaubt; für den Patienten ist eine „Anfahrtsrampe“ mit nicht zu dynamischen Motiven eine gute Gelegenheit, formal mit der Methode vertraut zu werden und vor allem durch „Mikro-Katharsis“ (s.o.) Ersparnis an Verdrängungsenergien und Ich-Stärkung zu erreichen und durch im Durchschnitt angenehme, spannungsmindernde (im Falle sog. „positiver narzißtischer Bilder“ sogar hochgradig beglückende) Erlebnisse lernpsychologisch eine gute Motivation für die Therapie zu erwerben; diese und die deutliche Ich-Stärkung lassen den Patienten dann

die konflikthaftern Motive gut ertragen, welche nach einiger Zeit (nachdem sich der Pat. die Ich-Stärkung „geholt“ hat!) meistens von selber auftauchen, manchmal aber auch der zusätzlichen Focussierung durch den Therapeuten (auf nur am Rand bemerkte Symbole oder auf unbemerkt mitlaufende Gefühle) bedürfen.

In dieser Focussierung und ihrer Häufigkeit und Intensität liegt nun die vorzügliche Möglichkeit, die Affekte zu dosieren. Bezüglich der Häufigkeit und Intensität der Focussierung gibt es eine große legitime Bandbreite, je nach der Persönlichkeit des Therapeuten, welche er im Rahmen der Regeln durchaus einbringen soll, um die notwendige Authentizität in der Gegenübertragung und Echtheit des Ausdruckes zu gewährleisten. Am einen Ende dieser Skala steht der zurückhaltende und ungern frustrierende, aber warm begleitende depressiv strukturierte Therapeut, am anderen Ende der hysterisch strukturierte Therapeut mit seiner kreativen Fähigkeit, durch aktives (aber empathisches!) Eingreifen den therapeutischen Prozeß zu beschleunigen.

Ich möchte nicht verhehlen, daß mir eine stärkere Akzentuierung der begleitenden Aspekte der Therapie (formal insb.: Reverbalisierung, Verbalisierung emotionaler Inhalte, aber auch die „hundert“ verschiedenen Nuancen des therapeutischen „Stimmföhlungs-lautes“ „mhm“!) sinnvoll und sachgerecht erscheint: nicht nur aus der klinischen Erfahrung, sondern auch aus jüngsten Erkenntnissen der Empirie und Theorie des Säuglingsalters, aus denen klar wird, daß der Säugling keineswegs nur ein passives, auf die Kontaktabahnung der Mutter reagierendes Wesen ist und daß das „affect attunement“, als welches wir nicht nur den Dialog Mutter-Säugling, sondern auch den *Geföhlsdialog Patient-Therapeut* im KB auffassen können, legitimer –, ja notwendigerweise *auch* vom Patienten ausgehen soll, wobei ihn der Therapeut empathisch und spiegelnd begleitet.

In dieser stark empathischen Haltung, die günstigerweise zwei „Geleise“ zur Verfügung hat, nämlich das unmittelbare Gefühl einerseits und die verstehende Beobachtung der Bildsymbole des Patienten andererseits, liegt aber auch die Rechtfertigung für die aktiv steuernden („manipulativen“) Elemente im KB: diese sind zwar bei weiten nicht so ausgeprägt wie etwa im Neurolinguistischen Programmieren (NLP) oder sowohl (in elementarer Form) in der klassischen als auch (in höchst differenzierter, raffinierter Form) in der modernen Hypnose. Aber die Zielsetzung des KB, dem Patienten jeweils im gegenwärtigen Zeitpunkt ein Maximum an

Selbstverwirklichung (und nicht nur Symptombeseitigung) zu ermöglichen, erfordert manipulative Elemente zusätzlich zu den empathischen. Ein Beispiel: Es kann sich bei einer Symbolkonfrontation (s.o.) herausstellen, daß die freigesetzte Angst zu groß ist, um ein Durchhalten der Konfrontation zu ermöglichen. Der Patient darf dann aber, um nicht Schaden zu nehmen, *nicht* „aus dem Felde gehen“, also (im Bild) davonlaufen oder gar aus dem Hypnoid gehen und die Sitzung abbrechen; vielmehr ist, wenn allgemeine Stützungen emotioneller Art nicht genügend Wirkung erzielt haben, ein aktives Eingreifen des Therapeuten notwendig: er erlaubt dem Patienten, sich einige Schritte oder vielleicht sogar 100 m von der Schreckensgestalt zu entfernen; der Patient muß aber dann sofort wieder die Symbolgestalt anschauen, unverwandt, und den Blick fixieren – nur eben aus größerer, sicherer Entfernung – also mit reduzierter, noch erträglicher Angst! Das ist „Manipulation“ in Einfühlung in die gegenwärtige emotionale Lage des Patienten unter Festhalten des anspruchsvollen Therapiezieles. (Im übrigen ein geradezu klassisches Beispiel, wie – hier in sehr einfacher Weise: Abstand variierend – am Symbol eine unmittelbare *Beeinflussung des Affektes* möglich ist!) Die „Manipulation“ ist aber nur begrenzt möglich (vgl. oben die drastischen Beispiele von Widerstandsmanifestationen!), der Patient verteidigt seine Autonomie und seine gewachsenen (sei es auch pathologischen) Strukturen, daher ist KB-Therapie nur möglich in ununterbrochenem Dialog (bzw. affective attunement in tiefen, regressiven Schichten) zwischen dem Unbewußten *und* dem Bewußten von Patient *und* Therapeut. In dieser eigentümlichen Viererkonstellation („therapeutische Tetrade“) kommt es, schon wegen der extremen Nähe zum Primärprozeß und seiner hochgradigen Verschieblichkeit von Besetzungen und Inhalten, zu einer Art *symbiotischen Diffusion* zwischen den vier Instanzen, und da das reflektierende bewußte Ich des Therapeuten immer die Führung behält, ist gesichert, daß aus dem regressiven setting eine neu geordnete, umstrukturierte Persönlichkeit entsteht. Voraussetzung für diesen Prozeß ist im KB das *Symbol mit seiner strukturierenden und entlastenden Wirkung auf den Primärprozeß und seiner mobilisierenden Wirkung auf den Affekt*.

Literatur

- Boss, M. (²1991): Es träumte mir vergangene Nacht. Bern-Göttingen-Toronto: Huber.
- , (1953): Der Traum und seine Auslegung. Bern-Stuttgart: Huber
- Desoille, R. (1945): Introduction à une psychothérapie rationnelle. Paris: P.V.F.
- Freud, S. (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW XV.
- Gehlen, A. (¹³1986): Der Mensch, seine Natur und seine Stellung in der Welt. Wiesbaden (1. Aufl. 1940).
- Jung, C.G. (1963): Erinnerungen, Träume, Gedanken. Zürich-Stuttgart: Rascher.
- , (1916): Septem Sermones ad Mortuos. Privatdruck
- Leuner, H.C. (²1987): Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Bern-Stuttgart-Toronto: Huber.
- Lichtenberg, J. (1991): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin-Heidelberg-NY: Springer.
- Lorenzer, A. (1970): Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Frankfurt: Suhrkamp.
- , (1981): Das Konzil der Buchhalter. Die Zerstörung der Sinnlichkeit. Eine Religionskritik. Frankfurt: Europ. Verl. Anst.
- Mertens, W. (1991): Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd. 3. Stuttgart-Berlin-Köln: Kohlhammer.
- Ogden, Th.H. (1988): Die projektive Identifikation. Forum der PsA, Bd.4, S. 1-21.
- Schafer, R. (1976): A New Language For Psychoanalysis. New Haven, Yale, University Press.
- Spitz, R. (1957): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart: Klett.
- Stern, D.N. (1967): Mutter und Kind, die erste Beziehung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thomas, K. (1967): Praxis der Selbsthypnose des autogenen Trainings. Stuttgart: Thieme.
- Uexküll, J.v., Kriszat, G. (1956): Streifzüge durch die Umwelten von Tieren und Menschen – Bedeutungslehre. Hamburg: Rowohlt.

Gefühle – ihre Bedeutung in der Transaktionsanalyse und ihre Handhabung im therapeutischen Prozeß

Gisela Kottwitz

1. Definition und Begriffsbestimmung aus der Sicht der Transaktionsanalyse

Gefühle sehen wir in der Transaktionsanalyse u.a. als Informationsträger an, die Rückmeldungen über die Art der Verarbeitung erlebter Erfahrungen enthalten. Wir unterscheiden zwischen authentischen Gefühlen, die ihre ursprüngliche Funktion erfüllen und denen jeweils ein adäquater Ausdruck entspricht, von solchen, die im Sinne äußerer Zweckbestimmungen gelernt worden sind. Diese bezeichnen wir als *Ersatzgefühle* (English 1980b). Dabei werden die ursprünglichen Emotionen durch Reaktionen überlagert, die im Rahmen von Anpassungen an äußere Lebensbedingungen erfolgen. Bezogen auf die frühkindliche Entwicklung handelt es sich dabei um ein emotionales Erlernen oft nonverbaler elterlicher Erwartungen im Rahmen eines Lebensskripts.

Was die Überlagerung authentischer Gefühle durch angepaßte Reaktionen betrifft, so gehen wir davon aus, daß mehrere Schichten gelernter Emotionen „übereinander“ bestehen können. Ein momentan zum Ausdruck gebrachter Impuls kann insofern die Spitze eines Eisberges darstellen, unter der sich viele weitere Ebenen befinden. Ein äußeres depressives Verhalten kann Ärger, dieser eventuell Angst und diese wiederum wirklichen Schmerz überlagern. Darunter kann sich nochmals ein ursprünglicher adäquater Ärger verbergen und so weiter. In der transaktionsanalytischen Therapie geht es uns darum, den *Kontext gegenwärtiger Gefühlsmuster zu prüfen und skriptbedingte Ursachen zugunsten authentischer Emotionen aufzulösen.*

2. Das Emotionskonzept bei Eric Berne

Eric Berne (1961) unterscheidet im Rahmen des Ursprungsmodells der Ich-Zustände zwischen Gefühlen, die situationsadäquat auf das Hier und Jetzt bezogen sind (*Neopsyche*), Gefühlen, die durch Erfahrungen der Vergangenheit geprägt sind (*Archeopsyche*) und Gefühlen, die von anderen, beispielsweise elterlichen Bezugspersonen, gelernt und übernommen worden sind (*Exteropsyche*). Gefühle sind insofern Bestandteile der unterschiedlichen Ich-Zustände und haben in jedem dieser Bezugssysteme eine unterschiedliche Funktion. In den von früheren Erlebnissen geprägten Gefühlen spiegelt sich das jeweilige Lebensskript der einzelnen Patienten wider.

Berne spricht davon, daß sich im frühkindlichen familialen Kontext meist negativ gestörte *Lieblingsgefühle* entwickeln können, die stereotyp immer wieder auftreten und von den Betroffenen subjektiv vom Kindheits- oder Eltern-Ich aus als den jeweiligen Situationen angemessen erlebt werden.

Die transaktionsanalytische Therapie verfolgt nach Berne das Ziel, unterschiedliche Aspekte der Skriptprägungen und der Emotionen einer Person auf den verschiedenen Ich-Zustands-Ebenen bewußt zu machen, und durch die Analyse von Transaktionen und Spielen die Steuerung vom Erwachsenen-Ich aus zu ermöglichen.

3. Weiterführung dieser Konzepte und gegenwärtiger Stand

Während bei Berne das Erkennen und die Kontrollierbarkeit der Gefühle ein wichtiges Endziel der Transaktionsanalyse darstellt, betont sein Schüler Goulding (Goulding 1972, 1979), der aus der Zusammenarbeit mit Fritz Perls gleichzeitig gestalttherapeutische Sichtweisen integriert hatte, daß für die eigentliche *Heilung auf regressiven Erfahrungsebenen* emotional stimmige Neuentscheidungen erarbeitet werden sollten. Im Rahmen der von R. Goulding begründeten Neuentscheidungs-Schule werden von G. Thompson die *Unterschiede zwischen funktionalen und dysfunktionalen Gefühlszuständen* genauer beleuchtet. Er zeigt auf, daß beispielsweise die Emotionen Furcht, Angst und Trauer entweder dazu beitragen können, Problemlösungen und die Wachheit der Wahrnehmung zu

stimulieren oder auf diffuse Weise jeweils die Funktionen eines anderen Gefühls zu überlagern und zu trüben (Thompson 1983).

Holloway (1973) erarbeitete im Rahmen dieser Schule eine weitere Differenzierung der Unterschiede zwischen Veränderungen, die durch eine verhaltensorientierte transaktionsanalytische Therapie zustandekommen und tieferen emotional verankerten Heilungsprozessen. Er spricht davon, daß sich in einer effektiven Therapie das „Zuwendungs-Beschaffungssystem“ so verändern muß, daß es dem alten an Effektivität gleicht oder dieses übertrifft. Das hängt nach Holloway mit Wandlungen der Gefühle im „Kindheits-Ich“ zusammen. Wie Robert Goulding sieht er emotional verankerte Neuentscheidungen als ein Ziel der Transaktionsanalyse an, die im Verlauf der Therapie u.a. durch Erlaubnisse herbeigeführt werden (Holloway 1973, 1980).

In der Schule des *Cathexis-Institutes* (Schiff 1975) wurden emotionale Neuerfahrungen durch differenzierte *Neubeelterungsarbeiten* in unterschiedlichen regressiven Entwicklungsstadien mit psychotischen Patienten erarbeitet.

F. English hat besonders auf Funktionen der Gefühle im transaktionsanalytischen und skriptanalytischen Prozeß geachtet und dazu entsprechende Theorien entwickelt (English 1977). Sie beleuchtet unter anderem die Tatsache, daß das stereotype Ausleben von Gefühlsmustern verbotene Emotionen ersetzt und dazu dient, auf erpresserische Art Zuwendung von anderen zu erzwingen, unabhängig davon, ob diese dazu bereit sind.

Claude Steiner versucht, unterschiedliche Krankheitsbilder damit zu erklären, daß im Skript der jeweiligen Patienten entweder das Gefühl der Freude oder das Gefühl der Liebe verboten ist. Er konzentriert sich im therapeutischen Prozeß auf die kommunikative Verhaltensebene, um Veränderungen zu erreichen.

In der *Integrativen Transaktionsanalyse* (G. Kottwitz & V. Lenhardt 1992; G. Kottwitz 1993; G. Kottwitz & B. Goos 1993; Erskine 1991), wird auf vielfältige Weise die Verbindung zwischen gegenwärtigen emotionalen Problemen und früheren Erfahrungen aufgezeigt und unter Einbeziehung verschiedenster Verfahren überwunden. R. Erskine konzentriert sich dabei auf die Integration psychoanalytischer und körperorientierter Verfahren, um im Rahmen kathartischer Erfahrungen emotionale Neuentscheidungen zu ermöglichen. G. Kottwitz hat die bisherigen Theorien der Transaktionsanalyse, insbesondere auf die *nonverbale Kommunikation* angewandt und dabei

Methoden zur *Entwicklung differenzierter emotionaler Neuorientierungen* insbesondere auch in der Arbeit mit frühgeschädigten Patienten aufgezeigt. Nähere Einzelheiten darüber, wie Verfahren der Integrativen Transaktionsanalyse für eine tiefgreifende Wandlung der Emotionalität im Heilungsprozeß zum Tragen kommen, werden in den unten angefügten Beispielen veranschaulicht (vgl. Kapitel 8 und 9 dieses Artikels).

4. Die Funktion von Emotionen in verschiedenen Schulen der Transaktionsanalyse

Wir veranschaulichen in der Transaktionsanalyse dem Klienten anhand unserer theoretischen Modelle, wo er in seiner Entwicklung steht. Dieses Vorgehen setzen wir auch bei der Bearbeitung der Emotionalität ein.

In der *Neuentcheidungsschule* (Goulding 1981) werden emotionale Blockaden auf *verschiedenen Engpaß-Ebenen* beleuchtet. In bezug darauf werden jeweils unterschiedliche Wege zur therapeutischen Bearbeitung aufgezeigt. Beispielsweise kann die Neugierde und die Freude, neue Lebensbereiche zu entdecken, in Konflikt mit fremdbestimmten Antrieben des Ehrgeizes stehen, der seine Wurzeln vielleicht in früher vermittelten Vorstellungen hat.

In diesem Fall sprechen wir in der Transaktionsanalyse von einem *Engpaß erster Ordnung*. Dabei stehen internalisierte elterliche Anforderungen im Widerspruch zu emotionalen Bedürfnissen nach Veränderungen im Hier und Jetzt. Etwas anders stellt sich der Konflikt dar, wenn der Betreffende angefangen hat, sich auf die Erfüllung seiner derzeitigen emotionalen Wünsche einzulassen. In dieser Phase kann es vorkommen, daß beispielsweise der Manager, der seinen Bedürfnissen und realen Anforderungen entsprechend statt achtzig Stunden nur noch fünfzig Stunden pro Woche arbeitet, plötzlich unter Depressionen und Kopfschmerzen leidet. Die Ursache dafür würden wir in der Transaktionsanalyse u.a. darin sehen, daß es ihm nicht gleich gelingt, die emotionalen Anpassungen an sein von früher her internalisiertes Skript aufzulösen. Solange er weder dessen Anforderungen erfüllt noch die dahinter stehenden emotionalen Einschränkungen (Verfügungen) überwindet, bleibt die Gefahr der Aktualisierung bisher latenter emotionaler Konflikte bestehen. Wir sprechen hier von *Engpässen zweiter Ordnung*, die

zwischen den Skriptverfügungen und den eigenen Impulsen zur Veränderung bestehen.

Schließlich können Anpassungen so früh und tief verinnerlicht worden sein, daß sie sozusagen wie die eigene Natur erlebt werden. In diesen Fällen erscheint es zunächst schwierig, vorhandene Fremdbestimmungen zu identifizieren, da die Person ihre emotionale Anpassung als ihr eigentliches Selbst erlebt und Schwierigkeiten hat, eine noch ursprünglichere Identität jenseits davon zu entdecken. In der Transaktionsanalyse haben wir in diesen Fällen die Hypothese, daß es die Möglichkeit zur Entfaltung einer authentischen Identität gibt, auch wenn der Betreffende selbst damit noch nicht in Kontakt sein sollte. Wir beschreiben derartige Konflikte der Identitätsfindung als *Engpässe dritter Ordnung*. Wir werden uns als Transaktionsanalytiker fragen, ob die immer nett, freundlich und angepaßt erscheinende Frau, die in dieser Haltung ihre Identität zu erleben scheint, den Kontakt zu ihren ursprünglichen Wünschen nach Kreativität, Selbstbehauptung und Spontaneität verloren hat. Wir werden unsere diesbezüglichen Hypothesen der Betreffenden mitteilen und gegebenenfalls Interventionen zur Veränderung anbieten.

Ein weiterer Engpaß tritt auf, wenn anscheinend intensiv erlebte Gefühle im Widerspruch zum Kontext einer Situation stehen. In diesen Fällen kann es manchmal sein, daß von elterlichen Bezugspersonen übernommene Formen des Gefühlsausdrucks die Erfahrungen der eigenen authentischen Gefühle und Reaktionen verhindern. In diesem Fall sprechen wir von einem *Engpaß vierter Ordnung* (Erskine 1981).

In der *Cathexis-Schule* der Transaktionsanalyse werden emotionale Störungen unterschiedlichen Problemen frühkindlicher Entwicklungsphasen zugeordnet und die therapeutischen Vorgehensweisen darauf abgestimmt. Auch psychotische Funktionsstörungen werden mit chronischen traumatischen Erfahrungen oder Deprivationen der einzelnen frühkindlichen Entwicklungsstufen in Zusammenhang gebracht und im einzelnen durch Methoden des Neubeelterns unter Einbeziehung regressiver Therapietechniken bearbeitet.

Es würde zu weit führen, die insbesondere auf die Behandlung von Psychotikern ausgerichteten Beobachtungen und Theorien dieser Schule hier näher auszuführen, die andernorts ausführlich dargestellt worden sind (Schiff 1969; Schiff et al. 1975; Schiff 1979).

In der *Integrativen Transaktionsanalyse* betrachten wir unter Auswertung der Ergebnisse der Schule des Cathexis-Instituts gegenwärtige emotionale Ausdrucksformen im Kontext verschiedener frühkindlicher Entwicklungsstadien (um den Ursprung von Problemen zu diagnostizieren). Wenn sich die diesbezüglichen Hypothesen durch mehrere Hinweise belegen lassen, berücksichtigen wir bei den entsprechenden therapeutischen Interventionen die entwicklungspsychologische Phase, in der eine Fixierung des emotionalen Empfindens oder Ausdrucks stattgefunden hat. Personen, die ohne die ausreichende Berücksichtigung ihrer eigenen Interessen oft vorrangig mit dem Gefühl des Trotzes reagieren, konfrontieren wir zunächst auf der *transaktionsanalytischen* Ebene mit Erweiterungen der Wahrnehmungsmöglichkeiten. Darüber hinaus laden wir sie auf vielfältige Weise dazu ein, sich mit der *Entwicklung ihrer emotionalen Verhaltensmuster* und den damit verbundenen Lernbedingungen in der entsprechenden Kindheitsphase, beispielsweise im Alter von etwa zweieinhalb Jahren, auseinanderzusetzen.

Wenn andererseits ein Mangel an emotionaler Durchsetzungsfähigkeit beobachtet wird, kann eventuell ebenfalls ein Problem auf dieser Entwicklungsstufe vermutet werden. Die Anpassung wird in diesen Fällen sowohl auf der gegenwärtigen Verhaltensebene problematisiert, als auch auf die frühkindlichen Verursachungen durch verbale oder nonverbale Einschränkungen und Sanktionen hin überprüft. Wir gehen dabei von der Annahme aus, daß eine emotionale Durchsetzungsfähigkeit eine ‚normale‘ Dimension der Persönlichkeitsentfaltung darstellt. Wenn Therapeuten und Patienten, bezogen auf derartige Konzepte, *kognitiv* Mängel hinsichtlich verfügbarer Gefühle feststellen, werden wir daran arbeiten, die noch nicht entwickelten Emotionen durch verschiedenste Techniken zur Entfaltung zu bringen. Die Art und Weise, wie das in der Integrativen Transaktionsanalyse geschieht, beruht u.a. auf einer engen Kooperation zwischen Therapeuten und Patienten. Diese werden aktiv gemeinsam zur Ortung der Ursachen der Schwierigkeiten und zu deren Überwindung beitragen. Kontinuierliche kognitive Mitarbeit der Patienten bei der Beobachtung ihrer Probleme und deren Veränderung sowie bei der Ermittlung von Informationen über die ursächlichen Entstehungszusammenhänge stellen eine wesentliche Voraussetzung für die spätere Ermöglichung der tieferen emotionalen Auseinandersetzungen mit den zugrunde lie-

genden Konflikten dar (vgl. Kottwitz & Lenhardt 1992; Kottwitz & Goos 1994).

5. Die Bedeutung der Emotionen für die transaktionsanalytische therapeutische Arbeit

Die Art und Weise, wie ein theoretisches transaktionsanalytisches Modell für die therapeutische Arbeit eingesetzt werden kann, soll am Beispiel des Konzepts des „*Skriptsystems*“ nach Erskine und Zalcman dargestellt werden (Erskine & Zalcman 1979).

Die Autoren gehen davon aus, daß die im Rahmen der Entwicklung des Lebensskripts entwickelten Überzeugungen von primären *Skriptgefühlen* begleitet sind. Die unter dem Druck elterlicher Verfügungen entstehenden *Skriptentscheidungen* sind von kindlichen Übertreibungen oder Anpassungen an einseitige elterliche Wertungen geprägt. Primäre Skriptgefühle führen zu *Erfahrungen im Alltag*, durch welche die früheren Gefühle immer wieder neu aktualisiert werden. Selbst wenn in der Realität wenig Anhaltspunkte zur Bestätigung der Skriptentscheidungen und der damit verbundenen Gefühle bestehen, neigen Personen dazu, durch *skriptbestätigende Erinnerungen oder Phantasien* immer wieder dieselben emotionalen Erlebnisse zu provozieren. Für die Autoren ist es wichtig, daß die Mechanismen der Skriptbestätigung, die Auswirkungen im Alltag und die Entstehungsgeschichte in der Therapie bewußt werden. Die therapeutischen Interventionen werden in der Kooperation mit den Patienten daraufhin ausgerichtet, daß diese in ihrem Alltag neue Erfahrungen machen und daß der Kreislauf der sich selbst bestätigenden Skriptphantasien unterbrochen wird. In der gestalttherapeutischen Neuerfahrung der ursprünglichen Skriptszene werden unter Einbeziehung körpertherapeutischer Techniken die Erfahrungen ursprünglicherer Gefühle jenseits der Skriptentscheidungen ermöglicht.

In der *Integrativen Transaktionsanalyse* interessiere ich mich dafür, wie die Funktionen der Gefühle als Informationsträger in mehrfacher Hinsicht durch Störungen, Ablenkungen, Unterdrückungen und Verfremdungen beeinflußt werden. Die Fähigkeiten, Gefühle wahrzunehmen, sie als Resonanz auf Erfahrungen mit anderen entstehen zu lassen und sie jeweils in ihrer optimalen Ursprünglichkeit und Funktionalität zu erleben, sind Ziele der integrativen

transaktionsanalytischen Therapie, wobei problematische Fehlentwicklungen überwunden werden.

Die Heilung wird dergestalt erreicht, daß man Verkrustungen u.a. durch Konfrontationen auflöst. Die Angemessenheit der Gefühle wird im jeweiligen Kontext beleuchtet. Sowohl die kurzfristige als auch die längerfristige (frühkindliche) Entstehungsgeschichte der Gefühle wird rekonstruiert.

Die *Enttrübungsarbeit* bewirkt unter anderem, daß die Funktionen der Gefühle von dem Kontext der Vergangenheit entkoppelt werden. Wenn ein Patient in der therapeutischen Arbeit erreicht hat, daß er mit authentischen Gefühlen in Kontakt ist, ist es wichtig, daß ein neuer Bezug zur Gegenwart hergestellt wird. Das ist beispielsweise der Fall, wenn eine Frau lernt, ihren Ärger angemessen einzusetzen, um Veränderungen in ihrer Partnerschaft zu erreichen.

6. Qualitative Betrachtungsweise der Gefühle

Obwohl wir in der Praxis manchmal, wenn einzelne Patienten sich schwertun, ihre Gefühle zu identifizieren, erwähnen, daß es vier Grundgefühle gibt: Trauer, Ärger, Freude und Angst, hängt aus transaktionsanalytischer Sicht die Frage, ob es sich um „Hauptgefühle“ oder um „sekundäre Affekte“ handelt nicht davon ab, inwiefern sie diesen vier Emotionen zuzuordnen sind.

Wir gehen davon aus, daß ursprüngliche Gefühle durch die Lerngeschichte angepaßter Reaktionen überlagert sein können und daß mehrere Schichten gelernter Emotionen übereinander bestehen.

In der transaktionsanalytischen Therapie kommt es uns darauf an, in unterschiedlichen Situationen an die eigenen Erfahrungen authentisch angemessener Gefühle heranzukommen und stereotype, gewohnheitsmäßige Gefühlsmuster, die für eine jeweils gegebene Realität nicht angemessen sind, aufzulösen (*Schmid* 1986). Das geschieht durch differenzierte Analysen des systemischen und des psychologischen Kontextes der jeweiligen Ersatzgefühle sowie durch unterschiedliche Techniken der Provokation und der Einladung zu neuen Arten der emotionalen Kommunikation.

Das kann unter anderem auf verschiedene Weise durch die katalytische und konfrontierende Funktion der Gruppe, durch Körperarbeit und durch Gestaltungsarbeit erfolgen.

Ziel der transaktionsanalytischen Therapie ist es, daß Gefühle so erlebbar werden, daß sie Impulse zum Handeln, zum Lösen von Problemen, zur Bezogenheit auf ein Gegenüber sowie zur Nähe auslösen und sowohl in der Kreativität als auch in der Muße den menschlichen, individuellen Bedürfnissen entsprechen.

7. Die Emotionalität in der therapeutischen Beziehung im Rahmen der Transaktionsanalyse

Transaktionsanalytiker benutzen die differenzierte Analyse ihrer komplementären oder konkurrierenden Emotionen in der Gegenübertragung zur Diagnose der Ich-Zustände, der Ersatzgefühle und der eventuellen Spielpositionen ihrer Klienten. Davon ausgehend entwickeln sie Hypothesen über mögliche Skriptzusammenhänge und bringen diese in den therapeutischen Prozeß ein.

Was die Beziehung zwischen den Klienten und den Therapeuten betrifft, so gehen wir in der Transaktionsanalyse davon aus, daß jenseits der Übertragungen und Gegenübertragungen authentische Gefühle eine Rolle spielen, und daß es sinnvoll ist, diese auch seitens des Therapeuten zum Ausdruck zu bringen. Ich erlaube mir, über die Veränderung eines Patienten tiefe Freude zu empfinden und diese zu zeigen, oder, wenn eine Wandlung auf dem Hintergrund langen vorhergehenden Ringens besonders erschütternd wirkt, Tränen zuzulassen. Durch die derartige emotionale Präsenz der Therapeuten entstehen meiner Beobachtung nach tragfähige therapeutische Beziehungen, die den Nährboden für tiefgreifende und radikale Veränderungen bilden. Unsere Patienten lernen, die Emotionalität ihrer Therapeuten zu beurteilen, zu kritisieren und in authentischer Weise einzufordern. Dadurch fühlen sie sich ernstgenommen und machen Erfahrungen, die sie auf Situationen in ihrem alltäglichen Leben übertragen können. Die Therapeuten haben insofern an sich den Anspruch, hinsichtlich der Entwicklung der Emotionalität ein Modell darzustellen, indem sie ihre eigenen Gefühle verfügbar haben und im therapeutischen Prozeß durchsichtig machen.

8. Umgang mit und Handhabung von Emotionen im transaktionsanalytischen therapeutischen Prozeß

Der Tatsache, daß es bei spezifischen Krankheitsbildern besondere emotionale Phänomene gibt, die auch spezifisch behandelt werden müssen, trage ich in dem folgenden Abschnitt Rechnung, indem ich sowohl den therapeutischen Prozeß als auch methodische Interventionen im Umgang mit einer Borderline-Patientin beschreibe. Ich ziehe *im Rahmen dieses Artikels* ein konkretes Fallbeispiel einer bestimmten diagnostischen Kategorie generellen differentialdiagnostischen Ausführungen vor, um die Anschaulichkeit und Praxisnähe zu gewährleisten. Die unterschiedliche Vorgehensweise mit verschiedenen Krankheitsbildern stelle ich gemeinsam mit meinen Kollegen *B. Goos* und *V. Lenhardt* in einer mehrbändigen Buchreihe zur *Integrativen Transaktionsanalyse* (1992, 1993, 1994) vor.

Ich arbeite hier mit einer Borderline-Patientin, die kurz vor dem Abschluß ihrer Therapie in einer Auseinandersetzung mit „ihrer Mutter“ eine emotionale Neuentscheidung erarbeitet. Während sie in ihrer früheren Entwicklung resigniert und es aufgegeben hatte, von ihrer Mutter gehört werden zu wollen, wird sie aufgrund ihrer inzwischen erarbeiteten emotionalen Bereitschaft durch die Interventionen der Therapeutin dazu gebracht, ihre diesbezüglichen Skriptentscheidungen zu revidieren und sich auf neue Weise mit ihrer Mutter auseinanderzusetzen.

Das Beispiel ist insofern typisch für transaktionsanalytische Therapieprozesse, als es verdeutlicht, wie die Therapeutin sich fortlaufend aktiv einbringt und immer wieder die Initiative ergreift, den unmittelbaren Kontakt zwischen ihr und der Patientin aufrechtzuerhalten oder neu herzustellen.

Parallel zur verbalen Auseinandersetzung finden *nonverbale Transaktionen* statt. Dadurch verdeutlicht die Therapeutin, daß sie wirklich mit allen Sinnen präsent ist. Sie lädt (die Patientin) *Christine* dazu ein und ermutigt sie, ihr gewohntes, auch nonverbal manifestiertes emotionales Rückzugsverhalten zugunsten der Aufnahme und Fortsetzung des Kontaktes zu verändern. Christine und die Therapeutin stehen am Anfang ihrer Arbeit einander gegenüber, dann hocken und knien sie beide auf dem Boden. Wenn Christine den Kopf zur Seite dreht und wegguckt, wendet die Therapeutin ihr Gesicht Christine in der gleichen Richtung wieder neu zu und sucht immer wieder ihren Blick.

Diesem Verhalten liegt die Theorie zugrunde, daß neue Erfahrungen im Hier und Jetzt des aktuellen Transaktions-Prozesses notwendig sind, um die Überwindung skriptbedingter Erwartungen zu ermöglichen.

Das Beispiel veranschaulicht weiterhin, wie die Therapeutin aktiv konfrontiert, ermutigt und provoziert, um die bisher im Rahmen des Skripts der Patientin verbotenen Änderungen zu ermöglichen. Als Transaktionsanalytikerin vertrete ich die Hypothese, daß das sinnvoll ist, da insbesondere *frühgeschädigte* Patienten sonst Schwierigkeiten hätten, von sich aus die bereits in den ersten Lebensjahren vollzogenen destruktiven Anpassungen, die Leugnung der Gefühle und die Spaltungsmechanismen zu überwinden. Der hier beschriebenen Arbeit sind 94 Einzelsitzungen, 310 fortlaufende, zweistündige Gruppensitzungen und 85 drei- bis vierstündige Gruppensitzungen im Rahmen von Therapiewochen oder Marathons vorangegangen. *Es wird die tiefste, in der Abspaltung der „gehaßten Mutter“ verankerte Wurzel der Borderline-Problematik aufgelöst*, indem die Patientin aufgrund ihrer inzwischen dazu erarbeiteten Motivation dazu gebracht wird, sich mit ihrem Bedürfnis, von ihrer Mutter gehört werden zu wollen, auseinanderzusetzen. Sie wird dazu ermutigt, ihre Wut darüber zum Ausdruck zu bringen, daß sie ihre Mutter früher als verschlossen erlebt hatte.

Die Therapeutin vermeidet es unter Berücksichtigung des vorliegenden Borderline-Syndroms besonders sorgfältig, daß Christine in irgendeiner Weise ihre Autonomie als in Frage gestellt erleben könnte. Wenn das der Fall wäre, bestünde die Gefahr, daß Christine wieder neu alte Mechanismen der Abspaltung von Gefühlen einsetzen würde. In den beiden vorhergehenden Sitzungen sind gemeinsam motivierende Faktoren für die Bearbeitung dieser für sie schwierigsten Thematik ihrer Therapie erforscht worden.

Obwohl sie es im bisherigen Verlauf vermieden hat, ist Christine jetzt bereit, sich auf diese Auseinandersetzung einzulassen, u. a. aufgrund der Tatsache, daß sie dabei ist, selbst Mutter zu werden. Nachdem auf mehreren Ebenen Zweifel Christines über die Notwendigkeit dieser Arbeit beleuchtet und vorsichtig provokativ in Frage gestellt worden waren, hatte Christine in der letzten Gruppensitzung vorgeschlagen, daß sie zu den einzelnen Teilnehmern der Therapiegruppe gehen und ihnen mitteilen wollte, was sie an ihrer Mutter nicht gut fände und was sie von ihr bräuchte.

Zu Beginn ihrer Arbeit schildert Christine ihre Ambivalenz. Einerseits habe sie versucht, sich vorzustellen wie sie sich entwickelt hätte, wenn ihre Mutter sie gehört hätte, andererseits spüre sie eine tiefe Trauer und Resignation darüber, daß es nicht so war.

Die Therapeutin lädt sie ein, die von ihr selbst vorgeschlagene Übung in etwas veränderter Form durchzuführen und den einzelnen Gruppenteilnehmern gegenüber den Satz „Wenn meine Mutter mich gehört hätte ...“ jeweils auf unterschiedliche Weise zu beenden.

Da Christine sich zum ersten Mal in ihrer Therapie auf diese Weise an eine ansatzweise Auseinandersetzung mit ihrer Mutter heranwagt, ist es wichtig, daß die Therapeutin der von ihr vorgeschlagenen Richtung folgt und die Neuaktivierung des Widerstandes durch etwas zu weit führende Interventionen sorgfältig vermeidet. Sie läßt deshalb auch zu, daß Christine ihren Satz im Konjunktiv der Vergangenheit zu Ende führt.

Zunächst geht Christine zu den unterschiedlichen Gruppenteilnehmern und beendet ihren Satz jedem einzelnen gegenüber auf unterschiedliche Weise:

„Wenn meine Mutter mich gehört hätte, hätte ich ihr die Ohren vollgeschrien, daß ihr Hören und Sehen vergangen wären, und dann wär ich nicht das stille Kind gewesen.“ (Lange Pause)

„Wenn meine Mutter mich gehört hätte, dann hätte ich früher für nichts gesorgt. Nicht für meinen Vater. Nicht für meine Geschwister und nicht für sie.“

Christine spricht diesen Satz leise und mit *sehr viel Trauer*. Es braucht einige Zeit, bis sie zum nächsten geht und einen neuen Satz spricht.

„Wenn meine Mutter mich gehört hätte (sie zögert lange), dann, dann hätte ich nicht so viel Angst gehabt und hätte dann überhaupt meine Angst ausgedrückt.“

Sie geht weiter und sagt nach einiger Zeit: „Wenn meine Mutter mich gehört hätte (es kommen ihr die Tränen), dann wäre ich als Kind nicht so gelähmt gewesen.“

Dann wendet sie sich etwas schneller als sonst an die nächste Person und wirkt wieder gefaßt:

„Wenn mich meine Mutter gehört hätte, dann hätte ich nicht meinen Vater versorgt.“

Die Stimme klingt gepreßt und gequält, sie seufzt. Dann sagt sie ziemlich hastig: „Ich merk, jetzt gehen die Gefühle weg, und ich hab so das Gefühl, es wär alles anders gewesen.“ Sie sagt das gereizt und vorwurfsvoll.

Da die Therapeutin die Gefahr sieht, daß Christine in die Resignation und in *Ersatzgefühle* hilflosen Ärgers abgleitet, macht sie zur *Klärung des positiven Bedeutungszusammenhanges* der Arbeit im gleichen raschen Sprechrhythmus die Bemerkungen:

Therapeutin: „Ja, du kommst hier mit spezifischen Seiten von dir in Kontakt, daß die Potentiale in dir sind. Das Potential, richtig zu schreien und ihr die Sachen vor die Füße zu werfen und zu spielen, und hör dir das nochmal an, was du gesagt hast.“

Therapeutin: „Und komm mit dem Gefühl in Kontakt, was dadurch weggepackt ist, daß deine Mutter dich nicht gehört hat. Das ist deins, das mußt du dir zurücknehmen. Ja, das hast du ihr geopfert. Wieso eigentlich?“

Da es sich hier um die Aufarbeitung früher Störungen handelt, sind Qualitäten der Stimme und des Rhythmus im Kontakt genauso wichtig wie die Inhalte des Gesagten, und die Therapeutin berücksichtigt diese Tatsache. Sie verfolgt das Ziel, daß die von Christine früher erlebten Einschränkungen ihrer Möglichkeiten emotional durch die *Erfahrung von Erlaubnissen* überwunden werden.

Außerdem appelliert die Therapeutin provokativ an die Impulse des durch die früheren Anpassungen scheinbar außer Kraft gesetzten rebellischen Kindheits-Ich-Zustandes.

Christines Stimme klingt wieder optimistisch, als sie sagt: „Ja, weil sie mich nicht gehört hat.“

Therapeutin: „Ja, aber es ist wichtig, das zurückzunehmen. Das ist alles deins. Das bist du, was du da weggepackt hattest.“

Die Therapeutin setzt Formulierungen ein, die Christine immer wieder von sich aus gebraucht hat, wenn sie auf der tief emotionalen Ebene Entwicklungsschritte zur Abgrenzung z.B. von ihrem Vater vollzogen hat. Die Therapeutin greift deshalb die das Kindheits-Ich ansprechende Formulierung auf: „Das ist meins.“ Gleichzeitig appelliert die Therapeutin an früher unterdrückte Gefühle und an die damit verbundene Entscheidungsfähigkeit der Patientin.

Die Therapeutin spricht zu Christine wie zu einem resignierten Kind, das an der Schwelle zur Hoffnung auf neue Möglichkeiten steht. Es geht darum, *Erlaubnistransaktionen* zu vermitteln.

Christine: „O.k., ich hör mir das nochmal an.“

Die Therapeutin bringt eine kleine Veränderung in den Prozeß, indem sie die Gruppenteilnehmer auffordert, den Satz in den Indikativ Präsens zu übersetzen. Indem die Gruppenteilnehmer die von Christine angeführten, früher unterdrückten Entwicklungen als Möglichkeiten der Gegenwart benennen, erhält Christine die Chance, in Betracht zu ziehen, daß in der Vergangenheit begrabene Potential neu für sich zu entdecken und in Besitz zu nehmen.

Die Therapeutin begründet den Gruppenteilnehmern gegenüber diese Intervention kurz damit, daß die Sätze auf die Gegenwart bezogen weniger frustrierend wirken würden.

Katharina: „Wenn deine Mutter dich hört, bist du nicht das stille Kind, und du schreist ihr die Ohren voll.“

Bettina: „Wenn deine Mutter dich hört, dann bist du Kind und spielst und machst überhaupt ganz viel.“

Frieda: „Wenn deine Mutter dich hört, wirft du ihr das alles vor die Füße, sorgst nicht mehr für Vater, für deine Geschwister und für sie.“

Therapeutin: „Du bist dann das Kind.“

In dieser *Erlaubnis-Transaktion* zeigt die Therapeutin den Ausweg aus dem durch die früheren, einschränkenden Verfügungen erlebten Engpaß.

Hans: „Wenn deine Mutter dich hört, hast du keine Angst mehr und kannst die Angst ausdrücken.“

Dieter: „Wenn deine Mutter dich hört, dann bist du als Kind nicht so gelähmt.“

Karin: „Wenn deine Mutter dich hört, mußt du nicht für deinen Vater sorgen.“

Therapeutin: „Und an dem Punkt ging's Gefühl weg. Vorhin.“

Christine: „Hm.“

Therapeutin: „Weil da eben die Spaltung ansetzt. Ja, weil da eben der Mißbrauch war und die totale Überforderung, und das ist etwas, was deine Kräfte als Kind total übersteigt, und da hast du früher abgespalten. Nur an dem Punkt fängt es an. Deine Mutter hat aber dafür die Verantwortung, weil sie nicht hört. Jetzt wär's halt wichtig, daß du dir jetzt hier 'ne Mutter neu schaffst, die dich eben hört.“

Christine: „Das Gefühl von mir ist, da ist so ein Potential.“ (Sie schluckt die Tränen runter, ringt nach Luft.)

Therapeutin: „Das ist der Schmerz darüber, daß du es jetzt so lange nicht in Besitz genommen hast?“

Christine: (mit leiser resignierter Stimme) „Ich hab das Gefühl, daß ist mir zuviel.“

Therapeutin: „So wie es deiner Mutter zuviel war?“

Die Therapeutin nimmt an dieser Stelle eine Umdeutung vor. Sie will dadurch eine neue Sichtweise ermöglichen. Wenn es gelingt, die mit ihrer alten Identität in Verbindung stehende getrübt empfundene (daß die unterdrückten Impulse zuviel für sie wären), der von früher her stammenden Beeinflussung durch die Mutter zuzuordnen, kann sie leichter die Möglichkeit finden, sich abzugrenzen. Sie kann die früher unterdrückten Gefühle und Impulse in der Gegenwart neu als zu sich gehörig und wünschenswert betrachten, so daß es sich dann lohnt, sie auszudrücken und zur Geltung zu bringen.

Christine: (resigniert) „Ja, das ist einfach zuviel, ja. Dieses Nichtgehörtwerden, das ist so – das bezieht sich nicht nur auf Schreien, sondern auf überhaupt nicht gehört werden im ursprünglichsten Sinne.“

Therapeutin: „Ja. Auch nicht wahrgenommen werden. Du guckst ja jetzt auch gar nicht hoch.“

Christine: (die Stimme ist weinerlich) „Ja, überhaupt einfach nichts. Das kann ich nicht ausdrücken.“

Therapeutin: „Das ist ja besonders verletzend, daß sie dich nicht sieht, daß sie dir nicht in die Augen guckt, da guckst du eben auch nicht.“

Christine: „Dieses Nichthören. Dieses Nichtwahrgenommenwerden.“

Christine: „Ich will gehört werden. Mißbraucht werden, das ist einfach alles, ja. (Sie weint, atmet tief, Pause) Auch die Angst und der Rückzug (stottert mit weinerlich-erregter Stimme), das gehört alles dahin, das ist das Problem.“

Therapeutin: „Das Nichtgehörtwerden, das war echt zuviel für dich als Kind. Das hat dir zuviel aufgebürdet. Wenn du das mal spüren und sagen könntest, daß es einfach zuviel war.“

Christine: „Ja, das glaub ich schon, daß es zuviel war.“

Therapeutin: „Ja, dann sag's doch einfach mal. Es war zuviel.“

Christine: (atmet schwer, gepreßt) „Ja. Da gehen bald alle Gefühle weg.“

Therapeutin: „Da hast du wieder Angst, es hört dich eh keiner.“

Christine: „Ja, dieses Gehörtwerden, hab' ich so's Gefühl, ist auch so verboten.“

Therapeutin: „Das zu verlangen ist verboten?“

Christine: (resigniert) „Ja, das auch.“

Die Therapeutin appelliert hier wieder provozierend an den rebellischen Kindheits-Ich-Zustand, den nächsten Schritt zu tun und das „Gehört-Werden“ zu fordern.

Therapeutin: „Da ist eine ganz starke Instanz in dir, die dir das verbietet. Aber irgendwo schränkst du dich damit ganz schön ein.“

Christine: (atmet schwer) „Ich überlege, ob ich irgendwo draufhau mit dem Gefühl, daß ich gehört werden will.“

Therapeutin: „Ja.“

Christine: „Das ich dem Ausdruck verleihe, daß ich gehört werden will.“

Therapeutin: (ermutigend und bestimmt) „Ja, ja!“

Christine nimmt einen Bataka, sucht Blickkontakt zur Therapeutin, die sich ihr gegenüber hinkniet, und holt dann schwungvoll aus und macht tiefe kraftvolle Laute, während sie mit dem Bataka auf den Boden schlägt. Nach mehreren Schlägen macht sie eine Pause und guckt zur Seite. Die Therapeutin versucht den Blickkontakt wieder herzustellen. Dann macht Christine weiter.

Die Therapeutin macht gelegentlich ihrerseits aus der Tiefe kommende Laute, um Christine zu ermutigen, das volle Potential ihrer eigenen Stimme zuzulassen. Christine gelingt es, ihre von früher her aufgestaute Wut schwungvoll und überzeugend auszudrücken.

Da sie es bisher nicht gewohnt gewesen ist, gesehen oder gehört zu werden, guckt sie verzweifelt zur Seite, als sie sagt: „Ich will gehört werden.“ Um sie zu bestärken, sagt die Therapeutin: „Jawohl“ und versucht ihrem Blick zu begegnen.

Christine atmet einige Male tief und brüllt dann laut: „Ich hab’ so eine Wut, daß ich nicht gehört worden bin, du arschloch.“

Die Therapeutin sucht erneut ihren Blickkontakt und sagt wiederum, um sie zu bestärken: „Jawohl“ und ermutigt sie, die Wut noch weiter rauszulassen. Das ist notwendig, damit die „eingefrorene“, „weiße“ Wut, die zur Abspaltung geführt hat, innerhalb der projektiven Beziehungsdynamik wieder als lebendige „rote“ Wut verfügbar wird. Dazu appelliert die Therapeutin an archaische, bisher geleugnete kindliche Rachegefühle, indem sie kurz sagt: „Und dafür eine Tracht Prügel.“

Christine brüllt so laut, wie sie kann: „Dafür könnte ich dich umbringen!“ Die Therapeutin erwidert, um den bisher abgespaltenen Impuls noch deutlicher werden zu lassen: „Jawohl, mach doch!“

Daraufhin nimmt Christine wieder den Bataka und macht nochmals intensive tiefe Laute, während sie zuschlägt.

Dann atmet sie tief und ruft kurz, laut und bestimmt: „Du hörst mich!“

Wiederum kommentiert die Therapeutin: „Jawohl“ und sucht den Blickkontakt mit ihr.

Christine: „Ich will sichtbar sein und nicht unsichtbar.“

Therapeutin: „Jawohl.“

Christine: „Ich will gesehen werden, *als ich.*“

Therapeutin: „Richtig.“ Sie sucht wieder Christines Blick zu begegnen.

Christine: „Nicht als Phantom.“

Therapeutin: „Richtig.“

Christine: „Als ich.“

Therapeutin: „Hmhm.“

Christine: „Als ich.“

Therapeutin: „Ja.“

Die Therapeutin beugt sich wieder nach vorne, um Christines Blick zu begegnen, die immer wieder in Gefahr ist, sich in sich zurückzuziehen und zur Seite zu gucken.

Therapeutin: „Nein, du bist kein Phantom.“

Christine: „Ich habe das Gefühl, doch.“

Therapeutin: „Du kannst ja probieren. Sag: Ich bin ein Phantom, und dann sag, Ich bin kein Phantom.“

Christine: „Ich will kein Phantom sein.“

Diese Formulierung bringt zum Ausdruck, daß Christine sich zu diesem Zeitpunkt noch als Opfer der früheren familiären Umstände erlebt und emotional noch nicht bereit ist, die Verantwortung für die Veränderung zu übernehmen. Indem die Therapeutin die Patientin auffordert, bewußt die angepaßte Position einzunehmen, will sie Christine zum Widerstand herausfordern.

Therapeutin: „Sag einmal den Satz: Ich bin ein Phantom, und dann sag ganz laut: Ich bin kein Phantom.“

Christine: „Ich bin ein Phantom. Ja, ich glaub daran noch, das stimmt.“ Sie stöhnt.

Therapeutin: „Sag es nochmal zu jemandem in der Gruppe.“

Sie sagt es nochmal und sagt dann: „Da fangen die alle an zu lachen.“

Um klarzustellen, daß es sich dabei vermutlich um eine Erfahrung von früher her handelt, fragt die Therapeutin (mit einem entrüsteten Unterton): „Wer lacht? Die Familie lacht?“

Christine: „Ja.“

Therapeutin: „Die können dich wohl nur als Phantom gebrauchen, oder was?“

Christine und die Therapeutin sehen sich an. Die Therapeutin sagt: „Als Phantom und als Ersatzmutter, oder was?“

Um zum Widerspruch zu ermutigen, ruft sie laut: „Das ist unerhört!“

Daraufhin brüllt Christine: „Ich bin ich, und ich habe Angst und überhaupt alle Gefühle, und ich bin ich!“

Therapeutin: „Jawohl.“

Christine: „Und sonst niemand.“

Therapeutin: „Ja, richtig.“

Christine: (schreit) „Ich bin weder Vater noch Mutter noch sonst irgend 'ne Scheiße!“

Christine steigen die Tränen auf.

Christine: (schreit) „Ich will ich sein und Kind und nur ich Kind, so.“
Sie schlägt dabei nochmals mit dem Bataka auf den Boden.

Christine: „Und sonst nichts.“

Therapeutin: „Richtig.“

Christine: „So, und jetzt reicht' s mir.“

Therapeutin: „Jawohl.“

Christine ringt nach Atem.

Therapeutin: „Spür, wie es sich besser anfühlt, wenn du atmest. Denn manchmal hältst du die Luft an.“

Bei Christine kommt die Erlaubnis an, und sie atmet entspannter durch.

Christine: „Ich merke, daß da sehr viel Angst ist, und ich hab schon das Gefühl, daß es noch sehr viel mehr ist, aber ich hab auch das Gefühl, daß es jetzt erst mal reicht.“

Therapeutin: „Du hast eine ganze Menge zugelassen.“

Christine: „Ja, o.k.“

Dörthe: „Ich könnt dich dafür umarmen für das: Ich bin ich, und ich hab meine Gefühle.“

Imelda: „Du, ich hab dich sehr traurig erlebt, als du rumgegangen bist und gesagt hast, was gewesen wäre, wenn deine Mutter dich gehört hätte. Und ich hab dich wirklich sehr präsent erlebt, sowohl mit deiner Traurigkeit als auch mit deiner Wut. Sehr als du.“

Christine: „Das tut gut.“ (Lacht.)

Die kurzen und prägnanten Sätze, mit denen Christine im letzten Abschnitt ihrer Arbeit ihren neuen Bedürfnissen, gehört und gesehen werden zu wollen, Ausdruck verleiht, enthalten gegenüber ihren bisherigen skriptbedingten Anpassungsmechanismen *emotionale Neuentscheidungen*, durch die sie ihre früher unterdrückten und ausgeblendeten Gefühle und Impulse neu in Besitz nimmt. Um das zu ermöglichen, war es notwendig, die früher abgespaltene Wut und den emotionalen Ausdruck der ursprünglichen Wünsche zuzulassen. Auf diese Weise werden früher unterdrückte oder gelegnete Potentiale neu entdeckt und für die Gegenwart fruchtbar gemacht. Dabei ist es wichtig, daß die neuen Orientierungen und Entscheidungen wieder mit der früher zurückgenommenen Energie besetzt und in der seinerzeit verhinderten ursprünglichen Spontaneität zugelassen werden.

9. Kompaktkasuistik, typisch transaktionsanalytische Interventionen im Umgang mit Emotionen

Die von dem Transaktionsanalytiker *J. McNeel* (1976) entwickelte Methode des *Eltern-Interviews* wird in der Transaktionsanalyse dazu eingesetzt, emotionale Blockaden zu überwinden, die ihre Ursache darin haben, daß bereits diejenigen (in der Regel Mutter oder Vater), die dem Kind das Lebensskript vermittelt haben, Engpässe ihrer Gefühle nie überwunden haben. Soweit die Entfaltung authentischer, ursprünglicher Emotionen durch die Verinnerlichung dieser elterlichen Problematik verhindert wird, werden die Patienten, sobald sie mit ihren Wünschen an der Schwelle dieser Veränderung stehen, aufgefordert, möglichst aufschlußreiche Informationen über die entwicklungspsychologische Situation von Mutter oder Vater zusammenzustellen und bereitzuhalten. Wenn der von einem kindgemäßen Ich-Zustand zum Ausdruck gebrachte Wunsch nach Veränderung auf emotionales elterliches Unverständnis oder Unvermögen stößt, werden die Patienten in der Rolle ihres Vaters oder ihrer Mutter von dem Therapeuten über ihre eigene Kindheit befragt. Es wird versucht, die Ursachen der Einseitigkeit mütterlicher oder väterlicher Reaktionen zu ermitteln und die dadurch verdrängten Gefühle hochkommen zu lassen. Im Zusammenhang mit den damit verbundenen, neu möglich werdenden Erfahrungen werden dann in tiefen emotionalen Wand-

lungen verankerte *Erlaubnisse* erarbeitet, durch welche die früher aufgenommenen Skriptverfügungen im Rahmen von Neuentscheidungen überwunden werden.

Elterninterview

Christine wählt eine Frau aus der Gruppe aus und fragt sie, ob sie bereit ist, an der Stelle ihrer Mutter zu stehen, wenn sie sich mit dieser auseinandersetzt. Katharina läßt sich darauf ein.

Christine richtet sich auf und konfrontiert ihre Mutter mit der Tatsache des kontinuierlichen Mißbrauchs durch ihren Vater. In kurzen und prägnanten Sätzen klärt sie diese mit klarer, lauter und aus der Tiefe ihres Bauchs kommender Stimme über die herrschenden Mißstände auf und zieht ihre Mutter zur Rechenschaft. Nachdem Christine ihre Mutter laut und deutlich über die Mißstände und den Mißbrauch durch ihren Vater informiert und entsprechende Forderungen nach Schutz an sie gerichtet hat, fordert sie von ihr, daß sie Verantwortung übernimmt.

Sie sagt ihr: „Du bist dafür verantwortlich. Du hast dafür zu sorgen, daß Schluß ist damit.“

Therapeutin: „Hört sie dich? Wie sieht sie aus?“

Christine: „Ja, sie hört mich, sie sieht betroffen aus.“

Therapeutin: „Dann geh rüber und sei deine Mutter und antworte. Wie heißt deine Mutter?“

Christine: „Margarete.“

Christine wechselt den Platz und tritt an die Stelle, die vorher Katharina stellvertretend für ihre Mutter eingenommen hatte.

Um die Einseitigkeit der bisherigen Muster der Informationsverarbeitung und Kommunikation im familiären System aufzulösen und neue emotionale Erfahrungen zu ermöglichen, eröffnet die Therapeutin ein Gespräch mit der „Mutter“ von Christine, das *Eltern-Interview*. Sie fragt „Margarete“ nach ihren emotionalen Reaktionen, um zunächst innerhalb der elterlichen Projektion einen Wechsel des Ich-Zustandes zu erreichen.

Therapeutin: „Margarete, wie geht es dir mit dem, was Christine dir gesagt hat?“

Christine (als Margarete): „Ich fühle mich schuldig und traurig. Ich bin traurig über das, was ich versäumt habe.“

Christine (als *Margarete*) schluckt und hält die Luft an: „Ich bin traurig und verzweifelt über das, was ich verloren und versäumt habe.“

Therapeutin: „Über das, was du mit deiner Tochter versäumt hast? Über das, was dir an ihr verloren gegangen ist?“

Christine (als *Margarete*) hält wieder die Luft an und kämpft mit den Tränen.

Therapeutin: „Sag der *Christine*, wie 's dir geht.“

Christine als *Margarete* zu *Christine*: „Ich fühl mich schuldig und traurig, daß ich dich dadurch verloren hab. Durch das, was ich versäumt hab.“

Therapeutin an *Christine* als *Margarete*: „Wenn du traurig darüber bist, kann es sein, daß du es der *Christine* dann gönnst, daß sie das kriegt, was sie braucht?“

Die *Therapeutin* verfolgt hier das Ziel, durch eine emotionale Veränderung der bisher negativen, fixierten elterlichen Projektionen neue Funktionen des Schutzes und entsprechende Erlaubnisse zu erreichen.

Christine (als *Margarete*): „Ja, ich gönn's ihr, und ich kann es ihr nicht geben, sie muß es sich woanders holen.“

Die *Therapeutin* reagiert auf die Abwehr mit einer *Erlaubnis-Transaktion*: „Das glaub' ich nicht, daß du es nicht kannst. Du bist ihre Mutter, und sie ist klein. Ich glaub schon, daß du sie zum Beispiel vor dem Mißbrauch beschützen kannst.“

Christine (als *Margarete*): „Ja, das kann ich schon. Das hört jetzt auf. Ich werde so eindringlich mit dem Vater reden, daß es jetzt Schluß ist damit. Und wenn er nicht auf mich hört, dann werd ich zum Pfarrer gehen und dem alles erzählen. Ich sorg jetzt dafür, daß das aufhört.“

Therapeutin: „Also, du hast verstanden, wie 's der *Christine* damit gegangen ist?“

Christine (als *Margarete*): „Ja, das hab ich verstanden, und es tut mir leid.“

Therapeutin: „Sag das zu *Christine*.“

Christine (als *Margarete*) zu *Christine*: „Es tut mir leid. Ich wollte eigentlich Lehrerin werden und gar nicht heiraten. Aber meine Eltern haben es mir nicht erlaubt, und die Heirat war die einzige Möglichkeit, von zu Hause wegzukommen. Und dann hab ich gleich ein Kind nach dem anderen gekriegt. Und das war mir zuviel, und ich wollte meine Ruhe haben vor dem Papa. Und dann war ich froh, daß du mir hilfst. Es war alles zuviel für mich.“

Therapeutin an Christine (als Margarete): „Aber die Christine ist doch dein Kind. Und du meinst, daß du ihr gar nichts geben kannst als Mutter? Wie ist es dir denn als kleinem Mädchen ergangen?“

Christine (als Margarete): „Ja, ich hatte eine Mutter, die selber keine Mutter hatte. Die war im Kindbett gestorben. Die sagte immer nur, daß sie das nicht kann. Ich hab sie dafür gehaßt und abgelehnt.“

Therapeutin an Margarete: „Also, du hättest auch gern eine Mutter gehabt, und das war sehr traurig, daß du keine hattest?“

Christine (als Margarete) schluckt und hört auf zu atmen.

Therapeutin an Margarete: „Du hältst den Atem an, so schlimm scheint das für dich gewesen zu sein.“

Christine (als Margarete) läßt die Tränen zu und sagt: „Ja, ich war auch ganz allein.“

Therapeutin: „Ich kann verstehen, daß das sehr weh tut, Margarete. Du kennst das also, du weißt, wie das ist. Kannst du dann auch verstehen, wie's der Christine geht und was sie braucht?“

Christine (als Margarete): „Ja, ich kann es verstehen, und ich gönne es ihr auch. Aber ich bin so hilflos, ich weiß wirklich nicht, wie ich es ihr geben soll. Ich müßte mir dann selber Hilfe holen.“

Therapeutin: „Das find ich eine sehr gute Idee. Meine Mutter hat zum Beispiel eine Putzfrau, der kann sie ganz viel erzählen.“

Christine (als Margarete): „Ja, es stimmt, es dürfte nicht nur so ein sechzehnjähriges Mädchen sein, sondern so richtig eine Frau, die das packt. Mit der ich reden kann, die mir hilft mit den Kindern. Ja, das stimmt, das könnt ich machen.“

Christine (als Margarete) zu Christine (auf Plattdeutsch): „Du bröchs dat denn nit mehr to mooken.“

Die Therapeutin fordert Christine auf, die Rollen zu wechseln und wieder Christine zu sein.

Therapeutin: „Christine, wie geht es dir damit?“

Christine: „Ja, das finde ich gut, daß du dir Hilfe holst. Daß ich es nicht mehr zu machen brauche, für meine Geschwister und für den Vater zu sorgen. Das ist auch wirklich zu schwer für mich.“

Therapeutin: „Willst du's ihr im Dialekt sagen? Du hast ihr ja auch den Dialekt erlaubt.“

Christine auf Hochdeutsch: „Ich brauch's nicht mehr zu machen. (dann verschämt) Ik bruk it nit mehr to mooken.“

Therapeutin: „Ja, ist gut.“

Ausgehend von den im Verlauf der Therapie neu erarbeiteten ursprünglichen emotional verankerten Bedürfnissen richtet die Patientin von einem aktualisierten Kindheits-Ich-Zustand aus an ihre Mutter bisher als verboten erlebte und von ihr abgespaltene Forderungen. Indem „die Mutter“ (in Christine) von der Therapeutin ihrerseits auf ihre damaligen authentischen Gefühle hin angesprochen wird, lösen sich die emotionalen Blockierungen auf einer tiefen Ebene auf. Christine erlebt dadurch Erfahrungspotentiale, die ihr bisher durch die Abspaltung nicht verfügbar waren. Das hat in der Gegenwart Auswirkungen auf ihre Beziehung zu sich selbst, zu ihrem Mann und zu ihrem Kind. Christine hat dadurch die Position des Grenzfalles (der Borderline-Störung) verlassen.

10. Kritische Anmerkungen

Die Stärken und die Schwächen einer Methode liegen meiner Ansicht nach oft dicht beieinander. Ich sehe es einerseits als einen Vorteil an, daß die Vertreter der Transaktionsanalyse immer wieder dazu herausfordern, die therapeutischen Prozesse nicht im Rahmen methodischer Traditionen zu gewohnheitsmäßigen Abläufen werden zu lassen. Statt dessen fordern sie dazu auf, immer wieder neu, wie ein Beobachter, der sozusagen von einem anderen Planeten kommt, die Eindrücke und Zusammenhänge ursprünglich, authentisch und neu auf sich wirken zu lassen und entsprechend aus den Situationen heraus originell zu reagieren.¹

Dieser Offenheit haben wir viele kreative Entwicklungen zu verdanken. Andererseits ist damit eine übertriebene Skepsis gegenüber methodischen Überlieferungen, Sprachsystemen und diagnostischen Kategorienbildungen verbunden. Das hat sich in der Vergangenheit als Nachteil erwiesen und ist im Gegensatz zur ersten Generation nach *Berne* von gegenwärtigen Transaktionsanalytikern kritisiert und revidiert worden. Trotzdem bleibt uns zur Erforschung der Verbindung der Transaktionsanalyse mit der Psychoanalyse und anderen methodischen Erkenntnissen noch einige Arbeit zu leisten.²

Ein Beispiel für diese Schwierigkeit ist gerade der Begriff der Emotionen. Zwar werden Gefühle auf unterschiedliche Weise mit verschiedenen transaktionsanalytischen Modellen bearbeitet, die entsprechenden Konzepte wurden aber auf diesen Begriff hin bisher

noch nicht hinreichend wissenschaftlich untersucht. Ich hoffe, daß der hier vorliegende Artikel und die mehrbändige Reihe „*Integrative Transaktionsanalyse*“ zur Überwindung dieser Schwierigkeiten beitragen werden und weiterführende Brücken zur Psychotherapiegeschichte und zu unseren Kollegen aus anderen Schulen gebaut werden.

Anmerkungen

- 1 Berne bezeichnete diesen Ansatz als martian approach (Berne 1973).
- 2 Die Verbindung der Transaktionsanalyse mit der Psychoanalyse und ihrer Geschichte ist ausführlich von Richard Erskine bearbeitet worden (Erskine 1988).

Literatur

- Berne, E., *What do you say after you say hello? The Psychology of Human Destiny*, New York 1973.
- , *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York 1961.
- Barnes, G. et al., *Transaktionsanalyse seit Eric Berne*, Band 1, *Schulen der Transaktionsanalyse, Theorie und Praxis*. Institut für Kommunikationstherapie, Berlin 1979. Band 2, *F. English et al.: Was werd' ich morgen tun?*. Institut für Kommunikationstherapie, Berlin 1980. Band 3, *Du kannst Dich ändern*. Institut für Kommunikationstherapie, Berlin 1981.
- English, F., *Transaktionsanalyse*, Isko Press 1980b (S. 83-96).
- Erskine, R.G., Moursund, J.P., *Kontakt, Ich-Zustände, Lebensplan*. Junfermann, Paderborn 1991.
- , *Transference and Transactions: Critique from an Intrapsychic and Integrative Perspective*. 1988
- Erskine, R.G., Trautmann, R.L., *Ego State Analysis, A Comparative View*, in: *TAJ*, April 1981, Vol. 11, No. 2, S. 178 -185.
- Goulding, M. & R., *Neu-Entscheidung*, Klett-Cotta, Stuttgart 1981.
- Holloway, W., *Beyond Permission*, Monograph, 1973.
- Kottwitz, G., *Integrative Transaktionsanalyse*, Institut für Kommunikationstherapie, Berlin
- Band 1, Kottwitz, G., Lenhardt, V., *Wege zur Orientierung und Autonomie*. Institut für Kommunikationstherapie, Berlin 1992.
- Band 2, Kottwitz, G., *Wege zu mir und Dir bei Borderline-Störungen*. Institut für Kommunikationstherapie, Berlin 1993.
- Band 3, *Integrative Transaktionsanalyse. Die Borderline-Persönlichkeit, Störungsbild und Heilungsprozesse*. Institut für Kommunikationstherapie, Berlin 1994.
- McNeel, J.: *TAJ*. Januar 1976, vol. 6, no. 1, S. 61-68.
- Schiff, J.L., *Cathexis Reader, Transactional Analysis, Treatment of Psychosis*, Harper & Row, New York 1975.

—, 1979. In: *Barnes* (1979), Bd. 1, S. 83-112, Geschichte, Entwicklung und Affinitäten der Schiff Familie.

Schmid, B., Systemische Transaktionsanalyse. Eigenverlag, Wiesloch 1986.

Steiner, C., Wie man Lebenspläne verändert, Junfermann, Paderborn 1982.

Thomson, G., Fear, Anger and Sadness, *TAJ*, 13, 1, 1983, 20-24.



IV. Die humanistisch- psychologischen Ansätze

Emotionen in der Gesprächspsychotherapie – ihre Bedeutung und Berücksichtigung im therapeutischen Prozeß

Reinhard Tausch, Jürgen Höder

Zusammenfassung

Die theoretischen Auffassungen über Emotionen sowie das praktisch-therapeutische Handeln von *Carl Rogers*, dem Begründer der klientenzentrierten Gesprächstherapie, lassen sich mit einem modernen Ausdruck als „kognitiv“ bezeichnen. Diese „älteren“ Auffassungen sind kompatibel zu der heute verbreiteten und anerkannten Theorie von *R.S. Lazarus*, wonach Qualität und Intensität von Emotionen weitgehend durch Kognitionen bestimmt werden. *Lazarus'* Theorie läßt sich als eine Präzisierung und Differenzierung der Annahmen von *Rogers* auffassen. Durch sie wird das praktische Vorgehen in der klientenzentrierten Therapie weitgehend bestätigt, teilweise mit neuen Begründungen untermauert und teilweise erweitert. Die neuen Aspekte sind: Uns wird klarer, auf *welche* Kognitionen wir eingehen müssen; wir sehen deutlicher, welche große Bedeutung Verhaltensänderungen für Emotionen haben; wir sehen mehr Möglichkeiten, durch Beeinflussung physiologischer Vorgänge auf Emotionen einzuwirken.

Einführung

Emotionen nehmen in der Psychotherapie eine zentrale Stellung ein: Angst, Schuld, Einsamkeit, Trauer oder Ärger führen die Menschen in Praxen und Beratungsstellen. Sie möchten von diesen und anderen leidvollen Gefühlen weniger bedrängt werden und mehr Freude, Sinn, Zufriedenheit und Mut spüren. Darum ist es für uns Therapeuten von höchster Bedeutung, zu wissen: Wodurch entstehen Emotionen? Wie lassen sie sich verändern? Mit welchen ande-

ren psychischen oder physiologischen Vorgängen und mit welchen Verhaltensweisen hängen Emotionen zusammen?

Wir möchten zu diesen Fragen zunächst *Carl Rogers* zu Wort kommen lassen, den Begründer der personenzentrierten Psychotherapie.¹ Seine Auffassungen sehen wir in vielem heute noch als gültig an. Jedoch haben sich in den über vierzig Jahren, die seit dem Erscheinen seines grundlegenden Werkes (*Rogers 1951*) vergangen sind, naturgemäß wissenschaftliche Fortschritte ergeben, die uns manches heute präziser erkennen lassen. Wir finden sie u. a. in der modernen Streßforschung *R.S. Lazarus'* (1984) und werden einiges davon darstellen. Wir sind der Überzeugung, daß wir diese neueren Erkenntnisse nicht ignorieren dürfen. Wir möchten sie verwenden, um unsere therapeutische Praxis im Interesse unserer Klienten zu verbessern.

1. Emotionen – wie Carl Rogers sie sah

Carl Rogers hat sich explizit nicht sehr ausführlich mit einer Emotionstheorie auseinandergesetzt. Er läßt jedoch an vielen Stellen erkennen, welche Position er einnimmt. Im folgenden fassen wir die wichtigsten Gedanken zusammen.

1.1 Auftreten, Intensität und Qualität von Emotionen

Emotionen treten in allen Situationen auf, die ein Mensch als wichtig für seine Erhaltung oder Förderung wahrnimmt. Die Stärke der Emotion richtet sich nach der wahrgenommenen Wichtigkeit der Situation (*Rogers 1951, 493*). Die Qualität der Emotion ist unangenehm und/oder erregt, solange Bedürfnisse als bedroht oder nicht befriedigt erlebt werden (*Rogers 1951, 492f*).

Zur Verdeutlichung ein Beispiel:

„... (zwei) Männer, die des Nachts auf einer Straße ... fahren. Plötzlich taucht ein Gegenstand mitten auf der Straße vor ihnen auf. Der eine Mann sieht einen großen Felsblock und reagiert mit Schreck. Der andere, ein einheimischer Landbewohner, sieht einen Steppenläufer (verdorrte, abgebrochene Pflanze, die vom Wind herumgerollt wird) und reagiert unbekümmert. Jeder reagiert auf die Wirklichkeit, wie er sie wahrnimmt“ (*Rogers 1951, 484, übers. v. Verf.*).

1.2 Was bedeutet „wahrnehmen“?

Rogers benutzt „wahrnehmen“ ebenso wie „erleben“ häufig in einer Weise, die die Bewertung des Wahrgenommenen mit einschließt, zum Beispiel in der Wendung „etwas als bedrohlich wahrnehmen“. Er trägt damit der Einheit von Wahrnehmen und Bewerten im Erleben des Individuums Rechnung. Rogers (1951):

„Der Organismus reagiert auf das Umfeld so, wie er es erlebt und wahrnimmt. Das Wahrnehmungsfeld ist – für das Individuum – ‚Realität‘“ (S. 484, übers. v. Verf.).

Und an anderer Stelle:

„... jegliche Wahrnehmung ... ist ihrem Wesen nach transaktional. Sie ist eine Konstruktion aus früheren Erfahrungen und eine ... Vorhersage der Zukunft ... Wenn wir wahrnehmen, ‚dies ist ein Dreieck‘, ‚das ist ein Baum‘, ‚dieser Mensch ist meine Mutter‘, dann bedeutet das, wir treffen eine Vorhersage: Die Objekte, von denen wir Stimuli empfangen, werden – wenn wir sie weiter untersuchen – Eigenschaften offenbaren, die wir auf Grund unserer früheren Erfahrungen als typisch für Dreiecke, Bäume oder unsere Mutter ansehen“ (Rogers 1959, 198f, übers. v. Verf.).

Wahrnehmungen und Bewertungen können unterschwellig und unbewußt verlaufen. Zum Beispiel kann eine Erfahrung als bedrohlich bewertet werden, ohne daß dem Individuum dies bewußt wird (Rogers 1959, 199f).

1.3 Einheit von Emotion und Kognition

Offensichtlich treten Emotionen nach Rogers' Ansicht gemeinsam mit Kognitionen (z. B. Wahrnehmungen-Bewertungen, Erinnerungen) auf und werden in ihrer Intensität und Qualität wesentlich von den zugehörigen Kognitionen bestimmt. Im Erleben des Individuums bilden sie eine Einheit, die Rogers „feeling“ nennt. Rogers schreibt dazu in seinem theoretischen Hauptwerk:

„Dieser Fachausdruck [feeling] erfreut sich großer Beliebtheit in der Literatur zur klientenzentrierten Therapie und Theorie. Er bezeichnet eine emotional getönte Erfahrung zusammen mit ihrer persönlichen Bedeutung. Er umfaßt somit die Emotion, aber auch den kognitiven Gehalt der Bedeutung dieser Emotion in ihrem Erfahrungszusammenhang. Er verweist daher auf die Einheit von Emotion und Kognition, wie sie untrennbar im Augenblick erfahren werden ... das Auftreffen der Stimuli und die Bedeutung, die den Stimuli gegeben werden, sind un-

trennbare Teile einer einzigen Erfahrung“ (Rogers 1959, 198f, Übers. v. Verf.).

1.4 Funktion von Emotionen

Rogers sieht Emotionen nicht als bedeutungslose Begleiterscheinungen oder – abgesehen von Extremen – Risiken für die seelische Gesundheit an. Vielmehr haben sie eine motivierende Kraft, die dem Menschen etwa hilft, sich mehr anzustrengen. So kann uns Angst helfen, einer Gefahr schneller zu entkommen (Rogers 1951, 493).

Angenehme Gefühle fördern die Tatkraft und sind ein Ausgleich für Belastungen. Rogers legt viel Wert darauf, daß Klienten in der Therapie angenehme Gefühle erfahren – vor allem das Gefühl, tief verstanden und als Person bedingungslos akzeptiert zu werden. Dies erleichtert es dem Klienten, sich den schmerzlichen und belastenden Aspekten seines Lebens zuzuwenden.

1.5 Selbstkonzept

Das Selbstkonzept umfaßt die Art, wie ein Mensch sich selbst und die Beziehungen zu seiner Umwelt sieht, welche Eigenschaften und Fähigkeiten er sich zuschreibt, was er als wichtig und gültig für sich ansieht, wie er sich selbst bewertet. Das Selbstkonzept ist nach Rogers' Auffassung eine Art übergeordnete Kognition, die das Fühlen und Verhalten einer Person besonders nachhaltig bestimmt.

1.6 Emotionen und Inkongruenz

Immer wieder machen Menschen Erfahrungen, die mit ihrem bisherigen Selbstkonzept nicht harmonieren. Sie geraten dadurch in einen Zustand, den Rogers „Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung“ nennt. So wird zum Beispiel ein Mensch, der sich selbst als wenig leistungsfähig ansieht, von seinen Vorgesetzten gelobt; eine Person, die auf ihre gute Gesundheit stolz ist, erhält bei einer Routineuntersuchung eine schwerwiegende Diagnose; bei einem Ehepartner, der sich für treu hält und in Treue einen hohen Wert

sieht, entsteht der Wunsch nach einem anderen Sexualpartner. Inkongruenz ist mit unangenehmen, spannungsreichen Gefühlen verbunden. Darum werden Erfahrungen, die zu Inkongruenz führen können, häufig durch Leugnen oder Umdeuten abgewehrt, etwa: Die Vorgesetzten sind zu anspruchslos, der Arzt hat sich geirrt, der Sexualpartner hat es auf Verführung abgesehen.

Wenn eine Erfahrung jedoch *offensichtlich* vom Selbstkonzept abweicht, dann wird ein Umgehen damit immer schwieriger, und es entsteht eine Angst, deren Ursache dem Betreffenden nicht klar ist. Wenn es ihm jetzt nicht gelingt, seine Erfahrungen dem Bewußtsein zuzulassen und sein Selbstkonzept entsprechend zu ändern, so kommt es zu psychischen Störungen. Rogers sah in nicht bewältigter Inkongruenz *die* Ursache seelischer Beeinträchtigungen aller Art und die Erklärung für die bei psychischen Störungen häufig auftretenden Ängste.

2. Therapeutisches Handeln bei Carl Rogers

Wie kann ein Therapeut mit den Gefühlen seiner Klienten umgehen? Was kann er tun, um belastende Gefühle zu mindern und um die Gefühle zu fördern, die ein Klient stärker erleben möchte? Rogers' Antworten sind oft dargestellt (von ihm selbst z. B. 1951, 1977 und zuletzt 1980; Höder 1992) und zu einem großen Teil wissenschaftlich überprüft worden (Tausch & Tausch 1990). Wir stellen im folgenden einige Kerngedanken vor.

Der Therapeut schafft eine entspannte, beruhigende, angstfreie Gesprächsatmosphäre und läßt den Klienten erfahren, daß er ihn in aufrichtiger Weise als Person schätzt und ihn wegen seiner vermeintlichen Schwächen oder Fehler nicht negativ bewertet. Seine wichtigste fortlaufende Tätigkeit ist das empathische Verstehen, also das präzise Einfühlen in die Erlebniswelt des Klienten, wobei er dem Klienten ständig und ohne zu bewerten mitteilt, was er verstanden hat. Welchen Teilen der Erlebniswelt wendet sich der Therapeut dabei zu? Rogers:

„... zeichnet sich die Aktivität des Psychotherapeuten vor allem durch seine Fähigkeit aus, die Erlebnisse und Gefühle des Klienten und deren persönliche Bedeutung [feelings] präzise und sensibel zu erfassen ... Es ist ein unmittelbares Gespür im Hier und Jetzt für die innere Welt des

Klienten mit ihren ganz privaten personalen Bedeutungen ...“ (Rogers 1975, 20).

Der Therapeut wendet sich also den Gefühlen *und* ihren persönlichen Bedeutungen, also den damit zusammenhängenden Kognitionen zu. Wie *Schlegel* (1986; zusammenfaßt in *Tausch* 1988) in einer empirischen Studie zeigen konnte, entspricht *Rogers'* tatsächliches Verhalten seiner theoretischen Auffassung.

Schlegel verglich veröffentlichte Therapiespräche von drei Therapeuten verschiedener Orientierung miteinander. Die Therapeuten waren 1. *David Burns* (1983) als Repräsentant der kognitiven Therapie nach *Beck* (1981), 2. *Carl Rogers* (1974) und 3. *Wilhelm Gerl* (1982), der personenzentrierte Therapie mit *Gendlins* Focusing-Methode (1981) kombiniert. Von jedem Therapiespräch wurden drei Ausschnitte mit je mindestens fünf aufeinanderfolgenden Klienten-Therapeuten-Äußerungen ausgewählt. Diese wurden einzeln von drei klinischen Psychologen unabhängig im Blindverfahren auf fünfstufigen Skalen daraufhin eingeschätzt, wieweit ihr Inhalt kognitiver oder emotionaler Art war.

Eines der Ergebnisse: *Rogers* ging durchschnittlich deutlich stärker auf die Kognitionen als auf die Emotionen seiner Klienten ein, ohne die Emotionen zu vernachlässigen. In 67% seiner Äußerungen überwogen kognitive Inhalte über emotionale, in 21% war es umgekehrt, und in 13% war das Verhältnis ausgeglichen. Wir werden später darauf zurückkommen, welche Vor- und Nachteile das Eingehen auf Emotionen oder Kognitionen mit sich bringt. Hier möchten wir zunächst nur den – für manche sicher überraschenden – Befund festhalten: Ein Charakteristikum der Therapie von *Carl Rogers* ist, daß er als Therapeut auf Emotionen *und* Kognitionen des Klienten eingeht, wobei das Eingehen auf Kognitionen überwiegt.

Daß dieses Ergebnis charakteristisch ist für die klientenzentrierte Therapie von *Rogers* und kein allgemein übliches Verhalten widerspiegelt, zeigen die Ergebnisse der anderen Therapeuten: Der kognitive Therapeut ging fast gar nicht auf Emotionen ein, in keiner seiner Äußerungen überwogen emotionale Inhalte die kognitiven. Der Focusing-Therapeut dagegen ging stärker auf Emotionen ein als auf Kognitionen; in 65% seiner Äußerungen überwogen emotionale Inhalte.

Die Äußerungen der Klienten entsprachen im Verhältnis von Emotionen und Kognitionen den Verhältnissen ihrer jeweiligen Therapeuten.

3. Präzisierung und Erweiterung durch Lazarus' Emotionstheorie

In den letzten Jahren haben kognitive Theorien Anerkennung und Verbreitung gefunden, insbesondere an Universitäten und bei Verhaltenstherapeuten. Vor allem in der Therapie der Depression und in der Streßbewältigung haben sie ihren praktischen Wert unter Beweis gestellt. Diese Auffassungen von *A.T. Beck* oder *R.S. Lazarus* gehören heute zu den Hauptströmungen der Psychologie. Wir sind froh über diese Entwicklung. Denn insbesondere die Arbeit von *Lazarus* paßt unseres Erachtens gut zu *Rogers'* Auffassungen und hilft uns, unsere Praxis effektiver zu gestalten und theoretisch besser zu begründen.

Die o. a. Zitate sowie *Rogers'* praktisches Vorgehen dürften ausreichend belegen, daß er einen Standpunkt einnahm, den man heute kognitiv nennen würde (vgl. auch *Schelp & Kemmler 1988*). Die Einheit von Kognition und Emotion im Erleben; die Abhängigkeit der Emotionsstärke von der wahrgenommenen Wichtigkeit der Situation für das eigene Wohl; die Abhängigkeit der emotionalen Qualität von der Bewertung der Situation; die motivierende Funktion von Emotionen, die uns hilft, schwierige Situationen zu bewältigen – all das finden wir bei *Lazarus* wieder. Der Fortschritt bei *Lazarus* besteht u. a. darin, daß er differenzierter angibt, welche Arten von Kognitionen in welcher Weise bei der Entstehung von Emotionen zusammenwirken. Es sind erstens verschiedene Arten von Bewertungen der eigenen Person sowie der Umwelt, zweitens das, was eine Person wichtig findet, ihre Ziele und Werte und schließlich die Überzeugungen einer Person, das, was eine Person über die Welt und sich selbst glaubt. Wir möchten diese Schlüsselbegriffe kurz erläutern. Wir beziehen uns dabei auf drei Veröffentlichungen (*Lazarus 1982; Lazarus & Folkman 1984; Lazarus, Kanner & Folkman 1980*), in denen der interessierte Leser sich detailliert informieren kann.

3.1 Lazarus' Definition von Emotionen

Lazarus definiert Emotionen so:

„Emotionen sind komplexe, wohlgeordnete Zustände ..., die aus kognitiven Bewertungen, Handlungsimpulsen und somatischen Reaktions-

mustern bestehen. Jede Gefühlsqualität (z. B. Zorn, Angst, Freude) ist gekennzeichnet durch ein anderes Muster der Bestandteile ... Außerdem werden die drei Bestandteile der Emotion subjektiv als ein Ganzes erlebt, das heißt als Einzelphänomen im Gegensatz zu gesonderten und unterschiedlichen Reaktionen. Wenn ein Bestandteil in der Wahrnehmung fehlt, so stellt die Erfahrung keine echte Emotion dar, obwohl sie einige entsprechende Elemente enthält“ (Lazarus 1980, 198).

Während *Rogers* zwar die Einheit von Kognition und Emotion im Erleben und die Abhängigkeit der Emotion von Kognitionen betont, scheint er doch darin im Prinzip zwei unterschiedliche psychische Bereiche zu sehen. Dagegen faßt *Lazarus*‘ schärfere Definition kognitive Bewertungen als *konstituierenden Teil* von Emotionen auf, und zwar als den wichtigsten Teil: Er bestimmt die emotionale Qualität der Erfahrung, ferner auch die physiologischen Reaktionen – ein Bereich, der bei *Rogers* noch keine Erwähnung findet.

3.2 Kognitive Bewertungen

Die Ereignisse, die uns begegnen (einschließlich intrapsychischer Ereignisse), schätzen wir fortlaufend daraufhin ein, ob sie für unser Wohlergehen eine Bedeutung haben, ob sie für uns förderlich oder belastend sind. Belastend ist, was als eingetretener oder befürchteter Schaden-Verlust oder als Herausforderung bewertet wird.

Bei belastenden Ereignissen bewerten wir ferner uns selbst, unsere Möglichkeiten, etwas zur Bewältigung der Schwierigkeiten zu tun: Welche Copingstrategien könnten wirksam sein, welche Hilfsquellen stehen zur Verfügung, wie läßt sich die Situation kontrollieren usw. Diese Art der Bewertung, von *Lazarus* „secondary appraisal“ genannt, ist vermutlich wichtiger als das Auftreten des belastenden Ereignisses selbst und bestimmt in großem Umfang, ob und wie oft sich jemand z. B. bedroht, herausgefordert oder hoffnungsvoll fühlt oder wie vulnerabel jemand ist.

Die Bewertungen können sich häufig und rasch ändern, am leichtesten durch neue Informationen und Erfahrungen, ferner durch aktive Bemühungen um andere Sichtweisen. Man spricht dann von Neu- oder Umbewertungen.

Bewertungen sind im Erleben des Individuums ein integraler Bestandteil der Emotion und bestimmen ihre Qualität. Sie sind notwendige und hinreichende Bedingungen für das Entstehen von

Emotionen. Sie bestimmen, was wir fühlen. Wenn die Bewertungen sich ändern, so ändern sich auch die Gefühle: „... jede Emotion hat ihr eigenes kognitives Thema“ (Lazarus et al. 1980, 200, übers. v. Verf.). Emotionen führen kein Eigenleben und sind nicht weiser als die Bewertungen, von denen sie bestimmt werden.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Bewerten darf nicht verstanden werden als ein notwendig bewußter, rationaler und absichtlich in Gang gesetzter Prozeß, an dessen Ende dann ein Gefühl entsteht. Bewertungen können ganz oder teilweise unbewußt und sehr schnell verlaufen, so daß eine Person den Eindruck haben kann, das Gefühl entstehe gleichzeitig mit der Wahrnehmung einer Situation.

„Eine Bedrohungsbewertung kann entstehen, ohne daß die Person klar erkennt, welche Ziele und Werte sie als gefährdet ansieht, welche inneren oder äußeren Faktoren zum Gefühl von Gefahr beigetragen haben oder sogar, daß sie überhaupt etwas als Bedrohung bewertet hat“ (Lazarus & Folkman 1984, 52, übers. v. Verf.).

Bewertungsmuster können im Laufe der Zeit zu Gewohnheiten werden und dann „automatisiert“ ablaufen. Möglicherweise geraten sie dabei in Widerspruch zu bewußtem Wissen und Wollen. Wissen verändert nicht ausreichend „automatisierte“ Bewertungen, sondern dazu sind in der Regel neue Erfahrungen und Training nötig. Dies wird manchmal fälschlich als Widerspruch zwischen Gefühl und Verstand oder gar „Kopf und Bauch“ bezeichnet.

Ein weiterer Grund für die relative Änderungsresistenz von Bewertungen liegt in folgendem: Sie lösen zugleich auch körperliche Reaktionen aus, z. B. Erregung des sympathischen Nervensystems mit Ausschüttung von Hormonen u. a. Diese körperlichen Reaktionen können nicht so schnell rückgängig gemacht werden und unterstützen die Aufrechterhaltung der zugehörigen Gefühle und Bewertungen. Darum können wir Neubewertungen durch Methoden fördern, die auf den Körper einwirken – zum Beispiel muskuläre Entspannung oder Bewegungstraining.

3.3 Ziele, Werte, Bedürfnisse

Bewertungen hängen davon ab, was für eine Person wichtig ist, welche Werte und Ziele sie hat, einschließlich lebenswichtiger Bedürfnisse. So kommen Personen mit unterschiedlichen Werten und

Zielen angesichts derselben Situation zu unterschiedlichen Bewertungen und damit zu unterschiedlichen Gefühlen.

„Ein Ereignis ist schlecht, wenn es die Befriedigung von Bedürfnissen, das Verfolgen von Zielen oder Verpflichtungen oder die Verwirklichung positiver Werte behindert, verzögert oder unmöglich macht oder droht, dies zu tun. Die Stärke des Bedürfnisses, der Verpflichtung oder des Wertes hat Einfluß darauf, als wie ernst der Schaden oder die Bedrohung bewertet wird“ (Lazarus et al. 1980, 195f, übers. v. Verf.).

Personen können Ziele und Werte haben, die sich teilweise widersprechen oder mit der Stimmung schwanken. So kommt es auch zu wechselnden Bewertungen und damit Emotionen gegenüber demselben Ereignis oder derselben Situation.

Je wichtiger jemand etwas nimmt, desto intensiver werden seine Emotionen. Einerseits wächst dadurch die Verletzbarkeit, andererseits kann auch die Einsatzbereitschaft gesteigert werden. – In Rogers' Sprachgebrauch sind Ziele und Werte ein Teil des Selbstkonzeptes.

3.4 Überzeugungen

Bewertungen werden ferner durch das beeinflusst, was wir glauben, wovon wir überzeugt sind, und davon, welche Auffassungen wir haben – von der Welt, von anderen Menschen, von uns selbst. Den Einfluß von Glaubenssystemen oder Weltanschauungen sehen wir z. B. sehr deutlich, wenn jemand das System wechselt. Besonders wichtig für die Bewertung einer Vielzahl von Situationen sind einmal unsere Überzeugungen hinsichtlich existentieller Fragen, z. B. nach dem Sinn unseres Lebens, nach unseren religiösen oder Gottesvorstellungen (Tausch 1990) und zum anderen generalisierte persönliche Kontrollüberzeugungen. Dieses Konstrukt ist verwandt mit internalen Kontrollüberzeugungen (Rotter 1966) und Selbstwirksamkeit (Bandura 1977). In Rogers' Terminologie stellt sie einen Teil des Selbstkonzeptes dar.

3.5 Emotionen und Stimmungen beeinflussen Bewertungen

Wie Rogers zweifelt auch Lazarus nicht am Einfluß von Emotionen auf Kognitionen:

„Wenn man wie wir den ursächlichen Einfluß kognitiver Vorgänge auf Emotionen herausstreicht, so bedeutet das nicht, daß Emotionen nicht ursächlich auf Kognitionen einwirken ... Das Verhältnis von Emotion und Kognition ist zweifellos ausgesprochen komplex und bidirektional, wobei Emotionen die kognitiven Aktivitäten oft in eine Richtung lenken oder beeinträchtigen, ebenso wie umgekehrt“ (Lazarus et al. 1980, 190f, übers. v. Verf.).

Bewertungen und Emotionen können in einer Situation schnell wechseln. Während dabei kognitive Bewertungen das jeweils *gegenwärtige* Gefühl bestimmen, beeinflußt die vorherrschende Emotion die jeweils *nachfolgenden* Bewertungen.

Insbesondere Stimmungen, das heißt länger anhaltende, nicht sehr intensive Gefühle, die gleichsam einen emotionalen „Hintergrund“ bilden, haben eine große Bedeutung für kognitive Prozesse. So richtet sich etwa die Aufmerksamkeit oder die Erinnerung vorwiegend auf Vorgänge, die der jeweiligen Stimmung entsprechen. Das kann dazu führen, daß zum Beispiel eine depressive Person positive Aspekte ihres Lebens kaum noch wahrnimmt. Umgekehrt fördert eine positive Stimmung und Zuversicht die Bereitschaft, neue Informationen aufzunehmen und sie weniger rigide zu verarbeiten. Diese Zusammenhänge sind als Stimmungskongruenz und zustandsabhängiges Lernen bekannt geworden (Bower 1981; Bower, Gilligan & Monteiro 1981). Ferner fördert eine positive Stimmung die internale Kontrollüberzeugung (z. B. Salovey & Birnbaum 1989; zusammenfassende Darstellung bei Flammer 1990).

Während die Bewertungen gemäß Lazarus' Emotionsdefinition physiologische Reaktionen auslösen, beeinflussen auch umgekehrt physiologische Vorgänge die Stimmung und damit die weiteren Bewertungen. Es gibt deutliche Hinweise darauf, daß die Zusammensetzung der Nahrung, Bewegung, muskuläre Entspannung, Lichtexposition, Wetterfaktoren, circadiane Rhythmen und Krankheiten auf Stimmungen wirken (Thayer 1989). Dies hilft zu erklären, warum Bewegungsprogramme Depressivität, Ängste, Streßreaktionen und schizophrene Symptome vermindern (Greist, Klein, Eischens, Faris, Gurman & Morgan 1979; Harper 1984; Morgan 1979; Graveling 1980; Kostrubala 1979) oder Autogenes Training das Selbstkonzept verbessert (Beitel & Kroener 1982).

3.6 Reaktionen auf Emotionen wirken auf Emotionen zurück

Auftretende Emotionen unterliegen häufig selbst wieder einer Bewertung und lösen so weitere Emotionen und Handlungen aus, die die ursprüngliche Emotion verstärken oder vermindern können. Wenn sich jemand etwa in einer neuen Situation befindet oder eine Aktivität zum ersten Mal ausführt und dabei Angst verspürt, so bewertet er möglicherweise die Angst als Zeichen einer ernsthaften Gefahr und wird noch ängstlicher, oder er bewertet die Angst als typische Begleiterscheinung neuer Situationen, die man wenig beachten muß – dadurch würde die Angst gemindert.

Häufig begegnen wir in der Therapie auch Personen, die einen Teil ihrer Gefühle als für sie unpassend bewerten und mit Scham, Schuldgefühlen oder Angst reagieren oder – wenn die ablehnende Bewertung stark ausfällt – einen Teil ihrer Gefühle leugnen oder umdeuten. Dann tritt der Zustand ein, den *Rogers* Inkongruenz nennt.

Davon deutlich verschieden ist folgender Vorgang: Wir können manche Gefühle, zum Beispiel aggressive Gefühle, Selbstmitleid oder Selbstgefälligkeit, als unerwünscht bewerten, sie aber dem Bewußtsein voll zulassen und uns, ohne uns zu schämen, herausgefordert fühlen, sie zu ändern – etwa durch Nichtbeachtung, Bemühen um neue Erfahrungen, Entspannung oder Konzentration auf erwünschte Gefühle.

3.7 Die Funktion positiver Gefühle

Wie *Rogers* sieht auch *Lazarus* eine große Bedeutung positiver, angenehmer Gefühle für die Bewältigung psychischer Belastungen. Er hebt drei Funktionen hervor:

- *Zu Beginn und fortlaufend während* belastender Situationen fördern sie unsere Fähigkeit, Bewältigungsbemühungen zu aktivieren und aufrechtzuerhalten
- *Während* belastender Situationen geben sie uns Verschnaufpausen
- *Nachher* fördern sie die Erholung.

Die aktivierende und aufrechterhaltende Funktion positiver Gefühle macht sich besonders bemerkbar, wenn eine Situation zwar als schwierig, aber auf Grund eigener Ressourcen meisterbar einge-

schätzt wird. Die Betonung der Bewertung liegt dann weniger auf Schaden oder Bedrohung und mehr auf Herausforderung. Hieraus folgt eine positiv getönte Erregung und Mobilisierung der Kräfte, was die Bewältigungsanstrengungen stark unterstützt. Darüber hinaus stellt der effektive Gebrauch der eigenen Ressourcen in herausfordernden Situationen selbst eine Quelle der Freude dar, so daß Coping eine selbstbelohnende Tätigkeit oder ein „Flow-Erlebnis“ wird (Csikszentmihalyi 1990).

4. Konsequenzen der theoretischen Klärung für das psychotherapeutische Handeln

Wir haben bisher dargelegt: Die modernen, durch eine Vielzahl neuerer Studien untermauerten theoretischen Auffassungen Lazarus' sind mit der älteren Theorie Rogers' kompatibel. Sie können als eine Präzisierung und Erweiterung gelten. Ihr Kerngedanke ist:

„... wenn man ändert, was ein Mensch denkt und glaubt, dann kann man auch seine emotionale Reaktionsweise ... ändern“ (Lazarus et al. 1980, 191, übers. von Verf.).

Welche neuen Konsequenzen ergeben sich daraus für unsere praktische Tätigkeit als Gesprächstherapeuten? Wie können wir ändern, was ein Mensch denkt und glaubt, wie er bewertet? Zunächst möchten wir zwei Vorgehensweisen erörtern, die wir für ungünstig halten, nämlich überwiegendes Eingehen auf Emotionen sowie Vernachlässigung von Emotionen.

4.1 Ungünstig: überwiegendes Eingehen des Therapeuten auf Emotionen des Klienten

Hierunter verstehen wir: Der Therapeut geht meistens auf die vom Klienten geäußerten Emotionen ein, jedoch wenig auf die Kognitionen, die die Art und Intensität der Emotion bestimmen. Er sagt häufig etwa: „Sie sind jetzt traurig?!“ – „Ich spüre auch so, wie erregt Sie sind.“ – „Können Sie bitte bei diesem Gefühl noch etwas bleiben?“ – „Was fühlen Sie dabei?“

Überwiegendes Eingehen auf Gefühle vermuten wir bei einer Reihe von Gesprächstherapeuten (insbesondere bei zusätzlicher

Focusing-Orientierung, s. Schlegel 1986) sowie Vertretern sog. humanistischer Therapierichtungen. Unser persönlicher Eindruck ist, daß personenzentrierte Therapeuten in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend mehr auf die Gefühle ihrer Klienten eingehen. Dies mag u. a. dadurch bedingt sein, daß es in Encountergruppen mit sogenannten normalen Personen als seelisch befreiend empfunden wird, sich seinen Gefühlen zuzuwenden und sie zu leben. Zuwendung zu personbezogenen Kognitionen wird dagegen von manchen Therapeuten als „Kopfarbeit“ abgelehnt. Wir sehen darin folgende Nachteile oder Gefahren:

- Klient und Therapeut arbeiten zuwenig an den auslösenden Bedingungen für die Gefühle, nämlich an den Kognitionen. Der Klient wendet sich ihnen nicht ausreichend zu.
- Konzentration auf Gefühle kann bei stark beeinträchtigten Personen, die viele belastende Gefühle erleben, zu einer unangemessenen weiteren Verstärkung dieser Gefühle führen. Manche depressive Klienten sperren sich mit Recht dagegen. Wir sehen dies nicht als Ignorieren oder Verdrängen an.
- Klienten werden durch eine intensive Zuwendung zu ihren Gefühlen („mit den Gefühlen in Kontakt kommen“) offener und sensitiver für ihr Fühlen. Wenn jedoch ein Teil der Gefühle eher angstvoll und beeinträchtigend bleibt, dann ist größere Sensitivität eher ein Nachteil. Sie sind offener und verletzbarer. Obwohl sie durch ihre größere Offenheit eine Erweiterung des Selbst spüren (Wachstum), können bei schwierigen Umweltbedingungen ihre seelischen Beeinträchtigungen zunehmen. Ähnlich äußern sich Hammond, Hepworth & Smith (1980, 155):

„Bei emotional überexpressiven Personen können einfühlende Reaktionen, besonders wenn sie sich auf die gezeigten Gefühle konzentrieren, zugegebenermaßen eine kathartische zeitweilige Symptomlinderung fördern; aber sie können ebenso die Ziele der Therapie zunichte machen, indem sie unzweckmäßige Bewältigungsmethoden des Klienten zulassen, verstärken und aufrechterhalten. Diese Klienten brauchen eine Förderung rationaler Vorgänge mehr als das freie Ausdrücken ihrer Gefühle. Sie sollten vielleicht lieber dazu angehalten werden, ihre Gefühle zu beurteilen und zu analysieren als sie zu empfinden.“

- Ebenso führt die Aufforderung mancher Therapeuten, Gefühle auszuleben, zum Beispiel Aggressionen *herauszulassen*, öfters zu einer gewissen Verminderung von Spannungen. Dabei werden

aber die Gefühle dem Bewußtsein eher weniger zugelassen, eine Auseinandersetzung mit den die Gefühle bestimmenden Kognitionen findet kaum statt, eine dauerhafte Wandlung bleibt aus.

- Insgesamt vermuten wir, daß das überwiegende intensive Eingehen auf Gefühle eher zu einer Verlängerung der Therapie und zu geringen Änderungen führt.

4.2 Ungünstig: Vermeiden, auf Gefühle des Klienten einzugehen

Ein stark überwiegendes Eingehen des Therapeuten auf Kognitionen finden wir bei Vertretern der kognitiven Therapierichtungen von Beck (1981) und Ellis (1977). So erhielt der kognitive Therapeut in der Studie von Schlegel (1986) auf einer fünfstufigen Skala für Eingehen auf Emotionen einen Mittelwert von 1,5. In allen seinen Äußerungen ging er mehr auf die Kognitionen als auf die Emotionen ein. Dadurch vermeidet er natürlich die im vorigen Abschnitt aufgeführten Gefahren, geht aber dafür andere ein:

- Der Klient fühlt sich nicht tief verstanden und angenommen. Denn in seinem Erleben stehen ja die Emotionen im Vordergrund. Sie sind ihm häufig viel bewußter als die damit zusammenhängenden Kognitionen.
- Manchmal sind Gefühle für den Klienten nur diffus zu spüren, das Gefühlsleben ist verarmt, oder manche Gefühle werden stark abgelehnt. Der Klient erhält dann wenig Förderung darin, Gefühle präziser wahrzunehmen und dem Bewußtsein voll zuzulassen. Damit entfällt eine gute Voraussetzung für ihre Äußerung.
- Wenn der Therapeut auch auf *positive* Gefühle nicht eingeht, werden diese nicht optimal gefördert.

4.3 Günstig: Eingehen auf Kognitionen und Emotionen

Wir können die angeführten Nachteile vermeiden, wenn wir auf Emotionen *und* die zugehörigen Kognitionen eingehen, mit einem Schwergewicht auf Kognitionen. Dies entspricht der Auffassung und dem praktischen Vorgehen von Rogers.

Durch nicht-bewertendes, akzeptierendes, empathisches Eingehen auf Emotionen fühlt der Klient sich tief verstanden. Dies ist für

die meisten Klienten eine sehr angenehme Erfahrung mit mehreren positiven Auswirkungen: Die Beziehung zum Therapeuten wird gefestigt, die Stimmung wird gehoben, es tritt eine gewisse Entspannung ein. Dies fördert gemäß der Theorie der Stimmungskongruenz und des zustandsabhängigen Lernens entsprechend positivere Bewertungen und Erinnerungen an positive Ereignisse. Kognitionen verlieren an Rigidität. Es kommt leichter zu Neubewertungen.

Da tiefgreifendes einfühlendes Verstehen von Emotionen im Alltag selten vorkommt, machen viele Klienten hierdurch eine neue Erfahrung, die unmittelbar zu einer Umbewertung ihres Selbst führt: „Es gibt einen Menschen, der mich versteht und achtet; ich bin also offenbar nicht so unmöglich oder seltsam, wie ich dachte.“ Gefühle von Einsamkeit und Selbstmißachtung werden gemindert, teilweise entstehen Glücksgefühle.

Für den Therapieerfolg ist es von großer Bedeutung, daß ein Klient sich verstanden fühlt. Dies zeigen die vielen Studien zur Gesprächstherapie (*Tausch & Tausch* 1990), aber auch eine neuere Untersuchung an 30 Therapeuten verschiedener Orientierungen (*Lafferty, Beutler & Crago* 1989): Erfolgreiche Therapeuten unterschieden sich von weniger erfolgreichen am meisten dadurch, daß ihre Klienten sich tiefer verstanden fühlten.

Damit der Klient nicht beim Ausdrücken von Gefühlen stehenbleibt, damit Gefühle nicht unangemessen verstärkt werden und damit der Klient nicht gleichsam in seinen Gefühlen versinkt, geht der Therapeut gleichzeitig auf die Kognitionen ein, die mit den Gefühlen verbunden sind. Er tut dies in nicht-bewertender, akzeptierender Weise, so daß der Klient sich nicht belehrt oder bedroht sieht, sondern angeregt wird, wichtige Kognitionen bewußter wahrzunehmen, sie auf Angemessenheit zu überprüfen und sie gegebenenfalls so zu ändern, wie er selbst es als richtig ansieht.

4.4 Auf welche Emotionen und Kognitionen eingehen?

Klientenäußerungen können sehr komplex sein und recht verschiedenartige Emotionen und Kognitionen beinhalten. Es ist für den Therapeuten oft nicht möglich und unseres Erachtens auch nicht wünschenswert, auf alle Aspekte einzugehen. Er sollte sich vielmehr so verhalten, daß die Chance einer Neubewertung maximiert wird.

Wir gehen auf die Emotionen ein, die dem Klienten selbst sehr wichtig zu sein scheinen. Nur so erreichen wir, daß ein Klient sich tief verstanden fühlt. Darüber hinaus gehen wir im Interesse von Stimmung und Entspannung besonders auf positive, angenehme Gefühle ein, auch wenn sie zunächst nicht so im Vordergrund des Erlebens stehen – zum Beispiel, wenn durch leichte Umbewertungen gewisse Gefühlsänderungen eingetreten sind, die der Klient jedoch noch kaum wahrnimmt.

Wir fördern nicht das detaillierte Beschreiben vergangener Erfahrungen, wenn damit das Aufleben belastender Emotionen verbunden ist. Dies scheint eine Neubewertung der Vergangenheit zu erschweren und hilft nicht, damit abzuschließen, anderen zu verzeihen oder den Ereignissen einen Sinn zu geben. Es wirkt sich auch ungünstig auf Zufriedenheit und Zuversicht aus (*Strack, Schwarz & Gschneidinger 1985*). Dagegen kann es sinnvoll sein, etwa bei depressiven Personen, vergangene *positive* Erfahrungen aufleben zu lassen.

Welchen Kognitionen sollen wir uns zuwenden? *Rogers* wandte sich vor allem den Kognitionen zu, die sich auf das Selbstkonzept bezogen. Dies bleibt auch im Lichte von *Lazarus'* Theorie weiterhin von großer Bedeutung. Wie ein Mensch sich selbst sieht, welche Bewältigungsmöglichkeiten und Hilfsquellen er nutzen kann, das bestimmt weite Teile seines Fühlens. Deutlicher als früher sehen wir jetzt die Rolle von Zielen und Werten für die kognitiven Bewertungen und damit für die Emotionen. Hierauf gehen wir sehr ein. Wir helfen dadurch den Klienten, Ziele und Werte, die ihnen oft kaum bewußt sind, zu klären, realistische Ziele zu finden und unerreichbare Ziele loszulassen. Die Konzentration auf positive Ziele wirkt veränderungsmotivierender als die Konzentration auf gegenwärtige Schwierigkeiten.

Durch die Arbeit *Lazarus'* ist uns klarer geworden, welche Bedeutung in der Therapie auch Überzeugungen des Klienten haben, die sich nicht unmittelbar auf ihn selbst beziehen. Zum Beispiel glauben Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen häufiger als andere Personen an einen *strafenden* Gott (*Tausch 1990*). Im Unterschied zu früher schenken wir etwa folgenden Themen größere Beachtung, wenn der Klient sie zur Sprache bringt oder implizit ausdrückt: Welches Welt- und Menschenbild hat ein Klient, worin sieht er den Sinn des Lebens, wie steht er zu der Vergänglichkeit des Lebens, zu Sterben und Tod, welche religiösen Vorstellungen hat er, welche Überzeugungen zur psychischen und körperlichen Gesundheit.

Diese Überzeugungssysteme bestimmen viele seiner alltäglichen Bewertungen. Wir begrüßen daher, wenn ein Klient diese Themen anschneidet, und sehen es nicht als ein defensives Ablenken von seiner Person an.

4.5 In welcher Weise auf Emotionen und Kognitionen eingehen?

Es ist wichtig, *worauf* wir eingehen. Ebenso wichtig ist, *wie* wir es tun. Für ungünstig halten wir fortlaufendes Fragen nach Emotionen und Kognitionen sowie das sogenannte „Spiegeln“. Diese Vorgehensweisen beobachten wir öfter bei kognitiven Therapeuten.

Häufige Fragen wirken leicht dirigistisch. Wenn sie in Form des „sokratischen Dialogs“ gestellt werden – der beim Klienten den Eindruck erwecken soll, er sei selbst zu den Schlußfolgerungen gekommen, die der Therapeut für ihn vorgesehen hat – so dienen sie nicht dem echten Wunsch des Therapeuten, den Klienten besser zu verstehen, sondern dazu, ihn zu lenken. Insbesondere Fragen nach Gefühlen („Was fühlten Sie dabei?“) zeugen von eher geringem Einfühlungsvermögen des Therapeuten.

„Spiegeln“ oder Paraphrasieren, also mit anderen Worten wiederholen, was der Klient gerade gesagt hat, ist eine oberflächliche Art des Verstehens. Es besteht die Gefahr, daß der Klient den Therapeuten für begriffsstutzig hält oder sich nicht ernst genommen fühlt.

Davon deutlich verschieden ist das empathische Verstehen, wie es Rogers (1980) konzipierte. Hierbei versetzt sich der Therapeut in die Erlebniswelt des Klienten und nimmt diese im Idealfall präziser wahr, als der Klient selbst es vermag. Er sieht zum Beispiel deutlicher, wie Emotionen, Bewertungen, Werte, Ziele und Überzeugungen miteinander zusammenhängen. In Form von Vermutungen teilt er dann dem Klienten mit, was er auf diese Weise verstanden hat. Wenn ihm dies gelingt, werden viele Fragen und direkte Lenkung überflüssig.

Das empathische Verstehen ist nicht-bewertend und akzeptierend. Durch Modellernen kommt der Klient dazu, die eigenen Emotionen und Kognitionen seinerseits mit weniger starken Bewertungen, mit mehr Gelassenheit und Abstand zu sehen. Dies erleichtert Umbewertungen. Es kann bei offensichtlich unangemessenen, stark

negativen Selbstbewertungen auch im Sinne einer paradoxen Intervention wirken.

4.6 Umbewerten durch neue Informationen und Erfahrungen

Umbewertungen erfolgen vor allem durch neue Erfahrungen oder Informationen. In der personenzentrierten Einzeltherapie machen Klienten häufig zum ersten Mal in ihrem Leben die Erfahrung, in tiefer Weise verstanden und akzeptiert zu werden. Dies hat in der Regel deutliche Auswirkungen auf ihr Selbstkonzept, mit vielen günstigen Folgewirkungen. Die Gruppentherapie bietet weitere Vorteile: Hier kann ein Klient die Erfahrung machen, auch von nicht-professionellen Helfern positiv bewertet zu werden; ferner wird er häufig mit einer Vielzahl von Kognitionen konfrontiert, die sich möglicherweise von seinen sehr unterscheiden.

Als unerlässlich für stabile Umbewertungen sehen wir jedoch heute zusätzlich an, daß ein Klient neue Erfahrungen durch verändertes eigenes Handeln macht – ein Standpunkt, den Verhaltenstherapeuten seit langem vertreten. So beenden wir heute keine therapeutische Sitzung, ohne die Frage erörtert zu haben, welchen kleinen Schritt ein Klient als nächstes unternehmen will, um sich zumindest minimal besser zu fühlen. Als Basisfähigkeit zur Bewältigung von Schwierigkeiten verschiedenster Art und zum Erleben eines positiven körperlich-seelischen Gefühls bieten wir jedem Klienten Entspannungsübungen an.

Neue Erfahrungen, die zu Umbewertungen führen, stellen sich auch wirksam durch Vorstellungsbildungen oder Rollenspiele ein. Hier haben wir gute Erfahrungen und Forschungsergebnisse mit Kombinationen aus Gesprächs- und Verhaltenstherapie gewonnen, etwa zum Abbau von Ängsten vor Sterben und Tod (Lohmann, Tausch, Langer & Tausch 1987; Tausch & Tausch 1985), zur Bewältigung einer Trennung vom Partner (Ruwwe & Tausch 1992) oder zum Vergeben von erlittenen seelischen Verletzungen.

5. Hilfen für die Praxis

Ein angemessenes Vorgehen erfordert u. a. vom Psychotherapeuten die Fähigkeit, Emotionen und Kognitionen voneinander zu unter-

scheiden. Wie wir feststellten, ist diese Fähigkeit häufig nicht ausreichend vorhanden. Deshalb entwickelten wir zusammen mit *Schlegel* (1986) Skalen, die ein besseres Wahrnehmen und Diskriminieren von Kognitionen und Emotionen in den Äußerungen von Klienten, aber auch in den Äußerungen von Therapeuten ermöglichen.

Im folgenden geben wir einige Klienten- und auch Therapeutenäußerungen wieder. Der Leser kann sie jeweils auf das Ausmaß von Kognitionen (Gedanken, Einstellungen, wahrgenommene Bedeutungen, Konzepte) einschätzen. Und zwar auf einer Skala von 0 = kein bedeutsames Ausmaß bis 4 = großes, sehr bedeutsames Ausmaß.

In den Anmerkungen² haben wir die durchschnittlichen Einschätzungswerte von jeweils fünf trainierten Beurteilern zum Vergleich angegeben.

Klientenäußerungen

- I. Klient: Ja, ich habe Angst, und ich zittere, und mein Gesicht ist heiß; ich kann kaum atmen, und als ich anfang zu reden, begann ich, mich zu verspannen.
- II. Klient: Ja. Der Schritt wäre für mich zu gewaltig. Und ... obwohl ich das ganz gerne möchte, ich hätte sicher auch Spaß daran, die Leute zu verblüffen. Aber wie gesagt, ist es immer noch die Angst dahinter, daß ich zu dem nicht stehen könnte.
- III. Klient: Ich kann mich nur lieben, wenn ich Erfolg habe.
- IV. Klient: Zur Zeit ist in mir so eine Leere, als wäre ich vom Leben abgeschnitten.
- V. Klient: Ich glaube, daß ich da bei mir Erhebliches ändern kann, wenn ich offener werde und mehr auf die Leute zugehe.
- VI. Klient: Zumindest auf einem Gebiet möchte ich über dem Durchschnitt liegen.
- VII. Klient: Ich schäme mich oft deshalb. Ich klage nicht, ich weine nicht. Die Tränen kommen nicht heraus.
- VIII. Klient: Es macht mir Angst, darüber zu reden, es macht mir überhaupt so vieles Angst.
- IX. Klient: Ja, ich hatte damals viele Freunde.
- X. Klient: Jetzt bin ich so ein bißchen ratlos.

Therapeutenäußerungen

- A. Therapeut: Ich fühle, Sie sind nahe dran zu weinen.
- B. Therapeut: Sie würden also nur dann einen Mann heiraten wollen, wenn er Ihnen einen gewissen Wohlstand bieten könnte. Sein Äußeres ist Ihnen nicht so wichtig. Habe ich Ihre Vorstellungen von einem Idealpartner richtig wiedergegeben?
- C. Therapeut: Und das können Sie ihr schwer geben, diesen Respekt?
- D. Therapeut: Es sieht so aus, als wenn Sie deshalb keine Trennung wollen, weil es dann gegen Ihren Glauben wäre, ist das der Grund?
- E. Therapeut: Sie haben das Gefühl, das ist noch 'ne Sache, die mich so aus dem seelischen Gleichgewicht bringt?
- F. Therapeut: Es ist etwas, das für Sie ziemlich normal ist, Sie haben diese Erfahrung schon vorher gemacht.
- G. Therapeut: Sie können es nicht aushalten, wenn jemand Ihnen etwas Gutes sagt, es ist Ihnen zu peinlich, Sie kriegen einen Schreck.
- H. Therapeut: Aber innerlich sind Sie todeinsam. Das bereitet Ihnen so viele Höllenqualen.
- I. Therapeut: Wieso denken Sie, daß Sie völlig unterlegen und minderwertig sind, wenn Sie in der Situation rot werden und ab und zu stottern?

Anmerkungen

- 1 Wir verwenden synonym klientenzentrierte, personenzentrierte [Psycho]Therapie, Gesprächs[psycho]therapie
- 2 I. K (=Kognition) 0, E (=Emotion) 3,5 II. K 2, E 2,5 III. K 4, E 0,5 IV. K 1, E 3 V. K 3, E 1 VI. K 3, E 1 VII. K 2, E 3 VIII. K 1, E 4 IX. K 2, E 0 X. K 1,5, E 2 A. K 0, E 3 B. K 4, E 1 C. K 2, E 2 D. K 3, E 1,5 E. K 1, E 3 F. K 2, E 1 G. K 2,5, E 2 H. K 2, E 4 I. K 2, E 3.

Literatur

- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beck, A.T. (1981) Kognitive Therapie der Depression. München: Urban und Schwarzenberg.
- Beitel, E. & Kroener, B. (1982) Veränderung des Selbstkonzeptes durch Autogenes Training. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 11, 1-15.
- Bower, G.H. (1981) Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G.H., Gilligan, S.G. & Monteiro, K.P. (1981) Selectivity of learning caused by affective states. *Journal of experimental psychology: General*, 110, 451-473.
- Burns, D. (1983) Angstfrei mit Depressionen umgehen. Pfungstadt: Minotaurus.
- Csikszentmihalyi, M. (1990) Flow. The Psychology of Optimal Experience. New York: Harper & Row.
- Ellis, A. (1977) Die rational-emotive Therapie: Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung: München: Pfeiffer.
- Flammer, A. (1990) Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Hans Huber.
- Gendlin, E.T. (1981) Focusing. Salzburg: Otto Müller.
- Gerl, W. (1982) Kombination von Gesprächspsychotherapie mit Focusing nach E.T. Gendlin. In: Howe, J. (Hrsg.) Integratives Handeln in der Gesprächstherapie. Weinheim: Beltz.
- Graveling R.A. (1980) The modification of hormonal and metabolic effects of mental stress by physical exercise. In: McQuigan, F.J., Sime, W.E. & Wallace, J.M. (eds.) Stress and tension control. New York: Plenum.
- Greist, J.H., Klein, M.H., Eischens, R.R., Faris, J., Gurman, A.S. & Morgan, W.P. (1979) Running as treatment for depression. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 41-54.
- Harper, F.D. (1984) Jogotherapy: jogging as psychotherapy. In: Sachs, M.L. & Buffone, G.W. (Eds.) Running as therapy: An integrated approach. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Höder, J. (1992) Gesprächspsychotherapie. Was sie kann, wie sie wirkt und wem sie hilft. Mannheim: PAL.
- Kostrubala, T. (1976) The joy of running. Philadelphia: Lippincott.
- Lafferty, P., Beutler, L.E. & Crago, M. (1989) Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 1, 76-80.
- Lazarus, R.S. (1982) Thoughts on the Relations between Emotion and Cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- Folkman, S. (1984) Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.
- , Kanner, A.D. & Folkman, S. (1980) Emotions: A Cognitive-Phenomenological Analysis. In: Plutchik, R. & Kellermann, H. (Eds.) Theories of Emotion. Emotion: Theory, Research and Experience (Vol I). New York: Academic Press.
- Lohmann, M., Tausch, A.-M., Langer, I. & Tausch, R. (1987) Die Vorstellung des eigenen Sterbens im entspannten Zustand und personenzentrierte Gespräche. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 59-71.
- Morgan, W.P. (1979) Anxiety reduction following acute physical activity. *Psychiatric Annals*, 9, 36-45.
- Rogers, C.R. (1951) Client-Centered Therapie. Boston: Houghton Mifflin. Deutsch: (o.J.) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt: Fischer.

- , (1959) A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework. In: *Koch, S.* (Ed.) *Psychology: A Study of Science* (Vol III). New York McGraw Hill. Deutsch: (1987) Eine Theorie der Psychotherapie der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen – Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG.
- , (1974) A Therapeutic Interview with Gloria. In: *Burton, A.* (Ed.) *Operational Theories of Personality*. New York: Brunner/Mazel. Deutsch in: *Rogers 1977*.
- , (1975) Client-Centered Psychotherapy. In: *Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Freedman, A.M.*: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Section 3. Baltimore: Williams & Wilkins, 1831-1843. Deutsch in: *Rogers 1977*, 15-52.
- , (1977) Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München: Kindler. Erneut erschienen in Frankfurt: Fischer (J.).
- , (1980) Client-Centered Psychotherapy. In: *Kaplan H.I., Sadock, B.J. & Reedman, A.M.*: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Section 3. Baltimore: Williams & Wilkins, 2153-2168.
- Rotter, J.B.* (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1, 1-28.
- Ruuroe, F. & Tausch, R.* (1992) Klientenzentrierte Gruppengespräche und kognitiv-verhaltenstherapeutische Desensibilisierung bei Klienten nach Trennung vom Partner. Im Manuskript.
- Salovey, P., Birnbaum, D.* (1989) Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of personality and social psychology*, 57, 539-551.
- Schelp, Th. & Kemmler, L.* (1988) Emotion und Psychotherapie. Ein kognitiver Beitrag zur Integration psychotherapeutischer Schulen. Bern: Hans Huber.
- Schlegel, J.* (1986) Eingehen auf Konzepte oder Emotionen: Eine empirische Untersuchung von Psychotherapeuten verschiedener Orientierungen. Unveröff. Diplomarbeit. Universität Hamburg.
- Strack, F., Schwarz, N. & Gschmeidinger, F.* (1985) Happiness and reminiscing: The role of time perspective, affect, and mode of thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1460-1469.
- Tausch, A.-M. & Tausch, R.* (1985) Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet. Reinbek: Rowohlt.
- Tausch, R.* (1988) The Relationship between Emotions and Cognitions. Implications for Therapist Empathy. *Person-centered Review*, 3,3, 277-291.
- , (1990) Psychologische Einsichten zur Bedeutung von Gottesvorstellungen und zur christlichen Botschaft: Verbindungen. In: *Flothkötter, H. & Nacke, B.* (Hrsg.) *Zeichen der Zeit*. Münster: Regensburg, S. 201-229.
- & *Tausch, A.-M.* Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben. Göttingen: Hogrefe.
- Thayer, R.E.* (1989) *The Biopsychology of Mood and Arousal*. Oxford: University Press.

Emotionen in der Gestalttherapie – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß

Hans Peter Dreitzel

1.

Gefühle spielen in der gestalttherapeutischen Praxis eine relativ große Rolle, weil gerade die Gestalttherapie mitentdeckt hat, daß der stimmige Ausdruck eines Gefühls selbst schon eine kathartische Wirkung haben kann. Dabei wird in der Gestalttherapie nicht zwischen Emotionen und Affekten unterschieden. Vielmehr geht es in dieser Sicht einerseits um die spontan im Kontaktprozeß zwischen dem Individuum und seiner Umwelt auftretenden Gefühle und andererseits um emotionale Haltungen, die zu den neurotischen Anteilen des Charakters gehören sowie um Übertragungsgefühle, d. h. unassimilierte Restbestände aus früheren Situationen, die den gegenwärtigen Kontaktprozeß emotional mit einfärben.

Die eigentlichen Gefühle (Emotionen, Affekte) nennt die Gestalttherapie Kontaktgefühle. Sie lassen sich bestimmen als spontane Lagebeurteilungen des menschlichen Organismus zur jeweiligen Situation im Person/Umwelt-Feld. Das heißt, Gefühle enthalten ein kognitives Moment, eine Einschätzung der Situation, die zugleich informiert und motiviert. „Gefühle sind Mittel des Erkennens. Sie sind nicht etwa Denkhindernisse, sondern einzigartig und unersetzlich als Träger von Informationen über den Zustand des Organismus/Umwelt-Feldes; über sie vergewissern wir uns der Angemessenheit unserer Wünsche, darüber, wie die Dinge für uns stehen. Als Erkenntnisse sind sie fehlbar, aber korrigieren lassen sie sich nicht, indem wir sie ausschalten, sondern nur, indem wir probieren, ob sie sich in geordnetere Gefühle überführen lassen, die mit vorsätzlicher Orientierung einhergehen, z. B. „wenn aus der ersten Begeisterung über eine Entdeckung eine festere Überzeugung oder wenn aus geschlechtlichem Begehren Liebe wird“ (Perls, Hefferline, Goodman 1979, 199). Die Gefühle informieren also über das jeweilige Verhältnis von eigener Kraft und Kompetenz, eigenem Bedürfnis

oder Interesse und der Widerständigkeit des begehrten Objekts in der Umwelt. Und sie motivieren entsprechend dieser Information zum Handeln. Dabei ist der informative Gehalt der Gefühle im Verhältnis zu den Möglichkeiten erfahrungsgeleiteter Verstandeseinschätzungen relativ gering, die motivierende Kraft hingegen stark und in vielen Kontaktprozessen unentbehrlich. Diese motivierende Kraft gründet wohl in der Tatsache, daß Gefühle nicht nur ein seelisches, sondern immer auch ein körperliches Geschehen sind: das psychische Erleben wird ausgelöst und begleitet durch körperliche Symptome wie Schweißabsonderung, Wärme- und Kälteempfindungen, Erröten oder Erbleichen, Veränderungen im Atemrhythmus und vor allem einem komplexen, noch wenig erforschtem hormonalen Geschehen (J.-D. Vincent 1990).

2.

In der gestalttherapeutischen Literatur haben die Gefühle zunächst eine weit geringere Betonung erfahren, als es ihrer großen Bedeutung in der gestalttherapeutischen Praxis entsprochen hätte. In seinem ersten Buch „Das Ich, der Hunger und die Aggression“ (Perls 1989), das seine Wende von der Psychoanalyse zur Entwicklung der Gestalttherapie einleitet, interessiert sich Perls vor allem für die „emotionalen Widerstände“, wie er die Angst- und Schamgefühle nennt, denn es sind diese Gefühle, die den Menschen in der für die Erfüllung seiner Bedürfnisse und die Befriedigung seiner Interessen notwendigen Hinwendung zur Umwelt hindern und hemmen.

Schon in dieser Arbeit definiert Perls Angst (als unterschieden von Furcht vor konkreter Bedrohung) schlicht operational als eine Unterbrechung des natürlichen Atemrhythmus bei der steigenden energetischen Erregung, wenn sich die Person der Umwelt zuwendet, um sich zu zeigen oder um sich zu versorgen. Ähnlich behindern die (neurotischen) Scham- und Peinlichkeitsgefühle den Betroffenen durch zu enge Ich-Grenzen an selbstbewußten, kompetenten Kontakten zu anderen Menschen. Diese hemmenden Gefühle sind die Verräter, die „Quislinge“, wie er sie nennt, des Kontaktprozesses zwischen Mensch und Umwelt. Folglich muß ihnen in der Therapie besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Sie sind freilich so unangenehm, daß sie normalerweise durch mannigfache Verhaltensweisen abgewehrt werden. Es geht also zunächst darum,

diese Abwehr zu bearbeiten, um die hemmenden Gefühle überhaupt erst einmal bloßzulegen. Hinter der nun gespürten Angst aber hat sich die für jeden Kontaktprozeß notwendige energetische Erregung aufgestaut, und hinter den nun brennenden Scham- und Peinlichkeitsgefühlen versteckt sich die Lust am Sich-Zeigen und an der Entdeckung des Neuen. *Perls* vertraut hier therapeutisch bereits völlig auf die sogenannte „Selbstregulierung des Organismus/Umwelt-Feldes“, d. h. auf die spontane Selbsttätigkeit der psycho-physischen Einheit „Mensch“ in seinem energetischen Austausch mit der Umwelt. So wird verständlich, daß für ihn die Angst- und Schamgefühle zum zentralen Angelpunkt der Therapie werden: „Die Bewußtmachung (dieser) unerwünschten Gefühle“, schreibt er (*Perls* 1969, 194), „und die Fähigkeit, sie zu ertragen, sind die *conditio sine qua non* für eine erfolgreiche Behandlung; diese Gefühle werden entladen, sobald sie Ich-Funktionen geworden sind. Dieser Vorgang und nicht der Vorgang des Sich-Erinnerns ist die *via regia* zur Gesundheit.“

In „Gestalt-Therapie“, dem 1951 zuerst erschienenen Hauptwerk dieser Therapierichtung (*Perls, Hefferline, Goodman* 1979), spielen die Gefühle bereits eine bedeutend größere Rolle, wenngleich eine theoretisch konsistente Behandlung auch hier noch fehlt. Im ersten Band, „Wiederbelebung des Selbst“, der zahlreiche grundlegende Selbsterfahrungsübungen enthält, geht es immer wieder um die psychische Notwendigkeit eines differenzierten emotionalen Erlebens. Unter dem Stichwort „emotionale Kontrolle“ vertreten die Autoren bereits die Auffassung, daß das „übersozialisierte Individuum“ (*Dennis Wrong*) in modernen Gesellschaften unter einer dermaßen starken Gefühlskontrolle leidet, daß es chronisch demotiviert lebt.

Im zweiten Band von „Gestalt-Therapie“ – „Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung“ – wird dann im Abschnitt „Gefühle“ die Stellung der Emotionen im Gestaltbildungsprozeß näher bestimmt: „In der Abfolge der Gründe und Figuren übernehmen Gefühle die Motivationskraft der Triebe und Bedürfnisse; doch wird die Motivation, jetzt durch den Bezug auf ein Objekt konkretisiert, noch stärker“ (S. 199). Zusätzlich erwähnen die Autoren in diesem Band noch eine andere Art von Gefühlen, die sie „concerns“ nennen, was in der deutschen Fassung mal als „Interesse“ und mal als „Anteilnahme“ übersetzt worden ist. Diese „concerns“ sind diejenigen Gefühle, die in der Phase des „Kontaktvollzugs“ auftreten, etwa

Freude oder Trauer. Damit ist eine Theorie der Gefühle angedeutet, die auf dem Modell des Kontaktprozesses zwischen Individuum und Umwelt aufbaut und die sowohl der unterschiedlichen Qualität des Erlebens verschiedener Gefühle als auch ihrer unterschiedlichen Funktion in Interaktionsprozessen Rechnung trägt.

3.

Diese Theorie ist allerdings erst jetzt vom Verfasser etwas differenzierter ausgearbeitet worden (Dreizel 1992). Perls, Hefferline, Goodman unterscheiden zwischen „Vorkontakt“, „Kontaktanbahnung“, „Kontaktvollzug“ (ich spreche von „Vollem Kontakt“) und „Nachkontakt“ als den vier Phasen des Kontaktprozesses. Im Vorkontakt wird der Mangel im Organismus als Trieb, Bedürfnis oder Interesse gespürt, woraus sich ein jeweilig spezifisches Wünschen und Wollen entwickelt. Im Kontaktieren der zweiten Phase geht es um die Entfaltung der senso-motorischen Fähigkeiten bei der Orientierung in der Umwelt und um die Umgestaltung des Person/Umwelt-Feldes unter Relevanzkriterien im Hinblick auf das motivierende Interesse. Im Vollen Kontakt der dritten Phase geht es um Hingabe an das erreichte Objekt, ein vorübergehendes Verschmelzen von Ich und Du im Loslassen aller absichtsvollen Ich-Funktionen. Der Nachkontakt schließlich erfüllt die Funktionen des Nachwirkenlassens und der (gemeinsamen) Bewertung des Erlebten und Erfahrenen.

Innerhalb dieses idealtypischen Modells haben die Kontaktgefühle ihre je spezifische Stelle und Funktion. Im Vorkontakt können Attraktions- und Aversionsgefühle auftreten: (erotische) Anziehung bei vorhandenem Objekt, Sehnsucht bei abwesendem Objekt, Schreck und Furcht bei bedrohlichem Objekt, Ekel bei unzuträglichem Objekt. In der zweiten Kontaktphase können aggressive Gefühle auftauchen, zu denen auch sexuelle Erregung zählt, weil es um die Umgestaltung eines oft widerständigen Feldes geht, um die Destrukturierung vorgefundener Gestalten und die Beseitigung von Hindernissen. Entsprechend kommt Gestaltungslust auf, beim leichtesten Widerstand aber sogleich Ärger, der sich steigern kann bis in die warme Wut der notwendigen Destruktion des Alten (die oft in Versöhnung endet) oder die kalte Wut der Beseitigung von unumgehbaren Hindernissen (die leicht in Gewalt umschlägt).

Ganz anders die weichen Gefühle des Vollen Kontakts – Liebe und Trauer, Freude und Seligkeit, und auch das für die therapeutische Erfahrung nicht unwichtige Aha-Gefühl einer plötzlichen Klarheit und Einsicht. Auch sie kennen natürlich ganz unterschiedliche Grade der Intensität, aber ihre Steigerung führt nicht zu verstärkter Motorik der Stimme und der Glieder, weil das Ziel schon erreicht ist. In diesen „concerns“ erleben wir uns wie in einem zeitlosen Zustand, in dem angekommen es keiner weiteren Motivation bedarf als allenfalls ein noch tieferes Sich-Hineinversenken und Auskosten. Das gilt selbst noch für die Trauer, dem paradoxen Gefühl eines In-Vollem-Kontakt-Seins mit der Absenz, dem Verlust. Denn auch der Trauer haftet, solange sie als Kontaktgefühl erlebt wird, etwas eigentümlich Tiefes, Unauslotbares an, in dem zu versinken freilich nicht Wonne, sondern Verzweiflung bedeutet. Auch dieses Gefühl ist ein Zustandsgefühl, das den Betroffenen nicht auf etwas zu oder von etwas weg bewegen will, sondern ihn ganz hält in einem zeitlosen Hier und Jetzt.

In den Nachkontaktgefühlen schließlich drückt sich emotional die Bewertung des gerade sich zu Ende neigenden Kontaktprozesses aus: positiv als eine gesunde, freudige Befriedigung über das Erreichte und Erlebte und als Dankbarkeit gegenüber jedwem und allem, was uns bereichert hat, negativ als ein Gefühl von Ohnmacht und Niedergeschlagenheit, wenn unsere Kräfte und Kompetenzen nicht ausgereicht haben, um den Kontaktprozeß zur gewünschten und gewollten Befriedigung zu bringen, oder auch als echtes Schuldgefühl, wenn wir auf dem Wege zu Befriedigung unserer Interessen und Bedürfnisse die Umwelt und darin unsere Mitmenschen auf eine Weise verletzt haben, die in keinem Verhältnis zu unserem ursprünglichen Mangel steht. Gemeint sind hier wiederum weder persönliche Haltungen noch soziale Konventionen: der Stolz eines noch unverbogenen Kindes über das selbst Gebaute oder Entdeckte ist ein spontanes Gefühl, das zum Zeigen und Mit-Teilen motiviert. Dankbarkeit als Gefühl ist eine Unendlichkeit entfernt von den (guten und nützlichen) Konventionen des Sich-Bedankens. „Gratefulness is heaven itself“, wie *William Blake* sagte – ein tiefes Berührtsein, das dem Verschmelzen im Vollen Kontakt ähnlich ist. Das spontane Ohnmachtsgefühl bei einer Niederlage oder einem Scheitern motiviert zu neuen, gegebenenfalls anderen Versuchen und ist nicht zu verwechseln mit der demotivierenden Resignation, einer emotionalen Haltung. Und genuine

Schuldgefühle sind identisch mit dem, was einstmals tätige Reue genannt wurde, dem spontanen Gefühl, wieder gutmachen zu wollen.

Unter den Kontaktgefühlen lassen sich in gestalttherapeutischer Perspektive also fünf Gruppen unterscheiden: die Attraktions- und Aversionsgefühle des Vorkontakts, die aggressiven Gefühle der Kontaktnahme, die Zustandsgefühle des Vollen Kontakts, die den abgelaufenen Kontaktprozeß würdigenden Gefühle und schließlich die hemmenden (Angst- und Scham-) Gefühle. Diesen letzteren kommt in der Therapie eine besondere Bedeutung zu, weil sich in ihnen die Macht der Gesellschaft im Individuum psychisch verankert: In der Erregungsangst wird die individuelle Triebenergie und Ausdruckslust gebremst, in den Scham- und Peinlichkeitsgefühlen wird die Gruppenkohäsion innerpsychisch garantiert. Angstgefühle dieser Art entstehen insbesondere, wenn spontan empfundene Gefühle zu einer expressiven Entladung drängen, die – überhaupt oder in dieser Situation – gesellschaftliche Standards verletzen würde. Für das Verständnis der Scham- und Peinlichkeitsgefühle andererseits ist es von Bedeutung, daß wir uns auch für andere Menschen in dem Maße schämen können, in dem wir uns mit ihnen identifizieren, und daß dementsprechend gewöhnlich alle Beteiligten einer sozialen Situation zusammenstehen, wenn es gilt, eine Peinlichkeit zu überwinden und die durch das „Malheur“ gestörte soziale Ordnung wiederherzustellen.

Neurotische Angstgefühle entstehen, wenn die ursprüngliche Richtung und das ursprüngliche Objekt spezifischer Bedürfnisse verdrängt worden sind und wenn diese Bedürfnisse durch einen starken Stimulus in der Umwelt, z. B. die Präsenz und die Interventionen des Therapeuten, erneut geweckt werden. Die nun aufsteigende Erregung wird automatisch durch Kontraktionen im Brust- und Halsbereich gebremst und als Angst erlebt. Oft wird dieses Erleben seinerseits bereits im Vorfeld chronisch abgewehrt. – Neurotische Scham- und Peinlichkeitsgefühle entstehen aus einer introjizierten Entwertung der sozialen Kompetenzen oder der Körperlichkeit (besonders der Genitalität) oder gar der ganzen Existenz eines Menschen durch zentrale Bezugspersonen. Obwohl es sich bei den Scham- und Peinlichkeitsgefühlen ihrer phänomenologischen Struktur nach um ein und dasselbe Gefühl in verschiedenen Intensitätsgraden handelt, legt das qualitativ stark unterschiedliche Erleben doch nahe, zwischen Sozialscham, Körperscham und Existentialscham zu unterscheiden (Dreitzel 1992). Vor allem die Existen-

tialscham, die zum Bereich der „frühen Störungen“ gehört und oft bei Kindern, die man hat ständig wissen lassen, daß sie unerwünscht sind, auftritt, verlangt ein überaus zartes, supportives therapeutisches Herangehen. Anders als bei der Körperscham etwa ist bei der Existentialscham die Lebenslust, der élan vital selbst, durch permanente Selbstentwertungen so geschwächt, daß ein bloßes „Aushalten“ dieses Gefühls auch in der Therapie als tödliche Bedrohung empfunden wird. In diesen Fällen ist die Entwicklung einer zugleich klaren und sehr supportiven therapeutischen Beziehung, in deren Schutz die verkümmerte Lebenslust tief von innen her wieder belebt werden kann, eine Voraussetzung der allmählichen Erweiterung des Lebensspielraums, der das Ziel aller therapeutischen Arbeit mit den neurotischen Scham- und Peinlichkeitsgefühlen ist.

4.

An der viel diskutierten klassischen *James-Lange*-Hypothese, nach welcher ein Mensch z. B. Furcht empfindet, weil er wegläuft, oder traurig ist, weil er weint, ist aus gestalttherapeutischer Perspektive dies (und nur dies) richtig, daß der motorische Ausdruck der Gefühle eine starke Feedback-Wirkung auf das Erleben hat, wobei zur Motorik Stimme und Geste, Mimik und Körperhaltung gehören. Das bedeutet, daß ein Gefühl nur dann einigermaßen intensiv erlebt werden und also auch nur dann eine starke motivierende Kraft entfalten kann, wenn es auch motorisch ausgedrückt wird. (Allerdings hat *Manfred Clynes* nachgewiesen, daß das Medium der emotionalen Ausdrucksbewegung nicht notwendigerweise der Körper sein muß; z. B. kommt auch ein ästhetisches Medium, wie etwa Musik, in Frage (*Clynes* 1976). In der Therapie wie im Alltagsleben ist freilich der immer vorhandene Körper als Medium des Gefühlsausdrucks naturgemäß stets im Vordergrund. Hinzu kommt, daß diese Ausdrucksbewegungen nicht beziehungslos im Raum stehen; die expressive Seite des Gefühlserlebens ist nicht *l'art pour l'art*, sondern ist stets auf die jeweilige Umwelt bezogen, sie ist Bewegung auf etwas oder jemanden zu oder von etwas oder jemanden weg, und zwar in einem je bestimmten Modus etwa als hart oder weich, zerstörerisch oder beschützend und so fort. Wir fürchten uns nicht, weil wir weglaufen, sondern weil wir vor etwas oder jemandem weglaufen.

Die Genese von Störungen im emotionalen Erleben (und damit in der Orientierungsfähigkeit und in der motivationalen Kraft zumal im Bereich der Beziehungen) ist also weniger im Bereich des Erlebens als im Bereich des Ausdrucks zu suchen. Es ist ontogenetisch wie auch soziokulturell die chronische Entmutigung, das gegenüberlose Leerlaufen oder das direkte oder indirekte Verbot des emotionalen Ausdrucks, was die mehr oder weniger schwere Schädigung des emotionalen Sensoriums bewirkt.

Dabei ist zunächst zu beachten, daß wir in einer Kultur leben, in der der öffentliche Ausdruck von Gefühlen weitgehend tabuiert ist. Diese Kultur verlangt, „cool“ zu sein in allen Lebenslagen außer in den persönlichen Beziehungen zu Hause. Jeder Erziehungsprozeß ist in diesem Sinne auch ein Zivilisierungsprozeß, eine Zähmung ungebärdiger Ausdruckslust im Bereich der Stimme, des Lachens und Weinens und der ganzen Motorik. Dieser von *Norbert Elias* und seiner Schule in der Soziologie vielschichtig beschriebene Prozeß der Zivilisation, in dessen Folge die Scham- und Peinlichkeitschwellen im Bereich des emotionalen Ausdrucks ständig angestiegen sind (*Elias* 1969), hat zunächst bewirkt, daß der Ausdruck von Gefühlen ins Private, ja Intime verbannt worden ist. In der weiteren kulturellen Entwicklung der Moderne ist dem Gefühlsleben dann ein neues Reservat in den visuellen Medien zugewachsen, von wo es als unerreichbares Vorbild heute schon von den ganz Kleinen konsumiert wird. Eine der Folgen dieser Entwicklung ist es, daß gerade aggressive Gefühle heute am stärksten im familiären Privatbereich ausgelebt werden.

Wenn nun ontogenetisch hinzukommt, daß der Ausdruck von spontaner Freude und Bewegungslust oder heftiger Wut oder bitterem Schmerz bei Kindern entmutigt oder einfach verboten wird, dann ist die Gefahr einer emotionalen Desensibilisierung besonders groß. Denn mit der Anlage zu einem stimmigen Gefühlsleben werden Menschen in allen Kulturen geboren; die Fähigkeit, differenziert zu fühlen, gehört zur anthropologischen Ausstattung des Menschen. Aber ähnlich wie unser Sprachvermögen muß diese Fähigkeit durch ein entsprechendes Lernmilieu erst entwickelt und gefördert werden. Gestalttherapie ist auch eine teils nachholende, teils fortführende Schule der Gefühle.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang zu beachten, daß es unmöglich ist, unerwünschte Gefühle zu hemmen, ohne die Fähigkeit, erwünschte Gefühle auszudrücken, mitzubeschädigen. So finden

sich in der Ätiologie depressiver Störungen oft Verbote, Wut und Schmerz auszudrücken, z. B. wenn ein Elternteil vorzeitig stirbt oder die Familie verläßt und nun der verbleibende Rest „tapfer zusammenstehen“ muß. Das emotionale Sensorium ist nicht teilbar. In der depressiven Störung werden dann nicht nur Wut und Schmerz, sondern eben auch Freude und Lust nicht mehr ausdrückbar und darum schließlich auch innerlich nicht mehr erlebbar.

5.

Aus diesen Bemerkungen geht schon hervor, warum die Arbeit an den verschütteten Gefühlen so relativ viel Raum einnimmt in der Gestalttherapie. Jede Hinwendung zur Umwelt, die Überraschung bringt oder die von intensiveren Bedürfnissen angetrieben ist, bedarf der Orientierung sowohl des Handelnden wie seiner Interaktionspartner an ausgedrückten Gefühlen. Hier liegt das größte Defizit unserer Kultur; die emotionale Verödung des öffentlichen Lebens und die Banalisierung und Verfälschung stimmiger Gefühle durch die Medien führen zu einer inneren Desorientierung des Menschen, die sich nicht zuletzt in der Kluft zwischen dem weitgehend vorhandenen Problembewußtsein und dem überwiegend gefühllosen Handeln gegenüber der Umwelt offenbart.

Die Wiederbelebung und Verfeinerung des emotionalen Sensoriums durch aufmerksameres Gewahrsein ist ein zentrales therapeutisches Ziel der Gestalttherapie. Dabei macht sie sich – gerade dann, wenn es um Einzelarbeit vor dem Hintergrund der Gruppe geht – die Tatsache zu Nutze, daß wir ein angeborenes feines Empfinden für die Stimmigkeit oder Authentizität des emotionalen Ausdrucks haben. Da mag es z. B. Diskrepanzen zwischen digitaler und analoger Kommunikation, also in der Regel zwischen dem semantischen Gehalt der Verbalisierung und dem mimetischen Ausdruck des Körpers geben, wie sie die Palo-Alto-Schule als charakteristisch für ein schizophrenogenes Familienmilieu herausgearbeitet hatte. Oder – häufiger – die Menschen sind überhaupt emotional stumm und erstarrt. Oder sie schieben nicht-stimmige Gefühle vor die, um die es eigentlich geht, wie wenn (meist) Frauen ständig in Tränen ausbrechen, wenn die Situation ihre Aggressivität verlangt, oder (meist) Männer sich ärgerlich oder wütend geben, statt ihre Trauer und ihren Schmerz zu spüren. Oder sie offenbaren eine Unfähigkeit zu weinen, die oft pars pro toto für die Unfähigkeit, loszulassen und

sich hinzugeben, steht. Unabhängig vom Medium des Ausdrucks gibt es stets die Möglichkeit, sich vom Authentischen weit zu entfernen, wie bei Krokodilstränen etwa, oder im Ausdruck das zu treffen, was *Manfred Clynes* die „essentielle Form“ eines Gefühls genannt hat (*Clynes 1976*). Je näher ein Gefühlsausdruck an diese offenbar zerebral vorgegebene „essentielle Form“ herankommt, desto eher werden die Mitmenschen in ihrer Rolle als Zuhörer/Zuschauer davon betroffen, ja ergriffen sein. Wie es im Binnenverhältnis von Ausdruck und Erleben einen Feedback-Kreis gibt, so auch im Außenverhältnis von Darsteller und Zuschauer: Die Stimmigkeit eines Gefühlsausdrucks spiegelt sich in den emotionalen Reaktionen der anderen, die wiederum das emotionale Erleben des einen verstärken. Hier liegen die besonderen Möglichkeiten der gestalttherapeutischen Gruppentherapie. Allerdings ist das angeborene Sensorium für die Stimmigkeit eines emotionalen Ausdrucks oft genug getrübt, wenn auch gegenüber dem Gefühlsausdruck anderer meist weniger als gegenüber dem eigenen. Eben deshalb ist die Verfeinerung der emotionalen Empfindsamkeit auch ein besonderes Ziel jeder gestalttherapeutischen Ausbildungstherapie – sie ist im Grunde das wichtigste diagnostische Instrument des Therapeuten.

6.

Nun tauchen freilich die Kontaktgefühle selbst mit geringer Stimmigkeit auch in der therapeutischen Situation so offen nicht gleich auf – meistens haben wir es zunächst mit emotionalen Haltungen und Überschußaffekten zu tun. (Es gibt Ausnahmen: manche schwer narzißtisch gestörten Menschen neigen vor allem am Anfang einer Therapie zu starken Aggressionen, mit denen die drohende Intimität der therapeutischen Beziehung verhindert werden soll; hysterische und Borderline-Patienten können unter Umständen ganz rasch mit starken Gefühlen kommen – aber in diesen Fällen ist doch die Stimmigkeit des Gefühlsausdrucks im Hinblick auf den Zeitpunkt im Kontaktprozeß und auf die Intensität gestört.) Unter Überschußaffekten sind Gefühlsaufladungen zu verstehen, die aus anderen Situationen in das Hier und Jetzt mitgebracht werden, sie sind affektive Überschüsse, die in der Auslösesituation nicht oder nicht ausreichend ausgedrückt werden konnten. So z. B., wenn jemand seinen Ärger auf den Therapeuten oder ein Gruppenmit-

glied (oder sein Dankbarkeitsgefühl, seine Zuneigung, seine Furcht) beim letzten Treffen (noch) nicht ausdrücken konnte und diese Gefühle nun die gegenwärtige Situation beeinträchtigen. (F. Perls sprach hier etwas salopp amerikanisierend von „unfinished business“.) In diesen Fällen muß eine alte Gestalt erst geschlossen werden, bevor eine neue entstehen kann. Therapeutisch wichtiger ist aber natürlich, die Ursache für das Unvollendetbleiben der Gestalt zu entdecken und ins Gewahrsein zu rücken.

Emotionale Haltungen sind Charaktereigenschaften, die der chronischen Abwehr erhöhter Stimuli für verdrängte Handlungsimpulse dienen und in die emotionale Ausdrucksformen und Erlebnislagen mit eingeschmolzen sind. Sie entstehen aus einer Verbindung von Überschußaffekten, die man chronisch nicht los wird, mit Charakterintrojekten aus der Kindheit. Nahezu jeder Mensch hat solche emotionalen Haltungen, die in gestalttherapeutischer Sicht allesamt neurotisch in dem Sinne sind, daß sie den spontanen Fluß der Kontaktprozesse an bestimmten Stellen aufstauen, kanalisieren oder umlenken: „Unter idealen Bedingungen hat das Selbst nicht viel Persönlichkeit“ (Perls, Hefferline, Goodman 1979, II, 219). Bei jedem Menschen verbinden sich die Charakterintrojekte aus seiner Kindheit, die Regeln für den emotionalen Ausdruck aus seinem kulturellen Herkunftsmilieu und die Überschußaffekte aus den unabgeschlossenen Situationen seines Lebens auf je einzigartige und unverwechselbare Weise. Aber es gibt natürlich einige typische emotionale Haltungen, die immer wieder auftauchen, wie neurotische Eifersucht, Resignation, Verächtlichkeit und Verbitterung, aber auch die stets hoffnungsfrohe Fröhlichkeit, besorgte Mütterlichkeit (bei beiden Geschlechtern auch als Helfersyndrom bekannt), Überängstlichkeit und Sentimentalität (vgl. dazu Näheres bei H. P. Dreitzel 1992, 173-181).

In den konkreten Kontaktsituationen sind es diese emotionalen Haltungen, mit denen die Angst- und Schamgefühle abgewehrt werden. Erst wenn sie bearbeitet sind, treten die hemmenden Gefühle offen zutage und können nun selbst ins Gewahrsein gerückt werden. Wenn Perls nun meinte, daß sich damit alsbald diese unangenehmen Gefühle in Ich-Funktionen verwandeln, dann sind diese Ich-Funktionen oft genug einst verbotene Gefühle, die nun endlich und oft mit starken Erinnerungen verbunden ihren Ausdruck finden.

Neben den emotionalen Haltungen und den Angst- und Schamgefühlen sind es oft die aggressiven Gefühle, die in der Gestalttherapie besonders im Vordergrund stehen. Das liegt an der besonderen Stellung, die die aggressiven Ich-Funktionen der Initiative, der Destrukturierung („destruction“) und der Beseitigung („annihilation“) im gestalttheoretischen Modell des Kontaktprozesses einnehmen. Denn in dieser Perspektive ist es ohne ein zugreifendes Herangehen, eine Destrukturierung der vorgefundenen Gestalt und die Beseitigung sich in den Weg stellender Hindernisse unmöglich, daß die Person den Mangel in ihrem psychischen und physischen Organismus durch Aufnahme von Neuem aus der jeweiligen Umwelt stillt. Insofern haben die aggressiven Funktionen im Kontaktprozeß eine positive Bedeutung. Dabei ist die verneinende, ablehnende, Grenzen setzende Funktion ebenso wichtig wie (und oft gestörter als) die bejahende, drauf zugehende, anpackende Seite: beide sind zwei Seiten der gleichen Sache. Hemmung der aggressiven Funktionen ist also oft die Schwierigkeit, sich abzugrenzen, Nein zu sagen, aber auch: Kritik zu äußern, Umgestaltung zu riskieren, sich von Altem zu trennen, Neues zu wagen. Sobald aber die Situation schwer zu beseitigende oder gar bedrohliche Hindernisse enthält oder die vorgefundene Gestalt sich als unerwartet zäh und beharrlich erweist, kommen aggressive Gefühle auf, motiviert und energetisiert sich der Organismus anfangs durch leichten, dann durch starken Ärger, im Extremfall durch die zerstörende Wut oder den vernichtenden Haß. Das alles sind normale Kontaktfunktionen.

In der Therapie aber ist das Problem, daß – kulturbedingt – die aggressiven Gefühle fast immer mehr oder weniger stark gehemmt sind und gerade deshalb oft Gewalt entsteht, wo ein klares Nein oder ein entschiedenes Fordern schon ausgereicht hätten. Bei chronisch gehemmter Aggressivität fehlt schließlich die in Versuch und Irrtum gewonnene Erfahrung mit den eigenen aggressiven Kräften, und führt notorisch zu Fehleinschätzungen der eigenen Kräfte und ihrer Wirkungen. So ist die (meist muskuläre) Paralyse der eigenen Energie regelmäßig verbunden mit der Projektion der eigenen Erregung: je stärker die Aggressionshemmung, desto größer die Katastrophenphantasien, in denen abwechselnd die eigene Kraft, wenn losgelassen, alles in der Umwelt vernichten würde oder einen Gegenschlag auslösen, in dem das eigene Ich ausgelöscht würde. Auf die politische Gefährlichkeit dieser psychischen Verfassung haben *Perls, Hefferline* und *Goodman* bereits 1951 hingewiesen (1980,

Bd. II, im Kapitel „Konflikt und Selbstvergewaltigung“). Es ist nur scheinbar paradox, wenn sich hier erweist, daß die therapeutische Bearbeitung aggressiver Hemmungen zur Befriedigung unserer sozialen Beziehungen beiträgt. Denn wer den kleinen Ärger nicht spürt, gerät um so leichter in Jähzorn; wem das Nein schwer über die Lippen kommt, wird Ressentiments ansammeln, und wem ein Schimpfwort zu gewaltsam ist, der wird leicht von Vernichtungswaffen träumen.

7.

Eine Therapieform, für die die Wiederbelebung der Gefühle einen zentralen Stellenwert besitzt und die – wie ebenfalls die Gestalttherapie – darauf setzt, daß ein therapeutischer Prozeß ein wie immer auch vom Therapeuten angeleiteter Dialog in einer authentischen Ich-Du-Beziehung sein sollte, wird natürlich ein besonderes Augenmerk auf die Emotionalität in der therapeutischen Beziehung haben müssen. Denn in einer solchen Therapieform muß sorgfältig unterschieden werden zwischen Übertragungen und Gegenübertragungen einerseits und angemessenen emotionalen Reaktionen auf den Stand der Beziehung im Hier und Jetzt. Das erfordert ein ungewöhnlich hohes Maß an emotionaler Präsenz und emotionalem Gewahrsein vom Therapeuten. Denn im Grunde läßt sich, was Übertragung ist und was normale emotionale Reaktion wie auch sonst bei Projektionen ist, nur an dem unangemessen starken Affekt ablesen. Um aber zu beurteilen, was unangemessen ist, muß der Therapeut selbst von Gegenübertragungen möglichst frei sein und gleichzeitig weder durch Aggressionen kränkbar noch durch Sympathiebezeugungen verführbar sein – eine Anforderung, der der Therapeut trotz aller Ausbildungstherapie und Supervision nicht immer entsprechen wird. Für den Analytiker, der sich nicht selbst mit ins Spiel bringt, wird es leichter sein, etwas als Übertragung zu deuten und damit auch von sich fernzuhalten; der Gestalttherapeut muß sich fragen, ob der Patient z. B. nicht zu recht genervt ist, wenn sich auch sein Therapeut nun wieder so verhält, wie es schon sein Vater immer getan hatte. Und die Tatsache, daß gegenwartsbezogene Reaktionen und Übertragungselemente oft gemischt sind, trägt nicht dazu bei, die therapeutische Aufgabe einfacher zu machen. Erleichtert wird sie dem Gestalttherapeuten aber dadurch, daß er auf eine reale Beziehung zwischen Therapeut und Klient setzt und

nicht auf eine Übertragungsneurose. Denn damit wird es möglich, das Übertragen als eine psychische Tätigkeit dann, wenn es auftritt, zu bearbeiten, und zwar durch Stärkung der sinnlichen Wahrnehmung des Klienten und durch ein supportives Aushalten seiner Gefühle durch den Therapeuten. Denn so läßt sich nun fragen: was außer der Ähnlichkeit mit deinem Vater siehst du noch an mir, und wie erlebst du mich hier und heute in dieser Stunde? – und dadurch kann der Patient in seinen Wahrnehmungsfähigkeiten und in seinem emotionalen Potential gestärkt werden.

Eine ganz andere Frage ist es, wie sehr der Therapeut sich selbst emotional in die therapeutische Beziehung einbringen soll. Entgegen anders lautenden Vermutungen ist das in der Praxis der Gestalttherapie relativ wenig der Fall. Für den wenig erfahrenen Therapeuten wird das Zurückhalten eigener Aggressionen bei Kränkungen durch den Klienten und gegebenenfalls eigener erotischer Empfindungen im Vordergrund stehen. Eher wird er sich berührt zeigen, wenn er die Geschichte des Klienten gut nachfühlen kann. Allmählich aber wird er lernen, seine Gefühlsäußerungen zu minimisieren, ohne daß sie deshalb an Ausdruckskraft verlieren. Im allgemeinen reicht das Benennen der eigenen Gefühle – wenn die Stimme modulationsfähig genug ist, um den Klienten zu informieren und gleichzeitig genug Raum für seine eigenen Gefühle zu lassen. Denn es ist ja sein psychisches Erleben und nicht das des Therapeuten, das Thema und Vordergrund der ganzen Interaktion ist. Mit der Zeit aber wird der Therapeut sich während der Therapie innerlich ganz frei machen können von eigenen Reaktionen und immer mehr zu einer Leere im Kopf kommen, die das Herz frei macht für reine Empathie: Mitgefühl ist der Eros des Therapeuten. Schließlich gilt gerade in der Gestalttherapie der Grundsatz der „selektiven Authentizität“ (*Ruth Cohn*): Alles was der Therapeut äußert, ganz besonders aber seine Gefühle, muß authentisch sein – aber er braucht nicht alles zu äußern und sollte das auch nicht.

8.

Was dem Beobachter gestalttherapeutischer Arbeiten oft als erstes auffällt, ist der praktische Umgang mit den Gefühlen. Die gestalttherapeutischen Techniken machen sich nämlich oft die Tatsache zunutze, daß das Erleben und der Ausdruck der Gefühle in einem regelkreisartigen Zusammenhang stehen: Bis zu einem bestimmten

Punkt der Sättigung steigern sich Ausdruck und Erleben wechselseitig, und es ist gleichgültig, womit dieser Prozeß begonnen wird. Bei starker Verödung des emotionalen Sensoriums ist es deshalb oft hilfreich, statt mit dem inneren Erleben mit der Ausdrucksbewegung zu beginnen und diese allmählich zu steigern.

Jeder kann im Selbstexperiment nachvollziehen, was passiert, wenn wir die Fäuste ballen und dazu die Arme schütteln und die Luft mit einem starken Laut aus der Kehle stoßen. Oder wenn man die Nase kraust, die Mundwinkel bei leicht geöffnetem Mund nach unten zieht, das Gewahrsein auf die Schluckregion richtet und dabei an faule Fische denkt. Oder wenn man nur mit einiger Aufmerksamkeit eine zarte, streichelnde Handbewegung in der Luft macht. In allen diesen Fällen wird ein Gefühl durch eine Ausdrucksbewegung evoziert, die seiner „essentlichen Form“ nahe kommt. Auf diese Weise kann schließlich auch das innere Erleben wieder belebt werden. Probleme kann es mit Patienten geben, die zu hysterischen Prozessen neigen (wozu auch Borderline-Patienten gehören), wenn der Therapeut ausschließlich die Verstärkung des Gefühlsausdrucks betont. Denn diese Menschen neigen dazu, im Verhältnis zum eigenen Erleben und im Verhältnis zum Geschehen in der Umwelt in ihrem emotionalen Ausdrucksverhalten zu rasch und zu intensiv zu sein. Hier ist es wichtig, daß kein Stadium der allmählichen Intensivierung übersprungen wird und vor allem darauf zu achten, daß jede einzelne Stufe der emotionalen Erregung auch tatsächlich erlebt und vom Gewahrsein getragen werden kann.

Für andere Klienten aber, die – wie depressiv gestörte Menschen – in ihrer emotionalen Erlebensfähigkeit sehr verarmt sind, kann ein künstlich in der Therapie herbeigeführter starker emotionaler Ausdruck oft zu einer befreienden Erfahrung werden. Es müssen dabei aber stets einige Regeln beachtet werden, wenn eine solche Arbeit therapeutisch effektiv sein soll. Wie beim Säugling der erste und kräftigste motorische Ausdruck der der Stimme ist (das Schreien, so heißt es, ist die Gymnastik des Kleinkindes), so muß die Arbeit an der emotionalen Ausdruckshemmung stets mit der Stimme beginnen. Und auch im weiteren muß etwa das Weinen oder der Schlag mit der Faust oder das Aufstampfen mit dem Fuß immer von einem Laut mitgetragen und begleitet werden. Anderenfalls verlieren die Klienten den Kontakt zu sich selbst. Die Stimme ist nicht zuletzt wichtig, weil sie eine kräftige Atmung garantiert, von der die Bewegung getragen sein muß. Schließlich muß der Therapeut darauf

achten, daß der Klient die Augen offen behält, denn sonst verliert er leicht den Kontakt zur Realität und kann sich unter Umständen schnell in ein quasi-psychotisches Erleben hineinsteigern. Dabei ist es hilfreich, wenn das Gefühl nicht eine objektlose Aufwallung ist, sondern einem konkreten Menschen gilt. Die Gestalttherapie hat hier von den Psychodrama-Methoden gelernt: Wenn das Gefühl nicht einem anwesenden Gruppenmitglied oder dem Therapeuten gilt, dann soll der Klient angewiesen werden, sich die Person, um die es geht, vorzustellen, als sei sie anwesend, um sich ihr gegenüber zu artikulieren. Dazu können entsprechende Arrangements hilfreich sein: Die angesprochene Person kann in der Phantasie auf einen eigens dafür zurechtgerückten Stuhl gesetzt werden etc. Ein weiterer Vorteil dieser Technik ist es, daß nach einer Weile manchmal sinnvoll sein kann, den Klienten in die Rolle des Adressaten seiner Gefühle schlüpfen zu lassen, um gegebenenfalls projektive Elemente dabei ins Gewahrsein zu bringen. In der Gestalttherapie wird eine Fülle von Techniken zur Wiederbelebung der Emotionen benutzt, die oft von anderen, körperorientierten Therapieschulen entlehnt wurden und von denen jeder Gestalttherapeut sein eigenes Repertoire hat. Seit in der Gestalttherapie wie in anderen Therapieschulen die sogenannten „frühen Störungen“ stärker in den Blick gerückt sind, werden manche dieser Techniken seltener benutzt, weil es bei diesen Störungen eher auf mehr Orientierung und auf die weicheren Gefühle ankommt. Dennoch geht es auch hier um die gleichen Prinzipien der therapeutischen Arbeit mit Emotionen; was weniger dramatisch aussieht, muß deshalb nicht weniger intensiv erlebbar sein: Ein ruhiger, warmer Blickkontakt, eine sanfte, stille Berührung, ein gemeinsames freudiges Lachen können im Bereich der Zustandsgefühle des Vollen Kontakts mehr erreichen als die dramatischeren Techniken im Umgang mit den aggressiven Gefühlen.

9.

Zur differentialdiagnostischen Bedeutung der Arbeit an den Gefühlen ist oben schon einiges gesagt worden. Grundsätzlich gilt, daß besonders bei Menschen mit „frühen Störungen“ das Vertrauen in eine tragfähige, reale Beziehung zwischen Patient und Therapeut durch absolute Verlässlichkeit des Therapeuten aufgebaut und gestärkt werden muß, wobei Regelmäßigkeit und Stabilität der zeitlichen und räumlichen Arrangements sowie eine warme Aufmerk-

samkeit des Therapeuten aus einer Position, die unverrückbar zwischen zuviel Nähe und zu großer Distanz die Mitte hält, wichtig sind. Da die „frühen Störungen“ sich im Kontaktprozeß zunächst als Vorkontakt-Störungen manifestieren, geht es bei ihnen nicht so sehr um die aggressiven als um die Attraktions- und Aversionsgefühle und vor allem um das genaue Spüren von Körperempfindungen. Die Fragen, die hier im Erleben immer wieder verwirrend offen stehen, lauten: Was ist ICH und was ist NICHT-ICH? Und: Wie weit reicht ICH, wo beginnst DU? Oder: Gibt es im NICHT-ICH ein DU, das nicht tödlich ist, das mich trägt und aufhebt? Schließlich: Bin ich es wert, zu LEBEN und Raum einzunehmen?

Bei der Überwindung der Existentialscham, mit welcher diese letzte Frage chronisch erlebt wird, kann sich eine konzentrierte Atemarbeit als günstig erweisen. Denn alle Bestätigung des Lebenswerts der eigenen Person, die von außen (dem Therapeuten, der Gruppe, dem Partner) kommt, vermag an dem Grundintroyekt „Ich soll nicht existieren“ nichts zu ändern, eben weil sie von außen kommt statt aus dem inneren Erleben. Niemand aber kann für einen anderen atmen, und – nicht einmal der Betroffene selbst könnte ständig bewußt atmen: der Atem kommt und geht von allein, und diese Erfahrung ist eine Erfahrung von geschenktem Leben.

Wenn die Symptomatik der „Frühgestörten“ eher ins Psychotische geht, ist die Arbeit mit starken Gefühlen kontraindiziert. Hier geht es um Annehmen und Verwerfen, um das Treffen von Unterscheidungen zwischen Ich und Nicht-Ich, zwischen Innen und Außen. Ich spüre ein Brennen in der Magengegend: Ich habe Hunger, das bin ICH; ich sehe einen Apfel, das ist draußen, das ist (noch) NICHT-ICH. – Geht die Störung mehr ins Narzißtische, dann liegt eher die Schwierigkeit vor, sich in den Vollen Kontakt fallen zu lassen und wirkliche Begegnung mit dem anderen zu riskieren (vgl. Dreitzel 1988; Müller 1988). Die Heilung narzißtischer Störungen führt über das Akzeptieren, Aushalten und schließlich Genießen eigener positiver Gefühle und fremder Hilfe und Zuwendung. Denn in diesen Zustandsgefühlen ist das Ich emotional im Du getragen, eben nicht: verloren, sondern: aufgehoben. – Für die zwischen diesen beiden Polen schwankenden „Borderline“-Gestörten kommt es darauf an, die emotionale Ambivalenz in Beziehungen erleben und ertragen zu lernen: In jeder dauerhaften Beziehung kommt es zu einer Fülle von unterschiedlichen Kontaktprozessen, die mal befriedigender, mal weniger befriedigend, mal konflikt-

reich, mal übereinstimmend, mal sich streitend, mal sich liebend verlaufen – ohne daß deshalb die Tragfähigkeit und Verlässlichkeit der Beziehung schon in Frage gestellt wäre. Eben dies ist außerhalb der emotionalen Erfahrung des „Borderline“-Gestörten. Wiederum ist also die Stabilität der therapeutischen Beziehung von ausschlaggebender Bedeutung. Aus diesem Grunde kommt die klassische gestalttherapeutische Gruppentherapie, die *F. Perls* erst in seinen letzten zehn Lebensjahren entwickelt hat und die für viele Außenstehende noch immer mit der Gestalttherapie überhaupt identifiziert wird, für diese Patienten kaum in Frage.

Anders bei zwanghaften, hysterischen, psychopathischen und depressiven Erscheinungsbildern – in allen diesen Fällen kommt es darauf an, den Patienten zu einer besseren emotionalen Orientierung (und damit implizit zu einem reicheren emotionalen Erleben überhaupt) zu verhelfen – bei den einen durch Intensivierung des Gefühlserlebens mittels einer Verstärkung der Ausdrucksbewegungen, bei den anderen durch Verfeinerung der Schritte des emotionalen Erlebens im Kontaktprozeß mittels größerer Genauigkeit im Gewahrsein. Diese Ziele lassen sich in der Arbeit vor und mit der Gruppe besonders gut verfolgen, weil die Gruppe eben auch ein emotionaler Resonanzboden ist, der ebenso als Verstärker wie als Instrument zur Eichung für emotionale Regungen dienen kann.

Von der Bedeutung, die die Arbeit an den Aggressionshemmungen in der Gestalttherapie hat, war schon die Rede. Erwähnt werden sollte noch, daß aus gestalttherapeutischer Sicht die Unterdrückung von Aggressionen auch bei der Trauerarbeit eine Rolle spielt. *Anne Clark*, die in den USA als Gestalttherapeutin speziell mit Trauernden arbeitet, hat drei Phasen der Trauerarbeit unterschieden (*Clark* 1982): erstens die Phase von Schock und Rückzug, in der das Kontaktgefühl der Trauer (englisch: „grief“) im Vordergrund steht; zweitens eine Phase des Ärgers; und drittens die Phase des Akzeptierens. Jede dieser drei Phasen kann unvollständig erlebt werden und insofern unabgeschlossen sein. *Anne Clark* aber legt besonderen Wert auf die Feststellung, daß die meisten therapeutischen Probleme im Zusammenhang mit Trauerarbeit aus der Unterdrückung und Verdrängung des Ärgers gegenüber dem Toten entstehen. Und zwar kann dies Ärger sein, der aus früheren, unbedeutenden und nun nicht mehr von Angesicht zu Angesicht klärbaren Situationen stammt. Aber über Tote soll man nichts Schlechtes sagen – jedenfalls nicht in der Trauerzeit. Dann gibt es den Ärger

über die Tatsache, daß der Verstorbene gerade jetzt, wo die Hinterbliebenen Rat und Hilfe brauchen, nicht mehr da ist. Aber auch dieser Ärger kann wegen seiner offenkundigen Irrationalität nicht gut ausgedrückt werden. Und schließlich gibt es die existentielle Wut über die Schicksalhaftigkeit des Sterbens überhaupt, die leicht auf den Toten projiziert wird und dann zu nachträglichen Ressentiments führt. In der therapeutischen Bearbeitung von Verlusterfahrungen ist die Auflösung verdrängter Aggressionen ein wesentlicher Schritt.

Ein letzter Punkt in diesem Zusammenhang, auf den in der Gestalttherapie Wert gelegt wird, ist die Offenlegung von unterdrückten Schuldgefühlen. In der Psychoanalyse, zumal der amerikanischen, hat man zuweilen den Eindruck, als gäbe es überhaupt nur neurotische Schuldgefühle (Lifton 1979). Tatsächlich aber macht sich jeder Mensch im Laufe seines Lebens immer wieder einmal schuldig, und einige laden große Schuld auf sich. Neurotische Schuldgefühle entstehen aus der Verletzung introjizierter, aber nicht assimilierter Verhaltensregeln und Werte. Da diese das Leben, den Fluß der Kontaktprozesse nicht fördern, sondern hemmen, liegt der *élan vitale*, die (heimliche) Lust bei der Verletzung solcher Introjekte nahe, und das führt zu den neurotischen Schuldgefühlen. Diese Gefühle sind keine echten Kontaktgefühle, sondern Gewissensbisse, die eher Zwangsgedanken vergleichbar sind. Echte Schuldgefühle dagegen entstehen aus einer unnötigen, fahrlässigen oder gar absichtsvollen Verletzung, Zerstörung und Vernichtung der Integrität unserer Umwelt, unnötig, weil weit über das Ziel der Bedürfnisbefriedigung hinausgehend, oder weil dieses Ziel auch mit gewaltloseren und überhaupt geringeren Mitteln erreichbar gewesen wäre. Die Schwierigkeit besteht darin, daß dieses Gefühl gern vermieden wird. Dann aber quält es den Betroffenen ständig im Hintergrund aller Kontaktprozesse, statt seine Funktion zu erfüllen, um ihn unverzüglich zur wiedergutmachenden Tat zu motivieren. Denn echtes Schuldgefühl ist tätige Reue, die auch dann Gutes bewirken will, wenn eine Restitution des vorhergehenden Zustands nicht möglich ist. Neurotische Schuldgefühle können therapeutisch nur dadurch überwunden werden, daß der Klient sich mit seiner unbewußten Sabotage an den eigenen neurotischen Introjekten identifiziert – denn dort fließt die Lebensenergie, wenn auch durch die Introjekte in die falsche Richtung gelenkt. Die Introjekte lösen sich dann von allein auf. Echte Schuldgefühle dagegen

müssen ertragen werden; sie verwandeln sich von selbst in eine heilende Aktivität, die nun beschützend und oft auch kreativ ist.

10.

Es ist im Grunde unmöglich, die gestalttherapeutische Arbeit mit Gefühlen in bloßen Worten zu beschreiben. Zuviel hängt hier an averbaler Kommunikation, an Körperprozessen und an Nuancen des mimetischen Ausdrucks. Und dies nicht nur beim Patienten, sondern auch beim Therapeuten: Wie oft vermag ein warmer, ruhiger, beständiger Blick den anderen tiefer zu erreichen als alle Worte, wieviel liegt an der Modulation und Lautstärke der Stimme, wie ausschlaggebend kann eine tröstende Hand auf der Schulter oder bloßes Augenzwinkern sein. Und dabei ist die Arbeit mit den Bewegungen des Körpers und die stille Atemarbeit noch nicht erwähnt. Selbst eine Videokamera, wenn sie von einem Meister dieser Kunst geführt wird, kann hier nur unvollständigen Einblick geben. Denn wie ließe sich filmen, geschweige denn in Worte fassen, was wirklich geschieht, wenn der Therapeut, um den Klienten an einer entscheidenden Stelle zu mehr Unterstützung durch seinen Atem zu verhelfen, selbst tiefer atmet und der Klient, wie es oft geschieht, ohne es zu wissen spiegelbildlich darauf mit einem kräftigeren Atem reagiert? Diese Art von Interventionen lassen sich in keinem Lehrbuch beschreiben, sie müssen in der alten Weise in einem Meister-Schüler-Verhältnis gelehrt werden.

Möglich ist dagegen ein kurzer Bericht über die therapeutische Begegnung mit einem Menschen, der in besonderer Weise unter jener für die Gestalttherapie so wichtigen Hemmung seiner aggressiven Funktionen litt.

Paul, wie ich ihn hier nennen möchte, antwortete auf meine allererste Frage, was ihn zu mir führte, ohne Zögern: „Ich bin gekommen, weil mein Sohn ein Mörder ist.“ Hinter dieser Antwort verbarg sich ein langes Leben voller Angst und Nachgiebigkeit, Unglück und Selbstunterdrückung, mit viel Liebe und wenig Abgrenzung.

Paul war 58 Jahre alt, als er zu mir kam. Die Symptome, unter denen er litt, waren schwere Rückenschmerzen, wegen derer er seit Jahren in Behandlung war, und blutige Träume von Gewalttaten, deren Opfer er beinahe wurde oder in die er schuldhaft verstrickt war, und die ihn in letzter Zeit immer stärker bedrückten. – Paul hat einen unteretzten Körper mit leicht gekrümmtem Rücken (Bioenergetiker hätten seine

Pauls Sehnsucht bleibt „Mutter“ Kirche; nur sie kann ihm seine Schwächen verzeihen, nur in ihrem Schoß findet seine Schwäche („Friedfertigkeit“) Legitimation. Er bekommt schließlich die Erlaubnis zur Katechetenausbildung und ist nach Abschluß dieser Ausbildung bis zu seiner Pensionierung (nach Abschluß der Therapie) als Religionslehrer an der Grundschule tätig. Paul ist außerordentlich beliebt bei seinen Kindern in der Schule. Paul ist aber auch im Gemeinderat und in der Synode aktiv; manchmal darf er auch aushilfsweise in einer Kirche predigen.

In all den Jahren ist Paul auch aktiv in der Ostermarsch-Bewegung, später in der Friedensbewegung. (Pauls Lieblingslektüre im Urlaub sind Bücher über die atomare Bedrohung oder die ökologische Katastrophe.) Gleichzeitig herrscht zu Hause ausschließlich seine Frau, die den ältesten Sohn unter den Augen des Vaters zu ihrem verwöhnten Prinzen erzieht. Es gibt endlose Auseinandersetzungen, bei denen Paul stets den Kürzeren zieht. Oft verläßt er dann das Haus und läuft ziellos durch die Straßen.

„Wie hast du dich gefühlt dabei?“

„Wie eine Bombe, die noch nicht gezündet hat.“

Pauls Frau stirbt nach 21 Ehejahren an einer Spätschwangerschaft. Die Kinder geben dem Vater die Schuld am Tod der Mutter, zu der sie ein engeres Verhältnis hatten als zu ihm, der ihnen nie ein klares Gegenüber war. Sie sind freilich zu diesem Zeitpunkt schon relativ stark verwahrlost. Der Junge fliegt wegen Unterschlagungen aus einer Banklehre und gleitet, trotz vieler Versuche auch des Vaters, allmählich immer mehr ins Kriminelle ab. Die Tochter bekommt früh ein uneheliches Kind und schreibt kurz vor Beginn von Pauls Therapie dem Vater einen endgültigen Abschiedsbrief voller Vorwürfe. – Paul hatte den fast erwachsenen Kindern bald nach dem Tod seiner Frau die Wohnung überlassen (was er als besonders freundlichen Akt empfand) und zog zu einer Kollegin, die er bald darauf heiratete. Diese Frau hat aus erster Ehe ein schwer behindertes, inzwischen erwachsenes Kind zu versorgen, das nun auch zu Pauls Aufgabe wird. Pauls eigener Sohn ist zu lebenslanger Haft verurteilt. Er weigert sich, seinen Vater zu empfangen oder dessen Briefe zu öffnen.

Paul war nicht lange in Therapie, wenig über sechzig Stunden im Verlauf von nicht einmal zwei Jahren. In dieser Zeit sind die Rückenschmerzen fast ganz verschwunden, und die Träume haben sich gewandelt: von blutigen und kafkaesken Gewaltszenen, deren Opfer er ist, über konkretere Gewaltszenen, an denen er vage als Täter beteiligt ist, zu Alpträumen über öffentliche Auftritte (er steht auf der Kanzel, und das Manuskript der Predigt ist weg) bis schließlich zu Szenen, in denen er Angst hat, aber sich behauptet oder durchsetzt. Paul hat in dieser Zeit gelernt, sich zu Hause mit seiner Frau auf produktive Weise zu streiten

und im Gemeinderat eine führende Rolle einzunehmen, zu der es auch gehört, sich in Auseinandersetzungen zu behaupten. Gegen Ende der Therapie berichtet Paul, seine Frau habe gemeint, wenn er so weitermache und immer mehr „seinen Standpunkt behaupte“ (sic), werde er noch alle seine Freunde verlieren – eine typische Katastrophenphantasie bei starken Aggressionshemmungen, die dann auch nicht eingetroffen ist, wie sich aus einem späteren Brief ablesen läßt, in dem Paul die Feier zu seinem 60. Geburtstag beschreibt. Paul ist sich klar darüber, daß er nicht einfach seinem Sohn vergeben kann, ohne sich seinen eigenen Fehlern zu stellen. Er beginnt, immer genauer zwischen seinen echten Schuldgefühlen und seinen neurotischen Schuldgefühlen zu unterscheiden: Einerseits war er ein ausweichender, konturloser und konflikt-scheuer Vater, der seine Unfähigkeit, nein zu sagen, auf seine unbefriedigte Frau projizierte und dem es nicht gelang, der Verwahrlosung seiner Kinder Einhalt zu gebieten, andererseits ist Paul voller kirchlicher Introjekte, ja hat eine typische „ekklesiogene“ Neurose und hat sich nie offen mit der Kirche, die ihm ja auch äußerlich einiges angetan hat, auseinandergesetzt.

Das ist nicht viel angesichts von Pauls Leben und Problematik; es ist viel angesichts der Kürze der Therapie, in der es fast ausschließlich um die Belebung der aggressiven Funktionen auf allen Ebenen ging: muskulär, stimmlich, verbal. Diese Funktionen aber sind nun die Basis, auf der Paul mit seinen Kindern und seiner Kirche, vielleicht auch allein, zu Rande kommen kann. Paul wollte mit der Therapie aufhören, nachdem er während eines längeren Sanatoriumsaufenthalts 20 Kilo abgenommen hatte. Bislang hat er von meinem Angebot, die Therapie wieder aufzunehmen, wenn er sie braucht, keinen Gebrauch gemacht.

11.

Die Gestalttherapie hat von Anfang an die besondere Bedeutung des Gefühlslebens für die therapeutisch angeleiteten Wachstumsprozesse der Patienten klar erkannt. Und sie hat frühzeitig sehr wirksame, den Körper mit einbeziehende Techniken für diese Arbeit entwickelt. Sie hat sich allerdings – wie andere Therapieschulen auch – lange Zeit schwer getan mit der Therapie „früher Störungen“, die nach und nach auch in der ambulanten Praxis immer mehr zugenommen haben. Dabei hatte sie durch ihre Einbeziehung averbaler Techniken gute Möglichkeiten dazu, auch diejenigen therapeutisch zu erreichen, deren Störungen bis in die Zeit vor der Sprachentwicklung zurückreichen. Inzwischen hat sich die Gestalt-

therapie auch in diesem Bereich vielseitig bewährt, nachdem sie sich theoretisch mehr mit der Problematik „früher Störungen“ auseinandergesetzt hat (Yontef 1988; Dreitzel 1988, 1992; Müller 1988; Müller-Ebert; Josefsky 1988; Beaumont 1991).

Inzwischen darf auch die einseitige Betonung jener konfrontativen Techniken, mit denen der späte *Perls* so beeindrucken konnte, als lange überwunden gelten. Noch immer aber fehlt vielen Gestalttherapeuten eine theoretische Durchdringung dessen, was die meisten intuitiv tun – nämlich, in der Arbeit mit Gefühlen eine mittlere Distanz einzuhalten. *Thomas Scheff* hat in einer wichtigen Untersuchung zur kathartischen Wirkung emotionaler Ausdrucksformen die Bedeutung einer mittleren „ästhetischen“ Distanzierung gegenüber der Gefahr einer Über- oder Unterdistanzierung hervorgehoben (*Scheff* 1983). Gegen die Überdistanzierung, das „talking about“, war schon *Perls* heftig zu Felde gezogen. Das Reden über Gefühle statt zu fühlen war in der Gestalttherapie stets und zu Recht als therapeutisch wirkungslos verpönt. Der Gefahr einer Unterdistanzierung ist aber die Praxis der Gestalttherapie nicht immer entgangen – mit der Folge, daß zuweilen hysterische Prozesse eher gefördert als bearbeitet wurden. Die Ursache lag wohl teils in einer Überbewertung psychodramatischer Methoden, teils im nicht immer leicht erkennbaren Gruppendruck in Richtung auf Dramatisierung, und teils auch in einer unzureichenden Kenntnis der Tatsache, daß auch das emotionale Erleben einen heilsamen Effekt nur haben kann, wenn auch der intensiv fühlende und kräftig Gefühle ausdrückende Mensch stets in einer Mitte zentriert bleibt, aus der er zu einem genauen Gewahrsein fähig ist. Zu dieser Kenntnis gehört auch das Wissen darum, daß der Modus des Gefühlsausdrucks minimiert werden kann, ohne an authentischer Kraft zu verlieren: Die kleine, sparsame, im Gewahrsein erfahrene Geste ist oft therapeutisch wirksamer, weil diese Erfahrung leichter assimilierbar ist.

Literatur

- Beaumont, H.*, Identität, Kontakt und Middle-Mode; in: *Gestalttherapie*, 5, 2/1991.
Clynes, M., Sentic – The Touch of Emotions, New York 1976.
Clark, A., Grief und Gestalt-Therapy; in: *Gestalt Journal*, Spring 1982.
Dreitzel, H.P., Reflexive Sinnlichkeit – Mensch, Umwelt, Gestalttherapie, Edition Humanistische Psychologie, Köln 1992.

- , Zur Theorie und Genese narzißtischer Persönlichkeitsfunktionsstörung; in: *Gestalttherapie*, 2, 2/1988.
- Elias, N., *Über den Prozeß der Zivilisation*, 2 Bde., (1939), Frankfurt 1969.
- Lifton, R.J., *The Broken Connection*, New York 1979.
- Müller, B., Zur Theorie der Diagnostik narzißtischer Erlebens- und Verhaltensstrukturen; in: *Gestalttherapie*, 2, 2/1988.
- Müller-Ebert, J., Josefsky, M., Phänomenologische Beschreibung narzißtischer Erlebnis- und Verhaltensstörung – Phasen typischer Therapieverläufe; in: *Gestalttherapie*, 2, 2/1988.
- Perls, F., Hefferline, R.F., Goodman, P., *Gestalt-Therapie (1951)*, Bd. 1, Wiederbelebung des Selbst; Bd. 2, Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung, Stuttgart 1979.
- Scheff, T., *Explosion der Gefühle – Über die kulturelle und therapeutische Bedeutung kathartischen Erlebens*, Weinheim 1983.
- Vincent, J.-D., *Biologie des Begehrens – Wie Gefühle entstehen*, Reinbek 1990.
- Yontef, G., Assimilating Diagnostic and Psychoanalytic Perspectives into Gestalt Therapy; in: *Gestalt Journal*, Spring 1988.

Emotionen in der Körperpsychotherapie – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß

David Boadella

1. Definition

Emotion bedeutet wörtlich genommen „hinausgehen“. *Remotion* (engl.) bedeutet „zurückgehen“ oder „hineingehen“. Wenn wir immer in uns selbst gekehrt sind, erleben andere uns vielleicht als „entrückt“ (remote). Wenn wir andererseits ständig unseren inneren Gefühlszustand ausdrücken, werden wir wahrscheinlich als „emotional“ erlebt. Beide Bewegungsrichtungen, von uns selbst hinaus in die Welt und von der Welt hin zu uns selbst, sind zwei polar zueinander stehende Richtungen der Emotionalität.

Das Hinaus- oder Hineingehen ist keine mechanische Bewegung, sondern eine Erregungsbewegung innerhalb des autonomen Nervensystems, im limbischen System und im bio-energetischen Feld des Körpers.

Die Emotion kann für andere sichtbar sein oder auch nicht. Der sichtbare Ausdruck einer Emotion wird „*Affekt*“ genannt. Wir können auch an Tieren ohne Nervensystem Zeichen einer Erregungsveränderung erkennen, wie z. B. in dem reaktiven Ausströmen oder Zurückströmen von Protoplasma auf anziehende oder abstoßende Stimuli. Der „*Affekt*“ bezieht sich auf körperliche Signale, aus denen wir einiges über den emotionalen Zustand der Person ableiten können. Das „*Gefühl*“ bezieht sich auf die innere Wahrnehmung eines emotionalen Zustandes. Jemand kann deshalb eine Emotion erleben, die der Außenstehende anhand des affektiven Ausdrucks (Mimik, Muskeltonus, Atmung, Stimmlage usw.) als Wut identifiziert, von der Person selbst jedoch durchaus nicht als solche gefühlt wird. Sie hat keinen inneren Kontakt mit der Wut und blockiert sie von ihrer Sinneswahrnehmung.

In der therapeutischen Arbeit kann es deshalb um die Wiederherstellung einer Kommunikation zwischen dem äußeren emotionalen

Ausdruck (Affekt) und dem inneren emotionalen Kontakt (Gefühl) gehen.

2. Geschichtliches

In einem kürzlich erschienenen Artikel (*Boadella* 1990) habe ich die Wurzeln von etwa 50 Körpertherapieschulen skizziert. Die meisten von ihnen, wenn auch nicht alle, leiten sich zumindest teilweise aus der Arbeit von *Wilhelm Reich* (1897-1957) ab.

Als junger Psychoanalytiker in *Freuds* Umkreis arbeitend, entwickelte *Reich* (1933; s. *Boadella* 1973) ein bi-polares Modell von Lust und Angst als den zwei Richtungen des affektiven Flusses (auf die Welt zu, von der Welt weg). Wenn die Bewegung nach außen blockiert wird, führt dies zu dem sekundären Affekt der Wut. Dieses Modell stützte sich auf seine klinischen Beobachtungen der inversen Beziehung zwischen sexueller Befriedigung und Herzangst (*Reich* 1927). Seine charakterologischen Implikationen wurden von *Horney* (1980), einer Kollegin *Reichs* in ihrer psychodynamischen Theorie der drei grundlegenden emotionalen Vektoren zwischen Menschen entwickelt: *auf jemanden zugehen, von jemandem weggehen und gegen jemanden angehen*. *Reich* stützte diese Theorie durch seine bio-elektrischen Experimente zum Hautwiderstand (1937), die die positiven und negativen Ladungsunterschiede auf der Haut bei Lust oder Angst darstellten. Bereits vorher hatte er die gleiche grundlegende Polarität in einfachen biologischen Systemen studiert und sie mit der Antithese zwischen der parasympathischen (trophotropen) und der sympathischen (ergotropen) Innervation im vegetativen Nervensystem verbunden.

Die Körperpsychotherapie wird von mindestens sieben Hauptforschungsrichtungen beeinflusst:

3. Weiterentwicklungen

3.1 Emotion kann auch als neuro-vegetative Ladung verstanden werden, die den Körper auf Aktion und Ausdruck vorbereitet. Die Ladung wird im vegetativen Nervensystem mit seiner bi-polaren Tendenz (Lust und Angst) und den sekundären Polaritäten innerhalb der beiden Äste des vegetativen Systems weitergetragen (*Reich*

1934; Gelhorn 1967; Liss 1987). Die Pulsation der Körperflüssigkeiten und die Verteilung der neuro-vegetativen Energie ist eng mit der Verminderung von aufgetauter Angst verbunden, die umgekehrt gemäß Reich (1927) und Feldenkrais (1948) von der Qualität der orgasmischen Befriedigung abhängt. Die ganze Beziehung zwischen Emotionalität und Sexualität ist komplex und grundlegend. Sie verdient einen gesonderten Artikel.

3.2 Die vegetativen Impulse beziehen sich auf die glatte Muskulatur des inneren Organsystems, besonders der Gedärme, des Herzmuskels und der Muskelspindeln des ganzen Skelettmuskelsystems. Dies erzeugt drei Ergebnisse:

3.2.1. Der Verdauungskanal wird zu einem sensitiven Indikator emotionaler Zustände. Die Bewegungen der Gedärme drücken daher nicht nur Verdauungsrhythmen aus, sondern sind eine *Psycho-Peristaltik* (Boyesen 1985; Setekleiv 1981).

3.2.2. Das Herz wird von emotionalem Streß stark beeinflußt, ebenso wird der ganze Blutkreislauf von unseren Stimmungen auf periphere Expansion oder Kontraktion ausgerichtet (Pierrakos 1987; Lowen 1990). Und auch noch tiefergehend reagiert der ganze organismische Lebenswille (der sich auf dem Immunsystem aufbaut) auf emotionale Zustände.

3.2.3. Die Muskelspindeln erzeugen den Spannungszustand der Skelettmuskeln und damit deren Bereitschaft oder Nichtbereitschaft zur Aktion. Latent beabsichtigte Bewegungen erzeugen Körperhaltungen und Ausdrucksgesten, die emotionale Bedeutungen kommunizieren. Es ist möglich, Absichten aus den Körperhaltungen herauszulesen oder mit Hilfe von Berührungen aus dem Muskeltonus abzuleiten (Bull 1946; Glaser 1990).

3.3 Wenn die emotionale Ladung für eine angemessene Aktion zurückgehalten wird, staut und hält sich die ungenutzte Ladung in Körperhaltungsverspannungen und kann unangemessene Aktionen erzeugen. Wir nennen solche unangemessenen Aktionen *Neurose*. Die Neurose ist daher die Hemmung einer angemessenen Handlung (Laborit 1973).

3.4 Adäquate Handlung impliziert den Kontext der Bedeutung und eine Genauigkeit der Wahrnehmung dessen, was lebensförderlich und lebenseinengend ist. Inadäquate Handlungen können entstehen, weil die Wahrnehmung der Gegenwart von aus der Vergangenheit stammenden emotionalen Einstellungen gestört wird, die durch psychische oder somatische Verhaltensmuster wiederholt werden.

3.5 Somatische Geschichte und persönliche Mythologie: Die Arbeiten *Kelemans* (1979) zum formativen Prozeß und der emotionalen Anatomie gestalteten sich zu einer umfassenden somatischen Phänomenologie, die in einer über 20 Jahre währenden Zusammenarbeit mit *Joseph Campbell* (noch nicht publiziert) und dessen transkulturellen Studien der formenden Kraft des Mythos verbunden wurde.

3.6 Emotionen erzeugen durch ihre Auswirkungen auf Blutdruck, Puls, Atmungs- und Gehirnrhythmen meßbare Feldeffekte. Diese Feldeffekte können von Oszilloskopen (*Hunt* 1978) und mit Hilfe der Elektrophotographie (*Kenyon* 1986) aufgezeichnet werden. Genauso wie spezifische Grundemotionen spezifische organismische Rhythmen oder metabolische Zustände produzieren, lassen sie auch bestimmte spezifische Wellen-Formen entstehen. Denn unter dem Einfluß von starken Emotionen expandiert und kontrahiert nicht nur das Blutkreislaufsystem, sondern auch das Bio-Plasma-Feld des Körpers (*Inyushin* 1973/74; *Oldfield* 1988; *Zohar* 1988; *Sabetti* 1987).

3.7 Forschungen zur funktionalen Embryologie haben die Kenntnisse über somatische, emotionale Muster, die sowohl in der normalen Entwicklung als auch unter neurotischem Streß und in Körperpsychotherapiesitzungen erscheinen, vertieft und erweitert. Die funktionale Embryologie erforscht die organisierenden Formen und Kräfte, die sich in vielen Aspekten menschlichen Verhaltens verbergen. Diese Einsichten sind von zunehmender Bedeutung für die Theorie und Praxis der Hilfe, die wir dem Klienten bei der Veränderung seines psychischen Zustandes und der Modifizierung der physiologischen Verankerung im Körper leisten (*Hartmann* 1950; *Lake* 1966; *Keleman* 1985; *Boadella* 1987; *Bainbridge-Cohen* 1980).

4. Entwicklung: Ursprünge des emotionalen Lebens

Das emotionale Leben hat nach der körperpsychotherapeutischen Theorie eine Geschichte von mehreren Hundertmillionen Jahren. Wenn Emotionalität auch in Beziehung zu Beweglichkeit (Motilität) verstanden wird, können wir Fisch-Bewegungen ausführen und Fisch-Gefühle haben, Reptil-Bewegungen machen und Reptil-Gefühle fühlen, Primaten-Bewegungen erzeugen und Primaten-Gefühle spüren. Neurologen sprechen z. B. von einem „Reptil-Gehirn“, „Säugetier-Gehirn“ usf. Emotionalität entsteht als Teil des Lebens. In Büchern über Tierverhalten wird sie negativ „Reizbarkeit“ genannt.

All dies besteht schon vor unseren ersten neun Monaten im Mutterbauch, es ist in unserer genetischen Geschichte kodiert. Stammesgeschichtliche oder archetypische Bilder, Gefühle, Affekte und Bewegungen liegen unterhalb der emotionalen Schichten, die aufgrund unserer eigenen persönlichen Geschichte von Kindheit an entstehen (Verney, Lake 1981; Grof 1975).

Die prä-natale Psychologie hat uns sehr viele Informationen über unsere fötale Lebensperiode geliefert. Wir haben durch die Beobachtung von Affektsignalen des Fötus und extensiv durch unsere klinische Arbeit mit der tiefen Regression in intra-uterine Zustände viele Beweise für das während der Zeit im Mutterbauch mögliche weite Feld der Emotionalität erhalten. *Wir verstehen den Mutterbauch grundlegend als organisierendes Feld für den formativen Prozeß des Fötus, nicht nur im morphologischen Sinn, sondern auch im psychodynamischen und somatisch-emotionalen Sinn* (Boadella 1987). Die Arbeiten von Mott und Lake weisen auf die Bedeutung der drei ersten Affektströme, den Nabelschnur-Affekt, den kinästhetischen Affekt und den fötalen Hautaffekt hin (Lage 1981; Mott 1952; Boadella 1986).

Beim Nabelschnur-Affekt transportiert der durch die Nabelschnur fließende Blutstrom nicht nur Nahrung und Sauerstoff, sondern auch Hormone, die emotionale Botschaften weiterleiten. Das, was Lake den „positiven mütterlichen Affekt“ und „negativen mütterlichen Affekt“ nennt, wird schon sehr früh dem Fötus zugeleitet. Es ist buchstäblich möglich, nicht nur die eigenen aus bis zu so frühen Perioden wie der uterinen Lebensphase stammenden eigenen Ängste (z. B. Schockreaktionen auf von außen kommende Töne, feindliche Worte, versuchte Abtreibungen oder Kriegstraumata) in den Innervationen der vegetativen Ganglien des Körperzentrums

(Solarplexus-Bereich) zu „tragen“, sondern auch die Ängste der Mutter (z. B. aus chronischen Angstzuständen oder Unsicherheiten, die nicht auf aktuellen äußeren Bedingungen gründen, sondern aus ihrer eigenen früheren Geschichte kommen).

Das Baby kommt also mit einer neun-monatigen emotionalen Geschichte und noch vorausgehende archetypischen Zusammenhängen oder zellularen Erinnerungen (*Chamberlain* 1983) zur Welt. Der Geburtsprozeß selbst verursacht einige der intensivsten emotionalen Erfahrungen unseres ganzen Lebens und ist eines der hauptsächlich formbildenden und den Grundtonus für späteren emotionalen Ausdruck erzeugenden Ereignisse, was auch davon abhängt, ob die Geburtserfahrung durch spätere emotionale Vorkommnisse verstärkt oder bis zu einem gewissen Grade kompensiert wird. Geburt kann eng mit Angst-, Wut- oder Lustgefühlen verbunden sein: Die Art der gefühlten Emotion steht auch in einem klaren Zusammenhang mit den durch die jeweilige Gesellschaft bevorzugten oder abgelehnten Geburtsbedingungen. Dabei entsteht eine Konstellation von assoziierten Emotionen, Bewegungen, Bildern, Erinnerungen und Haltungen, die „grundlegenden perinatalen Matrizen“ (*Grof* 1975). Viele Körperpsychotherapeuten akzeptieren *Grofs* Modell, auch wenn sich ihre therapeutischen Arbeitsmethoden von den speziell von *Grof* angewandten stark unterscheiden.

In der Periode zwischen der körperlichen Geburt und der „psychologischen Geburt des Selbst“ oder der zweiten Geburt (*Mahler et al.* 1975) finden wir das ganze Spektrum der präverbalen motorischen und emotionalen Entwicklung. Es entstehen viele Gefühle und Affekte, die aber noch nicht mit Worten ausgedrückt werden können. An dieser Stelle kann die Körperpsychotherapie eine ganz neue Dimension des Verständnisses von Ursache und Entwicklung unseres emotionalen Lebens eröffnen. Bisher bezogen wir unsere Kenntnis und Information über das emotionale Leben aus drei Hauptquellen.

Die erste ist natürlich die Biographie und unsere Fähigkeit, Gefühle in Worten zu artikulieren und sogar solche, die aus einer wortlosen Zeit stammen, später in Sprache auszudrücken. Wenn wir die Geschichte unseres Lebens oder einige Episoden daraus erzählen, können wir dies mit Hilfe von zwei Arten der Sprache tun: Die *erklärende Sprache* liefert auf eine Art und Weise Informationen, die den Kontakt mit den mit dieser Lebensperiode assoziierten

Emotionen ausschließt oder reduziert; die *erforschende Sprache* fördert dagegen eine Verbindung zwischen den erzählten Fakten und den zu jener Zeit gefühlten Gefühlen (Boadella 1992). Es geht dabei um die Formung emotionaler Kommunikation und die Anwendung persönlicher Erzählungen, durch die der Kontakt mit dem formativen Prozeß des eigenen Lebens und seiner inneren Bedeutung sowie der äußeren Form (Keleman 1987) aufgenommen werden soll.

Zweitens verfügen wir über den sogenannten psychodynamischen Hintergrund und das sogenannte „Objekt-Beziehungsfeld“, also Interpretationen über die grundlegenden Familienkonstellationen, die sich typischerweise in persönlichen Historien wiederholen (Rispoli & Andriello 1988).

Im psychodynamischen Sinne wird Charakter als gefrorene Geschichte, als Internalisierung und Bindung von frühen Beziehungserfahrungen in Form von stereotypen Mustern verstanden. Genauso wie die Emotionalität in der Bi-Polarität des Nervensystems und sogar noch früher in der Ausdehnungs-Zusammenziehungs-Pulsation des Organismus verankert ist, kann auch Charakter bi-polar verstanden werden (Lake 1966; Riemann 1979; Boadella & Smith 1978; Keleman 1985). Entsprechend der Schwere des Stresses, den wir erfahren, reagieren wir vielleicht zuerst mit einem Pol (z. B. herumlaufen, um sich zu wärmen und die Kälte zu vertreiben) und dann vielleicht mit dem anderen, gegensätzlichen Pol (z. B. sich unter einer Decke zusammenrollen). Häufig besteht zwischen beiden Polen eine trans-marginale Schwelle (Pawlov; Lake 1966), auf der eine plötzliche Verhaltensverschiebung ins Gegenseitliche stattfindet. Wir finden diese Verschiebung nicht nur in unserem emotionalen Leben, sondern auf vielen Verhaltensebenen. Sie ist auch unter dem Namen „Verzweiflungstat“ bekannt. Aus dieser Perspektive wurden bereits einige Dynamiken des Swings zwischen Überaktivität und Unteraktivität, Wutreaktion und Angstreaktion oder manischem Ausdruck und depressivem Verhalten erforscht (Liss 1987). Einer der hervorgehobenen menschlichen Neigungen ist der sogenannte „Schizo-Hysterische Swing“ zwischen Rückzug ins Innere oder Flucht ins Äußere (Lake, Fischer 1975; Boadella 1979).

Die dritte Informationsquelle über unser emotionales Leben stammt aus der Beobachtung des affektiven Ausdrucks von Babies. Hier sind vor allem Mahler und ihre Mitarbeiter zu nennen, deren Arbeit jedoch von Stern (1979) kritisiert wurde. Mahler bezog sich auf Einheit und Trennung, während Stern von Erfahrungen aus-

geht, die mit dem Auftauchen von vier verschiedenen Arten des Selbst verbunden sind. Er konzentriert sich auf den formativen (oder deformativen) Effekt, den eine zu geringe oder eine zu große Stimulation des Kindes durch die Eltern hat.

Diese Beobachtungen erinnern an die genaue Erforschung eben dieses Themas durch den englischen Dichter *D.H. Lawrence* (*Boadella* 1955). Die Relevanz des *Lawrenceschen* Herangehens an die Neurose wurde von *Brown* weiterentwickelt, der auf ihnen eine ganze organismische Psychotherapie aufzubauen und dabei einige emotional-energetische Feldauswirkungen zwischen Eltern und Kind oder Therapeut und Klient aufzubauen sucht. Zusammengebracht werden hier zwei Quellen der Information zur menschlichen Entwicklung und 60 Jahre umfangreiche Beobachtung der non-verbalen Sprache des erwachsenen Klienten, die in jeder Therapiesitzung sichtbar wird. Sie kann von allen, die die sensitiven Indikatoren lesen können, verstanden werden. Ein erfahrener Leser der Körperhaltung kann historische Ereignisse daraus ableiten und später seine Hypothesen überprüfen, wenn der Klient mit ihnen in Kontakt gekommen ist und darüber berichten kann. Dies ist besonders wichtig bei der Aufdeckung von möglichen Inzest-Mustern, weil die Natur des Übergriffs Geheimhaltung erzwingt. Die Körpersignale der Fragmentierung, Konfusion und Wertlosigkeit weisen uns jedoch auf diese Hypothese hin.

Natürlich muß diese somatische Hypothese durch die Erforschung der Familiengeschichte bestätigt werden. Die Verantwortung für diese Art der Arbeit ist sehr groß. Auf den Erkenntnissen von *Lake* (1966), *Boadella & Smith* (1978) und *Lowen* (1973) haben *Marcher*, *Jorgensen* und *Bentzen* eine der umfassendsten Charakterologien in der Körperpsychotherapie entwickelt. *Marcher et al.* kennen sieben Entwicklungsstufen, die jeweils wieder zwei polarisierte Unterstufen (früh und spät) haben und viele weitere gegensätzliche Merkmale aufweisen und so das *Pawlor-Lake-Konzept* des trans-marginalen Swings illustrieren. Es geht dabei um folgende sieben Entwicklungsthemen: Existenz, Bedürfnisse, Autonomie, Wille, Liebe & Sexualität, Meinungsbildung und Gruppenidentität & Selbstdarstellung.

Eine etwas einfachere Art und Weise, die Entwicklungsphasen zu überblicken, stellt folgendes Schema dar. Es geht dabei um die Beziehung zwischen:

Hauptentwicklungsperioden

prä- und perinatal: uterine
Periode und die ersten 3 Monate
außerhalb des Mutterbauchs

präverbale Periode: Kleinkind-
alter bis zum Zeitpunkt, da die
Kommunikation der eigene Be-
dürfnisse über die Sprache gut
hergestellt ist

postverbale Periode: Kindheit
nach der psychologischen Ge-
burt des Ich und der Sprach-
etablierung

hauptsächliche Abwehrebene der Persönlichkeit

psychotische Organisations-
ebene

Borderline-Ebene der
Organisation

klassisch-neurotische
Organisationsebene

Bei der Arbeit mit Charakterpathologien ist es sehr wichtig, die gesunden Bedürfnisse und essentiellen Lebensqualitäten, die sich auf jeder Stufe entfalten wollen, im Bewußtsein zu halten und Wege zu entdecken, sie zu nähren und zu besseren Manifestationsformen zu stimulieren. Der *Charakter* kann als das beste Abwehrsystem angesehen werden, das zu der Zeit, als der Angriff oder das Trauma aus der Umgebung heraus stattfand, verfügbar war. Charakter ist eine Art, das, was bedroht wird, sozusagen einzufrieren, bis wir uns sicher sind, daß die alten verhaltensmäßigen Abwehrmuster nicht länger funktional oder notwendig sind. *Levine* (1990) erforscht seit 20 Jahren (gemeinsam mit *Marcher*) die Physiologie und Psychodynamik von Schockzuständen und ihrer Behandlung. Er unterscheidet ganz klar Schock-Traumata von Entwicklungs-Traumata und schlägt für diese beiden Arten der Bedrohung sehr verschiedene therapeutische Strategien vor.

5. Die Bedeutung der Emotion in der Körperpsychotherapie

Die Emotionalität bildet den Kern unserer Lebendigkeit. Wir können drei grundlegende Arten unterscheiden, in denen Menschen mit ihren Emotionen umgehen:

5.1 Emotionalität wird gefürchtet, unterdrückt und verleugnet, ihr wird mißtraut. Dies erzeugt einen Zustand, den ich „Rückzug“ (Remotion) nenne. Er treibt die Menschen in die Distanzierung und gefühllose Intellektualität. Er weist viele Merkmale auf, die mit der schizoiden Persönlichkeitsabwehr verbunden sind.

5.2 Emotionalität wird im Dienste der Abwehr angewandt. Hier drückt jemand sehr schnell und leicht Emotionen aus (starker Affektstrom), jedoch mit der Neigung, sie auf Kosten anderer auszua-gieren. Dazu gehören panische Angstattacken, manipulative Wut, gelernte Hilflosigkeit und Zusammenbrüche auslösendes Schreien sowie die verführerische Anwendung von Wohlbefinden und Lust gemeinsam mit Zuständen manischer Erregung oder defensivem Lachen. Kollektiv gesehen konstituieren sie das, was als reaktiv-emotionale Zustände (Flucht vor sich selbst) betrachtet werden kann, die viele gemeinsame Merkmale mit der hysterischen Persönlichkeitsabwehr (unter hoher Ladung) oder mit symbiotischer Abwehr (unter niedriger Ladung) haben.

5.3 Emotionalität kann uns jedoch auch mit unserem Herzen verbinden und den Kontakt mit uns selbst und anderen vertiefen. Die Lebendigkeit des Gefühls stellt etwas Verbindendes dar und bringt einen Menschen in emotionalen Kontakt. *Reich* (1935) unterscheidet ganz klar zwischen „psychischem Kontakt“, der auf einer klaren Kommunikation zwischen Innen und Außen und zwischen den verschiedenen Aspekten der Person beruht, und „Ersatzkontakt“, der sich auf Vermeidung, Verleugnung und Verschiebung gründet.

Natürlich kann emotionaler Kontakt nicht so einfach in einem klinischen Artikel beschrieben werden, denn dies braucht eine Gefühlssprache, wie sie in der Dichtung, der Musik, der Kunst oder im sensitiven Dialog angewandt wird, um das Herz des anderen zu berühren.

In der Psychotherapie, wie ich sie verstehe, geht es um die prinzipielle Aufgabe, einen Menschen aus den Verwicklungen in die beiden oben erwähnten polarisierten Zustände zu befreien und ihm dabei zu helfen, sich in klaren Kontakt mit sich selbst und anderen zu bringen. Ein Schlüsselprozeß in dieser Kontakt-Wiederverbindung ist das, was Reich „vegetative Identifikation“ genannt hat, d. h. die Fähigkeit, im eigenen Organismus den Lebenskampf, die emotionalen Zustände und latenten Möglichkeiten des anderen zu spüren. Das bedeutet Empathie und Mitfühlen. Die therapeutischen Implikationen der vegetativen Identifikation wurden von Neidhöfer (1991) zusammengefaßt und im Detail in den Schriften von Keleman über die „somatische Resonanz“ dargestellt (1986).

Die Polarität zwischen sich zu sehr festhaltenden Menschen (over-contained), bei denen emotionale Entspannungs- und Entladungsbearbeitung sehr hilfreich bei der Wiederherstellung eines gewissen Grades von Lebendigkeit ist, und Menschen, die sich zu wenig halten (under-contained) können, die zu leicht mit Emotionen wegfließen und daher Grenzen, Containment und Hilfe zu einer besseren Kommunikation mit ihren emotionalen Zuständen brauchen, wurde in der Körperpsychotherapie in vielen verschiedenen Formen unabhängig voneinander entwickelt

Keleman unterschied die Konzepte der Katharsis und des formativen Prozesses. Bei der Katharsis geht es um die Abreaktion von Affekten in Relation zu vergangenen Traumata. Das formative Prinzip bezieht sich auf den Organisationsprozeß, darauf, wie wir unsere Bedürfnisse, unsere Gefühle und unser Leben formen (Keleman 1987). Von Boyesen wurde ein Konzept der Harmonisierung von Emotionen entwickelt, das auf der psycho-peristaltischen Funktion der Eingeweide, die als emotionale Regulatoren angesehen werden, die der Ausbalancierung und dem „Verdauen“ von emotionalem Streß dienen. Isaacs entwickelte das Modell der niedrigen emotionalen Ladungsarbeit, die er „Kernstrom“ (core flow) nennt, und Davis (1984) sein Konzept des „instroke“, auf dem eine eher expressive Gefühlsarbeit aufbaut. Die Polarität von Festhalten und Loslassen ist auch grundlegend für die Biosynthese, die in den letzten 20 Jahren entwickelt wurde (Boadella 1989).

Die Verbindung der Gefühle mit dem Herzen ist ein Kernpunkt in der Arbeit von Pierrakos, der die feine Anatomie des Energiefeldes des Körpers aus medizinischer und psycho-energetischer Perspektive erforscht hat (1987). Die dänische Schule des psychischen Zen-

trierens arbeitet sehr stark mit diesen Prinzipien (Moore 1992; Bertelsen 1984; Gamborg 1990; Zohar 1988).

6. Die Schichtung von Emotionen

Reich (1945), Pierrakos (1987) und Boadella (1987) unterscheiden drei Ebenen der Emotionalität. Es sind existentielle Ebenen, die drei Kontaktebenen mit dem eigenen Selbst reflektieren. In der tertiären Schicht, die Pierrakos „die Maske“ nennt, sind wir hauptsächlich mit der Charakterabwehr und den Ersatzkontaktbildungen (s. o.) konfrontiert. In der sekundären Schicht treffen wir auf reaktive Emotionen, die hauptsächlich Schmerz, Unwohlsein, Unglück, Wut, Angst und andere Affekte ausdrücken. Destruktivität oder Reaktionen darauf scheinen für diese Schicht zentral. In der primären Schicht geht es um Zustände der Lust, der Freude, Gefühle der Einheit und Kreativität. Es gibt kein Gefühl der inneren Spaltung oder Gegensätzlichkeit. In der therapeutischen Arbeit gibt es also zwei mögliche Brücken, die es zu überschreiten gilt: Die erste Brücke ist die von der tertiären Schicht der Maske zur sekundären destruktiven Schicht der unterdrückten, sogenannten „negativen“ Gefühle. Wir wollen hier dem Klienten helfen, mit seiner unterdrückten Wut, Angst, Trauer usf. Kontakt aufzunehmen und diese mit dem Ursprung zu verbinden und angemessen Wege des Ausdrucks, der Kanalisierung oder Assimilierung und Verdauung dieser Erfahrungen und der damit verbundenen Affekte zu finden. Die zweite Brücke besteht zwischen diesen reaktiven Emotionen und den primären Schichten, wo die Erneuerung der Hoffnung, die Entdeckung latenter Potentiale und die Aktualisierung eines Gefühls „primären Wohlbefindens“ (Boyesen 1985) beheimatet sind.

Diese beiden Übergänge (Transitionen) erfordern zwei Arten der Strategie: Bei der ersten muß die enge, angespannte Organisation der Abwehrschichten der Maske aufgelockert und so eine Desorganisation der normalen neurotischen Strukturen ausgelöst werden (Keleman 1985). Der zweite Übergang braucht die Stimulierung und Herstellung einer neuen Art der Reorganisation, durch die die Person mit ihren primären organismischen Rhythmen und dem organischen Fluß des Lebens wieder verbunden werden kann.

Wegen dem, was Freud „Wiederholungszwang“ nannte, also der menschlichen Neigung, am Bekannten, auch wenn es schmerzhaft

ist, festzuhalten, anstatt das Unbekannte zu riskieren, kann es zu beträchtlichen Investitionen in die reaktiven Muster der zweiten Schicht kommen. Diese werden dann als Abwehr, wenn auch aktiv und mobilisiert, gegen die Möglichkeiten der Zentrierung benutzt, die in den tieferen Schichten der primären Persönlichkeit gefunden werden können. Dieses Dreischichtenmodell der persönlichen Organisation ist natürlich nur grob. Innerhalb dieser drei Schichten gibt es eine komplexe Vielschichtigkeit. Z. B. gibt es auf der dritten Ebene polare Abwehrmuster, die als Abwehrstrategien gegen den emotionalen Ausdruck miteinander wetteifern (z. B. intellektuelle Abwehr vs. mystische Abwehr). Auf der zweiten Schicht können verschiedene Unterschichten negativer Affekte ineinander verschachtelt sein, z. B., Angst wird über Wut geschichtet oder Wut über Angst (*Kelley 1979*). Wenn wir somato-psychisch arbeiten, können wir erwarten, eine ganze Reihe von Schichten, die mit denen in der Archäologie oder Geologie gefundenen verglichen werden können, zu entdecken, wobei sich jede auf eine bestimmte Form der persönlichen emotionalen Geschichte bezieht.

Seit *Reich (1942)* ist wohlbekannt, daß emotionale Erinnerungen auch in den Geweben abgelagert werden. *Boyesen & Boyesen* zeigen, wie die oben beschriebene psycho-dynamische Schichtung auf den verschiedenen Ebenen der Körpergewebe innerhalb einer Körperregion repräsentiert und reflektiert wird. Die *Boyesens* haben deshalb eine differenzierte Reihe von Massageformen entwickelt, die in diesen verschiedenen Körperschichten arbeiten: im Energiefeld, auf der Hautoberfläche, im subkutanen Gewebe, an den Muskeln; andere arbeiten weitergehend auch mit den Energien der Knochen (*Boyesen, E. 1977; Gvirtzman 1990; Southwell 1987*).

Zusätzlich zu den grundlegenden vegetativen Affekten der Lust, der Wut, der Angst und der Trauer mit ihren spezifischen und individuellen Gefühlslagen gibt es eine ganze Anzahl von Emotionen, die von *Lowen und Pierrakos (1973)* konzeptuelle Emotionen genannt werden: Scham, Schuld, Eifersucht, Haß, Sorge u. a., bei denen eine vegetative Komponente mit einem bestimmten Glaubenssystem oder einer Konzeptbildung verbunden ist. Diese konzeptuellen Emotionen erfordern eine genaue Durcharbeitung der assoziierten primären Skripte, von denen sie genährt werden. Es ist tatsächlich eine offene Frage, ob die Unterscheidung zwischen vegetativen und konzeptuellen Emotionen angemessen ist, denn es kann argumentiert werden, daß jede menschliche Emotionalität

beim Erwachsenen eine erlernte konzeptuelle Komponente enthält. Spätere Glaubenssätze können präkonzeptuelle emotionale Reaktionen stützen. Hier sind die Arbeiten von *Paul Boyesen* zur psychoorganischen Analyse, bei der die symbolische Bedeutung der emotionalen Muster im Körper mit Hilfe der Sprache genau durchgearbeitet wird, besonders bedeutsam (*Boyesen, P. & Huber 1991*).

7. Emotionalität in der therapeutischen Beziehung

Die Körperpsychotherapie teilt mit den klassischen Psychodynamiken das Modell von Übertragung und Gegenübertragung als wertvollen diagnostischen und klinischen Themen.

Weil die körperpsychotherapeutische Arbeit häufig auch Berührung und Körperkontakt mit dem Patienten (*Brown 1984*) mit sich bringt, können die Übertragungs- und Gegenübertragungs-Reaktionen sehr stark, aber auch sehr deutlich sein. In Ergänzung der normalen psychodynamischen Faktoren der Übertragung (auf dem Wege der Sprache, von Gesten und Körperhaltung) eröffnet die gegenseitige Verbindung von Klient und Therapeut über die Berührung (*Marcher*) ein zusätzliches umfangreiches Feld für Verständnis oder Mißverständnis. Das Konzept der Berührungselemente (*Boadella 1989; Brauer 1991*) liefert uns eine reichhaltige somatische Sprache, mit der Gefühlsnuancen übermittelt werden können, die ansonsten nur schwierig in die Linearität der gesprochenen Sprache zu übersetzen ist.

Psychotherapeuten, die ohne Berührung arbeiten und Angst vor ihr haben, projizieren oft sehr stark auf Kollegen, die Berührung anwenden. Besonders zwei Ängste werden geäußert. Erstens, daß die Berührung die Beziehung sofort erotisiert, entweder beim Klienten oder beim Therapeuten oder bei beiden. Die Gefahr verführerischen Kontaktes in der Therapie gilt jedoch nicht nur für die Körperpsychotherapie. Vielleicht wird in der Körperpsychotherapie das Risiko, Übertragung oder Gegenübertragung unkontrolliert auszuagieren, nur genauer und intensiver beschrieben (*Wink-Hilton 1987; Southwell 1991*).

Ein Therapeut, der die Zwillingsängste von Überstimulierung und erstarrendem Rückzug vermeiden kann, kann einem Klienten/einer Klientin, die in der ödipalen Periode oder sogar noch früher lernte, ihrer Sexualität zu mißtrauen, sehr helfen. Empfeh-

enswert zur positiven Arbeit mit der Erotik sind die Forschungen von *Lewis* (1987).

Die zweite Angst vor der Berührung in der Übertragungsbeziehung ist die vor einer ungesunden symbiotischen Bindung an den Therapeuten. Die Körperpsychotherapie hat ein umfassendes und differenziertes *Modell der Bindungsstile* entwickelt, das uns hilft, kritisch und mit Aufmerksamkeit die Natur der organismischen Interaktion zwischen Therapeut und Klient zu betrachten. Das Energiefeld-Modell von *Brown* wurde bereits erwähnt (*Brown* 1984). *Keleman* ging mit einer Beschreibung von vier Ebenen somatischer Resonanz, die er *Bindungsstile* (1986) nannte, voran, die von *Aalberse* (1991) weiterentwickelt wurden. Ein Klient wird auf verschiedenen Entwicklungsstufen eine Reaktion des Therapeuten brauchen, die ihn auf der Ebene, auf der er sich gerade befindet, berührt und unterstützt oder ihn herausfordert, auf die nächste Ebene zu gehen.

Die verschiedenen Möglichkeiten des Therapeuten erfordern von ihm/ihr eine hohe intuitive Kapazität und Fähigkeit zur vegetativen Identifikation sowie eine gute Wahrnehmung des entwicklungsmäßigen Wachstumsspektrums.

Psychodynamische Theoretiker schreiben oft so, als seien Übertragung und Gegenübertragung nur gestörte Reaktionsmuster auf die Familienhistorie des Klienten und zeigten nur dessen Charakterdynamiken. *Davis* (1990) erinnert uns daran, daß *Freud* von „*genuiner Übertragung*“ sprach und daß ein großer Teil des Kontaktflusses zwischen Therapeut und Klient tatsächlich ein gesundes Wiederbeeltern (re-parenting) oder auch Wiederverbinden (re-bonding) ist und nichts mit Pathologie zu tun hat.

Dieses ganze Feld zwischen Therapeut und Klient kann als primäres therapeutisches Werkzeug dienen. *Downing* (1992) zeigte, wie somatische Hinweise des Klienten oder des eigenen Körpers auf eine Art und Weise in die Arbeit integriert werden können, die das klassische Verständnis der Übertragung, und hier besonders die projektive Identifikation, aufklärt. Weitere Forschungen und Bereicherungen finden sich im Konzept des „*dreaming-up*“ von *Mindell* (1989) und bei *Goodbread* (1992).

Boadella entwickelte das Modell der Kontakt-Kanäle (1986), die die verschiedenen Arten menschlicher Kommunikation im therapeutischen Setting verständlich machen. Es werden vor allem vier Arten unterschieden: Kontakt durch Klang (inkl. Sprache, aber auch paralinguistische Signale durch die Stimme unabhängig vom Inhalt

des Gesagten); Kontakt über die Augen (ein äußerst reiches Informations- und Ausdrucksfeld); Kontakt durch Berührung mit den Händen und Kontakt der Beine und Füße mit dem Boden (oder dem Körper des Therapeuten als Übergangsboden).

Bei jedem dieser vier Kontaktkanäle bestehen umfangreiche Möglichkeiten, eine gesunde somatische Resonanz und einen progressiven Bindungsstil herzustellen oder etwas über die Störung der somatischen Resonanz und die Neigung des Klienten zu erfahren, familiäre Bindungsstile wiederherzustellen, die die Familiensituation erhellen.

8. Therapeutisches Management von Emotionalität

Das von *Boadella* (1986) entwickelte und von *Liss* (1989) vertiefte embryologische Modell ist in der einen oder anderen Form von vielen Körperpsychotherapieschulen angenommen worden. Es postuliert drei fundamentale Therapiemodi, die mit den drei organisierenden Systemen des Körpers verbunden sind, die ihrerseits in der formativen embryo-dynamischen Geschichte des Körpers ihre Wurzeln haben (*Cassius* 1980).

Der erste Modus wird „Zentrieren“ genannt. Hier geht es um die Wiederherstellung der Balance von emotionalen Polaritäten des Körpers mit Hilfe von spezifischer und detaillierter Arbeit an der Beziehung zwischen emotionaler Ladung und Atemmuster. Schon 1934 war bekannt, daß jede neurotische Unterdrückung sich physiologisch in dysfunktionalen Atemmustern verankert (*Reich* 1935). Dies wurde durch spätere Forschungen bestätigt (*Christiansen* 1975; *Timmins* 1992). Es ging deshalb darum, dem Klienten zu einem vollen Ausatemungsfluß zu verhelfen, um Gefühle freizusetzen. Es handelt sich dabei nicht um das Erlernen von Atemtechniken oder die Auflagerung von neuen Atemmustern auf die alten. Wenn dies geschieht, wie bei (östlichen oder westlichen) Formen meditativer Atmung oder erlernter therapeutischer Atmung, ist der Effekt oft kontra-therapeutisch. Es geht vielmehr darum, durch genaue Arbeit den gehemmten, eingeengten oder unnatürlich reduzierten Ausatem des Klienten zu befreien, oft durch atmungsspezifische Formen der Berührung. Später verstand man, den Pionierarbeiten von *Johnsen* (1975) in Oslo folgend, daß die Einatmung zumindest gleich wichtig ist. Es ist in einem geschriebenen Artikel schwierig, die

Unterschiede in den Berührungstilen darzustellen, die eine Hilfestellung zum Kontakt mit den mangelhaften Elementen der Einatmung (Inspiration, sowohl wörtlich als auch symbolisch genommen) beschreiben, sie gehören jedoch zur Standardausbildung einer jeden verantwortungsbewußten Körperpsychotherapie. Atemarbeit, wie sie etwa von *Middendorf* entwickelt wurde, kann eine Psychotherapie ergänzen, ist jedoch kein Ersatz für die hier beschriebene integrierte emotionale Atemarbeit. Wenn die Atmung in Beziehung zur Berührung oder zu empfindungsfähig gewordener Berührung (s. o.) ausgeglichen ist, können spontane Veränderungen im Gewebsdruck der bio-elektrischen Ladung und der Aktivität der glatten Muskulatur im Verdauungskanal stattfinden. Therapeuten, die mit einem Stethoskop arbeiten, um sich auf die Rhythmen des Verdauungskanals einzustimmen, bekommen allmählich ein Gefühl für die somatische Sprache der Psycho-Peristaltik (*Boyesen* 1985) und können dies zusätzlich zu den anderen somatischen Signalen, die der Klient einbringt, als Maß des Fortschritts ihrer Arbeit anwenden.

Der zweite therapeutische Modus im embryologischen Modell wird „*Erdung*“ (grounding) genannt. Hier soll eine Ausgeglichenheit im Muskeltonus wiederhergestellt werden. Der Muskeltonus neigt zu einem von zwei Extremen, hypertonisch oder hypotonisch. Bei hypertonischen Muskeln wird der Therapeut/die Therapeutin spannungsreduzierend Berührung oder Streß-Übungen (*Lowen & Lowen* 1977) als Weg der Spannungsabfuhr aus überangespannten Muskeln und zur Erweichung der Muskelpanzerung (*Reich* 1937) vorschlagen. Andere Therapeuten betonen, den Arbeiten von *Johnsen* (1975) folgend, eher die Verbesserung des Tonus in hypotonischen Muskeln, wozu es einer üblicherweise gegensätzlichen Strategie bedarf. Eine sanftere Arbeit, die sich auf dynamische tibetische Yogabewegungen („*Kum Nye*“ = Integration des Körpers) stützt und hauptsächlich von *Tulku* (1978) in den Westen gebracht wurde, kann hier sehr hilfreich sein.

Von *Blechsmidt*, einem deutschen Embryologen, wurde das Konzept der *embryo-dynamischen Felder* entwickelt. Er zeigte, daß polare Kräfte als formbildende (formative) Spannungen auf die reifenden Gewebe während der fötalen Entwicklung einwirken. Hieraus extrapoliert wurde von *Boadella* das *Modell der motorischen Felder* in der menschlichen Entwicklung auf die therapeutische Interaktion übertragen (1987). Der Therapeut fördert gemäß dieser

motorischen Felder spontan erscheinende Bewegungssequenzen des Klienten, die den Muskeltonus auf eine höhere oder niedrigere Ebene hin ausbalancieren können. Zu diesen motorischen Feldern gehören grundlegende Kraftentwicklungsmuster wie Drücken und Ziehen, Strecken und Beugen, Drehen und Geradeausrichten, Aktivieren und Ruhen. Diese Bewegungen stehen auch im Zusammenhang mit der auflockernden Arbeit in der funktionalen Osteopathie, den bewegungsfreisetzenden Übungen des funktionellen Entspannungsansatzes von *Feldenkrais* (1948) und Teilen des Raum-Zeit-Kraft-Fluß-Modells von *Laban* (1988).

Zu jeder Bewegung der Skelettmuskeln gehört ein in den Muskelspindeln latent vorhandenes Bereitschaftspotential. Das Gamma-Nerven-System ist der somatische Boden der Intentionalität. Die Verbindung zwischen den motorischen Mustern von Intentionalität und Emotionalität wird durch das vegetative Nervensystem geschaffen, dessen Verzweigungen mit allen Muskelspindeln kommunizieren. Es ist deshalb keine reine Metaphorik, wenn wir davon sprechen, daß sich ein Muskel wütend, ängstlich oder aufgeregt fühlt. Es ist ein buchstäbliches Statement des autonom-motorischen Zustandes des Gamma-Muskeltonus im Körper. Diese für die Therapie bedeutsame Physiologie wird von *Juhane* (1987) und *Glaser* (1990) eingehend beschrieben.

Die dritte aus dem embryologischen Modell abgeleitete Vorgehensweise nenne ich „*Anschauen und Gegenüberstellen*“ (facing). Beim Facing geht es hauptsächlich um die emotionale Kommunikation mit Hilfe des Augenkontaktes, der Sprache und des Gefühlstonus der inneren Bilderwelt.

Wir können zwei Arten von Sprache unterscheiden: die erklärende und die erforschende. Die erklärende Sprache vermittelt Informationen auf eine Art und Weise, die den Affekt abflacht. Der sprachliche Ausdruck steht im Dienste der Abwehr des Klienten/der Klientin. Dies kann in einigen Formen psychoanalytischer Arbeit zur Falle werden, wenn der Therapeut dem Klienten nicht dazu verhelfen kann, seine Sprache mit dem Gefühl zu verbinden und so in den erforschenden Modus zu gelangen. *Erforschende* Sprache verbindet einen Menschen mit den eigenen Gefühlen, erweckt frische Vitalität in den Geweben und erzeugt eine klarere Kommunikation. Der Prozeß, die eigene Sprache zu verkörpern, so daß sie die zentralen Themen des persönlichen Lebens reflektiert, beinhaltet, formt und entwickelt, ist zentral für die Arbeiten von *Keleman* (1987). Die therapeutische

Anwendung erforschender Sprache bringt uns der Dichtung, dem Mythos, dem Drama und der Musik näher, weniger der Konzeptualisierung oder analytischen Interpretation (Speyer 1989).

Ebenso wie wir in der Bewegung Muster der Intentionalität (Absicht) entdecken können, finden wir auch in der Sprache ein paralleles Spektrum von Vektor-Feldern, die sich eher darauf stützen, wie sie in der zwischenmenschlichen Kommunikation angewandt werden, als auf den Inhalt dessen, was gesagt wird (Boadella 1974). Diese Sprachfelder können gefühlt werden und wir können mit ihnen arbeiten, um einen Klienten aus einem zu sehr restriktiven Feld herauszuhelfen und ihm eine ausgedehntere Benutzung seiner Sprache zu erlauben.

Zum Facing gehört auch die Erdung (Verwurzelung) von inneren Bildern in den Körper. Hier hat *Stattman*, aus vielen Quellen schöpfend, umfassend gearbeitet. Da viele Menschen, die leicht innere Bilder erzeugen, die Neigung haben, sich selbst von ihrem Körper zu distanzieren und ihre Vorstellungskraft im Dienste der Abwehr zu nutzen (Goldenberg 1969), ist es sehr wichtig, systematisch daran zu arbeiten, das Bild (das häufig mit anderen Orten, anderen Zeiten und anderen Bewußtseinszuständen zu tun hat) mit den gegenwärtigen Realitäten, der gegenwärtigen Lebenszeit, des Lebensortes und der aktuellen Verkörperung des Klienten zu verbinden.

Wehowsky (1992) kommentiert in seiner Arbeit ausführlich das Thema von „Bilderwelt/Vorstellungswelt & Erdung“. *Kurtz* (1983) erforscht die Anwendung von differenzierten Sprachsonden, um durch sie eine größere Bewußtheit innerer Gefühlszustände zu ermöglichen.

Ein früher Pionier auf diesem Gebiet, der erkannte, wie groß die Kraft der Bilder und der Vorstellungswelt ist, wenn sie organisch gehandhabt wird und so die Wachstumskräfte im Körper stimuliert, war der australische Psychotherapeut *Kent* (1969).

9. Psychosomatische Zustände und Emotionalität

Eine der Wurzeln des gerade beschriebenen embryologischen Modells ist die dynamische Morphologie von *Hartmann*, der den Ausdruck des erwachsenen Organismus aufgrund des in der formativen Periode des Embryo angelegten dreiteiligen Prinzips (endo, meso, ekto) untersuchte. Dieses Prinzip ist von großer Bedeutung,

wenn wir verstehen wollen, wie Streß, mentaler Schock und emotionales Ungleichgewicht Muster der Nichtgesundheit auslösen. Hier wurden von *Reich* (1942) und *Wolfe* (1942) die Grundlagen für eine funktionale Medizin gelegt, die im Gegensatz zu einer mechanistischen, somatopsychischen Medizin steht.

Wenn wir das aus der segmentalen Organisation der Wirbelsäule abgeleitete Prinzip der sieben primären Segmente des Körpers anwenden, sehen wir, wie emotionaler Streß energetisch in einem Segment auf Kosten von anderen abgelagert werden kann (z. B. Kopfschmerz-Syndrome, Hochdruck mit Hitze in Verbindung mit kalten anämischen Flüssen). Das segmentale Modell psychosomatischer Krankheiten wurde von einer ganzen Generation organomischer Ärzte (*Baker*, *Goldenberg*) weiterentwickelt und grundlegend von *Navarro* (1984) sowie im Detail von *Dew* (1988) beschrieben. *Keleman* (1985) lieferte uns ergänzend ein Modell der Röhrensysteme des Körpers, ihrer expressiven Bedeutung, somatischen Geschichte und ihrer interagierenden Kanäle und Muster, die eine umfassende persönliche emotionale Anatomie bilden. Die dreiteilige Organisation des Gehirns in Hülle, Rand und Matrix wurde von *Yakovlev* (1975) dargestellt, der hiervon ausgehend drei Bewegungsarten entwickelte, die er Endokinese, Mesokinese und Telekinese nennt. Bei Störungen können drei „*Aktionshemmungen*“ (*Laborit* 1973) und drei Muster emotionaler Blockierung oder „*Panzerung*“, die viszerale Panzerung (Eingeweide-Panzer), die muskuläre Panzerung und die cerebrale Panzerung (Gehirn-Panzerung), entstehen (*Boadella* 1986).

Bei allen drei Formen wird die Emotionalität somatisiert und nicht sozialisiert. Die hier anzuwendende therapeutische Arbeit, die eventuell unter Leitung eines Arztes oder alternativen medizinischen Spezialisten ausgeführt werden sollte, sollte spezifische Prozesse beinhalten, die dazu führen, daß die emotionalen Energien in eine bessere innere und äußere Kommunikation eingeleitet werden.

Ein gutes Beispiel eines psychosomatischen Musters der Eingeweidepanzerung ist die geschwürige Kolitis, die häufig nach innen gewandte und im Gedärm festgehaltene Wut (vor allem aus den Beinen zurückgezogene Wut) ausdrückt (differentielle Betonung des Eingeweide-Endoderms auf Kosten der mesodermalen Gewebe der Beine).

Die Psychosomatik von Asthma wurde von *Faleide* (1975) dargestellt. Ich war persönlich sehr berührt von dem gehäuften Auftreten

von Asthma bei Klienten, die unter der diktatorischen Junta in Argentinien in einem Umfeld hoher Angst aufgewachsen waren. Asthma kann als Konversion der normalen expressiven Funktion der Arme (mesodermal) in die Lungen (endodermal) gesehen werden. Die dominante Emotion war die Angst, die Arme auszustrecken, denn die Erfahrung damit war immer unbefriedigend gewesen. Hier war besonders die Arbeit mit den motorischen Feldern an den Armen (s. Kap. 8) bei der Wiederaufdeckung der vergrabenen Affekte wichtig.

Die Psychosomatik einiger Krebsarten (Reich 1948; Boadella 1973) bezieht sich auf extreme Resignationszustände und einen Rückzug der bioenergetischen Ladung aus den peripheren Geweben ins Innere der Zellen, was zu einer primären Atmungsstörung (Warburg 1968) und einer Schwächung des Immunsystems führt. Büntig (1977), Lowen und Pierrakos (1970) berichten hierzu über exzellente Ergebnisse bei der Resozialisierung der somatischen Internalisation.

Das klassische Muster der Muskelpanzerung wurde zuerst von Reich (1937) beschrieben. Das ständige Festhalten hoher Energien im motorischen System kann sich auf die Gelenke und das Blutkreislaufsystem ausdehnen und schließlich zu rheumatischen Störungen, vaskulärer Hypertension und Herzanfällen führen. Reich hat die Beziehung zwischen der Abwehr von Sexualität und Herzangstgefühlen sehr klar herausgearbeitet (1927). Dies wurde von neueren Forschungen zur Psychosomatik des Herzens (Lowen 1990) weiterentwickelt. Die Gehirnpanzerung kann sich in Migräne oder anderen Kopfschmerzsyndromen (Grand 1980) äußern. Das Konzept des cephalischen Schocks (Lewis 1975) und die Möglichkeit, mit Hilfe von differenzierter Berührung des Kopfes den cerebrospondinalen Fluß auszubalancieren, wie es von cranialen Osteopathen (Allen 1989) entwickelt wurde, wird hier bedeutsam. Krens (1989) führt derzeit ein Forschungsprojekt zu den emotionalen Aspekten der multiplen Sklerose aus, das bereits ermutigende Ergebnisse in Theorie und Praxis zeigt. Tiefere Zustände der Gehirnpanzerung können mit psychotischen Neigungen zusammenhängen (Boadella 1979; Goldenberg 1969).

Bei der Arbeit mit Psychosomatikern sollten Verallgemeinerungen tunlichst vermieden werden. Es ist sehr wichtig, den Prozeß des Klienten mit seiner spezifischen persönlichen Geschichte, seinem emotionalen Management und seiner somatischen Ablagerung von

Streß zu verbinden und Schritt für Schritt die möglichen Kanäle für die Umwandlung des somatischen Prozesses herauszufinden, was zu einer Veränderung der Lebensmuster und der Charakterhaltung führen wird, die der Klient akzeptieren muß, um seine Krankheit überwinden zu können.

10. Fallstudie

Die folgende Fallstudie ist meinem Buch „Biosynthese-Therapie“ (Boadella 1989) entnommen. Sie soll einige der von mir dargestellten Prinzipien illustrieren.

Zu einer dreitägigen ambulanten Therapiegruppe, die ich in Tokyo leitete, kam eine junge Frau Mitte Zwanzig: Der Veranstalter der Gruppe kannte sich etwas in ihrer Geschichte aus und hatte aufgrund ihrer anscheinend schweren Störung große Bedenken, sie in die Gruppe aufzunehmen. In der Tat hatte sie sich bei einem Selbstmordversuch einige Tage zuvor die Pulsader am rechten Handgelenk aufgeschnitten. Ihre Lebenssituation erschien chaotisch: Sie war stark in eine religiöse Sekte mit ego-schwächenden Praktiken, die ihr bereits schwaches Ego noch mehr unterminierten, eingebunden. Um ihren Schmerz zu verdrängen, trank und rauchte sie stark. Am ersten Tag der Gruppenarbeit bot sie folgendes Bild: Ihre Atmung war extrem flach, fast nicht mehr wahrnehmbar. Diese flache Atmung erkannte ich als kennzeichnend für einen präpsycho-tischen Zustand. Meine Vermutung verstärkte sich angesichts ihres schwer gestörten Augenkontaktes, der auffallend verschwommen und vernebelt wirkte. Sie vermied es, jemanden direkt anzuschauen, und richtete ihren Blick hauptsächlich zu Boden. Sie reagierte nicht auf Berührung, so daß man sich nur über den Handkontakt, der auf für einen schweren Hypotonus bezeichnende Art und Weise schlaff und leblos war, ein ungefähres Bild von ihrem Muskeltonus machen konnte. Sie konnte nur mit schwacher Stimme sprechen, und was sie sagte, war verworren.

Es wurde gedolmetscht, was üblich ist, wenn ich im Ausland arbeite. Der Dolmetscher war ausgezeichnet. Ich kam mit ihm gut aus, und die Schwierigkeiten mit der Stimme der Frau hatten nichts damit zu tun, daß sie japanisch sprach und ich englisch.

Wir redeten etwas über den Zustand der Verwirrtheit und der Verzweiflung, der ein paar Tage zuvor zu dem Selbstmordversuch

geführt hatte. Die Sprache hatte erklärenden Charakter ohne jegliche Emotion.

Am Ende dieser ersten Interaktion am ersten Tag der Gruppe wurde mir klar, daß sie sich in einem äußerst gestaltlosen Zustand schweren Rückzugs (unbounded state) befand. Ich machte mir weniger Sorgen darüber, daß ihr Zustand in der Gruppe schlechter werden könnte, als darüber, daß unsere Möglichkeiten in einer so kurzen Zeit nicht ausreichen würden, um sie von ihren suizidalen Gefühlen Abstand gewinnen zu lassen. Sie stellte somit ein Risiko dar, und ich bat um ein Gespräch mit den japanischen Veranstaltern der Gruppe, um meiner Sorge Ausdruck verleihen und fragen zu können, ob es Einrichtungen gäbe, die Menschen helfen, wenn sie sich in einem Zustand schwerer Verwirrung befinden.

In einem weiteren Gespräch am ersten Tag sprach die Frau nur sehr wenig über ihre Situation, äußerte jedoch, daß ihre Hände warm seien. Die erste Kontaktbrücke war somit zögerlich geschlagen. Aus solchen Fäden lassen sich Teppiche der Veränderung knüpfen.

Am zweiten Tag kam sie aus eigener Initiative am Anfang der Sitzung zu mir, um über die letzte Nacht zu sprechen. Das war ein Schritt heraus aus ihrem Rückzug. In der Nacht sei ihr klar geworden, daß sie das Gefühl gehabt hatte, ihr Freund könne sterben. Das brachte sie mit einer älteren Angst in Verbindung, ihr Vater könne sterben. Sie konnte jetzt ihre Angst eingestehen, was am Tag vorher noch nicht möglich gewesen war.

Sie bekam nun Raum in einer Vierergruppe, wo sie weiterhin ihre Gefühle im Zusammenhang mit ihrer Angst vor dem Tod erforschen konnte. Nach circa zehn Minuten sagte sie, sie fühle sich nun wieder normaler. Sie wolle jetzt nicht mehr sprechen. Sie wolle lieber einige körperbelebende Bewegungen ausführen, die ich vorgestellt hatte. Diese Bewegungen sollten das Gefühl der Verbindung zwischen den Armen und dem Rumpf verbessern und eigneten sich deshalb sehr gut für sie. Sie stand und lockerte ihre Arme etwas, während ein anderes Gruppenmitglied das gleiche tat. Plötzlich hatten beide direkten Augenkontakt. Sie hatte ihr Ausweichen aufgegeben. Als sie nun auf das Leben in den Augen des anderen Menschen traf, erlebte sie intensive Angst. Ihre Beine brachen zusammen, sie fiel zu Boden und schrie heftig. Spasmische Zuckungen setzten sein. Die japanische Kultur neigt nicht zum Gefühlsausdruck. Patienten in psychiatrischen Kliniken werden, sobald sie ihre

innere Bedrängnis nach außen zeigen, unter Beruhigungsmittel gesetzt. Solche „Anfälle“ sind für die anderen zu verunsichernd.

In der nächsten halben Stunde bestand die therapeutische Aufgabe darin, die enormen sich befreienden Energien einzugrenzen, aber nicht zu unterdrücken. Wir bildeten einen Kreis um sie, damit sie einerseits den befreienden Bewegungen ihres Körpers freien Lauf lassen konnte, sich andererseits aber auch in Sicherheit und Begrenzung befand. Ein Mutterleibsraum für die Geburt neuer Energie. Sie schrie lange, und wir konnten eine Zeitlang nicht mit ihr sprechen. Augenkontakt war nicht möglich, und so faßte ich sie an den Händen. Sie waren warm. Ich verstärkte so den Kontaktfaden, der am Tag vorher geknüpft worden war. Ihre Schreie ließen daraufhin allmählich nach. Sie atmete zunehmend tiefer und entspannter und sagte dann: „Ich will nicht sehen.“

Wir verdeckten ihre Augen mit ihren und unseren Händen und unterstützen damit ihr Recht auf Abgrenzung und ihren Selbstschutz. Bald danach konnte sie hinter ihren geschlossenen Augen das dunkle Wasser eines Flusses sehen, in dem ihr Vater zu ertrinken schien. Sie berichtete darüber. Die Mittagspause rückte näher. Ich bot ihr an, hier weiterzuforschen oder langsam wieder zurückzukommen und Mittag zu essen. Sie sagte: „Ich glaube, ich bin jetzt bereit zu sehen und werde zu Mittag essen.“

Sie öffnete ihre Augen, richtete sich auf und sah die anderen an, ohne zu regredieren oder auszuweichen. Ihre Stimme war heller. Ich zeigte ihr bestimmte Ich-aufbauende Übungen, die ihre Angst verringern sollten. Sie war sehr interessiert. Der erste Abwehrmechanismus, den ich ihr verschrieb, war das „palming“, eine bekannte Bates-Übung zur Entspannung der Augen. Dabei werden einfach die Hände über die Augen gehalten. Zweitens die Embryostellung, wobei der Kopf auf dem Boden ruht. Sie bedeutet Eingrenzung und eine Steigerung der Körperwärme. Drittens sollte sie mit dem Rücken zur Wand sitzen, die Beine anwinkeln und leichten Druck nach unten und hinten beim Einatmen ausüben, eine Atmung, die aus Panikzuständen heraushilft. Viertens suchten und fanden wir gemeinsam eine Kontaktperson, an die sie sich im Notfall wenden konnte, und fünftens schlug ich ihr vor, ihre Ängste, aber auch ihre Freude zu malen.

Diese Lebensschritte sollten ihr zu besserem Kontakt mit sich selbst verhelfen. Während der restlichen Gruppenzeit war sie viel

entspannter und half sogar anderen, die an sich arbeiteten. Am Ende konnte sie sich auch recht herzlich verabschieden.

Ich sah sie nach sechs Monaten in einer anderen Gruppe wieder. Sie hatte sich erstaunlich verändert und begrüßte mich herzlich und ungeniert. Sie sprach sogar etwas englisch. Ihre Augen waren warm und kontaktvoll, ihr Muskeltonus nicht länger schlaff. Sie hatte das Rauchen und Trinken aufgegeben und ihre religiöse Sekte verlassen. Dann nahm sie aus einer Mappe etwa 30 große und sehr lebendige Bilder heraus, die ihre Familienmitglieder und sie selbst in den unterschiedlichsten Stimmungen zeigten: „Das ist mein Vater, als ich Kind war und er glücklich aussah. Und das bin ich, als ich mich tot und verzweifelt fühlte. Und das ist mein Glück im Sonnenlicht.“

In dieser Gruppe fiel sie keineswegs als besonders gestört auf. Sie hatte ihre schizophrene Episode ohne jegliche Drogen durchlebt und gemeistert. Nun arbeitete sie am Zorn gegenüber ihrer Mutter. Sie drückte ihn deutlich und angemessen aus und integrierte dabei ihren Augenausdruck, ihre Stimme und ihre Bewegungen. Tatsächlich drückte sie sich deutlicher aus, als alle anderen in der Gruppe.

In dieser Krisenbewältigung waren die Prinzipien der Pulsation und der Konzentration auf den Ausdruck wichtig und nicht die Tiefenanalyse der Inhalte. Es ging um die emotionale Befreiung als Brücke zwischen quasi-schizophrenem Rückzug und Verbesserung der Ich-Stärke durch den Ausdruck von Gefühlsinhalten und deren Kanalisierung und um die Verankerung des Gruppenerlebnisses im täglichen Leben. Dadurch konnte sie ihre Krise besser überstehen. Ihr Name war Satchiko, was, wie sie mir sagte „glückliches Kind“ bedeutet.

11. Kritische Reflektionen

Zu jedem System gehört die Gefahr, daß es monolithisch wird. Eine der Stärken der Körperpsychotherapie ist ihre Unterschiedlichkeit und das von ihr entwickelte Spektrum an Verhaltensmodellen und Veränderungsstrategien. Dabei kann es natürlich zu einigen kritischen Stellungnahmen zwischen Subsystemen führen, die möglicherweise darauf beruhen, daß in einem anderen System etwas Spezielles fehlt. Das eröffnet entweder die Möglichkeit der destruktiven Herabsetzung des anderen oder des kreativen Dialogs in

Richtung auf gegenseitiges Verständnis und korrekatives Feed-Back. Der kreative Dialog hat in den letzten Jahren zur Bildung der *Europäischen Gesellschaft für Körperpsychotherapie* geführt, die Raum für den Dialog, die Debatte und die Fortbildung zwischen den Schulen einräumt (Maul 1992).

Einer der wichtigsten Prozesse, der Verhärtungen, doktrinären Tendenzen und Absolutismus vorbeugt, ist der der Polarität. Er ist aus der Biosynthese-Ausbildung für Körperpsychotherapeuten (Boadella 1988) nicht wegzudenken. Jeder Therapeut wird gebeten, seine grundlegenden Glaubenssysteme aufzulisten. Was sollte ein Therapeut/eine Therapeutin in der Arbeit mit den Klienten wissen, sehen oder tun? Was ist wichtig? Danach werden die Studenten gebeten, gegensätzliche Prinzipien aufzustellen und klinische Beispiele zu finden, wo diese den zuerst genannten entgegenstehenden Prinzipien tatsächlich angemessener wären. Damit soll eine kritische Distanz im Therapeuten errichtet werden, die immer beide Prinzipien im Auge behält und den Studenten sich immer wieder die Frage stellen läßt, welches Prinzip für einen gegebenen Klienten zu einer gegebenen Zeit und unter gegebenen Umständen richtig ist. Die Anwendung dieses Prozesses ist nirgendwo wichtiger als beim fundamentalen Gegensatz zwischen den Bedürfnissen von Ich-starken und Ich-schwachen Klienten, bei den gegensätzlichen Strategien für klassische Neurosen und Borderlinern und bei der Anwendung dieser gegensätzlichen Strategien bei Klienten mit Charakterstrukturen, bei denen sowohl die klassisch neurotischen als auch die latenten Borderline-Schichtungen gleichzeitig nebeneinander existieren. Ohne dieses Verständnis laufen wir Gefahr, eine sehr gute Methode auf die falsche Art zu einem falschen Zeitpunkt bei der falschen Person anzuwenden. Mit diesem Verständnis ist die Körperpsychotherapie nach 60 Entwicklungsjahren (1932-1992) schließlich erwachsen geworden.

Copyright David Boadella 1992

Copyright der Übersetzung Bernhard Maul, Berlin 1992

Literatur

- Aalberse, M., Oneness and Duality and Unity, Marlock, G. (Hrsg.), Collected Papers of Unitive Body Psychotherapy, Bd. 2, Frankfurt 1991.
- Allen, M., A descriptive study of Allenwork: uses of a heightened state of consciousness in energy-body work, Menlo Park 1989.
- Bainbridge-Cohen, B., Research papers of the School for Body-Mind Centering, USA 1980.
- Bertelsen, J., Energi og Bevidsthed, Kopenhagen 1984.
- Boadella, D., A person and his experience, Energy & Character, Bd. 5, Weymouth 1974.
- , Biosintesi, Rom 1986.
- , Biosynthese Therapie, Oldenburg 1989.
- , Das Netz ist nicht das Meer, Braunschweig 1986.
- , Dynamic Morphology, Bericht vom 8. Kongreß für bioenergetische Analyse, Ysermonde (Belgien) 1986.
- , Befreite Lebensenergie, München 1991.
- , Somatische Psychotherapie: ihre Wurzeln und Traditionen, Energie & Charakter, Bd. 21, Nr. 1, Berlin 1990.
- , The Charge of Consciousness, Weymouth 1979.
- , The Spiral Flame: a study in the meaning of D.H. Lawrence, Nottingham 1955.
- , Unterrichtsmaterialien für die Biosynthese-Ausbildung, Zürich und Berlin 1990.
- , Wilhelm Reich: Leben und Werk, Fischer, Frankfurt 1986.
- , Worte, Körper und Übertragung, Rede auf dem 3. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Körperpsychotherapie in Lindau, Energie & Charakter, Bd. 22, Nr. 4, Berlin 1991.
- & D. Smith, Maps of Character, Weymouth 1978.
- Boyesen, E., The Essence of Energy Distribution, Energy & Character, Bd. 8, Nr. 2, Weymouth 1979.
- Boyesen, G., Entre Psyche et Soma, Paris 1985.
- Boyesen, P. & H. G. Huber, Eigentlich möchte ich ... Leben zwischen Wunsch und Wirklichkeit, München 1991.
- Brauer, U. C., The four elements: an attempt to establish a holistic record of body therapy methods; in: Marlock, G. (Hrsg.), Collected Papers of Unitive Body Psychotherapy, Bd. 2, Frankfurt 1991.
- Brown, M., The Healing Touch, Moriza 1984.
- Bull, N., The Attitude Theory of Emotion, USA.
- Büntig, W.; in: Die Psychologie des XX. Jahrhunderts, Zürich 1977.
- Cassius, J., (Hrsg.), Horizons in Bioenergetic Analysis, New York 1980.
- Chamberlain, D.; in: Proceedings of the 3rd Congress of Perinatal Psychology, USA 1983.
- Christiansen, B., Thus speaks the body, Oslo 1975.
- Davis, W., Transference, Energy & Character, Bd. 20, Nr. 2, Weymouth 1990.
- , Working with the instroke, Energy & Character, Bd. 15, Nr. 1, Weymouth 1984.
- Dew, R., The Biopathic Diathesis, Oldenburg 1988.
- Downing, G., Rede auf dem 3. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Körperpsychotherapie in Lindau, Energie & Charakter, Bd. 22, Nr. 4, Berlin 1991.
- Dweck, J., Core flow and splitting, Energy & Character, Bd. 17, Nr. 2, Weymouth 1986.
- Faleide, A., Liv uden panseret, Oslo 1975.

- Feldenkrais, M., *Body and Mature Behaviour*, London 1948; dt.: *Der Weg zum reifen Selbst*, Paderborn 1994.
- Fisher, R., *The Cartography of Inner Space*; in: Siegel, R. & L. West (Hrsg.), *Hallucinations*, New York 1975.
- Gamborg, M., *Det Usynlige in Helbredels*, Kopenhagen.
- Gellhorn, E., *Principle of Autonomic-Somatic Integration*, Minneapolis 1967.
- Glaser, V., *Eutonie*, Heidelberg 1990.
- Goldenberg, G., *Mind expanders, peril or pasttime*, *Journal of Orgonomy*, Bd 9, Nr. 1, New Jersey 1969.
- & E. Baker; in: *Journal of Orgonomy*, New Jersey 1967.
- Goodbread, J., *On dreaming up*. Unpublished manuscript.
- Grand, I. (Hrsg.), *Journal of Somatic Experience-Special Issue on Headaches*, Bd. 4, 1980.
- Grof, S., *Realms of the Human Unconscious*, New York 1975.
- Gvirtsman, D., *Knochen, Selbst und Werden*, *Energie & Charakter*, Bd. 22, Nr. 3, Berlin 1991.
- Hartmann, O., *Dynamische Morphologie*, Frankfurt 1950.
- Horney, K., *Neurose und menschliches Wachstum*, Frankfurt 1980.
- Hunt, V., *A Study of structural integration from neuromuscular field and emotional approaches*, Dept. of Kinesiology, UCLA 1978.
- Inyushin, V., *Articles on Bioplasma*, *Journal of Paraphysics*, Wiltshire 1973-79.
- Johnsen, L., *Integrated Respiration Therapy*, Oslo 1975.
- Juhan, D., *Job's Body*, New York 1987.
- Keleman, S., *Body and Myth*, Berkeley. (in Vorbereitung)
- , *Bonding*, Berkeley 1986.
- , *Embodying Experience*, Berkeley 1987.
- , *Emotional Anatomy*, Berkeley 1985.
- , *Somatic Reality*, Berkeley 1979.
- Kelley, C., *Radix Journal*, Ojai, Kalifornien 1979.
- Kent, C., *The Puzzled Body*, London 1973.
- Kenyon, J., *Living in the twenty first Century*, London 1988.
- Krens, H., *Report at 2nd European Conference of Body Psychotherapy at Seefeld, Österreich*.
- Kurtz, R., *The Hakomi Method*, Boulder (Colorado) 1983.
- Laban, R., *The Matery of Movement*, Plymouth 1988.
- Laborit, H., *Inhibition d'Action*, Paris 1973.
- Lake, F., *Clinical Theory*, Oxford 1966.
- , *Studies in Constricted Confusion*, Nottingham 1981.
- Levine, P., *Der Körper als Heiler*, *Energie & Charakter*, Bd. 21, Nr. 2, Berlin 1990.
- Lewis, R.; in: *Bioenergetic Analysis*, Bd. 3, New York 1987.
- , *The infancy of the head*; in: Boadella, D. (Hrsg.), *In the Wake of Reich*, London 1975.
- Liss, J., *Neurophysiologia dell emozione*, Rom 1987.
- , *Vertical and Horizontal Grounding*, *Energy & Character*, Bd. 20, Nr. 1, Weymouth 1989.
- Lowen, A. & J. Pierrakos, *The Rhythm of Life*, Monographs of the International Institute of Bioenergetic Analysis, New York 1973.
- , —, *A case of bronchogenic cancer*, *Energy & Character*, Bd. 1, Nr. 2, Weymouth 1970.
- , *Love, Sexuality and the Heart*, New York 1990.
- , *Speech at the 2nd International Congress of Bioenergetic Analysis*, Colorado 1973.
- Lowen, A. & L. Lowen, *The way to vibrant health*, New York 1977.

- Mahler, M., Pine, F. & A. Bergmann, *The Psychological Birth of the Infant*, New York 1975.
- Marcher, L., Bentzen, M. & S. Jorgensen, *The biodynamic character structure model, Energy & Character*, Bd. 20, Nr. 1, Weymouth.
- Maul, B. (Hrsg.), *Körperpsychotherapie*, Berlin 1992.
- Mindell, A., *The Dream Body in Relationships*, 1989.
- Moore, R., *Conversations with Robert Moore*, hrsg. von Alex & Anna Mauthner, Psykisk Center, Ringkjøbing, Dänemark 1992.
- Mott, F., *The Universal Design of Birth*, Philadelphia 1952.
- Navarro, F., *La Somatopsychodynamique*, Paris 1984.
- Neidhöfer, L., *Vegetative Identifikation, Ströme Rundbrief*, Nr. 4, Berlin 1991.
- Oldfield, H., *The Dark Side of the Brain*, London 1989.
- Pierrakos, J., *Core Energetics*, Mendocino 1981.
- Reich, W., *Cancer Biopathy*, Rangeley 1948.
- , *Characteranalyse*, Wien 1933.
- , *Der Urgegensatz zum vegetativen Leben*, Kopenhagen 1934.
- , *Die Funktion des Orgasmus*, Wien 1927.
- , *Experimentelle Ergebnisse über die elektrische Funktion von Sexualität und Angst*, Berlin/Oslo 1937.
- , *Orgasmusreflex, Muskelhaltung und Körperausdruck*, Oslo 1937.
- , *Psychischer Kontakt und vegetative Strömung*, Oslo 1935.
- , *The sexual revolution*, Rangeley 1945.
- Riemann F., *Grundformen der Angst*, München 1979.
- Rispoli, L. & B. Andriello, *Psicoterapia del Corpo e Analisi del Carattere*, Turin 1988.
- Sabetti, S., *The Wholeness Principle*, Kalifornien 1987.
- Setekleiv, N.; in: *Journal of Biodynamic Psychology*, London 1981.
- Southwell, C., *Biodynamic Therapy*; in: Southgate, J., Dryden, W. & M. Keynes (Hrsg.), *Innovative Therapies in Britain*, 1981.
- , *Die sexuelle Grenze in der Therapie*, *Energie & Charakter*, Bd. 22, Nr. 3, Berlin 1991.
- Speyer, K., *Entfaltung und Einfachheit*, *Biodynamische Blätter*, Göttingen 1989.
- Stern, D., *Mutter und Kind*, Stuttgart 1979.
- Timmins, B. (Hrsg.), *Behavioral approaches to breathing disorders*, New York 1992.
- Tulku, T., *Selbstheilung durch Entspannung*, München 1985.
- Verny, T., *Das Seelenleben des Ungeborenen*, Berlin 1986.
- Warburg, O., *The prime cause and prevention of cancer*, Bericht vom International Seminar on Cancer, Prophylaxis and Prevention, Rom 1968.
- Wehowsky, A., *Übertragung und Transmission an der Grenze zur 4. Dimension*; in: Maul, B. (Hrsg.), *Körperpsychotherapie*, Berlin 1992.
- Wink-Hilton, V., *Working with sexual transference*; in: Helfer, P. (Hrsg.), *Bioenergetic Analysis*, Bd. 3, New York 1987.
- Wolfe, T., *Introduction to Reich*, 1942.
- Yakovlev, P.; Janov, A. & M. Holden, *Primal Man*, New York 1975.
- Zohar, D., *The Quantum Self*, London 1988.

V. Die behavioralen Ansätze

Emotionen in der Verhaltenstherapie und ihren Weiterentwicklungen – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß

Rainer Lutz, Uwe Giesemann

1. Kurze Begriffsbestimmung und basale Theorien

Verhaltenstherapeuten orientieren sich in den Fragen ihrer Grundlagen gerne an der Allgemeinen Psychologie, der Psychophysiologie oder -biologie und verwandten Grundlagenfächern. Dies gilt auch für die Bestimmung von „Emotionen“, so daß ein Emotionskonzept aus rein verhaltenstherapeutischer Sicht ohne Bezug zur Allgemeinen Psychologie nicht vorliegt. Es gibt keine einheitliche Emotionstheorie, es gibt auch kein verbindliches Konzept für den Umgang mit Emotionen in der Verhaltenstherapie. Analog kann man nicht „die“ Verhaltenstherapie zitieren (was wohl auch für andere Therapieschulen gilt).

Die Begriffe Emotion und Gefühl bezeichnen Unterschiedliches: „In dem Augenblick, in dem wir Gefühle als Erlebnistatbestände mit wissenschaftlichen Fragestellungen verbinden, wird aus dem lebensweltlichen Gefühl die Emotion“ (*Ulrich & Mayring 1992, 31 ff.*). Sie unterscheiden hauptsächlich zwei Formen von Gefühlszuständen, die Gefühlsregungen als vorübergehende emotionale Zustände von meist kurzer Dauer und die Stimmungen als „Dauertönungen des Erlebnisfeldes“, und als solche von längerer Zeiterstreckung als Gefühlsregungen. Der Begriff „Affekt“ wird eher im englischen Sprachraum benutzt und ist etwa mit „Gefühlen“ gleichzusetzen.

Nach *Schneider (1990, 410)* haben Emotionen die folgenden drei „primären“ Funktionen:

1. Sie ermöglichen die bedürfnis- und situationsgerechte Auswahl von Verhaltensweisen.
2. Sie regulieren Intensität und Ausdauer der verschiedenen Verhaltensweisen.

3. Sie bewirken das Lernen (Abspeichern) solcher Verhaltensweisen, die unter bestimmten situativen Umständen erfolgreich waren, und markieren im Gedächtnis andererseits solche, die zu Mißerfolgen führten.

Folgende Emotionstheorien sind für die Verhaltenstherapie wichtig:

Behavioristische Lerntheorien

Viele prominente behavioristische Lerntheoretiker entwickeln ein basales Emotionskonzept und benennen einige wenige Emotionen. *Watson* (1919), einer der (ungeliebten) Väter der Verhaltenstherapie, bestimmt drei angeborene Emotionen, nämlich Wut, Furcht und Liebe. *Mowrer* (1960) unterscheidet zwischen Lust und Unlust, *Milenson* (1967) zwischen Freude, Furcht und Ärger/Wut. Solche unconditionierten (angeborenen) Emotionen werden durch unconditionierte Reize (spontan) ausgelöst. In der Auseinandersetzung und emotionalen Erfahrungsbildung mit der Umwelt (also Lernen) bilden sich neue Reaktionsmuster (Differenzierung von Emotionen) aus.

Wegen ihrer generellen Bedeutung sei die Zweistufentheorie der Angst und Vermeidung von *Mowrer* (1960) hervorgehoben: Eine erworbene Angstreaktion entsteht durch Klassisches Konditionieren. In der zweiten Stufe wird durch operantes Konditionieren eine Vermeidungsreaktion gelernt: Das Angst-Objekt wird gemieden, die Angst tritt nicht auf, was als Erleichterung erlebt wird. Diese Erleichterung wirkt als Verstärkung (genauer: als eine negative Verstärkung). In Zukunft wird das, was Angst macht, immer mehr umgangen. Dies ist eine sehr plausible Erklärung für die häufig zu beobachtende Stabilität eines Vermeidungsverhaltens und die fehlende Realitätsprüfung bei Phobikern.

Psychophysiologisch-biologische Theorien

James und *Lange* (1922) entwickelten als erste eine Theorie der Emotionen, die biologische Abläufe im Körper auf zunächst ungewohnte Weise hervorhebt: Weinen Sie, weil Sie traurig sind, oder sind Sie traurig, weil Sie weinen? Zur Entstehung eines Gefühls ist zunächst

eine körperliche Erregungsveränderung notwendig. Im Gegensatz dazu entwickelte Cannon (1927) eine Emotionstheorie der Reizwahrnehmung und -bewertung im zentralen Nervensystem (ZNS). So alt beide Theorien sind, sie erfahren z. Zt. eine gewisse Renaissance (z. B. Birbaumer 1991). So konnten durch lokale Hirnstimulationen im limbischen System und in einigen kortikalen Arealen unmittelbar spezifische, intensive Gefühle, auch ohne Gegenwart eines entsprechenden Reizes, ausgelöst werden.

Kognitive Ansätze

In der Kognitiven Psychologie werden Prozesse der Aufnahme, der Verarbeitung, der Speicherung und der Generierung von Informationen in den Mittelpunkt des Interesses gestellt. Eine auch heute noch wichtige kognitive Emotionstheorie ist die Zwei-Faktoren-Theorie von Schachter und Singer (1962). Danach wird aus einer wahrgenommenen physiologischen Erregung erst nach einer kognitiven Bewertung eine Emotion. Werden z.B. männliche Versuchspersonen auf einer Hängebrücke von einer attraktiven Frau interviewt, so sind sie von deren Schönheit betört. Man mag sich fragen, wer sich schon mit einer Frau auf eine Hängebrücke stellt? Eine Kontrollgruppe verdeutlicht den Sinn dieser Untersuchung. Sie wurden an einem ruhigen Ort befragt und fanden dieselbe Frau viel weniger anziehend. Warum? Die (zunächst) unspezifische Erregung, von der Hängebrücke ausgelöst, wurde auf diese Frau bezogen (kognitive Wertung, Attribution). Übrigens, eine gute Zeit, sich zu verlieben, ist wenige Minuten nach einer körperlichen Betätigung. Warum? Die körperliche Erregung nimmt nach einer z. B. sportlichen Betätigung nur langsam ab. Wenn nun aber ...

2. Weiterführung dieser Konzepte und gegenwärtiger Stand

Die Weiterführung der behavioristischen Emotionstheorien wird später im Text deutlich. Behavioristische Wurzeln hat auch die Verhaltensanalyse. Sie war ursprünglich Teil einer experimentellen Forschungsstrategie mit dem Ziel, aus der Variation einzelner, exakt umschriebener und definierter Bedingungen die Grundlagen

menschlichen Verhaltens zu ergründen. In der Fortschreibung der Verhaltenstherapie wurden im wesentlichen die Nomenklatur und die zentralen Ideen dieses Vorgehens übernommen (z.B. Reduktion der Komplexität, die quasi experimentelle Frage: Würde sich ein Verhalten ändern, wenn bestimmte Bedingungen modifiziert würden, die das Verhalten aufrechterhalten?). Im Rahmen einer solchen Verhaltensanalyse ist es heute üblich, eine einzelne Verhaltenssequenz auf mehreren Ebenen gleichzeitig darzustellen, nämlich auf der

- des beobachtbaren Verhaltens,
- der physiologischen Begleiterscheinungen,
- der Kognitionen und
- der Emotionen.

Menschliches Verhalten sollte also zumindest auf diesen vier Verhaltensebenen beschrieben werden.

Das (positive) Erbe der behavioristischen Grundlagen der Verhaltenstherapie lautet in diesem Zusammenhang also:

- Es gibt einige wenige angeborene Basisemotionen.
- Für eine Verhaltensanalyse emotionaler Prozesse ist immer die Frage nach den auslösenden Bedingungen und den Konsequenzen von Emotionen wichtig.
- Emotionen sind Bestandteile komplexer Verhaltensmuster, die auf mehreren Verhaltensebenen darstellbar sind und die interagieren.

Die biologisch-physiologischen Theorien der Emotionen erlangen zunehmend Relevanz für die therapeutische Arbeit. Die Ausdrucksäußerungen primärer Gefühle im Gesicht sind nach *Birbaumer* (1991, 591 ff.) angeboren und lassen sich in allen menschlichen Kulturen zweifelsfrei identifizieren, z.B. durch Fotos und Filme.

Die Hypothese der Rückkoppelung durch den Gesichtsausdruck (facial feedback) kann ihre Verwandtschaft mit *James* und *Lange* nicht verbergen. *Izard* (1971): „Lächeln Sie, und Sie fühlen sich froh; runzeln Sie die Stirn, und Sie fühlen sich verwirrt.“ Das bedeutet: Es haben nicht nur Emotionen einen Einfluß auf bestimmte Bewegungsmuskeln des Gesichts, bestimmte Bewegungsmuskeln können korrespondierende neurologische Systeme innervieren, die wiederum einen direkten Einfluß auf Emotionen haben (s. auch *Ekman* 1988). Durch die Veränderung biologischer Korrelate kommt es also auch zu einer Veränderung der Emotionen. Schon aus die-

sem Grund sind Rollenspiele, Verhaltens- und Aktivierungstrainings so wichtig, und sei es zunächst nur das Einüben einer aufrechten Sitzhaltung. In welcher Körperhaltung lesen Sie gerade diesen Aufsatz? Theoriekonform müßten Sie sich anders fühlen, wenn Sie Ihre Haltung verändern. Sie müßten ihn übrigens auch besser oder schlechter finden, je nachdem.

Die Kognitive Verhaltenstherapie folgt der Überzeugung, daß durch die direkte Veränderung von Kognitionen (z.B. ein umschriebener Gedanke oder ein spezieller Satz, den man häufig zu sich sagt) Emotionen und Verhalten modifiziert werden. So erkennen *Beck* (1979) und *Ellis* (1979) in unrealistischen und „falschen“ Gedanken die Ursache für gestörtes Erleben und Verhalten. *Beck* (1976) sieht depressive Störungen als Folge der „kognitiven Triade“:

1. negative Sicht der Welt,
2. negatives Selbstkonzept,
3. negative Einschätzung der Zukunft.

Durch das Konzept der Selbstwirksamkeit (self efficacy) nach *Bandura* (1977, 1992) oder das der Kompetenzerwartung von *Taylor & Holmes* (1990) wird beschrieben, wie Erwartungen (also Kognitionen) spezielle Verhaltensweisen begünstigen. Nach *Bandura* (1988) haben Menschen, die mehr Angst haben, eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung als Leute, die weniger ängstlich sind. In der Verhaltensmodifikation kann man beobachten, daß mit zunehmender Annäherung an das Therapieziel die Angst geringer wird, während die Kompetenzerwartung ansteigt.

In aktuellen Therapiekonzepten finden sich alle diese Komponenten wieder. Eine Integration psychobiologischer, behavioraler und kognitiver Theorien über emotionale Prozesse versuchen funktionalistisch orientierte „Komponenten-Prozeß-Modelle“, z.B. die Perzeptuo-Motorische Emotionstheorie *Leventhals* (1984). (Weiterführende Theorien siehe *Ulich & Mayring* 1992.)

In den neueren verhaltenstherapeutischen Zugängen zu psychosomatischen Problemen, die mitunter unter dem Überbegriff „Verhaltensmedizin“ geführt sind, wird das Bestreben deutlich, mehrere Verhaltensparameter gleichzeitig zu berücksichtigen. *Bischof, Traue* und *Zenz* (1990) beschreiben Muskelaktivitäten (z.B. im Kopf- und Nackenbereich) als ein physiologisches Korrelat emotionaler Reaktionen in sozialen Situationen. Tritt Wut oder Ärger auf und wird diese Emotion sanktioniert, so bleibt die ursprüngliche Muskelaktivität erhalten und wird u.U. unter Aufwendung zusätz-

licher Muskelarbeit gehemmt. In sozialen Belastungssituationen zeigen Patienten mit Spannungskopfschmerzen meßbar höhere EMG-Werte im Vergleich zu Gesunden. Gleichzeitig ist ihr Kommunikationsverhalten reduziert. Solche Patienten neigen weiterhin zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten, zu Selbstkritik, haben weniger soziale Kontakte und reagieren in bestimmten sozialen Belastungssituationen weniger emotional expressiv als schmerzfreie Kontrollpersonen (s. auch *Florin* 1990).

3. Basisgefühle

Die Vielzahl und Vielfalt von Emotionen (*Izard* 1981; *Schmidt-Atzert* 1981) kann auf zwei Basisgefühle reduziert werden, nämlich auf positive und negative Emotionen (vgl. z.B. *Mowrer* 1960; *Pöppel* 1982; *Russell* 1989). Analog dazu gibt es zwei grundsätzliche Reaktionen auf Verhalten, nämlich Verstärkung und Bestrafung. Diese Konzepte haben in der Motivationspsychologie ihre Entsprechung: „Hoffnung auf Erfolg vs. Furcht vor Mißerfolg“ (*Heckhausen* 1989, 431 ff.).

Laboruntersuchungen haben gezeigt, daß Bestrafung für eine Verhaltensänderung wenig wirksam ist. Deshalb sollte erwünschtes Verhalten aufgebaut und unerwünschtes gelöscht, d. h. nicht beachtet werden.

Positive Befindlichkeiten bzw. Emotionen auf der einen und negative Befindlichkeiten bzw. Emotionen auf der anderen Seite sind darüber hinaus Indikatoren von Gesundheit und Krankheit, mitunter werden sie jeweils gleichgesetzt. Wie sind nun diese konträrvalenten Merkmalsklassen einander zugeordnet? Idealtypischerweise können sie eine bipolare Dimension aufspannen oder als zwei unabhängige Dimensionen konzipiert werden, die also orthogonal zueinander stehen.

Gesundheit (positive Gefühle) und Krankheit (negative Gefühle) werden in allen großen Therapieschulen bipolar gedacht (*Hambrecht* 1986). Damit wird konzeptionell eine Therapiestrategie begünstigt, die bei einem Patienten „Krankheit“ reduzieren will, damit „Gesundung“ eintritt. Ungewöhnlich ist dagegen die Vorstellung, daß Gesundheit und Krankheit unabhängig voneinander sind. Man müßte von einer Balance von gesund erhaltenden und krank machenden Faktoren ausgehen. Eine behandlungsrelevante Symptomatik wäre dann zu erwarten, wenn die Balance zu Ungunsten von Gesundheit

gestört würde. An dieses Denkschema schließen sich zwei grundsätzlich unterschiedliche Behandlungsstrategien an, nämlich entweder Krankheit, Symptome, etc. zu reduzieren oder Gesundheit, gesunderhaltende Verhaltensweisen direkt aufzubauen (Lutz 1991).

In der Verhaltenstherapie hat es schon früh Ansätze gegeben, Ressourcen, Positiva, etc. zu beachten (z.B. Kanfer und Saslow 1969). Gleichwohl wurde sowohl in Forschung und Therapiepraxis mehr mit negativen als mit positiven Emotionen gearbeitet.

Die Geschichte der Verhaltenstherapie ist verknüpft mit der Entwicklung von therapeutischen Techniken zur Behandlung von Ängsten (z.B. M.C. Jones 1924; Wolpe 1958). Zur Behandlung von Ängsten, bzw. Panik-Attacken, liegen probate Standardbehandlungen vor (z.B. Margraf & Schneider 1989), denen in der verhaltenstherapeutischen Öffentlichkeit viel Raum zugestanden wird (zur kritischen Rezeption siehe Köhlke 1992). In jüngerer Zeit bildet sich ein weiterer Schwerpunkt heraus, nämlich die therapeutische Arbeit mit Ärger-Reaktionen (z.B. Schwenkmezger 1990).

Sehr viel weniger Beachtung haben Bemühungen gefunden, Gesundheit direkt zu fördern (und nicht durch „Gesundheits“-Programme Krankheiten zu reduzieren), wenngleich in letzter Zeit vermehrt Anstrengungen auf diesem Gebiet unternommen werden (z.B. Schwarzer 1992, Lutz & Mark 1995). In einem umschriebenen Bereich allerdings haben Verhaltenstherapeuten gesundes Verhalten schon immer aufgebaut: Die Vermittlung von sozialer Kompetenz (z.B. Pfingsten & Hinsch 1991) entwickelte sich aus dem assertiven Training (Salter 1949). Diese Programme sind im engeren Sinne keine emotionsfördernden Maßnahmen, können aber sehr wohl zu einer besseren emotionalen Befindlichkeit führen. Erst in jüngerer Zeit haben sich Verhaltenstherapeuten dem Problem zugewandt, wie positive Emotionen im engeren Sinne direkt gefördert werden können (Niebel 1981; Figge 1982; Lutz 1983).

In der Verhaltenstherapie gibt es vier prinzipiell unterschiedliche therapeutische Wege, mit Basisgefühlen umzugehen:

1. gezielte Reduktion negativer Emotionen, z.B. von Angst (s.u.)
2. Kontrolle von negativen Emotionen, z.B. von Ärger. Patienten sollen lernen, unangemessene Äußerungen von Ärger so zu kontrollieren, daß das Ausdrücken von Ärger sozial akzeptabel bleibt.

3. Aufbau bzw. Induktion positiven Erlebens und Verhaltens, z.B. durch euthyme Behandlungsstrategien (s.u.)
4. Veränderung des Verhaltensmusters, in dem eine bestimmte Emotion auftaucht. Unzufriedenheit wird sich verändern, wenn die Bedingungen zur Unzufriedenheit sich verändert haben. Wird auf der anderen Seite eine umschriebene Emotion, wie z.B. Angst, geändert, so verändert sich auch der Bezug zur gesamten (sozialen) Umwelt. Dieser Gesichtspunkt kann aber im Rahmen dieses Aufsatzes nicht weiter ausgeführt werden.

4. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der Umgang mit Emotionen im therapeutischen Prozeß

Die unterschiedliche Thematisierung der Therapeut-Patient-Beziehung spiegelt die Entwicklung der Verhaltenstherapie von einer Zusammenstellung lerntheoretisch abgeleiteter Veränderungstechniken hin zu einer großen und umfassenden therapeutischen Schule wider. Bei den ersten Versuchen zur Behandlung von Phobien stand die Umsetzung einer theoretischen Idee, und nicht der therapeutische Prozeß im Mittelpunkt (z.B. Jones 1924). Frühe Verhaltenstherapeuten wollten sich von hermeneutischen Therapiemodellen abgrenzen (Schindler 1991). Das führte zwangsläufig zu einer Hervorhebung der technischen Aspekte des therapeutischen Geschehens. Die Therapeut-Patient-Beziehung wurde in den ersten bedeutsamen Monographien entweder ignoriert oder nur gestreift (Bandura 1969; Franks 1969; Kanfer & Phillips 1970; Yates 1970; Bergin & Garfield 1971; Meyer & Chesser 1971). Eine andere Gruppe von Verhaltenstherapeuten beachtete die Therapeut-Klient-Beziehung und machte erste Vorschläge für deren Gestaltung (Lazarus 1971; O'Leary & Wilson 1975; Goldfried & Davison 1976; Wilson & Evans 1977). Die Bedeutung einer guten Therapeut-Patient-Beziehung wird heute unterstrichen (z.B. Kanfer & Schefft 1988; Margraf & Brengelmann 1992; Fiegenbaum, Freitag & Frank 1992; Reinecker 1991). Gleichwohl wird in der Weiterbildung von Verhaltenstherapeuten auch heute das größere Gewicht auf die Vermittlung von therapeutischen Veränderungstechniken gelegt. Tatsächlich ist auch heute ein Verhaltenstherapeut vergleichsweise frei in der Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung.

Diese Beziehung kann unter ganz verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden:

- rationale vs empathische Gestaltung,
- Helfer vs Partner-Beziehung,
- Behandlung des ganzen Menschen oder lediglich seiner Beschwerden,
- Übertragung/Gegenübertragung vs situationsspezifisches Verhalten.

Zu Beginn jeder Therapie wird ein Behandlungsvertrag, genauer: ein Dienstvertrag geschlossen, gesondert vereinbart oder nicht, mit dem bestimmte Verpflichtungen eingegangen werden (*Narr 1987*). Diesem Sachverhalt kommt dann besondere Bedeutung zu, wenn Therapie eine Kassenleistung ist und die Gemeinschaft der Versicherten für die Unkosten aufkommt. Immer ist eine therapeutische Beziehung auch eine menschliche Begegnung, die auf seiten jedes einzelnen Patienten und über die Zeit auch für den Therapeuten, zu der (erhofften) Entwicklung hin zu einer reiferen Persönlichkeit führen sollte. In diesem Spannungsfeld zwischen rationaler und empathischer Gestaltung ist die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie tendenziell stärker auf den rationalen Pol bezogen. So werden z.B. (realistische und immer prinzipiell erreichbare) Behandlungsziele vorab definiert, mitunter therapeutische Vereinbarungen schriftlich fixiert (z.B. bei Suchtproblemen), oder durch verschiedene Maßnahmen Transparenz, soweit als möglich, herbeigeführt. In diesem Sinne bestimmen *Kanfer, Reinecker* und *Schmelzer* (1991, 58 ff.) die therapeutische Beziehung als Arbeitsbündnis, das auf Zeit geschlossen wird und Arbeitscharakter besitzt.

In der Verhaltenstherapie wird sehr viel Wert darauf gelegt, daß Patienten über das Rational ihres therapeutischen Vorgehens unterrichtet sind. Das Therapiegesehen soll transparent gestaltet sein. Damit ist eine gewisse Klarheit verbunden, die für eine Reihe von Orientierungsprozessen beim Patienten (z.B. Einsicht in Veränderungsprozesse) günstig ist.

In unterschiedlicher Ausprägung übernehmen Therapeut und Patient die wechselseitig definierten Rollen des (omnipotenten) Helfers bzw. (unmündigen) Hilfeempfängers – oder die therapeutische Beziehung wird, soweit dies möglich ist, als partnerschaftliche Allianz begriffen, die durch gemeinsame Anstrengungen und durch jeweils spezifisch andere Anforderungen charakterisiert ist. Die Asymmetrie einer Hilfe-Beziehung ist

selbstverständlich auch in der Verhaltenstherapie zu finden; die Bemühungen um eine partnerschaftliche Beziehung werden jedoch deutlich betont. Hierzu können die oben genannten Maßnahmen eingesetzt werden wie auch solche zur Förderung von Eigeninitiativen oder Selbstkontrolle. Dabei soll der grundsätzlichen Überzeugung Rechnung getragen werden, daß eine Therapie so kurz wie möglich und so lange wie nötig dauern sollte.

Nach der Vorgabe des verhaltensorientierten Krankheitsmodells (z.B. *Keupp* 1974) sollte nicht der (ganze) Mensch als neurotisch (pathologisch) bezeichnet werden; lediglich einzelne Verhaltensweisen sind als auffällig zu begreifen. In vielen Bereichen des Gesundheitssystems hat diese Grundlage therapeutischen Handelns wie eine Befreiung gewirkt. Sie ist Voraussetzung für symmetrische Interaktionen und rationale Therapieentscheidungen. Die Behandlungsansätze und Ziele wurden zwar im Laufe der Entwicklung der Verhaltenstherapie zunehmend komplexer; aber selbst im Falle der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ ist das Ziel therapeutischer Bemühungen nicht, die „ganze Person“, sondern einzelne Verhaltensweisen zu beeinflussen.

Das klassische Begriffspaar in der Psychoanalyse zur Erörterung der Therapeut-Patient-Beziehung ist das der Übertragung und Gegenübertragung (z.B. *Sandler, Dare & Holder* 1973). Typisch verhaltenstherapeutisch wäre die Position, das Verhalten in der Therapiestunde sei ausschließlich situationspezifisch. Beide Aspekte sind zur angemessenen Beschreibung der Therapeut-Patient-Beziehung heranzuziehen. Selbstverständlich gibt es eine Konstanz im Verhalten, das nie ausschließlich situationspezifisch sein kann. Immer wird ein Therapeut versuchen, kritisches Verhalten in der Therapiestunde zu aktualisieren oder seine eigene Reaktion auf einen Patienten zumindest als Diagnostikum zu nutzen (z.B. *Lutz* 1978).

Auf der anderen Seite ist das Verhalten des Therapeuten und auch des Patienten in einer Therapiestunde unverwechselbar und spezifisch für diese z.T. doch sehr artifizielle Situation.

Nach den bisherigen Ausführungen könnte ein Patient bei einem Verhaltenstherapeuten eine überaus nüchterne Therapiestunde erwarten. Zum Glück liegen empirische Daten vor, die ein ganz anderes Bild zeichnen: Die klassischen Variablen der Gesprächspsychotherapie, nämlich Echtheit, Empathie und Kongruenz, waren, dem Urteil unabhängiger Beobachter zufolge, bei Verhaltens-

therapeuten entweder gleich gut oder gar besser ausgeprägt als bei Gesprächspsychotherapeuten oder Psychoanalytikern (*Sloane, Staples, Cristol, Yorgston & Whipple 1975*).

Auf Sympathie als zentralen Faktor für eine gute Therapeut-Patient-Beziehung weisen *Fiengenbaum, Freitag* und *Frank (1992)* hin. Bei der wechselseitigen Beurteilung durch Therapeut und Patient wird Sympathie jeweils als wichtigstes Merkmal bestimmt. Sympathie darf aber nicht zur Distanzlosigkeit führen (vgl. *Kanfer et al. 1991*). Ein gewisses Maß an Distanz zeichnet auch nach *Fiengenbaum et al. (1992)* einen guten Therapeuten aus. Er sollte „mitleiden können“ und unter Wahrung von Distanz Betroffenheit zeigen. *Lutz, Bezold, Bloem* und *Dietrich (1992)* baten Verhaltenstherapeuten, ihren therapeutischen Umgang mit dem Patienten näher zu charakterisieren. Die Befragten beschrieben sich als: am Einzelschicksal interessiert, zugewandt, offen, Transparenz schaffend, flexibel, beobachtend, Emotionen zulassend, ehrlich, kooperativ, individuell, warm und empathisch.

Bei einer späteren Aufarbeitung der Daten konnten zwei Faktoren (F1, F2) bestimmt werden, die nur schwach miteinander korrelieren:

F1: Empathie (warm, empathisch, Emotionen zulassend, ehrlich)

F2: Kreativität (genußvoll, offen, Transparenz schaffend, kooperativ)

Nach diesen Ergebnissen gibt es zwei unterschiedliche therapeutische Stile, die praktisch unabhängig voneinander sind. Je nach Patient, Problemlage oder Situation können Verhaltenstherapeuten also warm und empathisch sein oder eher kreativ arbeiten.

Verhaltenstherapeuten führen ihre Gespräche vergleichsweise locker und sind vergleichsweise aktiv (z.B. *Sloane, Staples, Whipple & Cristol 1977*). Mitunter wird sogar gelacht (z.B. *Wittmann 1983*); Verhaltenstherapeuten sollte Humor nicht fremd sein (z.B. *Bernhardt 1985*). Nun geht es in Verhaltenstherapien nicht immer so munter zu. Konfrontationstechniken bei abnormen Trauerreaktionen sind für beide Seiten sehr belastend; wenn Ängste thematisiert werden, so wird das heutige Auftreten von Angst untersucht, und nicht so sehr die Entwicklung, wie es dazu kam. Positive und negative Gefühle werden also deutlich angesprochen.

Gleichwohl gibt es einen gravierenden Unterschied, wie mit positiven bzw. negativen Emotionen im therapeutischen Gespräch umgegangen wird. Das generelle Therapieziel ist, negative Emotionen

abzubauen und positive Emotionen zu ermöglichen. Werden in der Gesprächsführung positive oder negative Belange stärker hervorgehoben, so sind entsprechende Inhalte den Patienten stärker verfügbar (Bower 1987; Schwarz 1987). Werden in einem Interview einseitig Probleme und negative Lebensereignisse betont, so wird der Befragte vermehrt über gedrückte Stimmung und geringe Lebenszufriedenheit berichten und zu positiven Aspekten seiner Biographie keinen Zugang finden (Effekt der „Stimmungskongruenz“). Kanfer et al. (1991) schlagen daher vor, daß negative Erfahrungen/Gefühle eher auf einer verbal-symbolischen Ebene abgehandelt werden sollten, um die emotionale Beteiligung zu senken.

6. Differentielle Therapiestrategie im Umgang mit Emotionen

Für die Behandlung von Ängsten, hier stellvertretend für den Umgang mit negativen Emotionen, sollen in diesem Abschnitt zwei unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen vorgestellt werden. Anschließend wird zur Erläuterung einer euthymen Behandlungsstrategie ein Therapieprogramm zur Förderung genußvollen Erlebens und Handelns beschrieben.

Für die Behandlung von Ängsten stellt die Verhaltenstherapie zwei unterschiedliche therapeutische Strategien zur Verfügung, die systematische Desensibilisierung (zuerst Wolpe 1958) und die Reizüberflutung (Flooding, Implosion) (zuerst Stampfl & Levis 1967). Beide Techniken basieren auf dem Prinzip der Konfrontation mit dem angstauslösenden Reiz, jedoch ist die Art der Konfrontation grundsätzlich anders. Bei der systematischen Desensibilisierung erfolgt die Annäherung an das Angstobjekt schrittweise, während die Reizüberflutung sofort die volle Konfrontation mit dem angstauslösenden Objekt/Situation vorsieht. Beide Therapietechniken sind überaus erprobte Maßnahmen. Die systematische Desensibilisierung ist unverdienterweise etwas in Vergessenheit geraten, Reizkonfrontationsmaßnahmen dagegen werden z.Zt. intensiv erforscht und angewandt (z.B. Margraf & Schneider 1989).

Die systematische Desensibilisierung

Nach *Wolpe* (1958/1974) gibt es drei notwendige und hinreichende therapeutische Maßnahmen:

1. Erlernen eines Entspannungstrainings. Üblich ist eine sehr verkürzte Variante des Entspannungstrainings nach *Jacobson*.
2. Erstellen einer oder mehrerer individueller Angsthierarchien. Es werden Situationen zusammengestellt und hierarchisch geordnet, in denen eine Angst unterschiedlich stark auftritt (für einen Patienten mit Höhenangst ist der Blick aus dem Hochparterre weniger gefährlich als vom 1. oder 15. Stock).
3. Der Patient stellt sich unter Entspannung nacheinander in aufsteigender Schwierigkeit die Angst-Situationen vor. Es wird nur dann zur nächstschwierigen Situation weitergegangen, wenn die Vorstellung einer Situation angstfrei erlebt werden konnte.

Nach dieser Angstbehandlung *in vitro* wird der Patient aufgefordert, die früher angstbesetzten Situationen *in vivo* aufzusuchen. Theoretisch wird so von *Wolpe* auf den Effekt einer Gegenkonditionierung gesetzt.

Die Reizüberflutung (Flooding)

Bei diesem Konfrontationsverfahren wird direkt die angstbesetzte Situation aufgesucht, am besten diejenige, die am meisten Angst auslöst (*Margraf* und *Schneider* 1989). Der Patient muß so lange in der ängstigenden Situation verharren (Unterbinden des Meidungsverhaltens), bis physiologische Erregung und Angst von alleine geringer werden. Dies geschieht tatsächlich; wir gewöhnen uns sogar an einen aversiven Reiz (Habituation, Erregungskurve). Dies Vorgehen bedarf einer intensiven Vorbereitung und eines aktiven Einsatzes. Sinnvollerweise wird diese Angstbehandlung zeitlich massiert und nicht verteilt durchgeführt.

Ziel von Angstbehandlungsmethoden kann es nicht sein und ist es auch nicht, Menschen von jeder Angst zu befreien; es sollen die übertriebenen und unangemessenen Reaktionen auf angstauslösende Objekte/Gedanken gemildert werden. Es ist in der langen Geschichte von Angstbehandlungen kein einziger Fall eines Patienten bekannt geworden, der angstfrei in dem Sinne geworden wäre, daß er die „normalen“ Angstsignale verlernt hätte.

Die geschilderten Techniken Desensibilisierung und Reizüberflutung sind dann, und nur dann indiziert, wenn Angst die symptomatische Verhaltensweise ist, die zentral für die Störung eines Patienten ist. Solche isolierten Techniken können in unterschiedlichen Phasen im therapeutischen Verlauf eingesetzt werden. Es gibt Angststörungen, bei denen andere Symptomatiken nachgeordnet sind. In diesem Falle ist eine vorrangige Angstbehandlung angezeigt. Bei einer Reihe anderer Patienten dagegen ist Angst ein Teil eines sehr komplexen Verhaltensmusters. Hier können Angstbehandlungstechniken nicht angemessen sein oder erst sehr spät im Therapieverlauf eingesetzt werden (Beispiel s.u.).

7. Förderung positiver Emotionen

Im folgenden Abschnitt soll eingehender – quasi als Kasuistik – ein Programm zur Förderung genußvollen Erlebens und Handelns geschildert werden (in Anlehnung an die Darstellung bei Lutz 1993).

Grundzüge euthymer Behandlungsstrategie

Unter euthymem Erleben und Verhalten ist, dem Wortsinn entsprechend, das zu verstehen, was uns (genauer: unserer Seele) gut tut. Mit einer euthymer Behandlungsstrategie wird vornehmlich ein Verhaltensrepertoire aufgebaut, das mit positivem Erleben verbunden ist (Lutz 1990).

Euthymes Erleben und Handeln wird gefördert durch:

- a) Aufmerksamkeitsfokussierung auf positive Gegebenheiten (Reize) (Induktion positiver Emotionen; Ausblenden störender Gedanken oder Gefühle),
- b) Einüben basaler Verhaltensweisen im Umgang mit positiven Stimulantien (Differenzierungs-Training der Sinnesfunktionen; stufenweiser Aufbau des komplexen Verhaltensmusters „Genießen“),
- c) Vermittlung hedonistischer, genußbejahender (Lebens-) Regeln,
- d) Akzeptieren von Belastung und „Askese“. So widersprüchlich es sich anhören mag, so ist doch davon auszugehen, daß Genuß ohne Askese (zeitlich begrenzt!) nicht denkbar ist. Dies hat psychophysiologische (Habituation) wie auch psychologische

(Verwöhnungs- und Anspruchshaltung) Hintergründe. Insofern soll das Genußprogramm keinen unbegrenzten Schonraum öffnen; Patienten sollten den Wechsel von Belastung und Entlastung, Genuß und Zurückhaltung erfahren.

Die „**Kleine Schule des Genießens**“ ist ein Therapieprogramm (Lutz & Koppenhöfer 1983), das ursprünglich zur Therapie depressiver Störungen konzipiert wurde (Koppenhöfer & Lutz 1983). Es ist ein Baustein innerhalb eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsplans. Für folgende Patientengruppen werden z. Zt. Genußgruppen angeboten: Depressive, Zwangskranke, neurologische Patienten, Schizophrene, Alkoholiker, Psychosomatiker, Typ-A-Patienten.

Ablauf des Programms

1. Das Programm sollte für eine **feste Gruppe** von etwa acht Patienten zweimal pro Woche angeboten werden.
2. In den einzelnen Therapiestunden werden nacheinander Übungen zum **Riechen, Tasten, Schmecken, Schauen und Horchen** durchgeführt. Stimulantien zu je einem Sinnesbereich pro Treffen werden vom Therapeuten in die Mitte eines Stuhlkreises gelegt. Pro Sinnesbereich sind ein bis zwei Sitzungen aufzuwenden.
3. In der **ersten Stunde** erfolgt die Einführung in das Programm und die Erläuterung der unten dargestellten „Genußregeln“.
4. Danach **instruiert und demonstriert** der Therapeut das Umgehen mit den Materialien (z.B. mit einer Orange oder einem Apfel).
5. Die Patienten **erkunden** die Stimulantien, explorieren, probieren und **wählen** aus dem Angebot ihre bevorzugte Stimulanz **aus**.
6. **Beschreibung** (so notwendig: **Exploration**) der Eindrücke, Bilder, Vorstellungen beim Umgang mit der ausgewählten Substanz.
7. **Hausaufgaben:** Für den thematisierten Sinnesbereich sollen wohltuende Stimulantien gesucht werden.
8. In der darauffolgenden Sitzung werden die **mitgebrachten** Materialien durch die Patienten vorgestellt. Erläuterung, Austausch und Vergleich der jeweiligen Erfahrungen.
9. Mitunter tauchen starke Emotionen, z.B. der Trauer, oder Bezüge zur **individuellen Problematik** auf; sie sollen in der Gruppensitzung **nicht zum Thema** gemacht werden, sondern – falls so

noch notwendig – zu einem anderen Anlaß (z.B. Einzeltherapie) durchgesprochen werden.

10. Der Therapeut ist vergleichsweise **zurückhaltend**.

Die 7 Genußregeln

Genußvolles Erleben und Handeln wird durch hedonistische Regeln erlaubt, initiiert und gesteuert. Es soll der Oberplan vermittelt werden, sich selbst „fürsorglich“ bei der Hand zu nehmen. Hedonistische Regeln sollen keine Vorschriften sein, etwas ganz Bestimmtes gut zu finden oder genießen zu wollen. Sie sind allgemeinpsychologische Anleitungen für den Umgang mit angenehmen Situationen:

Genuß braucht Zeit
Genuß muß erlaubt sein
Genuß geht nicht nebenbei
Wissen, was einem gut tut
Weniger ist mehr
Ohne Erfahrung kein Genuß
Genuß ist alltäglich

Stimulantien

Materialien für die fünf Sinnesbereiche sollen anfaßbar sein, man soll mit ihnen etwas machen können. Jahreszeitliche Besonderheiten (frisches Gras oder Heu, Erde) oder konkrete Lebensumwelten in Beruf, Familie (Bleistift, Schraubenschlüssel) sollen bedacht werden. Jahreszeitlich bedingt riecht Erde verschieden; Küchenkräuter und Gewürze können genauso herangezogen werden wie Parfüms. Die Auswahl kann unter zufälligen Gesichtspunkten zusammengestellt werden (Gang durch Haushalt, Küche und Kinderzimmer) wie auch nach systematischen Ergänzungsreihen aufgebaut werden (chromatisch abgestufte Farbtafeln; Planung, welche Klänge durch welche Materialien erzeugt werden können, um das gesamte Klangspektrum abzudecken). In jedem Fall sollen räumliche und situative Besonderheiten einbezogen werden. Der Kontrast zwischen einer warmen Heizung und dem kalten Fenster kann genauso demonstriert werden wie Geräusche der Umgebung oder Wahrnehmungsveränderungen durch tageszeitlich unterschiedliche Lichteinstrahlung.

Effekte

Die zentrale Idee der „Kleinen Schule des Genießens“ ist überaus einfach: Wir müssen lernen, unsere Aufmerksamkeit auf etwas zu richten, das für uns schön und angenehm ist. Ist etwas in Ihrem Zimmer, das Sie mögen, was für Sie angenehm ist? Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit einmal dorthin und beobachten Sie die Besonderheiten dieses Etwas, die Strukturen, die Farben, etc.. Vielleicht ist diese (Konzentrations-) Übung zunächst nicht einfach. Nehmen Sie sich ruhig einige Minuten dafür Zeit.

Therapeutisch nicht so sehr bedeutsam ist, daß Patienten besser riechen oder schmecken lernen; wichtig sind die folgenden beobachteten Effekte:

- Relativ rasch stellt sich eine „normale Rede“ ein. Patienten beginnen, spontan und nicht wehleidig zu berichten und mitzuteilen, was sie erlebt haben.
- Sie lernen, im Mittelpunkt einer Gruppe zu stehen.
- Patienten werden angeregt, sich zusammenzuschließen und gemeinsam ihre soziale und dingliche Umwelt zu erkunden.
- Sie initiieren selber aktives und assertives Verhalten.
- Viele der Genußübungen werden als Coping-Strategien eingesetzt.
- Patienten erfahren, daß sie ihre Stimmung selbst verändern können.
- Das Genußprogramm hat offensichtlich hohe motivierende Funktion.
- Viele Patienten aus der Genußgruppe sind wesentlich produktiver in den Einzelsitzungen.

8. Kritische Diskussion

In vielen Bezügen wird deutlich, daß ein Ursprung der Verhaltenstherapie der Behaviorismus ist. Gleichwohl ist die Verhaltenstherapie heute weit von diesen Wurzeln entfernt; man könnte sie sogar ohne Bezug hierzu darstellen. In der heutigen Diskussion sind kognitive, psychobiologische, sozialpsychologische Elemente sehr deutlich, kurz, die Entwicklung der Verhaltenstherapie lebt von der Entwicklung in der Allgemeinen Psychologie. Als therapeutisches Verfahren ist die Verhaltenstherapie pragmatisch orientiert und offen gegenüber Anregungen aus anderen Therapieschulen – sofern

sie einem für Verhaltenstherapeuten nachvollziehbaren Rational folgen. Im übrigen: Verhaltenstherapeuten sind in erster Linie Therapeuten, die sehr viel von ihren Patienten lernen.

Emotionen sind immer ein Gegenstand für eine Therapieschule; für die Verhaltenstherapie war es ursprünglich die Angst, deren Bewältigung den frühen Verhaltenstherapeuten am Herzen lag. Im Vergleich zu den genialen Schriften Freuds wird in der Verhaltenstherapie kaum eine Biographie der Angst, eine Angstentwicklung oder Angstdynamik nachgezeichnet. Verhaltenstherapeuten beschreiben eine Emotion wie Angst zu einem augenblicklichen Zeitpunkt auf den verschiedenen Ebenen (Reaktionsklassen). Während in früheren technikorientierten Ansätzen eine Emotion wie Angst als ein zu veränderndes Symptom begriffen wurde, stellt sich ein solches Problem, gerade in der Fortentwicklung der Verhaltensanalyse, komplexer: Ist Angst das zu verändernde Symptom oder ist Angst als Teil eines komplexen Verhaltensmusters zu verstehen? Anschließend muß gefragt werden, ob das Symptom Angst oder eine andere kritische Verhaltensweise Gegenstand der Therapie wird.

Eine Frau stellt sich wegen Panikattacken vor. Diese kommen aus heiterem Himmel. Vorschnell zu einem erprobten Angstbehandlungspaket zu greifen, wäre sicherlich verkehrt. Verhaltensdiagnostisch stellt sich die Frage, in welchen Lebenssituationen solche Angstattacken auftauchen. In diesem Beispiel hatte sich die Frau von ihrem alkoholabhängigen Mann getrennt, ihre Lebensbezüge waren zusammengebrochen, sie suchte Halt. Als tüchtige Frau konnte sie sich nicht über ihr Schicksal beschweren, sie konnte wohl aber wegen einer umschriebenen Angstattacke fremde Hilfe in Anspruch nehmen. In diesem Falle war eine Angstbehandlung nicht mehr notwendig, als andere Probleme der Patientin behoben waren. Dies ist nicht immer so. Bei anderen Patienten mag eine Angstbehandlung auch dann angezeigt sein, wenn therapeutische Bemühungen korrespondierende Symptome bereits behoben hatten.

Immer steht für Verhaltenstherapeuten die Frage an, in welcher Verhaltenssequenz eine Emotion auftaucht. Gibt es z.B. funktionale Verknüpfungen unterschiedlicher Emotionen? Die Äußerung von Ärger oder Wut ist sanktioniert. Statt dessen kann z.B. Angst oder Depression geäußert werden, was sozial eher akzeptabel ist.

Gerade der Umgang mit Emotionen kann stark (therapie-ideologisch?) vorbesetzt sein. Kathartische Reaktionen beispielsweise stehen

im Ruf, günstig zu sein. Ist das wirklich so? Kann es nicht auch Bedingungen geben, durch die unangemessenes Verhalten als Folge kathartischer Übungen verstärkt wird? Vorliegende Untersuchungen zeigen zum Beispiel, daß kathartische Reaktionen nur dann therapeutisch wirksam sind, wenn Patienten von der Maßnahme überzeugt sind. Die kognitive Verarbeitung ist also entscheidend (Kanfer 1992; Florin 1990).

Über lange Jahrzehnte hatte sich die Verhaltenstherapie überwiegend mit „negativen“ Emotionen beschäftigt. Parallel zur Entwicklung einer Gesundheitspsychologie ist in der Verhaltenstherapie die Auseinandersetzung mit positiven Emotionen, der Induktion gesunderhaltender Verhaltensweisen etc. zu beobachten. Wie bei den negativen Emotionen gehen Verhaltenstherapeuten dieses Problem pragmatisch und direkt an. Durch welche Bedingungen entstehen positive Emotionen; wie kann man Bedingungen so verändern, daß Wohlbefinden auftreten kann? Hierbei können schon vergleichsweise minimale Interventionen bedeutsame Veränderungsprozesse in Gang setzen (die dann nicht unbedingt vom Therapeuten begleitet werden müssen).

„Gesundheit“ kann ein Gegengewicht zu „Krankheit“ sein. In diesem Sinne führt Florin (1990) aus, daß z.B. Zähigkeit und Unerschrockenheit, Optimismus, Engagement und eine gesunde Kontrollüberzeugung Merkmale von gesunden Personen sind, die wenig anfällig für (psychosomatische) Erkrankungen sind. Schon aus diesem Grunde macht es Sinn, solche Personenmerkmale, die mit positiven Emotionen assoziiert sind, zu stärken. Für die Autoren ist es eine hoffnungsvolle Perspektive, daß mit euthymen Behandlungsstrategien eine therapeutische Alternative existiert, deren Indikation im Einzelfall geprüft werden muß. Wenn z.B. Symptomatiken lange bestehen, umgrenzt sind und ihre Eigendynamik haben (z.B. Zwangsverhalten), ist die Förderung positiven Erlebens und Handelns nicht hinreichend. Immer aber sollte sie eine ergänzende Therapiestrategie sein.

Literatur

- Bandura, A. (1969): Principles of behavior modification. New York: Holt.
- , (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- , (1988): Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- , (1992): Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. In: Schwarzer, R. (Hg.): Self-efficacy: Thought control of action. New York: Hemisphere.
- , (1992): Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In: Schwarzer, R. (Hg.): Self-efficacy: Thought control of action. New York: Hemisphere.
- Beck, A.T. (1979): Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. München: Pfeiffer.
- Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Hg.), (1971): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.
- Bernhardt, J.A. (1985): Humor in der Psychotherapie. Weinheim: Beltz.
- Birbaumer, N., Schmidt, R.F. (1991): Biologische Psychologie. Berlin: Springer.
- Bischof, C., Traue, H.C., Zenz, H. (1990): Spannungskopfschmerz. In: Basler, H.-D. (Hg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer.
- Bower, G.H. (1987): Commentary on mood and memory. *Behaviour Research & Therapy*, 25, 443-455.
- Cannon, W.B. (1927): The James-Lange theory of emotion: A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Ekman, P. (1988): Gesichtsausdruck und Gefühl. Paderborn: Junfermann.
- Ellis, A., Grieger, R. (1979): Praxis der rational-emotiven Therapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fiegenbaum, W., Freitag, M., Frank, B. (1991): Kognitive Vorbereitung auf Reizkonfrontationstherapien. In: Margraf, J., Brengelmann, J.C. (Hg.): Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Röttger.
- Figge, P. (1982): Dramatherapie bei Kontaktstörungen. München: Kösel.
- Florin, I. (1990): Klinische Psychologie und körperliche Krankheit. In: Basler, H.-D., Florin, I. (Hg.): Klinische Psychologie und körperliche Krankheit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Franks, C.M. (Hg.) (1969): Behavior therapy: Appraisal and status. New York: McGraw Hill.
- Goldfried, M.R., Davison, G.C. (1976): Clinical behavior theory. New York: Holt.
- Hambrecht, M. (1986): Krankheitskonzepte als Paradigmata in der Psychotherapie. *Z. für Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 36, 58-63.
- Heckhausen, H. (1989): Motivation und Handeln. Berlin: Springer.
- Izard, C. (1971): The face of emotion. New York: Appleton-Century-Crofts.
- , (1981): Die Emotionen des Menschen. Weinheim: Beltz.
- James, W., Lange, C.G. (1922): The emotions. Baltimore.
- Jones, M.C. (1924): A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagog. Sem.*, 31, 308-315.
- Kanfer, F.H. (1992): Perspektiven der Verhaltenstherapie für die 90er Jahre. In: Lieb, H., Lutz, R. (Hg.): Verhaltenstherapie, ihre Entwicklung – ihr Menschenbild. Göttingen/Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- , Saslow, G. (1969): Behavioral diagnosis. In: Franks, C.M. (Hg.), a.a.O.
- , Phillips, J.S. (1970): Learning foundations of behavior therapy. New York: Wiley.

- , *Schefft, B.K.* (1988): *Guiding the process of therapeutic Change*. Champaign, Illinois: Research Press.
- , *Reinecker, H., Schmelzer, D.* (1991): *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Keupp, H.* (Hg.) (1974): *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Köhlke, H.-U.* (1992): Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt in die Symptomtherapie? *Verhaltenstherapie*, 2, 256-262.
- Koppenhöfer, E., Lutz, R.* (1983): Depression und Genuß. In: *Lutz, R.* (Hg.): *Genuß und Genießen*. Weinheim: Beltz.
- Lazarus, A.A.* (1971a): *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw Hill.
- Leventhal, H., Mosbach, P.A.* (1983): The perceptual-motor theory of emotion. In: *Cacioppo, J., Petty, R.* (Hg.): *Social Psychophysiology*. New York: Guilford.
- Lutz, R.* (1978): Das verhaltensdiagnostische Interview. Stuttgart: Kohlhammer.
- , (1983): Betonen des Positiven im Erleben und Handeln. In: *Lutz, R.* (Hg.): *Genuß und Genießen. Zur Psychologie des genußvollen Erlebens und Handelns*. Weinheim: Beltz.
- , (1990): Therapietheorie zur Förderung genußvollen Erlebens und Handelns. In: *Zielke, M., Sturm, J.* (Hg.): *Fortschritte der klinischen Verhaltensmedizin*. Heidelberg: Springer.
- , (1991): Vorhersagbarkeit der Interkorrelation psychodiagnostischer Skalen. *Psychologische Beiträge*, 1991, 33, 47-61.
- , (1993): Genußtraining. In: *Linden, M., Hautzinger, M.* (Hg.): *Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- , *Koppenhöfer, E.* (1983): Kleine Schule des Genießens. In: *Lutz, R.* (Hg.): *Genuß und Genießen*. Weinheim: Beltz.
- , *Bezold, G., Bloem, R., Dietrich, M.* (1992): Sehen und gesehen werden. In: *Lieb, H., Lutz, R.* (Hg.): *Verhaltenstherapie, ihre Entwicklung – ihr Menschenbild*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- , *Mark, N.* (1995): „Wie gesund sind Kranke?“. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Margraf, J., Schneider, S.* (1989): *Panik – Angstfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- , *Brengelmann, J.C.* (1991): *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger.
- Meyer, V., Chesser, E.S.* (1971): *Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Millenson, J.R.* (1976): *Principles of behavioral analysis*. New York: McMillan.
- Mowrer, O.H.* (1960): *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Narr, H.* (1987): *Arzt, Patient, Krankenhaus*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Niebel, G.* (1981): *Asymptomatische Verhaltenstherapie bei ängstlichen Kurpatienten*. Frankfurt/M.: Lang.
- O'Leary, K.D., Wilson, G.T.* (1975): *Behavior therapy. Applications and outcome*. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall.
- Pfingsten, U., Hinsch, R.* (1991): *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pöppel, E.* (1982): *Lust und Schmerz: Grundlagen menschlichen Erlebens und Verhaltens*. Berlin: Severin & Siedler.
- Reinecker, H.* (1991): *Zwänge, Diagnose, Theorien und Behandlung*. Bern: Huber.

- Russell, J.A. (1989): Culture, scripts, and children's understanding of emotion. In: Saarni, C., Harris, P.L. (Hg.): Children's understanding of emotion. Cambridge: Cambridge University Press.
- Salter, A. (1949): Conditioned reflex therapy. New York: Capricorn.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1973): The patient and the analyst. The basis of the psychoanalytic process. London: Allen & Unwin.
- Schachter, S., Singer, J.E. (1962): Cognitive, social and physiological determinants of emotional states. *Psychological Review*, 69 (5), 379-399.
- Schindler, L. (1991): Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozeßforschung in der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer.
- Schmidt-Atzert, L. (1981): Emotionspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, K. (1990): Emotionen. In: Spada, H. (Hg.): Lehrbuch Allgemeine Psychologie. Bern: Huber.
- Schwarz, N. (1987): Stimmung als Information. Untersuchungen zum Einfluß von Stimmungen auf die Bewertung des eigenen Lebens. Berlin: Springer.
- Schwarzer, R. (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Schwenkmezger, P. (1990): Ärger, Ärgerausdruck und Gesundheit. In: Schwarzer, R. (Hg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., Whipple, K. (1975): Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- , —, F.R., Whipple, K., Cristol, A.H. (1977): Patients attitudes toward behavior therapy and psychotherapy. *Am. J. Psychiatry*, 134, 134-137.
- Stampfl, T.G. & Levis, D.J. (1967): Essentials of implosive therapy. A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *J. of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- Taylor, G.S., Holmes, H. (1990). So you want your employees to quit smoking? *Journal of Employment Counseling*, 27, 84-92.
- Ullich, D., Mayring, P. (1992): Psychologie der Emotionen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Watson, J.B. (1919): Psychology from the standpoint of a behaviorist. Philadelphia: Lippincott.
- Wilson, G.T., Evans, I.M. (1977): The therapist-client relationship in behavior-therapy. In: Gurman, A.S., Razin, A.M. (Hg.): Effective psychotherapy: A handbook of research. Oxford: Pergamon.
- Wittmann, L. (1983): Lachen in der Psychotherapie. In: Lutz, R. (Hg.): Genuß und Genießen.
- Wolpe, J. (1958): Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J.D. (1974): Praxis der Verhaltenstherapie. Bern: Huber.
- Yates, A.J. (1970): Behavior therapy. New York: Wiley.

Emotionen in der rational-emotiven Therapie (RET) – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß

Burkhard Hoellen

„Der Therapeut sollte sich vergegenwärtigen, daß Klienten für gewöhnlich zur Behandlung kommen, weil sie sich schlecht fühlen und emotionalen Kummer haben und nicht, um über ihre irrationalen Gedanken zu sprechen“ (Kessler & Hoellen 1982, 42 f.).

1. Einleitung

Die Mitte der fünfziger Jahre begründete rational-emotive Therapie (RET) des amerikanischen Psychologen *Albert Ellis* hat sich in wenigen Jahren von einem „heretical underground approach“ (Wolfe 1977, 14) zu einem der bedeutendsten und einflußreichsten Therapieansätze unserer Tage entwickelt (vgl. *Ellis* 1991a; *Freeman et al.* 1989; *Smith* 1982).

Von Beginn an hat die RET zu jenen Therapieformen gezählt, die, anders als viele Angebote des modernen Psychobooms, einer wissenschaftlichen Untersuchung offenstand und bereit war, neue Erkenntnisse und Entwicklungen in ihr therapeutische Modell zu integrieren. Dabei gab und gibt es nicht wenige Kritiker dieser realitätskonstruierenden Methode zur Beeinflussung emotionaler Befindlichkeiten, wobei mir scheint, daß gerade in der Vielzahl kritischer Beurteilungen das wesentliche Entwicklungsmoment der RET liegt (vgl. *Bernard & DiGiuseppe* 1989; *Ellis* 1990a; *Hoellen* 1990a).

Wie kein anderer Aspekt hat die vermeintliche Nichtbeachtung oder Geringschätzung der Emotionen im Modell der RET zu Widerspruch gereizt und die Tatsache, daß sie in ihrer aktiv-direktiven Vorgehensweise auf den ersten Blick so gar nicht den allgemein anerkannten Ansprüchen einer modernen Therapie als einer einfühlsamen, emotional warmen und verständnisvollen Begegnung entspricht, hat auch Gutmeinende bisweilen abgeschreckt.

Dabei gilt auch für die RET die Feststellung *Kruses* (1986), daß nämlich Psychotherapeuten Spezialisten im Umgang mit Emotionen sind, sie gar in jeder Therapiestunde mit ihnen beschäftigt sind, daß es ihnen aber an einer systematischen Emotionstheorie mangelt; ein Tatbestand, der im übrigen Gültigkeit für die gesamte Emotionspsychologie hat (vgl. *Scherer* 1990a).

Dennoch sei eingangs festgehalten: In mancher Hinsicht hatten die prononcierten Einwände gegen die RET durchaus Berechtigung, wengleich es im Laufe der letzten Jahre wichtige neue Entwicklungen und Standpunkte in der RET gegeben hat und nunmehr vor allem die Emotionen und der therapeutische Prozeß mit seinen auf Selbstakzeptanz hinzielenden Variablen bedeutungsvoller gesehen werden.

Dieser Beitrag hat zum Ziel, die aktuellen Positionen der RET hinsichtlich der Bedeutung der Emotionen aufzuzeigen und ihre emotiven Methoden praxisnah vorzustellen. Zunächst aber möchte ich mich dem Persönlichkeitsmodell und der kognitiven Emotionstheorie der RET zuwenden.

2. Das Persönlichkeitsmodell der RET

Ellis hat die RET aus seiner praktischen psychotherapeutischen Tätigkeit und Erfahrung entwickelt sowie in grundlegender Auseinandersetzung mit anderen Therapiemodellen, vornehmlich der Psychoanalyse (vgl. *Ellis* 1948, 1949, 1950, 1956). Er war zunächst aber weniger daran interessiert, eine Persönlichkeitstheorie zu formulieren als eine Theorie der Veränderung individuellen Erlebens und Verhaltens. So kam es, daß Menschenbild und Zielsetzung des Menschen in der RET lange Zeit nicht hinreichend definiert waren.

In neuerer Zeit gibt es nun klarere Aussagen zur Zielbestimmung und Persönlichkeitsfindung des Menschen in der RET (*Ellis* 1991b).

Wie *Rogers*, so schreibt auch *Ellis* dem Menschen eine „Selbstaktualisierungs-Tendenz“ zu. Der Mensch besitze die biologische Disposition, am Leben zu bleiben und seine Existenz zu sichern. Daraus leitet die RET als primäres Ziel eines jeden Menschen die Tendenz ab, ein zufriedenstellendes, glückliches Leben führen zu wollen.

„Niemand fragt uns, ob wir auf diese Welt gebracht werden wollen oder nicht; aber wenn wir einmal hier sind und bemerken, daß wir die Wahl haben, entweder am Leben zu bleiben oder zu

sterben, so entscheiden wir uns so gut wie immer dafür, eine angemessen lange Zeit leben zu wollen. Aus biologischen wie auch aus sozialen Gründen *entscheiden* wir uns für das Leben gegenüber dem Tod, und wir *treffen eine Wahl*, angemessen glücklich zu leben und relativ frei zu sein von starken Schmerzen und Enttäuschungen“ (Ellis & Becker 1982, 117; Hervorh. E. & B.).

Der auf Glückssuche und Zufriedenheitsempfinden angelegte Mensch strebe ganz besonders in den folgenden fünf Bereichen danach, seinen Lebensgenuß zu realisieren:

- beim Alleinsein,
- beim Versuch, freundschaftliche Kontakte zu anderen Menschen aufzubauen,
- im Bestreben, mit einigen Mitgliedern dieser Gruppe eine enge Beziehung zu unterhalten,
- beim Bemühen, eine produktive und einträgliche berufliche Tätigkeit auszuüben und
- bei erholsamen, kreativen oder erbaulichen Freizeitaktivitäten.

Wenn der Mensch sich selbst bejaht und danach trachtet, am Leben zu bleiben, liegt es auch in seinem Ermessensspielraum, ob sein Streben individuell gewinnbringend verläuft. Dabei ist in der RET der Gedanke wach, daß Vernunft sowie kritisches und flexibles Denken entscheidende Instanzen zum Erreichen eines zufriedenen Lebens sind. Nach Auffassung der RET verfügt jeder Mensch grundsätzlich über die Fähigkeit, sein Leben zu gestalten. Dies vermag er um so erfolgreicher, je mehr er sich unter anderem folgende Überzeugungen und Einstellungen zu eigen macht:

- antidogmatisches, flexibles Denken,
- die Erkenntnis, daß eigene Fehler und die Schwächen anderer integraler Bestandteil der Spezies Mensch sind sowie
- Risikobereitschaft und Experimentierfreude.

Andererseits schränkt *Ellis* die Möglichkeiten eines Menschen, sein Leben frei und selbstverantwortlich zu bestimmen, dann doch wieder ein. Neben der Disposition, sich selbst zu verwirklichen, besitze der Mensch von Geburt an auch eine (oftmals noch stärkere) Tendenz und Anfälligkeit zu unvernünftigem, dogmatischem und unkritischem Denken. Diese biologisch bestimmte Tendenz behindere den Menschen bei der Führung eines zufriedenstellenden Lebens und könne mit dem Streben nach Lebensfreude interferieren.

3. Die Emotionstheorie der RET

Ellis (1977) hat immer die Position vertreten, daß die Auslösung und Differenzierung von Emotionen primär durch kognitive Bewertungsprozesse erfolgt.

Damit orientierte er sich an den (kognitiven) Emotionstheorien von *Arnold* (1960) und *Schachter & Singer* (1962), denen zufolge die Emotion kein wirkliches Eigenleben führt und sie mehr oder weniger als das bloße Anhängsel von Bewertungen angesehen wird. In diesem Zusammenhang kann *Ellis* zweifellos als Kognitivist bezeichnet werden.

Allerdings hat er von Anfang an stets auch betont, daß Emotionen und Kognitionen in einer sich gegenseitig bedingenden und durchdringenden Beziehung stehen (vgl. *Ellis* 1977).

In neuerer Zeit hat *Ellis* (1985a, 1991b) die transaktionale Relation, in der Emotionen, Kognitionen und Verhaltensaspekte zueinander stehen, noch deutlicher hervorgehoben.

„Unsere emotionalen und psychologischen Reaktionen sind kognitiv, emotional und behavioral. Sie ist unsere Natur. Wir können unsere Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen auch als verschiedenartige oder getrennte Prozesse definieren, aber höchst selten, wenn überhaupt, ist dies korrekt“ (*Ellis* 1991b, 158f.).

Wegen ihrer Klarheit soll an dieser Stelle die Emotionsdefinition von *Scherer* (1990b, 3) wiedergegeben werden, eine Position, die in dieser Form auch von der RET mitgetragen werden kann (vgl. *Ellis* 1989b; *Lazarus* 1989):

„Die Auffassung, daß Emotionen Prozesse darstellen, an denen jeweils verschiedene Reaktionskomponenten oder -modalitäten beteiligt sind, ist im Laufe der Zeit zunehmend anerkannt worden. D. h., es wird übereinstimmend angenommen, daß zum Zustandekommen und Ablauf emotionaler Prozesse sowohl subkortikale als auch kortikale Verarbeitungsmechanismen externer oder interner Reizung, neurophysiologische Veränderungsmuster, motorischer Ausdruck, Motivationstendenzen und Gefühlszustände beitragen. Die Existenz dieser Komponenten scheint unbestritten, obschon einige Theoretiker die ‚kognitiven‘ Komponenten vorwiegend für das Entstehen von Emotionen verantwortlich machen und von einer eigentlichen emotionalen ‚Reaktionstrias‘ (i. e. neurophysiologische Symptome, motorischer Ausdruck und Gefühl) abgrenzen. Die motivationale Komponente (die emotionsbegleitenden Verhaltensten-

denzen) wird mitunter auch eher als *Folge* der emotionalen Erregung denn als Teil der Emotion gesehen. Sieht man Emotionen jedoch als Prozeß, dann wird eine Unterscheidung in Antezedenz, Essenz und Konsequenz nahezu undurchführbar, da offensichtlich sehr enge Wechselwirkungen zwischen den Teilprozessen bestehen“ (Scherer 1990b, 3; Hervorh. K. Sch.).

Aus Gründen der therapeutischen Zweckmäßigkeit sagt die RET, daß Gedanken für gewöhnlich (aber keineswegs immer) Gefühle bedingen, und daß im Umkehrschluß Gefühle häufig zu Gedanken führen oder dazu beitragen können. Laut *Ellis* (1989b) überbetont die RET diese „kausale“ Verbindung bisweilen, um den Klienten ein vereinfachtes Modell für ihre psychischen Probleme zu geben und sie anzuspornen, ihre dysfunktionalen Gedanken und Gefühle zu ändern.

Ellis sieht sich mit seinen (manchmal bewußt vereinfachenden) Auffassungen in der Tradition der alten taoistischen und buddhistischen Denker sowie ganz besonders der hellenistischen Seelenführer (vgl. *Hoellen* 1986, 1990b, 1991; *Hoellen & Laux* 1988). Aufbauend auf der Erkenntnis des stoischen Philosophen *Epiktet*, nicht die Dinge selbst beunruhigten die Menschen, sondern die Vorstellungen von den Dingen, entwickelte er die RET als ein integratives psychotherapeutisches System, welches gleichzeitig auch eine Theorie menschlichen Erlebens und Verhaltens darstellt. Die Hauptstruktur seiner Emotionstheorie drückt *Ellis* in der mittlerweile bekannten ABC-Sequenz der RET aus:

- A bezieht sich auf aktivierende Ereignisse, es sind dies die objektiven Vorgänge in der Umwelt,
- B steht für die Selbstverbalisierungen und Bewertungen, die diesen Ereignissen folgen,
- C symbolisiert die emotionalen Konsequenzen, die durch solche Gedanken erzeugt werden.

Gemeint ist damit, daß Gefühle und Stimmungen (z. B. Angst, Ärger, Verzweiflung, Freude) = C primär nicht durch ein äußeres Ereignis (z. B. Mißerfolg, Ablehnung, Erfolg) = A ausgelöst werden, sondern durch ein System von verinnerlichten Einstellungshaltungen und Bewertungen = B.

Die folgende Abbildung soll die ABC-Theorie der RET in ihrer aktuellen Ausformulierung verdeutlichen. Der fett gezeichnete Pfeil zwischen B und C hebt die primäre Rolle von Bewertungsprozessen bei der Entstehung von Emotionen hervor. Dennoch wird die

Beziehung zwischen A, B und C nicht linear, sondern als in ständiger Interaktion stehend betrachtet (vgl. Abb. 1).

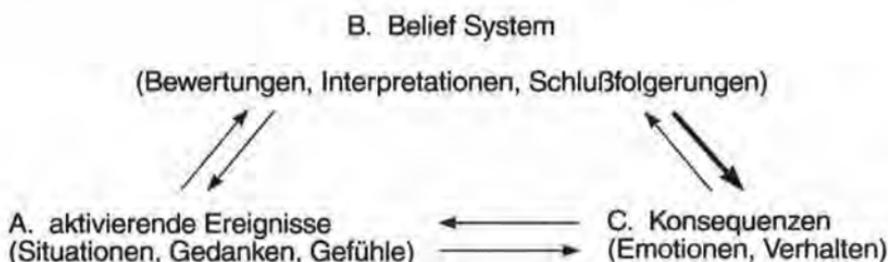


Abb. 1: Das ABC der RET

Das hier dargestellte Erklärungsmodell für emotionale Reaktionen hat, wie erwähnt, lange Tradition. Schon bei den Stoikern waren die Affekte primär kognitiv strukturiert. Und wie die RET sieht auch die stoische Emotionstheorie den Grund pathologischen Verhaltens in der (falsch) urteilenden und wertenden Stellungnahme des Individuums zu Ereignissen und Zuständen (vgl. *Hossenfelder 1985*).

An anderer Stelle bezeichnet *Ellis (1981)* *Kant* als den „Vater“ seiner ABC-Theorie, wie auch als den Vorläufer der S-O-R (stimulus-organism-response)-Theorie von *Woodworth (1958)*, die wohl im eigentlichen die „kognitive Wende“ der Verhaltenstherapie einleitete.

4. Die Ontogenese der Emotionen

In vielerlei Hinsicht dienen Emotionen der Anpassung des Organismus an die Umwelt, eine Entwicklung, die schon früh in der Säuglings- und Kleinkindzeit einsetzt. Diese adaptive Funktion behalten die Emotionen während der ganzen Lebensspanne, weshalb es umso verwunderlicher scheint, daß eine Betrachtung der emotionalen Entwicklung als ein lebenslanger Prozeß erst in neuerer Zeit unternommen wird (vgl. *Geppert & Heckhausen 1990; Labouvie-Vief et al. 1989*).

Auch in der RET ist der Entwicklungsgeschichte von Emotionen, bis auf wenige Ausnahmen (vgl. *Bernhard & Joyce* 1984), kaum Beachtung geschenkt worden. Hinzu kommt, daß wir in der Tat nicht wissen können, warum bestimmte Kognitionen mit speziellen Gefühlsreaktionen verbunden sind.

Die RET gibt nicht vor erklären zu können, weshalb sich im Verlauf der Evolution die Menschen so entwickelt haben wie sie sind. Die RET formuliert jedoch klare Vorhersagen im Hinblick auf die Relation von bestimmten Kognitionen zu bestimmten emotionalen Reaktionen. Ein Mensch, der beispielsweise nackt vor einer Gruppe anderer Menschen steht, wird sich nur dann schämen und betroffen reagieren, wenn er der Auffassung ist, daß er etwas Falsches getan hat, was er nicht hätte tun dürfen und daß es schlimm und schrecklich ist, wenn jemand etwas tut, was er schlechterdings nicht tun dürfe. Die RET vermag jedoch nicht zu sagen, weshalb sich eine spezielle Reaktion im Zusammenhang mit einer bestimmten Kognition einstellt.

Hinzu kommt, daß *Ellis* (1979a) 80% der Varianz menschlichen Erlebens und Verhaltens als anlagebedingt betrachtet, und lediglich 20% auf soziale Umstände und Lernprozesse zurückführt. Die Entwicklung von Emotionen bringt *Ellis* also sehr stark mit angeborenen Variablen in Verbindung; Lernerfahrungen werden dabei eher als unterrangig angesehen. *Ellis* nimmt zudem eine Unterteilung von emotionalen Phänomenen in spontane oder akute Gefühle („feelings“) vor, die weniger mit kognitiven Prozessen verbunden sind, und länger andauernden Emotionen („emotions“), die zentraler mit Bewertungskategorien einhergehen. Hinsichtlich der Entwicklung von gestörten Emotionen, dem zentralen Anliegen der RET, formuliert *Ellis* (1987, 374) beispielsweise: „Zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheinen die meisten Menschen eine gewaltige Tendenz zu besitzen, sich selbst *leicht* in emotionale Störungen hineinzusteigern und darin zu verharren, selbst wenn sie diese Tendenz notwendigerweise nicht immer haben müssen. Deshalb wird es ihnen so gut wie unmöglich sein, auf Dauer seelische Gesundheit zu erlangen“ (Hervorheb. A. E.).

Diese Äußerung läßt den Schluß zu, daß *Ellis* die Potentiale des Menschen, seiner biologischen Bestimmung zu entgehen, eher geringerschätzt.

Gerade auch in der RET stellt sich somit der Widerspruch zwischen Determinismus und Willensfreiheit, den *Ellis* dadurch zu

lösen sucht, daß er dem Menschen nichtsdestotrotz einen (allerdings relativ begrenzten) freien Willen zugesteht.

Auf Grund seiner Sicht der biologischen Basis von Emotionen und der postulierten menschlichen Tendenz zu absolutistischem Denken kommt *Ellis* zu dem Ergebnis, daß nur vermittels aktiv-direktiver Methoden größere individuelle Freiheitsgrade zu erzielen seien, die Begrenztheit solcher Maßnahmen aber immer im Auge behalten werden sollte.

Hier trifft sich *Ellis* im übrigen mit einem anderen großen Psychotherapeuten, von dem er sich immer aufs Schärfste abzugrenzen versucht, mit keinem geringeren als *Sigmund Freud*. *Freud* (1930/1974) zeigte sich hinsichtlich einer wirklichen Veränderung des individuellen menschlichen Erlebens (möglicherweise zurecht) ebenfalls pessimistisch. Die RET betrachtet dann auch primär die sog. irrationalen Gedanken eines Menschen, denen *Ellis* die entscheidende Rolle bei der Verursachung emotionaler Störungen und Dysfunktion zumißt.

5. „Muß-turbatorische“ Ideologien als Grundlage psychischer Störungen

Erlebt ein Mensch starke, ihm unangenehme und ihn beeinträchtigende Affekte, dann „weiß“ *Ellis* auf Grund seiner theoretischen Ausrichtung, daß hinter der emotionalen Störung eine verborgene irrationale Idee steckt. Der rational-emotive Therapeut „weiß, schon bevor er mit dem Patienten gesprochen hat, daß dieser an irgendwelche unhaltbaren, irrationalen Ideen glauben muß – sonst könnte er unmöglich psychisch gestört sein“ (*Ellis* 1977, 188).

In einer seiner früheren Darstellungen listete *Ellis* (1977) elf unlogische und deshalb irrationale Ideen auf, die in der westlichen Welt weit verbreitet seien und die fast zwangsläufig neurotisierend wirkten. Im Verlaufe der Jahre versah *Ellis* (1979b) diese irrationalen Gedanken mit einem Überbegriff, den sog. „Muß-turbationen“. „Was wir gewöhnlich ‚emotionale Störung‘, ‚Neurose‘ oder ‚Geisteskrankheit‘ nennen, besteht demnach weitgehend aus Forderungen oder – wie ich es jetzt nenne – aus Mußturbieren“ (*Ellis* 1979b, 29). Der Mensch neige zu anti-empirischen und übermäßigen Generalisierungen, weil in seinem Denken gleichsam eine verborgene „muß-turbatorische“ Ideologie stecke.

Alle irrationalen Überzeugungen seien mit einem „Sollen“ oder „Müssen“ verbunden. *Ellis* sieht in der „tyranny of the shoulds“ einen Begriff, den er von der deutschen Neoanalytikerin *Karen Horney* übernommen hat, die allem psychischen Leid zugrunde liegende selbstauferlegte fehlangepaßte kognitive Struktur. „Es ist demnach fast immer so, daß die irrationalen Überzeugungen (iB's) nicht nur ihrer menschlichen Neigung entspringen, die Welt etwas verzerrt zu sehen und über das, was ihnen geschehen ist und wahrscheinlich noch geschehen wird, antiempirische Feststellungen zu machen, sondern auch ihren fordernden und gebieterischen Feststellungen über das, was geschehen *soll* oder geschehen *muß*, damit sie das, was sie gern haben möchten, auch mit *absoluter* Sicherheit und Notwendigkeit bekommen. Würden sie wirklich nur bei ihren Wünschen und Vorlieben bleiben und faktisch nie Bedürfnisse und Notwendigkeiten daraus machen, dann käme es bei ihnen relativ selten zu antiempirischen Feststellungen gegenüber sich und anderen. Aber sobald sie ihre Wünsche in unstillbare Bedürfnisse verwandeln, werden solche unrealistischen Feststellungen nahezu unvermeidlich folgen – und zwar häufig in großer Zahl“ (*Ellis* 1979b, 9; Hervorh. A. E.).

Diesen Überlegungen folgend, hat er die potentielle Vielzahl von irrationalen Gedanken auf drei Grundannahmen, die von ihm sogenannte „irrationale Dreieinigkeit“, reduziert:

1. Weil es gut wäre, wenn ich im Leben überragend kompetent wäre, *sollte* und *muß* ich es unbedingt sein. Es ist schrecklich, wenn ich es nicht bin, denn dann bin ich ein wertloser Mensch.
2. Weil es in hoher Weise wünschenswert ist, daß andere Menschen mich fair und nicht gedankenlos behandeln, *sollen* und *müssen* sie es unbedingt tun, und sie sind schlechte Menschen, die es verdienen, verdammt zu werden, wenn sie es nicht tun.
3. Weil es erstrebenswert ist, daß ich eher Freude als Schmerz erlebe, *sollte* und *muß* meine Umwelt mir dies ermöglichen. Das Leben ist fürchterlich, und ich kann das Leben nicht ertragen, wenn die Umwelt dies nicht tut.

Konfrontiert mit unangenehmen und belastenden Erlebnissen würden emotional beeinträchtigte Personen in übersteigerter Form klagen über:

- ihre eigenen Fehler und Schwächen,
- die unfaire Art, wie sie von anderen behandelt werden,

– die unerfreulichen Bedingungen, die um sie herum tatsächlich oder vermeintlich existieren (vgl. auch *Kessler & Hoellen* 1982).

In letzter Zeit definiert die RET (vgl. *Crawford & Ellis* 1989; *Ellis et al.* 1988; *Hoellen* 1978; *Hoellen & Kessler* 1979; *Schelp et al.* 1990; *Schwartz & Hoellen* 1991; *Warren & Zgourides* 1991) eindeutiger den differentiellen Anteil, mit dem die einzelnen Formen irrationalen Denkens zu bestimmten unangemessenen emotionalen Reaktionen beitragen.

Damit wird spezifiziert, welche kognitiven Inhalte als Antwort Niedergeschlagenheit, Trauer, Angst oder Feindseligkeit hervorrufen können.

So würden Depressionen, Selbstablehnungen und Minderwertigkeitsgefühle dem selbstauferlegten Gebot, perfekt sein zu müssen, entstammen. Ärgerreaktionen, Feindseligkeit, ja gar Krieg und Völkermord seien das Ergebnis, wenn jemand fordere, daß sich andere ihm gemäß zu verhalten hätten. Wenn schließlich jemand absolut verlange, daß die Dinge so sein müßten, wie er dies wolle, leide er an einer geringen Frustrationstoleranz, welche wiederum zu Suchtverhalten und zu Ängsten, ganz besonders zu den sog. „discomfort anxieties“ führen könnten.

Der Charakter dieser Denkstrukturen wird recht anschaulich von *Kessler* (1983, 1112) beschrieben: „Irrationale ‚belief‘-Systeme sind (...) zumeist grundlegende Aussagen zum persönlichen Wert, sie umschreiben den roten Faden in den Beziehungen zu Mitmenschen, zu den existentiell erlebten Gefahren und Zukunftsperspektiven; sie sind das individuelle Konzept von der eigenen Person und der Umwelt.“

Zusammenfassend soll festgehalten werden: Depressionen, Verzweiflung, Ängste, Feindseligkeit und Selbstabwertungen gehen nach Auffassung der RET mit mußurbatorischen Forderungen einher. Da diese Gefühlsreaktionen neues, konstruktives Verhalten lähmten, seien es unangemessene Emotionen. Starke Enttäuschungen, Sorge, Kummer und Gereiztheit hingegen seien adäquate Reaktionen, wenn einem Dinge, die man sich wünsche, versagt blieben. Sie seien deshalb angemessen und rational, da sie den Menschen motivieren würden, den als unangenehm erlebten Zustand zu ändern, um so wieder mehr Glück und Zufriedenheit zu erlangen.

Die RET ergänzt das ABC-Schema durch die zwei therapiebezogenen Punkte D und E. Am Punkt D (D für Disput) werden die

Klienten vermittelt einer Vielzahl von kognitiven, emotiven und verhaltensorientierten Methoden angeleitet, ihre ihnen Kummer und Sorgen bereitenden Überzeugungshaltungen infrage zu stellen, und durch alternative, realitätsorientierte Annahmen zu ersetzen. Das Ergebnis dieser inneren Diskussion zeigt sich am Punkt E (E für Effekt). Ist die Person nach häufig mühseliger individueller Auseinandersetzung tatsächlich zu neuen Auffassungen gekommen, so wird sie zu größerem Wohlbefinden gelangen und neue Verhaltensweisen ausprobieren können.

6. Therapeutische Beeinflussung

Die Veränderung von Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen ist das Ziel einer jeden psychotherapeutischen Vorgehensweise. Die rational-emotive Psychotherapie bemüht sich daher um eine Einwirkung auf alle drei Anteile des ABC-Modells. Sie beinhaltet Techniken der kognitiven Umstrukturierung und Disputation, emotive Strategien und verhaltenstherapeutische Verfahren.

Das Ziel dieser Methoden fassen *Schelp et al.* (1990, 40) wie folgt zusammen: „Es soll den Klienten gezeigt werden, daß in bestimmten, problematischen Situationen die Gefühle nicht automatisch zustande kommen, sondern daß bestimmte Bewertungsmuster (Muß-Denken, Katastrophen-Denken, globale Personenbewertung und geringe Frustrationstoleranz) stark mit bestimmten belastenden Emotionen und Verhaltensweisen zusammenhängen. Wenn diese Einsicht herausgearbeitet ist, geht es für die Klienten darum, zu einer neuen Bewertung solcher streßbeladenen inneren oder äußeren Situationen zu kommen. Dies erfordert eine kognitive, emotionale und verhaltensgemäße Auseinandersetzung mit den hinderlichen Grundeinstellungen und die Einübung von Verhaltensweisen, die mit der neuen Einstellung kompatibel sind, bzw. die Ausführung bisher vermiedener Verhaltensweisen und ihre schrittweise Einpassung in das bisherige Repertoire des Denkens, Fühlens und Handelns. Somit wird die Behandlung nur dann wirklich erfolgreich sein können, wenn Therapeut und Klient dessen System von Wahrnehmungen, Einstellungen, Bewertungen, emotionalen Mustern und eingeschliffenen Verhaltensweisen auf vielerlei Weisen in Frage stellen und zu verändern versuchen.“

Der Prozeß, eine von äußeren Umständen weitgehend freie Haltung und Einstellung zu erlangen, ist in der RET ursprünglich zuvorderst als ein intellektueller gesehen worden. Im Editorial zur ersten Ausgabe (1966, 4) der vom New Yorker Institut für RET publizierten Zeitschrift „Rational Living“ hieß es: „... reason is as appropriate in overcoming a phobia as it is in correcting a faulty engine.“ Ist die Behandlung psychisch gestörter Menschen nichts anderes als das Reparieren einer defekten Maschine? Wohl doch nicht, zumal die RET in der letzten Zeit eindeutig bemüht ist, vor allem im praktischen Vorgehen, den Emotionen und der Klient-Therapeut-Beziehung mehr Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. *Ellis* 1990d).

Da mir die kognitiven Disputationsverfahren (vgl. *Cohen* 1987; *Kefler & Hoellen* 1982; *Walen et al.* 1982; *Yankura & Dryden* 1990) sowie die verhaltensorientierten und praktischen Übungen (vgl. *Ellis* 1979c, 1985b) der RET hinreichend dargestellt zu sein scheinen, will ich mich an dieser Stelle auf die Vorstellung der wichtigsten emotiven Strategien beschränken.

7. Emotive Strategien in der RET

Folgt man einer Untergliederung von *Ellis* (1979c), so sind als „emotiv“ nachstehende Maßnahmen zu verstehen: die unbedingte Akzeptanz des Klienten, das Rollenspiel in der Gruppe, das Modellernen, die nachhaltige Verwendung von realitätsorientierten Selbstverbalisationen, die rational-emotiven Vorstellungsübungen, die schamreduzierenden Mutproben und einzelne Auflockerungsübungen.

In anderen Darstellungen (z. B. *Dryden & Ellis* 1990) werden Selbstenthüllungs-Verfahren, der Einsatz von Humor sowie die Verwendung von Parabeln und Geschichten hinzugezählt.

Gelegentlich tauchen die Imaginationstechniken oder der Gebrauch von Humor auch unter kognitiven Disputationen auf. Da ohnehin keine klare Indikationsstellungen für die einzelnen Techniken in der RET existieren, ist eine eindeutige Zuordnung auch nicht vordringlich. Im folgenden soll auf drei der wesentlichsten Prozeduren etwas näher eingegangen werden, auf die RET in der Gruppe, die schamreduzierenden Mutproben und die rational-emotiven Imaginationenübungen.

7.1 RET in Gruppen

Die Prinzipien der rational-emotiven Therapie werden oft in Gruppen zu vermitteln versucht, wobei dies vor allem das Nutzbarmachen der Gruppenprozesse beinhaltet. Ellis (1979a) weist auf fünf verschiedene Gruppenformen der RET hin, auf (1) Familiengruppen unter Anleitung eines Therapeuten, (2) Gruppen, die sich in kürzeren Abständen, z. B. wöchentlich, treffen, (3) rationale Marathon-Encounter-Gruppen, (4) Demonstrationsworkshops in rationaler Lebensführung mit oft mehr als 100 Zuhörern und (5) Seminarkurse. Die Durchführung der RET in Gruppen besitzt den Vorteil, daß Infragestellungen der persönlichen Lebensgestaltung mehr oder weniger spontan von einzelnen Gruppenmitgliedern benutzt werden. So kommt es beispielsweise auch ohne Anleitung durch einen Therapeuten relativ rasch zum Rollentausch, da viele Klienten zwar bei sich selbst irrationale Kognitionen nur mühsam erkennen, sie bei anderen aber mit Argusaugen wahrnehmen. Ferner bietet sich jedem Gruppenmitglied die Möglichkeit, bei den anderen Teilnehmern nach einer zielgerichteten Disputation die Reduktion von Affekten in deren Äußerungen und Verhaltensweisen feststellen zu können. Auch eignet sich die Gruppe als Demonstration dafür, wie durch bestimmte Aussagen einzelner Mitglieder Affekte bewirkt werden. Einer der wohl wesentlichsten Vorteile der Gruppe ist in der Erkenntnis der Teilnehmer zu sehen, daß sie mit ihren Schwierigkeiten und Denkstilen nicht alleine stehen. Die Selbstverurteilung wegen der eigenen Symptomatik kann dadurch auch ohne größeres Zutun eines Therapeuten reduziert werden. Weiterhin regt das Feedback von anderen zur Korrektur von Selbstabwertungen an; es eignet sich aber auch dazu, im Sinne der eleganten Lösung, sich, unabhängig von den Meinungen und Normen anderer, akzeptieren zu können. Bezieht man Hausaufgaben und schamreduzierende Mutproben mit ein, kann eine gezielte Verstärkung durch die Gruppe den Fortschritt beschleunigen. Schließlich lernen die Gruppenmitglieder über die eigenen Schwierigkeiten so zu sprechen, daß sie das Risiko der möglichen Konsequenzen des Bekanntwerdens von zuvor als peinlich, unangenehm oder abwertend erlebten Inhalten als immer weniger gravierend einschätzen.

7.2 Schamreduzierende Mutproben

In den schamreduzierenden Mutproben (shame-attacking exercises) bemüht sich der Therapeut, seinen Klienten zu veranlassen, sich aktiv in Situationen zu begeben, die von diesem bislang als peinlich, lächerlich oder beschämend eingestuft wurden. Das Ziel der Übungen soll sein, sich, wenn die Aktionen in die Tat umgesetzt werden, nicht zu schämen, ja in ihnen eine Art Herausforderung oder Abenteuer zu sehen. Ein Teil der Übungen kann kognitiv-behavioralen Selbstbehauptungsprogrammen entlehnt werden (vgl. *Ellis et al.* 1989); die Besonderheit der schamreduzierenden Übungen besteht aber weniger darin, eigene Rechte und Bedürfnisse vorzubringen und durchsetzen zu können, als vielmehr, sich zuzutrauen, die jenseits des Üblichen, Schicklichen und Normalen eingestuften Handlungen ohne größere Hemmungen auszuführen. Der Klient soll also nicht nur üben, etwa eine berechtigte Reklamation in einem Kaufhaus vorzubringen oder vor einer Gruppe von Zuhörern ein Kurzreferat über den letzten Urlaub zu halten, sondern er kann überdies und insbesondere angehalten werden, sich beispielsweise in den schreiendsten Kleidern, der gewagtesten Schminke oder den auffälligsten Accessoires auf die Straße zu begeben. Für das Treffen in gediegenen Kreisen eignen sich dazu insbesondere kurze Hosen. Auch das Einkaufen heikler Gegenstände wird gerne als Übung benutzt. So schickte beispielsweise *Ellis* (1979c) seine Klientin Myra in einen Sexshop, sie möge nach diversen Vibratoren fragen. In dieselbe Kategorie gehört die Frage nach Präservativen zu Sonderpreisen. In Geschäften kann auch lauthals angemerkt werden, daß man heimlich Transvestit sei und sich spezielle Kleidung ansehen möchte. Mitunter wird auch das Ausrufen der Zeit in der nächsten Bahnstation oder in Zugabteilen vorgeschlagen. Selbst so „einfache“ Übungen, wie jemanden auf der Straße um 50 Pfennig anzubetteln, weil man Hunger habe oder soeben aus dem Gefängnis oder einer Anstalt entlassen worden sei, können ebenso wie das Einkaufen von Schuhen mit durchlöchernten Socken eine beträchtliche Überwindung abverlangen.

Selten wird der Klient auf Anhieb davon begeistert sein, auf solche Weise aktiv zu werden. Zur Argumentation kann der Therapeut indessen anführen, daß „Scham“ zu einem guten Teil eine Orientierung an den Normen anderer darstellt, die oft gar nicht bedeutungsvoll sind, daß sich die Scham damit weithin aus dem

Akzeptieren von antizipierten Wertvorstellungen anderer ergeben kann. Er kann überdies deutlich machen, daß schamreduzierende Übungen zwar gelegentlich den Eindruck fördern, man habe „nicht mehr alle Tassen im Schrank“. Manche Klienten bekommen diesen Satz auch in der Tat zu hören. Solche Mutproben sind aber gerade dazu geeignet, sich in die Disputation der Bedeutung der tatsächlichen Konsequenzen der eigenen Aktionen und der Meinungen anderer über diese Aktionen hineinzubegeben. Es kann ein Unterschied gemacht werden zwischen einem verrückten, absonderlichen oder ungehemmten Verhalten und der generalisierenden Zuschreibung der Eigenschaft „verrückt“ oder „irrsinnig“ an die gesamte Person. Vielfach erleben die Klienten, daß die Reaktion der Umwelt ausbleibt oder weit unter dem befürchteten Niveau liegt, daß sie allenfalls amüsiert oder verblüfft ist. Selbst wenn die Leute deutlich konsterniert sind, bedeutet dies nicht, daß sich der Klient eine solche Haltung zu eigen machen muß.

Schamreduzierende Übungen sollten selbstverständlich ihre Grenzen haben. Sie liegen dort, wo die möglichen Konsequenzen des Verhaltens ein tatsächlich schädigendes Ausmaß für den Klienten oder andere Personen erreichen können. In keinem Fall sollten solche Übungen zur Bedingung für eine weitere Therapie gemacht werden. Als Faustregel bei der „Verschreibung“ von Mutproben kann gelten, daß der Therapeut dem Klienten nur solche Übungen vorschlägt, die er selbst auszuführen bereit wäre.

7.3 Rational-emotive Imaginationstechniken (REI)

Im Rahmen der RET wurde eine Reihe von Vorstellungsverfahren entwickelt, bei der die Imagination als ein Hilfsmittel für die Bearbeitung belastender Erlebnisse Verwendung findet (vgl. Hoellen 1988; Kessler & Hoellen 1982; Maultsby & Ellis 1974). Die Techniken unterscheiden sich eher in Details als in der Grundkonzeption (ausführliche Beschreibung bei Kessler & Hoellen 1982, 110-119). Die von Ellis bevorzugte sog. negative REI besteht in einer Aufeinanderfolge von fünf Schritten:

1. Vorstellung der angstauslösenden allgemein problematischen Situation;
2. Exploration der auftretenden Gefühle;
3. Erfahren und Einwirkenlassen der Gefühle;

4. Veränderung der unangemessenen Gefühle in angemessene;
5. Nachexploration der Veränderungsstrategien.

Die Prozedur soll mehrfach geübt werden, täglich etwa 10 Minuten, und damit mehr und mehr gewohnheitsmäßig und automatisch ablaufen. Gegebenenfalls kann der Therapeut dem Klienten verdeutlichen, daß das Ziel der gesamten Vorstellungstechnik darin liege, eine Wahlmöglichkeit zwischen den angemessenen Gefühlsreaktionen (Bedauern, Enttäuschung) und den unangemessenen (Depression, Entsetzen) zu schaffen; der Klient soll das neue Reagieren gleichsam wie eine Fremdsprache oder das Fahren in Ländern mit Linksverkehr erlernen, also wie Fähigkeiten, die andere nicht gänzlich ersetzen, sondern nur ergänzen.

Das entscheidende Moment in dieser Stufenabfolge sind die Schritte 3 und 4. In Punkt 3 wird der Klient angeleitet, Gefühle wie Angst, Depressionen oder Wut auf sich wirken zu lassen und sogar noch zu intensivieren. Danach wird er gebeten, diese starken Gefühlsreaktionen in weniger ausgeprägte Formen wie Sorge, Niedergeschlagenheit oder Ärger umzuwandeln („Ich weiß, daß Sie es können, und sei es auch nur für kurze Zeit.“).

Insgesamt gesehen kann die REI eine außerordentlich nützliche Technik sein, wenn es dem Therapeuten gelingt, dem Klienten zu vermitteln, daß er seine Bilder und Gedanken, sowohl die kognitiven Inhalte als auch die begleitenden verhaltensaffektiven und organischen Komponenten, selbständig kontrollieren kann. Der Klient soll sich nicht mehr als das Opfer seiner Gedanken, Bilder und Gefühle wahrnehmen, er soll lernen, daß auch seine inneren Bilder sein Fehlverhalten steuern. Er soll zudem lernen, diese in ihren gesamten Facetten zu erkennen und sich in der Lage sehen, Einfluß auf sie auszuüben.

In diesem Sinne kommt den Imaginationsübungen eine wichtige Rolle bei dem Transfer von den in der Therapie erarbeiteten Konzepten in die reale Situation der Klienten zu.

Die RET beansprucht auch, dem Klienten bei der Identifikation seiner spezifischen Emotionen behilflich zu sein sowie eine Unterscheidung in angemessene und unangemessene Gefühle vorzunehmen (vgl. *Ellis 1990b*). Ein besonderes Charakteristikum in der RET schließlich ist, daß sie sich auch mit der Eigenart vieler Klienten auseinandersetzt, sich zu beunruhigen, weil sie sich beunruhigen.

8. Akzeptieren der Gefühle

Klienten haben oft Angst vor der Angst, sie sind deprimiert wegen ihrer Depressionen und wütend über ihre Wutausbrüche.

Wenn sich, allgemein ausgedrückt, Klienten Probleme wegen ihrer Probleme schaffen, dann spricht die RET von Symptomstreß. In die Sprache der RET übersetzt heißt dies: Klienten lassen ihr ursprüngliches Problem zu einem neuen aktivierenden Ereignis werden und schauen nun gleichsam auf ihre (Ausgangs-)Problematik.

Die Beunruhigung durch die Angst vor der Angst oder die Depression über die Depression können vielfach schwerwiegender sein als das primäre Problem und den Klienten gänzlich daran hindern, effektiv an der Ausgangsproblematik zu arbeiten.

Als ein Beispiel hierfür mag jene Psychologiestudentin gelten, die Panikattacken erlebt und sich ob des Vorkommens dieser Ängste zusätzlich anklagt, da sie als angehende Therapeutin doch keine psychischen Probleme haben dürfte. Damit aber verschlimmert sie ihre Ausgangsproblematik und behindert sich selbst an einer adäquaten Bearbeitung und Problemlösung.

Nach Auffassung der RET ist es deshalb angezeigt, die Klienten so anzuleiten, daß sie sich zunächst den sekundären Problemen zuwenden und erst danach der eigentlichen Ausgangsproblematik. Dies um so mehr, da sich die vielen Kognitionen, die ein Klient im Zusammenhang mit seinen Schwierigkeiten äußert, in der Mehrzahl der Fälle auf eine zentrale Attitüde reduzieren lassen: Der Klient betont, daß er das Symptom nicht haben darf und schlechterdings nicht ertragen kann. Wie aber läßt sich ein Problem lösen, dessen Existenz ich nicht wahrhaben will? Wie kann ich ein Hindernis überwinden, das ich nicht zur Kenntnis nehmen will? Die Auseinandersetzung mit der sekundären Problematik wirft implizit die Frage auf, ob ein Klient sein Problem zunächst einmal als gegeben akzeptieren kann oder nicht. In seinen populären, an ein breites Publikum gerichteten Büchern hat *Ellis* gerade in bezug auf diese Fragestellung viele konkrete Hinweise und Hilfestellungen gegeben. Dabei betont auch die RET, daß dort, wo bestimmte, den Klienten einschränkende und belastende Situationen geändert werden können, er dies unbedingt versuchen soll. Gerade in diesem Punkt wird *Ellis* sehr häufig mißverstanden, denn natürlich predigt die RET nicht eine Anpassung um jeden Preis; dies haben im übr-

gen auch die Stoiker nicht getan, obwohl auch sie in diesem Zusammenhang immer wieder angegriffen wurden (vgl. *Forschner* 1981).

Die RET strebt eine Symbiose an zwischen denen auf Symptomakzeptanz hinzielenden fernöstlichen Therapieverfahren und den häufig direkt auf Problemlösung orientierten westlichen Therapieansätzen (vgl. *Hoellen* 1986, 1989; *Weisz et al.* 1984).

Ganz allgemein hält sie es mit dem wohl auf den hl. *Franziskus* zurückgehenden Leitsatz der Anonymen Alkoholiker, wonach es das Streben eines Menschen sein soll, die Dinge mit Gelassenheit zu tragen, die er nicht zu ändern vermag, den Mut aufzubringen, jene Verhältnisse zu ändern, die er ändern kann, und die Weisheit zu entwickeln, das eine vom anderen zu unterscheiden.

In vielen Fällen wird es nach reiflicher Überlegung und intensiver Aufarbeitung wohl auch gelingen, eine Entscheidung zwischen den gebotenen Alternativen zu treffen. Häufig genug allerdings stehen Klienten nicht vor der Wahl zwischen Wohl und Übel, sondern sie können nur zwischen zwei schlechten Möglichkeiten wählen. Es gibt keine leichten Methoden, einem von einer Manie Betroffenen etwa nahzubringen, er solle seine Krankheit als gegeben akzeptieren und als Schutz vor floriden Symptomen auch die Einnahme von Medikamenten in Kauf nehmen, welche andererseits auch sein Organsystem schädigen können; schon gar nicht ist eine problemlose Technik denkbar, wenn ein Klient mit schweren körperlichen Handikaps oder gar terminalen Erkrankungen zu kämpfen hat.

Unter den vielfältigen Methoden, die die RET anbietet, gilt in diesen Fällen allerdings die sogenannte „elegante Lösung“ als Therapie der Wahl. Wenn ein Klient aufhört, sich gegen seine Symptome zu stellen und sie zu einem gegebenen Zeitpunkt als Realität zu akzeptieren lernt, dann wird, gemäß der Auffassung der RET, auch sein Widerstand geringer werden und so der Weg zu einer Besserung (vgl. *Hoellen* 1991) frei, in keinem Fall wird der Therapeut einen „neurotischen Pakt“ (*Hauck* 1966) mit dem Klienten eingehen und auch nicht mit ihm darin übereinstimmen, daß die Entwicklung einer bestimmten Symptomatik die folgerichtige Konsequenz seiner Lebensumstände sei. Wie ihr antiker Vorläufer, die stoische Lebenskunst, betont auch die RET, daß eine Überwindung des inneren Aufruhrs eines Klienten dann gelingen kann, wenn er sich selbst in die Verantwortung nimmt.

9. Die Klient-Therapeut-Beziehung in der RET

Es gehört zu den Grunderkenntnissen der Psychotherapie, daß eine jede Form psychotherapeutischen Wirkens den Klienten in seinen Werthaltungen und Einstellungen beeinflußt. Neben den heilungsfördernden Aspekten birgt ein solcher Tatbestand auch Gefahren. Dieser Gefahr dürfte ganz besonders der Therapeut in der RET ausgesetzt sein, da er einmal durch sein aktiv-direktives Vorgehen die Wahlmöglichkeit des Klienten stark einschränken könnte, zum anderen gerade die RET Werte vermittelt, die durchaus im Gegensatz zu den allgemein-gesellschaftlich anerkannten stehen (vgl. *Wessler* 1984). Die *Ellissche* Position zu Fragen der Sexualität und besonders zu religiösen Überzeugungen differiert doch sehr deutlich von den Werten einer breiten Allgemeinheit (vgl. *Hatch* 1982). Es scheint z. B., als würde *Ellis* Irrationalität und religiöse Glaubenshaltungen gleichsetzen. Im Titel eines seiner diesbezüglichen Artikel, „Atheism: A cure for neurosis“ (*Ellis* 1978), kommt dies gleichsam programmatisch zum Ausdruck.

Selbst wenn *Ellis* (1990c) die Möglichkeit, daß der Therapeut dem Klienten seine Kriterien von einem rationalen Lebensstil antragen könnte, von sich weist und erklärt, nicht der Therapeut, sondern dessen Theorie würde, wie in anderen Psychotherapiesystemen auch, über die Angemessenheit von Emotionen und kognitiven Abläufen entscheiden (vgl. *Hoellen & Ellis* 1986), so kann dies einen Eindruck nicht wirklich entkräften, den auch *Gröschke* (1981, 349) durchaus richtig festhält: „Der RET-Therapeut ist ein ‚moralischer Unternehmer‘, der die Normen und Werte einer von ihm als gut und richtig erkannten Lebenspraxis offensiv vertritt.“ Auch soll *Keffler* (1983, 1108) zugestimmt werden, wenn er konstatiert: „Die RET ... wartet mit einem Bezugsnahmen auf, der, sowohl allgemein als auch ins einzelne gehend, Vorstellungen darüber enthält, wie und was eine gesunde Person zu denken hat, um sich psychisch gesund zu empfinden.“ *Zettle & Hayes* (1980) sehen den Therapeuten in der RET ebenfalls als jemanden an, der die Rolle des Regelgebers einnimmt. Die RET basiert wie jedes andere therapeutische System auf einer Anzahl expliziter und auch impliziter theoretischer Formulierungen. Alle psychotherapeutischen Ansätze haben eine ihnen zugrunde liegende Theorie über menschliches Erleben und Verhalten, so auch die RET. Letztendlich wird die praktische Anwendung das Entscheidungskriterium dafür liefern, wie gut es ein Ansatz ver-

steht, psychisches Leid zu beheben. Nach allgemeiner Einschätzung kann bis dato aber *kein* psychotherapeutisches System zu Recht für sich Superiorität reklamieren. Dies gilt selbstverständlich auch für die RET, selbst wenn es bei *Ellis* bisweilen anders verlautet.

Die folgenden Worte deuten allerdings auch hier eine gewisse Bescheidenheit an: „Im Grunde ist es doch so, daß der Therapeut, welcher aktiven oder passiven Schule er auch angehören mag, mit jedem seiner Patienten von bestimmten Hypothesen ausgeht: daß die Schwierigkeiten des Patienten auf diese und jene Ursache zurückzuführen seien und daß sie sich verringern würden, wenn es dem Therapeuten gelänge, den Patienten zu veranlassen, mit anderen als seinen bisherigen Denk- und Handlungsweisen zu experimentieren. Dies scheint mir ein wissenschaftlich zu nennendes Verfahren zu sein – selbst wenn sich die Haupthypothesen (oder der theoretische Bezugsrahmen) des Therapeuten als ungültig erweisen sollte oder der Patient die Experimente nicht durchführt, mit denen der Therapeut seine Hypothesen zu erhärten bzw. zu widerlegen sucht“ (*Ellis* 1977, 234).

An anderer Stelle heißt es dann auch, daß der Therapeut natürlich eigene Wertmaßstäbe in die therapeutische Beziehung einbringt, er müßte, „da er ein Mensch ist, auch ein Wertsystem haben; es wäre sinnlos, so zu tun, als hätte er keines“ (*Ellis* 1977, 231).

Damit bezieht *Ellis* deutlich Position. Man kann *Frank* (1985) nur zustimmen, wenn er formuliert, daß alle, auch die sich streng wissenschaftlich gebenden Erkenntnistheorien auf bestimmten Werturteilen basieren und somit letzten Endes Glaubenssysteme darstellen. Ganz offensichtlich lassen sich die Konzepte „Rationalität“ und „Irrationalität“ nicht einfach durch den Gegensatz logisch-empirisches/wissenschaftliches einerseits und unwissenschaftliches Denken andererseits beschreiben. „Rationalität“ im Sinne der RET hat mehr den Charakter einer Weltanschauung, sie erscheint als eine Art Lebensauffassung, für welche ein Mensch sich entscheidet. Rational handelt ein Mensch dann, wenn er zu der inneren Einstellung kommt, daß ihm trotz seines unter Umständen recht eingeschränkten Handlungsspielraumes Möglichkeiten bleiben, ein zufriedensterbendes Leben zu führen. Ein „rationaler“ Mensch erkennt, daß sich das eigene Wohlbefinden aus mehreren Aspekten zusammensetzt und daß persönliche Mißerfolge oder Verluste auf einzelnen Gebieten nicht notwendigerweise eine Bedrohung für das gesamte Wohlbefinden darstellen. Dazu gehört auch die Attitüde, daß es

zwar wünschenswert wäre, wenn die gesetzten Ziele und Vorhaben in Erfüllung gingen, daß hierfür aber kein „Muß“ besteht.

Im Hinblick auf die Wirksamkeit der RET hat *Erdmann* (1990, 140) die Vermutung geäußert, „daß die eigentlich wirksamen Faktoren des therapeutischen Prozesses wohl zu einem großen Teil von Therapeut zu Patient transportierte Menschenbildannahmen/Grundüberzeugungen sind, wogegen die Praktiken (Techniken) eher untergeordneten Wert haben. Mit anderen Worten, die Stärke der RET liegt in ihrer Ideenwelt und der Überzeugung der Therapeuten von deren Gültigkeit.“

Abgesehen davon, daß eine durch und durch rationale Lebensphilosophie nicht immer wünschenswert ist (vgl. *Landmann* 1975, 1976), dürfte es aber auch schwerfallen, eine solche Grundposition durchgängig einzunehmen.

Haaga & Davison (1989) wiederum haben die Hypothese formuliert, daß die RET vornehmlich bei nicht schwer gestörten, intelligenten Personen wirke, für die Logik und wissenschaftliche Beweisführung einen hohen Wert einnehmen, wenn es um die Erkenntnis ihrer selbst und der Umwelt geht.

Um die Effizienz der RET als therapeutischer Methode zu erhöhen, schlagen sie vor, daß ein Therapeut im Umgang mit seiner Klientel zunächst in der Tat eine Art Expertenstatus einnehmen könnte, um im Verlauf einer Behandlung die Freiheitsgrade für die Klienten deutlich zu erhöhen, und sie damit verstärkt zu Experimentierfreude, Flexibilität und Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten ermuntern sollte.

Es scheint mir persönlich die bedeutendste Entwicklung im Rahmen der RET zu sein, daß die Beziehung zwischen Klient und Therapeut nunmehr für wirklich wichtig gehalten wird (vgl. *Ellis* 1985b; *Eschenröder* 1978; *Yankura & Dryden* 1990) und daß eine äußerst fruchtbringende Diskussion innerhalb der kognitiven (Verhaltens-)Therapie über die Rolle von Affekten, ihrer Beeinflussung sowie therapeutischer Nutzbarmachung eingesetzt hat (vgl. *Ellis* 1990a; *Greenberg & Safran* 1989; *Lazarus* 1991a, b; *Lyddon* 1990; *Mahoney & Lyddon* 1988; *Muran* 1991). Das nachstehende Fallbeispiel mag als eine Bestätigung dieser These gelten.

10. Fallbeispiel

Am Beispiel der psychotherapeutischen Betreuung einer 22jährigen Frau mit *Bulimia nervosa* (DSM III-R) sollen isoliert und verkürzt einige der eingesetzten emotiven Methoden aufgezeigt werden. Das nachstehende Fallbeispiel erhebt selbstverständlich nicht den Anspruch, die Vorgehensweise der RET bei *Bulimia* umfassend darzustellen. In diesem Zusammenhang sei auf die einschlägige Literatur verwiesen: *Fichter* 1991; *Garner et al.* 1987; *Harvill* 1985; *Rudermann* 1986; *Wolfe* 1985.

10.1 Der Fall Frau A.

Zum Zeitpunkt der Therapie bewohnte Frau A. alleine eine Dachwohnung im Hause ihrer Mutter in einem ländlichen Gebiet. Die Ehe der Eltern ist seit der Kindheit der Klientin geschieden. Die Mutter hatte ein zweites Mal geheiratet. Der Ehemann der Mutter ist Rentner. Die Mutter arbeitet als Schreibrkraft im gleichen Betrieb, in dem auch die Klientin als Sekretärin beschäftigt war (allerdings in einer anderen Abteilung).

Frau A. hatte damals keine feste Beziehung zu einem Mann. Ihre Freizeit verbrachte sie entweder allein zu Hause oder sie unternahm sporadisch etwas mit Freundinnen (z. B. Joggen, Discobesuche, Urlaubsfahrten, Schwimmen).

Zu ihrem Vater unterhielt die Klientin Kontakte. Sie besuchte ihn recht häufig in unregelmäßigen Abständen. Der Vater lebt mit einer Lebensgefährtin zusammen in einem Dorf, etwa 20 km vom Wohnort der Klientin entfernt. Die Arbeit als Sekretärin machte Frau A. Spaß, sie arbeitete mit hohem Engagement.

Auf Anraten einer Freundin wandte sich die Klientin im Sommer 1989 an den Therapeuten. Sie klagte über starke Gewichtsschwankungen (bis zu 10 kg bei einer Größe von 1,65 m) und über sehr große Probleme bei der Gewichtsregulierung. Im Grunde drehe sich ihr ganzes Leben immer wieder um Essen, Abnehmen und den damit zusammenhängenden Vor- bzw. Nachteilen.

So hatte sich Frau A. beispielsweise einer Freizeitsportgruppe nicht deshalb angeschlossen, um aktiv Sport zu treiben, sondern primär mit dem Ziel abzunehmen. Sie besuchte eine *Weight-Watcher*-Gruppe und achtete peinlich darauf, daß sie nicht mehr als

1000 Kalorien am Tag zu sich nahm, allerdings hatte sie dabei nur zeitweiligen Erfolg. Immer wieder (zwei- bis dreimal pro Woche) kam es, in der Regel abends, zu „Freßattacken“, bei denen Frau A. hochkalorische, stark zuckerhaltige Nahrungsmittel zu sich nahm. Sie selbst hatte beobachtet, daß sie unter seelischer Anstrengung und Anspannung (beispielsweise nach Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz und im besonderen mit der Mutter), aber auch bei innerer Leere und Gefühlen der Einsamkeit dazu neigte, in übermäßiger Form zu essen. Ihre eigene Beobachtung war, daß das Essen in diesen Momenten beruhigende Wirkung hatte und ihr sogar regelrechte Lustgefühle vermittelte. Hinterher kam dann stets der übliche Katzenjammer, und sie ging „deprimiert“ zu Bett. Es kam bei Frau A. zwar nie zu selbstinduziertem Erbrechen, aber sonst griff die Klientin zu allen bei Bulimia bekannten Maßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme.

Zu Beginn der Gespräche vermittelte Frau A. einen stark depressiven Eindruck (BDI-Wert: 28), sie war es „müde“, ständig gegen sich selbst und ihre Pfunde anzukämpfen.

10.2 Emotive Aspekte der Therapie

Wie in anderen Therapieformen, so steht auch in der RET der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung am Beginn einer Behandlung. (In diesem Zusammenhang sollte sich die an der RET interessierte Person nicht von vermeintlich gefühlskalten *Ellis*-Präsentationen irritieren lassen. *Ellis* besitzt, wie andere Primadonnen der Psychotherapie, ein Charisma, das ihm in therapeutischen Beziehungen einen hohen Vertrauensbonus verleiht. Ein solches Vertrauen muß sich der „normal sterbliche“ Therapeut wohl erst erarbeiten, weshalb wir in der RET durchaus mit einem klaren Kopf vorgehen und zugleich ein Herz haben dürfen.) Vertrauen und Offenheit sind gerade bei eßgestörten jungen Frauen Voraussetzungen dafür, daß sie sich öffnen können, ihre oft bestens gehüteten „Geheimnisse“ zumindest dem Therapeuten gegenüber offenbaren und bislang stark tabuisierte Bereiche (beispielsweise Fragen der Sexualität) ansprechen können. Mehr noch, der rational-emotive Therapeut „erlaubt“ es den Klienten gleichsam, ihre Probleme haben zu dürfen.

So auch gegenüber Frau A., die nach langen Jahren des ständigen Kampfes und der umfassenden Einschränkung ihres Lebens (in ihren Erinnerungen gingen die Eßprobleme weit in die Kindheit zurück) zunehmend an sich selbst zu zweifeln begann und immer häufiger in depressive Zustände verfiel. Zu ihrem eigentlichen Problem der unkontrollierten Nahrungsaufnahme kam noch ein zweites, in seinen Auswirkungen vielleicht noch schwerwiegenderes Problem hinzu, nämlich die Selbstanklage und Selbstzerfleischung darüber, sich nicht kontrollieren zu können.

Indem der Therapeut diesen in der RET so bezeichneten Symptomstreß deutlich ansprach und seine Struktur offenlegte, bekam die Klientin sozusagen die offizielle Erlaubnis, ihre Probleme haben zu dürfen: Ziel war, daß sich die Klientin nicht weiter gegen ihre Symptome stellte, sondern sie zunächst einmal als gegeben betrachtete. Dieser Versöhnungsprozeß widerspricht in mancherlei Hinsicht der Intention vieler Klienten, da sie gerade deshalb zur Therapie kommen, um ihre Probleme loszuwerden, sie wie einen Rucksack abzuschnallen und in die Ecke zu stellen.

Der Versöhnungsprozeß mit sich selbst, nämlich die vorhandenen Schwierigkeiten und Probleme als Teil seiner selbst zu begreifen und nicht nur als von außen gemacht anzusehen, ist wohl das Ziel einer jeden Therapie und wird eingangs allenfalls eingeleitet werden können.

Ob es gelingt, die Zielsetzungen der Klienten realistisch und auf das Praktikable zu orientieren, hängt nach meinen Erfahrungen von der Qualität der Klient-Therapeut-Beziehung und dem therapeutischen Klima ganz allgemein ab. Die von *Rogers* und *Ellis* übereinstimmend genannte therapeutische Variable der bedingungslosen Wertschätzung und Akzeptanz ist eine Eigenschaft, die sich der Therapeut nur in langen Jahren und durch die Bereitschaft aneignen kann, beispielsweise die RET-Prinzipien auf sich selbst zu beziehen. Dieser nur schwer zu beschreibenden Form der Empathie war es wohl zu verdanken, daß, mit vollem Einverständnis von Frau A., sehr bald darauf verzichtet wurde, weitere Strategien zur Gewichtsreduktion durchzuführen.

Das bulimische Eßverhalten hat bekanntlich wichtige kurzfristige, emotional stabilisierende Aspekte. Dennoch konnte es als ein bedeutender Fortschritt der Therapie gelten, als es zu einer neuen Festlegung der Therapieziele kam. Wollte Frau A. anfangs ihr Ideal-

gewicht erreichen und halten können, formulierte sie recht bald die folgenden neuen Ziele:

- Sicherheit und Ruhe in mir selbst bekommen,
- größere Toleranz gegenüber der Umwelt, jemandem seine Eigenheit lassen können,
- meinen Selbstschutz vergrößern können/nicht mehr so leicht verletzt sein.

Natürlich wurde das „Expertenwissen“ von Frau A. auch weiterhin therapeutisch nutzbar gemacht, dennoch haben wir uns intensiver ihren negativen Selbstbewertungen zugewandt.

10.3 Übungen zur Selbstakzeptanz

Bulimische Klientinnen neigen in hohem Maße dazu, sich in Abhängigkeiten zu anderen Menschen zu begeben, da sie selbst über ein zu geringes Selbstwertgefühl verfügen. So auch Frau A., die in einem Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE; Klages 1989) unter anderem auf den Skalen „Negative Selbstwertung“ und „Abhängigkeit“ extrem hohe Werte erzielte. Zur Modifikation von Submissivität und Risikovermeidung wurden, neben vielen anderen Übungen, auch Frau A. die sogenannten „shame-attacking exercises“ vorgeschlagen. Diese „Mutproben“ wurden allerdings nicht „verschrieben“, sondern gemeinsam mit der Klientin abgesprochen. Zudem wurde hierbei in kleinen Schritten vorgegangen.

Aus der Anamnese war beispielsweise bekannt, daß es der Klientin während ihres letzten Urlaubs nicht möglich war, am Strand entlangzuspazieren. Nur in der relativen Deckung des Liegeplatzes habe sie sich einigermaßen wohl gefühlt. Das Schwimmbad in ihrem Heimatort hatte sie schon über 10 Jahre nicht mehr besucht, obwohl Schwimmen zu ihren bevorzugten Freizeitaktivitäten gehörte.

Mehr noch, sie „bekannte“, daß sie noch niemals ihren Körper bewußt betrachtet habe.

Zunächst wurde mit Übungen zur Körperwahrnehmung begonnen. Die Klientin sollte täglich 10 Minuten lang ihr Gesicht und ihren unbedeckten Körper im Spiegel betrachten. Danach folgten Schwimmbadbesuche, zunächst in ortsfernen Bädern, dann im Heimatort. Schließlich wagte sich die Klientin in öffentlichen Saunen, und es war ihr sogar möglich, in die gemischte Sauna zu gehen.

Diese „Übungen“ machten der Klientin mit der Zeit immer mehr Spaß, und sie erlebte die wöchentliche „Mutprobe“ zunehmend als eine Art Herausforderung. Zum Ende der Therapie äußerte sie gerade im Hinblick auf die zahlreichen „shame-attacking exercises“: „Wenn ich mich heute dabei erwische, daß ich vor einer Sache kneife, dann habe ich mir angewöhnt, die Angelegenheit auf der Stelle zu erledigen.“

Auch die Besprechung der sexuellen Probleme der Klientin kann unter erlebnisaktivierenden Aspekten betrachtet werden.

Die Disputation einer Flut von irrationalen Gedanken (z. B.: „Darstellungen menschlicher Sexualität sind ‚schweinisch‘.“ „Wenn ich mich allein mit einem Mann unterhalte, meint der bestimmt, daß ich ‚was von ihm will‘.“ „Die Tatsache, daß bei meinem Vater ‚freizügige‘ Magazine offen herumlagen, beweist, daß er eine ‚schlechte‘ Sexualität hat.“) wurde von der Klientin als in hohem Maße belastend empfunden. Sie beendete ein Gespräch mit den Worten: „Ich hätte nie gedacht, daß ich solche Probleme mit meiner Sexualität habe.“ Diese Probleme hatten natürlich eine Entwicklungsgeschichte, und Frau A. erinnert sich an die immer von ihrer Mutter übermittelte Aussage, daß nämlich Männer „immer nur das eine wollen“.

Das Verhältnis von Frau A. zu ihrer Mutter war zentrales Thema der Therapie.

10.4 Aktivierung eigener Initiative und Verantwortung

Im Verlauf der Therapie wurde der Klientin klar, daß ihre Mutter Angst hat, von der Tochter verlassen zu werden, so wie es der Vater für die nachpubertäre Phase der Tochter immer wieder prophezeit hatte.

Die Mutter der Klientin hatte ihrerseits (fast in Form einer Verwünschung) der Tochter immer wieder gesagt, daß sie niemals jemand so lieben würde, wie sie es täte („Niemand wird dich so gerne haben wie ich.“). Dies geschah vor allem in Situationen, wenn Frau A. mit ihrer Mutter Streit hatte oder versuchte, nach eigenen Vorstellungen zu leben.

Frau A. leitete daraus die Vorstellung ab, daß sie nicht liebenswert sei und daß sie den Menschen, die sie liebten, durch ihre „Schlechtigkeit“ Leid zufügen würde.

Es entstand über die Jahre hinweg eine starke Bindung an die Mutter, wobei sehr viele Schuldgefühle bei Frau A. zu finden waren. Gleichzeitig bestand für die Klientin ein Verbot, die Mutter zu verlassen bzw. sich von ihr zu distanzieren. Frau A. phantasierte für den Fall einer solchen Distanzierung von der Mutter eine Unzahl von Katastrophen, so wie sie sie von der Mutter immer wieder zu hören bekam.

Mit Hilfe zahlreicher Imaginationenübungen, speziell der die Gefühle verstärkenden negativen rational-emotiven Vorstellungsübung und im Rollenspiel, übte die Klientin Möglichkeiten ein, sich in den fast täglich wiederkehrenden familiären Konfliktsituationen gegen die Mutter durchzusetzen.

Anhand einer Passage aus der Erzählung „Johannes“ von H. Körner (1978) wurde beispielsweise das Thema Abhängigkeit von der Beurteilung anderer und die eigenen Erwartungen an sich selbst und andere veranschaulicht. Die Klientin fand einen guten Bezug zu der Geschichte, und es wurde möglich, irrationale Gedanken und „alte“ Ängste zu diskutieren. So erzählte Frau A., daß die Mutter (aus Angst, das Kind an den geschiedenen Vater zu verlieren) ihr immer wieder Ängste eingeredet hat, die verhinderten, daß die Tochter Schritte in eine selbständige Existenz wagte. Diese Begebenheit einerseits und die (im Belief-System womöglich unbewußt wurzelnde) Entscheidung der Klientin, daran festzuhalten, wurde ihr am Beispiel des Schmetterlings bewußt, der nicht wagt, seine Flügel zum Fliegen auszubreiten. Als Grund dafür führte er seine kümmerliche Existenz als Larve an und die Enge in der Puppe. Aus Angst, sich beim Fliegenüben Beulen zu holen und in Anbetracht seiner „schlimmen“ früheren Erfahrung zögert er, loszufliegen.

So wurde vor allem Wert darauf gelegt, daß die Klientin ihre eigenen Anteile (Entscheidungen) sieht und verstärkt mit der Vergangenheit abzuschließen beginnt. Auf diese Weise konnte sie im Verlauf der Gespräche zwischen eigenen und fremden Wünschen, Gefühlen und Gedanken unterscheiden lernen.

Die dabei fast zwangsläufig auftretenden starken emotionalen Reaktionen (Wut, Ängste, Niedergeschlagenheit, Selbstanklagen etc.) wurden aber nicht vordergründig kontrolliert, sondern als wichtige Erfahrungsmomente in den therapeutischen (Veränderungs-)Prozeß integriert. Auch wurde Wert darauf gelegt, daß sich Frau A. im Sinne einer Perspektivenübernahme in die Position der Mutter hineinversetzen konnte, um auch Verständnis für deren

Gefühle und Reaktionen zu erlangen. (Immer wieder werde ich gefragt, welche Literatur den Klienten zum Selbststudium empfohlen werden kann. Natürlich schlage ich auch entsprechende Selbsthilfebücher vor, im besonderen *Ellis* [1989b] und *Schwartz* [1991]; nach meiner Erfahrung können Klienten aber noch mehr Nutzen aus Büchern und Filmen ziehen, in denen die Protagonisten versuchen, gegen die Widrigkeiten der Welt anzukämpfen und dabei dennoch ihre Identität wahren.)

Mit der zunehmenden Selbstfindung der Klientin einher ging auch eine stärkere kritische Betrachtung der Umwelt. So wurde ihr recht bald klar, daß sie sich am Arbeitsplatz gleichsam für ihre Vorgesetzten „aufopferte“ und dabei selbst eigentlich immer zu kurz gekommen war. Der Wunsch, sich beruflich zu verändern, wurde immer konkreter. Nachdem sie einen EDV-Kurs begonnen hatte und zwischendurch auf Telefondienst umsatteln wollte, überraschte sie den Therapeuten mit ihrer Entscheidung, für ein Jahr als „Au-pair-Mädchen“ nach England zu gehen. Im Protokoll zu einer der letzten Sitzungen mit der Klientin (im Sommer 1990) heißt es: „Frau A. teilt mit, daß sie ihre Stelle im Betrieb gekündigt hat, um als ‚au-pair‘ in London zu beginnen. Diese Stelle wird sie zum 1.9. antreten.“

Die Klientin erzählt von überdurchschnittlich positiver Resonanz in ihrer Umgebung, mit der ihre Berufsentscheidung kommentiert wird.

Frau A. betrachtet den Auslandsaufenthalt als Möglichkeit der fremdsprachlichen Weiterqualifizierung, als berufliche Umorientierung (sie möchte Stewardess werden) und als eine Möglichkeit, sich aus der engen Beziehung zum Elternhaus zu lösen, um auf „eigenen Beinen stehen zu können“. (In diesem Zusammenhang bekommt sie die Hausaufgabe, einen fiktiven Abschiedsbrief an die Mutter zu schreiben.)

Eine lange Zeit des Gespräches wurde auf die Trennungsangst der Klientin vom Therapeuten verwandt. Es wurde auch zu diesem Thema deutlich, daß die Klientin neue Orientierung gefunden hat und auch weiterhin sucht.

Aus den folgenden Worten spricht ihre erlangte Autonomie: „Zuerst dachte ich mir, daß ich Sie anrufen und Sie fragen sollte, ob Sie mir diese Veränderung zutrauen und diese Entscheidung richtig ist. Dann habe ich mir aber gesagt, daß ich nur selbst wissen kann,

was für mich gut ist. Ich habe auch alleine entschieden und es geht mir gut damit.“

Insgesamt machte die Klientin den Eindruck, nicht überstürzt oder unüberlegt zu handeln. Auch die Erwartungen an diesen neuen Lebensabschnitt wirkten keineswegs illusorisch.

Die Techniken des kognitiven Disput, die rational-emotive Vorstellungsbildung und die Auflistung von Vor- und Nachteilen einer Entscheidung (das sog. referenting) wandte sie selbständig an.

Bei all dem waren die Eßprobleme weit in den Hintergrund gerückt. Auch später (Frühjahr 1992), da Frau A. aus England wieder zurück war, spielten sie eine untergeordnete Rolle. Zwar fällt Frau A. ab und zu in alte Verhaltensmuster zurück, wie sie selbstkritisch zu beurteilen weiß, ihr Leben aber wird von diesen Problemen nicht mehr zentral bestimmt. Frau A. befindet sich in der Ausbildung zur Stewardess, sie unterhält eine, wie sie sagt, sehr feste Beziehung zu einem Engländer und sieht der Zukunft recht optimistisch entgegen.

Dieser Fallbericht macht deutlich, daß in relativ kurzer Zeit (Therapiedauer 13 Monate bei 32 Sitzungen) eine schwerwiegende psychische Störung positiv beeinflußt werden kann, wenn sich der Therapeut von den Grundprinzipien der RET, nämlich Experimentierfreude und Flexibilität, leiten läßt und diese im therapeutischen Prozeß auch „rüberbringen“ kann.

11. Abschließende Betrachtung

Ellis folgte bei der Ausformulierung seiner Gefühlstheorie ursprünglich den Überlegungen von Arnold (1960) und ganz besonders der „Zwei-Faktoren-Theorie“ von Schachter & Singer (1962), einer Theorie, die nebenbei bemerkt in den Emotionstheorien von James (1884) und Lange (1885) ihre historischen Vorläufer hat.

Kuhl (1983) spricht in diesem Zusammenhang von der sog. „peripheralistischen Emotionstheorie“, der zufolge sich erst durch die kognitive Interpretation eines (unspezifischen) Erregungszustandes eine der qualitativ unterscheidbaren Gefühlsreaktionen herausdifferenziert. Besonders im Hinblick auf die RET kritisierte Lazarus (1982), sie würde – den oben genannten Überlegungen folgend – implizieren, daß Kognitionen per se rational seien, während Affekte als irrational und primitiv angesehen würden.

In der Tat ist diese Kritik nicht von der Hand zu weisen. Nicht von ungefähr nannte *Ellis* seinen Ansatz ursprünglich „Rationale Therapie“, bis er ihn als Antwort auf verschiedene Kritiken später in rational-emotive Therapie umwandelte. Aber auch heute noch spielt die Emotion eine untergeordnete Rolle, die sog. emotiven Techniken in der RET sind weit weniger ausgearbeitet als die kognitiven und verhaltensorientierten Methoden (vgl. *Kessler & Hoellen* 1982). Darüber hinaus kommt ihnen in der Mehrzahl der Fälle lediglich eine ergänzende Rolle zu, ja in der „eleganten“ Methode, welche sich nur der Disputation bedient und die eigentlich die von *Ellis* bevorzugte Technik darstellt, fehlen sie ganz. Dabei kommt es, beispielsweise im sokratischen Dialog, natürlich auch zu Erlebnisaktivierungen und starken Gefühlsmomenten, dennoch hatte die Emotion in der Konzipierung der RET ursprünglich keine zentrale Rolle inne, unabhängig davon, wie einzelne Methoden letztlich wirken mögen. Eine aktuelle Analyse der Vorgehensweise von *Ellis* (vgl. *Yankura & Dryden* 1990) ergibt eindeutig, daß der Mentor der RET auch heute noch das Hauptaugenmerk auf die Gedanken, Einstellungen und Lebensphilosophien seiner Klienten legt.

Die relative Geringschätzung der Emotion im rational-emotiven Modell kommt auch darin zum Ausdruck, daß *Ellis* häufiger von den sog. „negativen“ Emotionen wie Depression, Ärger und Ängsten spricht, welche für angemessenes Reagieren so gut wie immer schädlich seien. Paradoxaerweise steht diese Auffassung über negative Emotionen stark im Widerspruch zu Überlegungen, welche nachhaltig die adaptive Funktion dieser sog. negativen Affekte unterstreichen (vgl. *Mahoney* 1991).

Auch in anderen Verfahren der Kognitiven Verhaltenstherapie, etwa der Kognitiven Therapie von *Beck* (1979) oder dem Problemlösungsansatz von *D'Zurilla & Goldfried* (1971), haben Emotionen eine sehr randständige Funktion. Der gegenwärtige kognitive Trend in der Verhaltenstherapie legt, unter der Geringschätzung von Intuition und Affekt, vielleicht noch größeren Wert auf Rationalität und Logik, als dies zu früheren Zeiten der Fall war (vgl. *Woolfolk & Richardson* 1984). Therapie kann dabei leicht zu einem mechanischen Akt verkommen, der an den Bedürfnissen der Klienten vorbeigeht bzw. deren Potentiale an Reife, Rationalität und Ich-Stärke viel zu hoch ansetzt. Wie in der Kognitiven Verhaltenstherapie allgemein, so sind in neuerer Zeit vor allem auch Vertreter der RET bemüht, das therapeutische Modell der RET zu erweitern und den

Emotionen sowie der Klient-Therapeut-Beziehung mehr Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. *Eschenröder 1992; Huber & Baruth 1989; Rorer 1989a,b*).

Dennoch, wie in der wissenschaftlichen Psychologie allgemein (vgl. *Scherer 1990a*), so kann die Emotion gerade auch im Konzept der RET immer noch als Stiefkind angesehen werden.

Mit Beginn der 80er Jahre allerdings häufen sich die Meinungen, die das immer wieder postulierte Primat der Kognitionen über den Affekt in Frage stellen. Als einer der ersten kann *Zajonc (1980)* gelten, der vehement die Auffassung vieler Theorien angreift, nach der die Emotion grundsätzlich postkognitiv sei. Er schildert eine Vielzahl von Studien, die im Gegenteil zeigen, daß affektive Reaktionen von Kognitionen unabhängig existieren und sogar häufiger vor diesen ablaufen. Emotionen und Kognitionen seien unter Kontrolle voneinander unterschiedlicher und unabhängiger Systeme, die sich zwar gegenseitig beeinflussen können, grundsätzlich aber eigenständig zum Informationsprozeß beitragen.

Ein wesentlicher Baustein für die Ausformulierung der rational-emotiven Position war die kognitive Theorie der Emotionen von *Schachter & Singer (1962)*. In einem Übersichtsartikel beschäftigt sich *Reisenzein (1983)* speziell mit der Gefühlstheorie dieser amerikanischen Sozialpsychologen. Gestützt auf eine Vielzahl neuerer Daten räumt er mit der Vorstellung auf, daß es sich bei Affekten zunächst immer nur um die gleiche autonome Reaktion des Nervensystems handele und die eigentliche affektive Tönung erst dann entstehe, wenn das Individuum die Umweltreize entsprechend „etikettiert“ habe. Weder sei zentralnervöse Erregung eine notwendige Bedingung für eine affektive Reaktion, noch gebe es Hinweise, daß emotionale Erregungen nur auf einen kognitiven Etikettierungsprozeß hin erfolgen. Auch *Scherer (1990b, 9)* hält es für bedauerlich, daß die Theorie von *Schachter* und *Singer* „über Jahrzehnte hinweg die für die Emotion reservierten Teile der psychologischen Lehrbücher dominiert hat“.

Schließlich vermögen *Dörner & Städel (1990)* die Auffassung ad absurdum zu führen, nach der Menschen im Grunde rationale Geschöpfe sind, die es vermögen, bei Bedarf ihre Affekte und Leidenschaften zurückzustellen und nur noch die objektiven Sachverhalte zu betrachten. Auch *Bower (1983)* konnte schlüssig nachweisen: So sehr wir uns auch anstrengen mögen, unsere Gedanken „zusammenzunehmen“, es scheint uns doch niemals vollständig zu

gelingen, ein von der Gefühlswelt freies, unvoreingenommenes und vermeintlich rationales Urteil zu treffen. In diesem Zusammenhang sei ein *Aperçu* von *Blaise Pascal* wiedergegeben. „Das Herz hat seine Gründe, von denen die Vernunft nichts weiß!“

Folgt man *Rachman* (1981, 287), so verlangen die neueren Überlegungen zur Rolle der Emotion (ausführliche Darstellungen finden sich in *Scherer* 1990a) nachgerade eine Revision der bislang vertretenen Emotionstheorien und neue, den Affekt viel zentraler sehende Therapiemethoden: „Rationale Psychotherapeuten sollten Überlegungen anstellen, ob sie nicht notwendigerweise neue und effektivere Wege finden müßten, vom kognitiven System in das affektive System zu gelangen. Es könnte sich herausstellen, daß es schnellere und effektivere Möglichkeiten gibt, Zugang zum affektiven System zu erhalten – Wege, die nichtkognitiver Natur sind.“

Es stellt sich also die Frage, ob es immer günstig ist, Emotionen zu kontrollieren, den Klienten gleichsam aufzufordern, sich „zu beherrschen“ und sich „zusammenzureißen“, oder ob es nicht auch wichtig wäre, ihn bewußt anzuleiten, seine Emotionen auszudrücken und „auszuleben“.

Guidano & Liotti (1985) haben darauf hingewiesen, daß es für eine Therapie von großem Nutzen sein kann, wenn es dem Klienten „erlaubt“ wird, seine Emotionen voll zuzulassen. Auf diese Weise vermöge er die affektiven Wurzeln seiner Probleme zu erkennen, um dann im Anschluß daran eine kognitive Restrukturierung durchzuführen.

In jüngster Zeit hat *Mahoney* (1991) ein kognitives Therapiemodell vorgelegt, welches affektive Erfahrungen stärker in den Mittelpunkt der theoretischen, vor allem aber der praktischen Überlegungen und Vorgehensweisen stellt. Dieses am Konstruktivismus orientierte Erklärungsmodell berücksichtigt ganz besonders die subjektiv-historische Dimension individuellen Erlebens und Verhaltens und kann in dieser Form als eine überaus interessante Erweiterung der kognitiven Therapieansätze gelten (vgl. *Ivey* 1986; *Schelp & Kemmler* 1988; *Wüstehube* 1991).

Für den Autor liegt es auf der Hand, daß das rational-emotive Modell von diesen aktuellen Diskussionen viel profitieren kann (vgl. *Ellis* 1990a; 1991b).

Die Emotionen, im Rahmen der RET bislang recht stiefmütterlich behandelt, werden innerhalb dieser noch weiter auszuarbeitenden Konzepte eine zunehmend größere Bedeutung erlangen.

Die RET wird den ständig wachsenden Ansprüchen an therapeutisches Handeln um so besser begegnen können, je mehr sie das Wachsen und Reifen eines Menschen in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und die Gefühle des Menschen als wichtiges Moment seiner Identitäts- und Souveränitätsfindung begreift.

Literatur

- Arnold, M., *Emotion und Personality*, 2 Bd., Columbia University Press, New York 1960.
- Beck, A.T., *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*, Pfeiffer, München 1979.
- Bernard, M. E., & DiGiuseppe, R., *Inside Rational-Emotive Therapy. A Critical Appraisal of the Theory and Therapy of Albert Ellis*, Academic Press, San Diego 1989.
- , & Joyce, M. R., *Rational-emotive therapy with children and adolescents*, Wiley, New York 1984.
- Bower, G. H., *Affect and cognition*, *Philosophical Transactions of the Royal Society London*, Ed. B., 302 (1983) 387-402.
- Crawford, T. & Ellis, A., *A dictionary of rational-emotive feelings and behaviors*, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy* 7 (1989) 2-28.
- Cohen, E. D., *The use of syllogism in rational-emotive therapy*, *Journal of Counseling and Development* 66, (1987) 37-39.
- Dörner, D. & Ständel, T., *Emotion und Kognition*; in: Scherer, K. R. (Hrsg.), *Psychologie der Emotion*, Bd. 3, *Enzyklopädie der Psychologie, Motivation und Emotion*, Hogrefe, Göttingen 1990, 293-344.
- Dryden, W. & Ellis, A., *The basic practice of RET*; in: Dryden, W., (Hrsg.), *The essential Albert Ellis*, Springer, New York 1990, S. 145-183.
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R., *Problem solving and behavior modification*, *Journal of Abnormal Psychology* 78 (1971) 107-126.
- Editorial, *A reason for reason*, *Rational Living* 1, 1 (1966) 3-4.
- Ellis, A., *A critique of the theoretical contributions of nondirective therapy*, *Journal of Clinical Psychology* 4 (1948) 248-255.
- , *Towards the improvement of psychoanalytic research*, *The Psychoanalytic Review* 36 (1949) 123-143.
- , *An introduction to the principles of scientific psychoanalysis*, *Genetic Psychology Monographs* 41 (1950) 147-212.
- , *An operational reformulation of some of the basic principles of psychoanalysis*, *The Psychoanalytic Review* 43 (1956) 163-180.
- , *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*, Pfeiffer, München 1977.
- , *Atheism: A cure for neurosis*, *American Atheist* 20, 3 (1978) 10-13.
- , *Towards a new theory of personality*; in: Ellis, A. & Whiteley, J. M. (Hrsg.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*, Brooks/Cole, Monterey 1979a, S. 7-32.

- , Klinisch-theoretische Grundlagen der rational-emotiven Therapie; in: *Ellis, A. & Grieger, R. (Hrsg.), Praxis der rational-emotiven Therapie*, Urban & Schwarzenberg, München 1979b, S. 3-36.
- , The practice of rational-emotive therapy; in: *Ellis, A. & Whiteley, J. M. (Hrsg.), Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*, Brooks/Cole, Monterey, 1979c, S. 61-100.
- , Rational-emotive Therapie in Gruppen; in: *Ellis, A. & Grieger, R. (Hrsg.), Praxis der rational-emotiven Therapie*, Urban & Schwarzenberg, München 1979d, S. 231-238.
- , The place of Immanuel Kant in cognitive psychotherapy, *Rational Living* 16, 1 (1981) 13-16.
- , Expanding the ABC's of Rational-Emotive Therapy; in: *Mahoney, M. J. & Freeman, A. (Hrsg.), Cognition and Psychotherapy*, Plenum, New York, 1985a, S. 313-323.
- , Overcoming Resistance. Rational-Emotive Therapy with Difficult Clients, Springer, New York 1985b.
- , The impossibility of achieving consistently good mental health, *American Psychologist* 42 (1987) 364-375.
- , Comments on my critics; in: *Bernard, M. E. & DiGiuseppe, R. (Hrsg.), Inside Rational-Emotive Therapy*, Academic Press, San Diego, 1989a, S. 199-233.
- , Training der Gefühle, mvg, München/Landsberg am Lech 1989b.
- , Is rational-emotive therapy (RET) „rationalist“ or „constructivist“?; in: *Dryden, W. (Hrsg.), The Essential Albert Ellis*, Springer, New York 1990a, S. 114-141.
- , Treating the widowed client with rational-emotive therapy (RET), *Psychotherapy Patient* 6 (1990b) 105-111.
- , Antworten auf einige Einwände gegen die rational-emotive Psychotherapie, *Zeitschrift für Rational-Emotive Therapie & Kognitive Verhaltenstherapie* 1, 1 (1990c) 5-14.
- , Intimacy in Rational Emotive Therapy; in: *Dryden, W. (Hrsg.), The Essential Albert Ellis*, Springer, New York 1990d, S. 184-201.
- , My live in clinical psychology; in: *Walker, D. E. (Hrsg.), The History of Clinical Psychology in Autobiography, Vol. I*, Brooks/Cole, Pacific Grove 1991a, S. 1-37.
- , The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET) *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy* 9 (1991b) 139-172.
- , How to fix the empty self, *American Psychologist* 46 (1991c) 539-540.
- , & *Becker, I.*, A Guide to Personal Happiness, Wilshire, Hollywood 1982.
- , *McInerney, J. F., DiGiuseppe, R. & Yeager, R. J.*, Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers, Pergamon Press, New York 1988.
- , *Sichel, J. L., Yeager, R. J., DiMattia, D. J. & DiGiuseppe, R.*, Rational-emotive couples therapy, Pergamon Press, New York 1989.
- Erdmann*, Rezension von „Hoellen, B.: Stoizismus und rational-emotive Therapie (RET). Ein Vergleich“, *Zeitschrift für Psychologie* 198 (1990), 140.
- Eschenröder, D.*, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der rational-emotiven Therapie, *Integrative Therapie* 3/4 (1978) 168-181.
- , Von der problemorientierten zur lösungsorientierten Psychotherapie: Die Bedeutung von Ressourcen und Zielen für den therapeutischen Prozeß, *Zeitschrift für Rational-Emotive Therapie & Kognitive Verhaltenstherapie* 3 (1992) 41-58.
- Fichter, M. M.*, Ätiologische Faktoren, Diagnostik und Therapie bulimischer Eßstörungen, *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 20 (1991) 1-21.
- Frank, J.D.*, Therapeutic components shared by all psychotherapies; in: *Mahoney, M. J. & Freeman, A. (Hrsg.), Cognition and psychotherapy*, Plenum, New York 1985, S. 49-79.

- Freeman, A., Simon K. M., Beutler, L. E. & Arkowitz, H. (Hrsg.), *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*, Plenum, New York 1989.
- Freud, S., *Fragen der Gesellschaft – Ursprünge der Religion*, Studienausgabe Bd. 9, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. M. 1974.
- Forschner, M., *Die stoische Ethik*, Klett-Cotta, Stuttgart 1981.
- Garner, D. M., Fairburn, Ch. G. & Davis, R., Cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa. A critical appraisal, *Behavior Modification* 11 (1987) 398-431.
- Geppert, U. & Heckhausen, H., Ontogenese der Emotionen; in: Scherer, K. R. (Hrsg.), *Psychologie der Emotion*, Bd. 3, Enzyklopädie der Psychologie, Motivation und Emotion, Hogrefe, Göttingen 1990, S. 115-213.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D., Emotion in psychotherapy, *American Psychologist* 44 (1989) 19-29.
- Gröschke, D., Moralische Behandlung und direkte Psychotherapie. Über kulturelle Traditionen in der modernen Psychotherapie, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29 (1981) 342-352.
- Guidano, V. F. & Liotti, G. A., A constructivist foundation for cognitive therapy; in: Mahoney, M. J. & Freeman, A. (Hrsg.), *Cognition and Psychotherapy*, Plenum, New York 1985, S. 101-142.
- Haaga, D. A. F. & Davison, G. C., Slow progress in rational-emotive therapy outcome research: Etiology and treatment, *Cognitive Therapy and Research* 13 (1989) 493-508.
- Harvill, R., Bulimia: Treatment of purging via systematic rational restructuring, *Journal of Rational-Emotive Therapy* 3 (1985) 130-137.
- Hatch, O. G., Psychology, society, and politics, *American Psychologist* 37 (1982) 1031-1037.
- Hauck, P. A., The neurotic agreement in psychotherapy, *Rational Living* 1, 1 (1966) 31-34.
- Hoellen, B., Kognitive Verhaltenstherapie bei depressivem Verhalten – eine Fallbeschreibung, *Mitteilungen der DGVT* 10 (1978) 223-269.
- , Stoizismus und rational-emotive Therapie (RET). Ein Vergleich, Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler 1986.
- , Hypnoseverfahren im Rahmen der RET; in: Laux, J. & Schubert, H.-J. (Hrsg.), *Klinische Hypnose: Theorien, Forschungsergebnisse, Anwendungen*, Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler 1988, S. 73-80.
- , Nukleare Erziehung – Aspekte einer entwicklungsorientierten Intervention bei Jugendlichen, *Unsere Jugend* 41 (1989) 411-418.
- , Anmerkung zu Ellis' „Antwort auf einige Einwände gegen die rational-emotive Psychotherapie“, *Zeitschrift für Rational-Emotive Therapie & Kognitive Verhaltenstherapie* 1, 1 (1990a) 15-26.
- , Individualisierungen: Der Mensch als Einzelwesen, *technologie & management* 39, 4 (1990b) 31-35.
- , Die praktische Aktualität der antiken Weisheitslehren und Lebenskunst; in: Hoellen, B. (Hrsg.), *Aspekte der Klinischen Psychologie*, Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler 1991, S. 1-22.
- , & Ellis, A., An interview with Albert Ellis, *Psychotherapy in Private Practice* 4, 2 (1986) 81-98.
- , & Kessler, B. H., Selbstkontrolle und kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenen: Ein Überblick, *Mitteilungen der DGVT* 11 (1979) 61-78.
- , —, Rational-emotive Therapie bei Eheproblemen. Methodischer Ansatz und Fallbeispiel, *Partnerberatung* 19 (1982) 161-168.
- , & Laux, J., Antike Seelenführung und Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich, *Zeitschrift für Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 36 (1988) 255-267.

- Hossenfelder, M., *Die Philosophie der Antike*, 3. Stoa, Epikureismus und Skepsis, C. H. Beck, München 1985.
- Huber, C. H. & Baruth L. G., *Rational-Emotive Family Therapy: A Systems Perspective*, Springer, New York 1989.
- Ivey, A. E., *Developmental Therapy*, Jossey-Bass, Fransisco 1986.
- Keffler, B. H., *Rational-emotive Therapie*: in: Corsini, R. J. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie*, Bd. 2, Beltz, Weinheim 1983, S. 1105-1126.
- , & Hoellen, B., *Rational-emotive Therapie in der Klinischen Praxis*, Beltz, Weinheim 1982.
- Klages, U., *Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE)*, Hogrefe, Göttingen 1989.
- Kruse, O., *Emotionstheoretische Erklärungsansätze in der Psychotherapie*, *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 18 (1986) 498-508.
- Kröner, H., Johannes, Verlag Lucy Körner, Fellbach 1978.
- Kuhl, J., *Emotion, Kognition und Motivation*: I. Auf dem Wege zu einer systemtheoretischen Betrachtung der Emotionsgenese, *Sprache & Kognition* 2 (1983) 1-27.
- Labouvie-Vief, Hakim-Larson, J., DeVoe, M. & Schoeberlein, S., *Emotions and self-regulation: A life span view*, *Human Development* 32 (1989) 279-299.
- Landmann, M., *Entfremdete Vernunft*, Klett, Stuttgart 1975.
- , *Anklage gegen die Vernunft*, Klett, Stuttgart 1976.
- Lazarus, R. S., *Thoughts on the relation between emotion and cognition*, *American Psychologist* 37 (1982) 1019-1024.
- , *Cognition and emotion from the RET viewpoint*; in: Bernard, M. E. & DiGiuseppe, R. (Hrsg.), *Inside Rational-Emotive Therapy*, Academic Press, San Diego 1989, S. 47-68.
- , *Cognition and motivation in emotion*, *American Psychologist* 46 (1991a) 352-367.
- , *Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion*, *American Psychologist* 46 (1991b) 819-834.
- Lyddon, W. J., *First and second-order change: Implications for rationalist and constructivist therapies*, *Journal of Counseling and Development* 69 (1990) 122-127.
- Mahoney, M. J., *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*, Basic Books, New York 1991.
- Mahoney, M.J. & Lyddon, W. J., *Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy*, *The Counseling Psychologist* 16 (1988) 190-234.
- Maultsby, M. C. & Ellis, A., *Technique for using rational-emotive imagery*, Institute for Rational-Emotive Therapy, New York, 1974.
- Muran, J. C., *A reformulation of the ABC model in cognitive psychotherapies: Implications for assessment and treatment*, *Clinical Psychology Review* 11 (1991) 399-418.
- Rachman, S. J., *The primacy of affect; Some theoretical implications*, *Behavior Research and Therapy* 19 (1981) 279-290.
- Reisenzein, R., *The Schachter theory of emotion: Two decades later*, *Psychological Bulletin* 94 (1983) 239-264.
- Rorer, L. G. *Rational-emotive theory: I. An integrated psychological and philosophical basis*, *Cognitive Therapy and Research* 13 (1989a) 475-492.
- , *Rational-emotive theory: II. Explication and evaluation*, *Cognitive Therapy and Research* 13 (1989b) 531-548.
- Rudermann, A. J., *Bulimia and irrational beliefs*, *Behaviour Research and Therapy* 24 (1986) 193-197.
- Schachter, S. & Singer, J. E., *Cognitive, social and physiological determinants of emotional state*, *Psychological Review* 69 (1962) 379-399.

- Schelp, T. & Kemmler, L., Emotion und Psychotherapie. Ein kognitiver Beitrag zur Integration psychotherapeutischer Schulen, Huber, Bern 1988.
- Schelp, T., Maluck, D., Gravemeier, R. & Meusing, U., Rational-Emotive Therapie als Gruppentraining gegen Streß, Huber, Bern 1990.
- Scherer, K. R. (Hrsg.), Psychologie der Emotion, Bd. 3, Enzyklopädie der Psychologie, Motivation und Emotion, Hogrefe, Göttingen 1990a.
- Scherer, K. R., Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie; in: Scherer, K. R. (Hrsg.), Psychologie der Emotion, Bd. 3, Enzyklopädie der Psychologie, Motivation und Emotion, Hogrefe, Göttingen 1990b, S. 1-38.
- Schwartz, D., Nicht gleich den Kopf verlieren, Herder, Freiburg 1991.
- Schwartz, D. & Hoellen, B., „Forbidden Fruit Tastes Especially Sweet.“ Cognitive-Behavior Therapy with a Kleptomaniac Woman – A Case Report, *Psychotherapy in Private Practice* 8, 4 (1991) 19-25.
- Smith, D., Trends in counseling and psychotherapy, *American Psychologist* 37 (1982) 802-809.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R. & Wessler, R. L., RET-Training, Einführung in die Praxis der rational-emotiven Therapie, Pfeiffer, München 1982.
- Warren, R. & Zgourides, G. D., Anxiety disorders. A rational-emotive perspective, Pergamon Press, New York 1991.
- Weisz, J. R., Rothbaum, F. M. & Blackburn, T. C., Standing out and standing; in: The psychology of control in American and Japan, *American Psychologist*. 39 (1984) 955-969.
- Wessler, R. L., Alternative conceptions of rational-emotive therapy: Toward a philosophically neutral psychotherapy; in: Reda, M. A. & Mahoney, M. J., (Hrsg.), Cognitive psychotherapies, Ballinger, Cambridge 1984, S. 65-79.
- Wolfe, J. L., Introduction to the conference; in: Wolfe, J. L. & Brand, E. (Hrsg.), Twenty years of rational therapy, Institute for Rational Living, New York 1977, S. 13-15.
- Wolfe, J. L., Women; in: Ellis, A. & Bernard, M. E. (Hrsg.), Clinical applications of Rational-Emotive Therapy, Plenum, New York 1985, S. 101-127.
- Woodworth, R. S., Dynamics of behavior, Holt, New York 1958.
- Woolfolk, R. L. & Richardson, F. C., Behavior therapy and the ideology of modernity, *American Psychologist* 39, (1984) 777-786.
- Wüsthube, A., Vollständige oder unvollständige Rationalität? Zur aktuellen Diskussion um einen pragmatischen Rationalitätsbegriff, *Philosophische Rundschau* 38, (1991) 257-274.
- Yankura, J. & Dryden, W., Doing RET – Albert Ellis in Action, Springer, New York 1990.
- Zajonc, R. B., Feeling and thinking. Preferences need no inferences, *American Psychologist* 35 (1980) 151-175.
- Zettle, R. D. & Hayes, S. C., Conceptual and empirical status of rational-emotive therapy; in: Hersen, M., Eisler, R. M. & Miller, P. M. (Hrsg.), Progress in behavior modification Bd. 9, Academic Press, New York 1980, S. 125-166.

Emotionen im Neurolinguistischen Programmieren (NLP) – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß

Gernot Schauer

1. Einleitung

Wenn das Thema „Emotionen in der Therapie“ untersucht wird, so bedarf es einer Betrachtung zweier Perspektiven: Zum einen ist ein allgemeiner Wirksamkeitsaspekt zu diskutieren, also welche Bedeutung Emotionen in der Therapie zukommt. Zum anderen geht es um die Behandlung von Emotionsstörungen per se. Diese Differenzierung ist vorzunehmen, da die Thematisierung eines übergeordneten Effektes – des Phänomens der Wirkung von Therapie auf emotionale Dispositionen – andere Untersuchungsfoki bedingt als die zweite Perspektive, welche ein unmittelbares Indikationsfeld anspricht: die Korrektur von Störungen des emotionalen Erlebens.

Damit wird deutlich, was in diesem Aufsatz Untersuchungs- und Diskussionsgegenstand sein wird. Die Fragestellung gliedert sich den obigen Überlegungen gemäß in zwei Teile auf:

A. Welchen Einfluß hat NLP als Therapie auf die emotionale Disposition des Klienten? Dieser Teil beschäftigt sich in erster Linie mit einem allgemeinen Wirksamkeitsfaktor. Zu untersuchen ist, ob sich aus der NLP-Therapie eine Konsequenz für die emotive Persönlichkeitsdimension ergibt, auch wenn diese nicht unmittelbar Gegenstand der Therapie ist. Unter problemorientierter Behandlungsperspektive ist als primäres Ziel der Therapie zu verstehen, daß der Behandelte durch die Behandlung zu einer Symptomreduktion gelangt. Nun ist damit zu rechnen, daß es im Zuge der Effekte, die durch die Therapie erzielt werden, nicht nur zu einer erfolgreichen Korrektur des subjektiv oder objektiv als behandlungswürdig bezeichneten Status kommt, sondern sich reaktiv das allgemeine Wohlbefinden in qualitativer Hinsicht verändert. Somit läßt sich als partielles Ziel dieser Arbeit formulieren: Es gilt herauszufiltern, welche Bedeutung Gefühle im therapeutischen Prozedere des NLP

besitzen und welcher Effekt unter optimalen Bedingungen zu erwarten ist. Damit geht einher, daß das Menschen- und Störungsbild vom NLP reformuliert werden muß. Die diesbezügliche Frage ist, welchen generellen Status Emotionen für einen Menschen haben, welche Rolle sie im Falle eines Störungsbildes besitzen.

B. Bietet NLP ein Interventionsmodell zur Behandlung von Emotionsstörungen?

Dieser Teil befaßt sich mit der Thematik, ob NLP Therapiepläne vorschlägt, um durch gezielte Maßnahmen Gefühlsstörungen zu behandeln.

2. Definition des NLP

Es kann in der vorliegenden Arbeit keine detaillierte Diskussion definitorischer Ansätze des NLP erfolgen. Genausowenig ist es Gegenstand dieses Kapitels, Technologie und therapieübergreifende Aspekte des NLP mit dem Anspruch auf Vollständigkeit zu thematisieren. Es sei an dieser Stelle auf die systematische Analyse jener Aspekte bei *Schauer* (1995) hingewiesen.

Neuro-linguistisches Programmieren verfolgt sowohl eine Problembewältigungs- als auch eine Klärungsperspektive, d.h., diese Therapieform bietet die Möglichkeit eines handlungs- und ein-sichtsorientierten Einsatzes. Grundsätzlicher Leitfaden ist die Prä-misse der Wechselwirkung von Wahrnehmungsaufnahme, -ver-arbeitung und der Konsequenz dieser perzeptiven Prozesse. Es bedin-gen sich neurologische, sprachliche und behaviorale Vorgänge un-tereinander. Daraus ist ableitbar, daß durch therapeutisches Inter-venieren Veränderungen auf den drei Ebenen stattfinden. Unter 4.3. wird gezeigt, daß Modifikationen kognitive, emotive und konative Dispositionen betreffen.

Aus dieser knappen Beschreibung gehen bereits Hinweise hervor, was vor allem die beiden ersten Begriffe des Terminus NLP beinhalten.

Neurologisch bezieht sich auf den Prozeß der Informationsaufnah-me, -verarbeitung und -speicherung. Interne sinnliche Vorgänge werden auf dem visuellen, akustischen, olfaktorischen, gustatori-schen und kinästhetischen Kanal unterschiedlich intensiv repräsen-tiert. Welcher der genannten Kanäle für eine Person der primär genutzte ist, ist als individuelles, zwischenzeitliches Entwicklungs-

ergebnis aufzufassen. Es besteht eine Wechselwirkung zwischen Wahrnehmung und Verhalten: In der Input-Phase wird einer der Sinne in verstärkter Form eingesetzt, die darauf folgende interne Repräsentation bzw. Verarbeitung dient dem Speichern der Informationen – wiederum auf analogem Wege bezüglich der Benutzung eines bestimmten Wahrnehmungskanales –, schließlich wird auf der Stufe Output der Informationsaufnahme prozess nach außen geleitet – sprich, im verbalen und nonverbalen Bereich festgelegt. Zu betonen ist, daß das dominante aktivierte Repräsentationssystem afferent ein anderes sein kann als das im Zuge des Verarbeitungsprozesses benutzte. Hört z.B. jemand ein bestimmtes Musikstück (= auditiv, afferenter Vorgang), so kann dies eine *visuelle* Erinnerung an ein Ereignis hervorrufen, welches mit dem Musikstück gekoppelt ist.

Das Wort *Linguistik* bezieht sich auf die Kernannahme, daß durch Sprache für die Außenwelt erkennbar wird, in welcher Form sinnliche Repräsentationen und innere Prozesse ablaufen. Es ist durch Sprachanalyse zu erfassen, welche Repräsentationssysteme eine Person aktuell verwendet. Weiterhin postuliert NLP, daß verwendete Sprachmuster direkten Einfluß auf psychische Zustände und Vorgänge ausüben.*

Die Sprache dient dem NLP-Therapeuten als diagnostisches Hilfsmittel, indem er Informationen darüber erhält,

- welche Repräsentationsebenen ein Klient bevorzugt,
- welche Kognitionen zu einzelnen Lebensbereichen bestehen,
- welche Informationen derart verzerrt werden, daß sie in Abhängigkeit vom individuell festgelegten emotional-kognitiven System in eine bestimmte Richtung steuern.

In der Folge bietet dieser diagnostische Vorgang dem Therapeuten eine direkte Ausgangsbasis für Interventionen, in denen wiederum das sprachliche Element von zentraler Bedeutung ist. Durch Korrekturen an den verwendeten sprachlichen Mustern wird nach NLP-Auffassung eine Veränderung des kognitiv-emotionalen Systems provoziert.

Das dritte Wort, *Programmieren*, kennzeichnet die These, daß das Individuum durch Lernen und Üben eine kognitive, emotionale

* Unter Sprachmuster werden Wortwahl, Satzbau und Grammatik verstanden. Auf der Erlebensebene werden z.B. Unterschiede erwartet, wenn eine Person in einem Satz Negationen einbaut oder wenn sie ihn positiv formuliert.

und motorische Stabilität gegenüber bestimmten Zuständen und Prozessen erreicht, die im Beziehungsgeschehen mit seiner Umwelt entstehen. Es findet im Laufe des Lebens durch Erfahrungssammlung eine Verinnerlichung von Einstellungen und Verhaltensstrategien statt. Auf diese wird im Alltagsgeschehen zurückgegriffen, es handelt sich um einen Automatisierungsmechanismus, dessen Resultat schematisches Handeln ohne bewußte Reflexion von bestimmten Situationen ist.

NLP ist ein Modell, welches, neben wahrnehmungspsychologischen Erkenntnissen, psychologische Theorien der kognitivistisch orientierten Schule zur eigenen Anwendung heranzieht. Eine ausführliche Betrachtung dieses Aspekts findet sich bei *Bachmann* (1991), *Weerth* (1992) und *Schauer* (1995).

Zusammenfassend läßt sich NLP als eine Therapie beschreiben, die durch

- Veränderung bestehender kognitiver IST-Zustände,
- Erhöhung der Flexibilität von Wahrnehmungsprozessen im Sinne der Repräsentationssysteme,
- Entwicklung bedürfnisorientierter Zielvorstellungen in kurz-, mittel-, langfristiger Sicht und
- Bewußtmachung persönlicher Ressourcen eine Modifikation der eigenen Erlebniswelt, des Verhaltens und Handelns sowie der Problembewältigungsstrategien erreichen will.

In entwicklungsmethodischer Hinsicht ist zu ergänzen, daß sich NLP aus einem eklektizistischen Ansatz entfaltet, deren Theoriestützen neben den kognitiv-behavioralen aus humanistischen und interpersonellen Therapieformen stammen.

3. Das Gefühl im Menschenbild des NLP

Die philosophischen Richtungen, auf die sich NLP stützt, lassen unmißverständlich die Leitlinie erkennen, nach der NLP das menschliche Individuum charakterisiert. Für die erkenntnistheoretische Argumentation wird durchgängig auf *Vaihingers* idealistischen Positivismus und *Watzlawick*, der sich in seinen Abhandlungen auf den Radikalen Konstruktivismus beruft, zurückgegriffen. Gemeinsam ist beiden Modellen der Hinweis darauf, daß zwischen einer objektiven und subjektiven Realität zu unterscheiden ist.

Vaihinger (1911) formuliert in seiner „Philosophie des Als-ob“ den Begriff der Fiktion aus. Aufbauend auf *Kants* Auffassung der Unbeweisbarkeit einer objektiven Welt spricht er von einer Wirklichkeit „als ob“, die mittels Fiktionen hergestellt wird. Fiktionen haben in Abgrenzung zu Hypothesen als Vorgänge des Denkens nicht die Voraussetzung, daß es etwas überhaupt gibt. Sie entsprechen bildlichen, subjektiven Vorstellungsweisen.

Ähnlich weist *Watzlawick* darauf hin, daß ein Individuum in Abhängigkeit zu bisher gemachten Erfahrungen eine objektive Realität subjektiv wahrnimmt. Es wird also nicht die objektive Welt als solche im Organismus abgebildet, eine Perzeption ist vielmehr von einer *subjektiven Realität* determiniert, welche sich im Zuge des persönlichen Wachstums entfaltet.

Neben diesen beiden genannten Ansätzen wird im NLP häufig die Systemtheorie von *Bateson* und die Theorie zur allgemeinen Semantik nach *Korzybski* als Grundlage zum Verständnis des Menschenbildes im NLP genannt. In Übereinstimmung mit *Weerth* (1992) läßt sich resümieren, daß dem NLP ein vorwiegend kognitives Menschen- und Weltbild zugrunde liegt. Hinzuzufügen ist nach *Schauer* (1995), daß NLP-Kernannahmen eine Affinität zur gestaltpsychologischen Anschauung nach *Goldstein* besitzen: Der Anhänger der Berliner Schule postuliert, daß das Individuum neben der Lust an Entspannung auch Lust an Spannung besitzt. Wesentlich ist an diesem Konzept, daß nicht Verdrängung, sondern Neugestaltung die Antriebsquelle für menschliches Handeln darstellt. Demnach ist eine aktive Auseinandersetzung mit Spannungszuständen eine Vorbedingung für die Erlangung der Selbstverwirklichung. Außerdem ist hier relevant, daß erstens ein einzelnes Objekt Teil des Umwelt-Ganzen ist und zweitens durch die Eingebundenheit des Menschen in die Welt und durch die Tendenz zur Selbstverwirklichung situationsgebundene Wahlen und Entscheidungen notwendig sind.

Daraus läßt sich ableiten, daß menschliches Sein stets im Kontext zur Umwelt zu betrachten ist. Weiterhin ist in der Auffassung des Menschen im NLP von zentraler Bedeutung, daß das Individuum als aktiv handlungssteuernd zu begreifen ist. Als autopoietisches Selbst besitzt der Mensch die Fähigkeit zur Selbsterzeugung, -veränderung und -regulierung. Damit geht einher, daß der Mensch sich selbst innerhalb eines Systems verändern kann und Aktionen mit Entscheidungsfreiheit gekoppelt sind, wobei trotz Veränderungen

des Selbst das Selbst Selbst bleibt. *Weerth* (1992) weist darauf hin, daß sich in der Theorie des NLP kaum Hinweise auf triebbetonte oder genetisch determinierte Entwicklungsfaktoren finden. Dies scheint nicht überraschend, wenn die bisherigen Ausführungen zum Menschenbild des NLP unter dem Aspekt betrachtet werden, daß darauf Wert gelegt wird, das Individuum als zielorientiertes und entscheidungsfreies Wesen zu beschreiben.

Es stellt sich im Zusammenhang mit den bisherigen Ausführungen die Frage, welche Bedeutung der Faktor Emotion im Menschenbild des NLP einnimmt. Auf den ersten Blick scheint es eher angebracht, davon zu sprechen, daß das Konstrukt „Emotion“ keine Bedeutung für das Weltbild besitzt, da aufgrund der kognitiven Ausrichtung eher der Primat der Vernunft Gültigkeit besitzt. Dies ist allerdings ein Fehlschluß: Wie nachfolgend mehrmals gezeigt wird, geht NLP von der Annahme einer engen Wechselbeziehung zwischen Kognition, Emotion und Verhalten aus. Wenn *Weerth* (1992) beschreibt, daß der Mensch mit Hilfe seiner Kognitionen die Welt und sich selbst als Teil der Welt begreifen kann und in ihr handelt und sich verändert, ist eine Ergänzung um den Bereich der Emotionen notwendig. Handlungen basieren auf erfahrungs- und perzeptionsgebundenen Abläufen, d.h., auf einen Wahrnehmungsgegenstand folgt eine emotive und kognitive Besetzung, die zu einer bestimmten Verhaltensweise führt. Die Bewertung eines Reizes, der wahrgenommen wird, ist also abhängig von den Gefühlen, Gedanken und Einstellungen, die dem Reiz gegenüber bestehen. Diese Gefühls- und Gedankenwelt ist ihrerseits ein Resultat von früheren Begegnungen mit denselben oder ähnlichen Reizen.

4. Kernannahmen und die Bedeutung von Gefühlen in der Theorie des NLP

Es werden im folgenden einige Kernannahmen des NLP unter dem Blickpunkt der Klärung der Frage beschrieben, welche Bedeutung Emotionen im schulspezifischen Theoriengebäude haben. Es sei hier vorausgreifend darauf hingewiesen, daß in diesem Aufsatz keine tiefgehende Beschreibung der Theorien des NLP geleistet werden kann. Der daran interessierte Leser sei darauf hingewiesen, daß sich bei *Schauer* (1995) eine Refomulierung des Modells des NLP auf Vergleichsbasis mit psychologischen Theorien findet.

4.1 Die Wechselwirkung von Kognition, Emotion und Verhalten

Ähnlich wie *Eidberg* (1992) darauf hinweist, daß *Ellis* trotz der starken Beachtung kognitiver Vorgänge emotionalen Vorgängen viel Bedeutung einräumt, kann für NLP verallgemeinert werden, daß zwar kognitive Prozesse einen großen Anteil an der theoretischen wie technologischen Forschung einnehmen, diese allerdings stets in unmittelbarer Verbindung zu emotionalen Vorgängen betrachtet werden.

Der Ist-Zustand einer Person läßt sich als Ergebnis des Zusammenspiels von Gefühl und Kognition begreifen. Diese Behauptung wird vorerst allgemein belassen, da sie durch die unten reformulierten Theorien des NLP per se bestätigt wird. An dieser Stelle wird in übergreifender Form auf die Interdependenz eingegangen. Die Abb. 1 verdeutlicht, welche Faktoren ineinander übergreifen und wie prozessual das Verhältnis von Kognition, Emotion und Verhalten verstanden wird. Zentral ist die Annahme, daß Basis jedes intra- und interpersonalen Vorgangs die kognitive Landkarte ist. Dieser Terminus stammt aus *Korzybskis* Ausführungen zur Allgemeinen Semantik; im NLP wird häufig an Stelle dieser Bezeichnung von *Modell* gesprochen. Es ist die Beschreibung für die innere Repräsentation der Welt und der „Wirklichkeit“, wie sie das Individuum abbildet. Jede Person besitzt eine individualcharakteristische Landkarte. Perzeptionen werden so umgeformt und beurteilt, wie es dem eigenen Modell dienlich oder „verträglich“ ist. Trifft ein externer Reiz auf den Organismus, so folgt vorerst eine innere Reaktion darauf: Je nach Art des durch den Stimulus aktivierten Bereiches der Landkarte werden Kognitionen und Emotionen mit aversiver, wohlwollender oder neutraler Ausrichtung ausgelöst. Die innere Verarbeitung und Stimulusbewertung spiegelt sich in der äußeren Reaktion wider, die motorisch, gestikularisch und mimisch für die Umwelt beobachtbar wird. Einer Handlungsausführung folgt die Bewertung des Resultats auf dem Niveau der inneren Reaktion, es kommt zu einer Neubewertung in Form ihrer Verifikation oder Korrektur. Somit hat dieser Kreislauf wiederum Auswirkungen auf die kognitive Landkarte. Bei einer negativen Beurteilung des Verhaltens kann es zu einer elementaren bis grobflächigen Änderung des individuellen Modells kommen oder zu einer Beurteilungsverzerrung, um die kognitive Landkarte unbedroht auf dem vorherigen Status zu belassen.

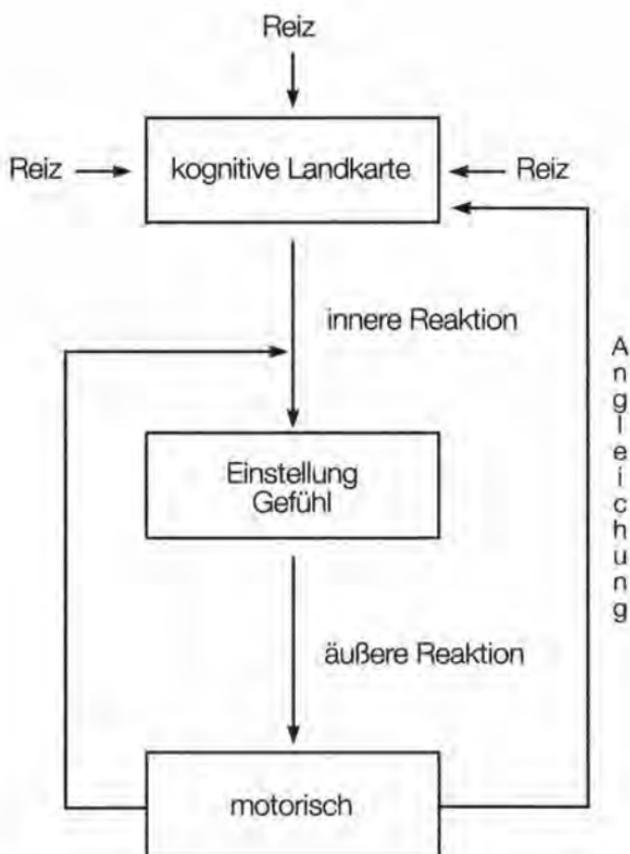


Abb. 1: Die Einflußgrößen des individuellen Modells der Realität

4.2 Die Sprache

NLP unterscheidet analog zur Transformationsgrammatik nach Chomsky (1975) zwischen Tiefen- und Oberflächenstruktur. Eine Information wird aufgenommen und in der Tiefenstruktur verarbeitet. Die Verarbeitung bezieht sich auf die Assimilation oder Akkomodation in bezug auf den Wahrnehmungsrezipienten: Im ersten Fall versucht das Individuum, die Informationen derart zu verarbeiten, daß sie in das bestehende kognitive System integriert werden können. Ist eine solche Eingliederung nicht möglich, so muß das System im Sinne einer Akkomodation an die Information angepaßt werden, also die eigene „Landkarte“ modifiziert werden. Der

Prozeß der Assimilation umfaßt Verzerrung, Verallgemeinerung, Tilgung von Teilen der Information, wodurch der Rezipient versucht, den Wahrnehmungsinhalt in die subjektiv „adäquate“ Richtung zu lenken. Das Ergebnis der Bearbeitung auf der Tiefenstruktur gelangt an die Oberfläche und wird in Form von Verbalisierung nach außen getragen.

Sprache ist demnach die Form der Präsentation für die Umwelt, welcher Kognitionen sich eine Person bedient. Damit wird deutlich, daß sprachliche Muster diagnostischen Wert besitzen. Mittels spezieller Fragetechniken im Sinne von Intervention ist es im weiteren möglich, das Bewußtsein einer Person auf die in den meisten Fällen automatisierten Kognitionen zu richten. Automatisierte Kognition bedeutet, daß eine Person eine bestimmte Einstellung gegenüber dem Wahrnehmungsgegenstand besitzt, ohne diese zu überprüfen. Durch gezielte Reflexion von Attitüden wird ihre kritische Beleuchtung ermöglicht sowie gegebenenfalls ihre Modifikation eingeleitet.

Mit anderen Worten: Die kognitive Landkarte einer Person präsentiert sich u.a. durch Verbalisierung. Durch die Sprache wird verdeutlicht, welche Einstellung und welches Gefühl im Moment vorhanden ist und welche Einstellung mit welchem Gefühl einhergeht. Linear zur oben angesprochenen Funktionalisierung linguistischer Erkenntnisse im Sinne des Verwendungszweckes für Diagnostik und Intervention kann demnach daraus geschlossen werden, daß die Sprache erstens „enthüllt“, mit welchen Gefühlen Wahrnehmungsgegenstände gekoppelt sind. Zweitens wird durch konkretes sprachliches Intervenieren eine Veränderung des Bewußtseins gegenüber dem Wahrnehmungsobjekt erreicht. Dies hat in der Folge die Wirkung, daß die manifestierte reaktive Emotion bezüglich des Stimulus aufgelöst und in Verbindung mit einer Veränderung der Kognitionen in eine neue Richtung gelenkt wird.

Zusammenfassend läßt sich also feststellen, daß ein gegenseitiges Ursache-Wirkungsprinzip zwischen Sprache, Kognition und Emotion besteht. Damit wird die angesprochene Interdependenz von 4.1. um die Sprache erweitert. *Sprache spiegelt nicht nur die individuelle Reaktion auf einen Reiz wider, sie beeinflusst ihrerseits Kognition und Emotion: Wenn eine Modifikation der Sprachmuster vorgenommen wird, kommt es zu einer Veränderung auf kognitivem und emotivem Niveau.*

4.3 Repräsentationssysteme und Submodalitäten

NLP geht davon aus, daß Informationen in einer individualtypischen Form aufgenommen und verarbeitet werden: Stimuli werden mittels sensorischer Vorgänge internalisiert, andererseits beeinflußt die Kodierungsweise Formen der Rekognition, Rekonstruktion und Repräsentation von Situationen der Vergangenheit.

Die Repräsentationssysteme bezeichnen fünf Sinnesmodalitäten, mittels derer der gesamte Prozeß der Perzeption von der Afferenz bis zur Efferenz erfolgt. In vielen NLP-Publikationen sind die Modalitäten in analoger Form abgekürzt folgendermaßen beschrieben:

V = visuell; sehen

A = auditiv; hören, akustische Elemente

K = kinästhetisch; taktiler Bereich

O = olfaktorisch;

G = gustatorisch.

Nach *Weerth* (1992) sowie *O'Connor* und *Seymour* (1992) spielen die beiden letztgenannten Elemente in unserem Kulturkreis eine untergeordnete Rolle und stehen im Falle ihres Auftretens häufig in Verbindung mit Bildern, Geräuschen und/oder Gefühlen.

Im weiteren wird differenziert, ob Repräsentationen externen (Ve, Ae, Ke, Oe) oder internen (Vi, Ai, Ki, Oi) Informationen zugrunde liegen. Bei interner Reproduktion wird außerdem zwischen erinnerter und konstruierter Form unterschieden.* Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß weiterhin zwischen analogem, d.i. non-verbal, und digitalem Aspekt des jeweiligen Repräsentationssystems, d.i. verbal, eine weitere Differenzierung erfolgt.

Der Wahrnehmungsprozeß führt in seinem Gesamtergebnis zu einer Stimmung, die sich aus der Addition des spezifischen o.a. Reiz-Reaktionsschemas und der unspezifischen psychophysischen Momentanverfassung ergibt. Die Ausrichtung dieser Stimmung ist ein Resultat aus submodalen Vorgängen und umgekehrt.

Submodalität bezieht sich NLP zufolge auf qualitative Merkmale innerhalb jeder Sinnesmodalität. Die Kausalbeziehung Wahrnehmungsform-Stimmung wird nicht durch die Frage geklärt, welches Repräsentationssystem eingesetzt wird. Bestimmend ist der Prozeß der Informationsverarbeitung, also *wie* die innere Abbildung inner-

* Genauere Ausführungen zu den verschiedenen Abbildungsmodalitäten der Repräsentationssysteme finden sich in fast allen NLP-Büchern.

halb der aktivierten Modalität geschieht. Dies bezieht sich sowohl auf gegenwärtige als auch auf erinnerte Erlebnisse. Diese Erkenntnis ist für das praktisch-therapeutische Handeln eine essentielle Grundlage, wie im Kap. 7 mehrmals demonstriert wird.

Im folgenden ist auszugsweise eine Auflistung dargestellt, um eine Vorstellung darüber zu vermitteln, auf welche Weise bestimmte Inhalte je nach Repräsentationssystem submodal different sein können:

visuell:

Helligkeit: Dieses Merkmal bezieht sich auf die Frage, ob das Bild eher hell oder dunkel ist.

Farbe: Reproduktionen werden farbig oder schwarz/weiß gestaltet, es bestehen auch Unterschiede in der Verwendung der Farben.

Dimensionalität: Bilder können zwei- oder dreidimensional gesehen werden.

Schärfe: Die Objekte sind mit unterschiedlich scharfen oder unscharfen Konturen ausgestattet.

Assoziiert oder dissoziiert: Sieht sich eine Person im Bild (dissoziiert), oder wird durch die eigenen Augen gesehen (assoziiert)?

auditiv:

Geräusche: Es wird überprüft, ob im Rahmen der Imagination etwas gehört wird.

Rhythmus: Geräusche können permanent oder in einer bestimmten rhythmischen Abfolge vorhanden sein.

Tonhöhe: Werden hohe oder tiefe Töne gehört?

Entfernung: Geräusche werden vom Subjekt als mehr oder weniger weit entfernt wahrgenommen.

kinästhetisch:

Temperatur: Die Empfindung kann von warm bis kalt reichen.

taktil: Berührungen auf der Haut sind mit bestimmten inneren Eindrücken verbunden.

Intensität: Ein Gefühl zum/im Bild ist stark oder gering gegeben.

Gefühlscharakteristikum: Dies bezieht sich auf die Merkmale des Gefühls, ob ein Bild als stechend, dumpf, pulsierend usw. erlebt wird.

Über die unterschiedliche Wirkung diverser submodaler Prozesse berichtet Weerth (1992) ausführlich; hier ist interessant zu untersuchen, welche Wirkung sie auf Emotionen haben. Diese ist am besten zu demonstrieren, indem Sie als Leser dieses Aufsatzes

folgendes Experiment versuchen: Erinnern Sie sich an eine Situation in Ihrer Vergangenheit, die mit starken Gefühlen verbunden ist. Stellen Sie sich das Ereignis bildhaft vor, indem Sie sich entweder wie in einem Film als Protagonisten sehen oder indem Sie voll und ganz in dieser Situation beteiligt sind. Wenn es sich um ein helles Bild handelt, machen Sie es dunkler, wenn es dunkler ist, machen Sie es heller. Als nächstes verändern Sie die Farbe: Ist es schwarzweiß, bringen Sie Farbe hinein, und umgekehrt. Gehen Sie danach dazu über, Geräusche in die Situation zu bringen oder sie zu entfernen. Sie können dazu übergehen, auf diese Weise mit allen Sinnesmodalitäten zu experimentieren.

O'Connor und Seymour (1992) beschreiben, daß der Inhalt der Erinnerung über die verschiedenen submodalen Erscheinungsformen hinweg gleich bleibt. Der Unterschied besteht im WIE der inneren Reproduktion. Die Art und Weise des Erinnerns hat eine unmittelbare Auswirkung auf die Intensität und Richtung der erlebten Emotion: Mit dem oben beschriebenen Versuch sollte verdeutlicht werden, daß sich die Intensität der Wieder-Erlebensform eines vergangenen Ereignisses danach richtet, welche Submodalitäten der einzelnen Repräsentationssysteme zur Erinnerung verwendet werden. So wird postuliert, daß bei den meisten Personen dann eine Erinnerung mit angenehmen Gefühlen gekoppelt ist, wenn die Visualisierung mit hellen und farbigen Bildern erfolgt. Umgekehrt ist zu erwarten, daß dunkle und Bilder mit unangenehmen Gefühls-lagen einhergehen.

4.4 *Belief*

Unter *Belief* oder dem deutschsprachigen Synonym Glaubenssatz wird die Abbildung eines kognitiven Systems verstanden. Häufig ist an Stelle der beiden Begriffe auch der Terminus „Einstellung“ zu finden. Unterschieden wird zwischen dem übergeordneten Glaubenssystem und dem Glaubenssatz. Zu den diversen Einstellungs-objekten in Form von Mitmenschen, Situationen und Umweltbedingungen bestehen Attitüden, die in ihrer Gesamtheit ein individual-typisches Glaubenssystem bilden. Durch *Beliefs* in ihrer Komplexität und deren Interkorrelation gestaltet sich die intraindividuelle Organisation mehr oder weniger Ich-konform im Sinne der Selbst-verwirklichung. Von außen auf eine Person einwirkende Stimuli in

Form anderer Personen, Situationen oder Gegenstände bewirken eine Aktivierung derjenigen Beliefs, welche sich mit dem jeweiligen Stimulus auseinanderzusetzen vermögen.

Es wird folglich der Reiz innerlich in der Weise operationalisiert, daß eine Integration des Reizes in das Attitudensystem des Menschen erfolgen kann. Die Informationsaufnahme und -verarbeitung steht also im Kontext zum Selbst-Schema. Tritt eine Dys-Synchronizität zwischen Reizinhalt und Glaubenssystem auf, so ist zu erwarten, daß die betroffene Person im Sinne der Assimilation danach trachtet, Informationen derart umzubilden, daß sie in das bestehende System passen. Oder es wird als Vorgang der Akkomodation ein aktivierter Glaubenssatz modifiziert und der Information angeglichen. Vor allem im Bereich der egozentrisch orientierten Beliefs ist davon auszugehen, daß eine selektive Informationssuche im Sinne der Bestätigung ichbezogener Attitüden erfolgt. Besteht z.B. ein klinisch diagnostizierbares depressives Syndrom, so kann sich ein depressionsunterstützendes Schema in der Art von „Ich kann nichts“ als Belief herausstellen. Ein derartiger Glaubenssatz ist als symptomatischer Bestandteil der individuellen neurotischen Disposition zu betrachten. Es ist naheliegend, daß die Person durch Handlungen, subjektive Wahrnehmungsinterpretationen sowie Richtung der Subzeption, zur Bestätigung der Selbstkritik kommt. Neben diesem narzißtisch ausgerichteten Fokus gibt es Einstellungen, die auf die personelle Umwelt (z.B.: „Personen, die der Unterschicht zugehören, sind weniger intelligent“) oder auf die Sachwelt (z.B.: „Je teurer eine Ware ist, um so qualitativ höherstehend ist sie im Vergleich zu billigeren“) bezogen sind. Auch für diese Kategorien gilt das Prinzip der Assimilation.

Der Wirkungsbereich aktivierter Beliefs läßt sich auf mehreren Ebenen beschreiben, von denen hier drei von Bedeutung sind:

1. Kognitiv: Wie o.a. werden Perzeptionen im Sinne von Assimilation oder Akkomodation verarbeitet. Assimilation betrifft primär den Alltagsbereich im Sinne von Nutzung der Inputs für das Selbst-Schema. Das Phänomen Akkomodation besitzt mehr Forschungsrelevanz für die Therapietheorie, da durch therapeutisches Handeln eine Veränderung bestimmter Beliefs und in Folge des gesamten Glaubenssystems bewirkt wird. Je nach Deckung des Wahrnehmungsinhaltes mit den aktivierten Beliefs kommt es zu Ablehnung oder Akzeptanz der auf die Person einströmenden Reize. Akzep-

tanz geht mit der Übereinstimmung mit den bestehenden Beliefs einher, Ablehnung führt im Zuge der Perzeption zu Abwehrmechanismen, die die Form von Verzerrung partieller bis genereller Vermeidung der Wahrnehmung annehmen.

2. Emotional: Gefühls- und Stimmungslagen richten sich analog zu den beschriebenen Phänomenen der kognitiven Wirkung nach der Beziehung von Belief zu Reiz einerseits und der inhaltlichen Beschaffenheit des Beliefs andererseits. Es ist notwendig, zwischen emotionalem Chaos vs. emotionalem Gleichklang und den Ausprägungsgraden zu differenzieren. Mit Chaos/Gleichklang geht das Prinzip der inneren Homöostase einher. Der Begriff der Homöostase wird in diesem Kontext neutral benutzt, kennzeichnet also weder gesunden noch pathologischen Verlauf. Im idealen Fall wird durch vorhandene Homöostase psychophysische und soziale Gesundheit gewährleistet. Es ist allerdings auch möglich, daß durch homöostatischen Status ein pathologischer Zustand aufrechterhalten bleibt, indem innerhalb eines negativen Selbst-Schemas durch Reizbestätigung die Homogenität der negativ verstärkenden organischen Teile gewährleistet bleibt.

Aus den bisherigen Ausführungen zur Belief-Theorie nach NLP läßt sich ableiten, daß Vorbedingungen für das Auftreten eines emotionalen Chaos die Unvereinbarkeit von Informationsinhalt mit aktivierten Beliefs sowie das Ausbleiben der Wahrnehmungsverzerrung unter o.g. Aspekt der Assimilation sind. Außerdem entsteht Chaos, wenn auftretende Gefühle mit dem kognitiven System in Widerspruch stehen. Dies ist dann der Fall, wenn bestimmte Gefühlslagen auftreten, für die die betroffene Person keine Erklärung hat, also eine Dissonanz zwischen Gefühl und Kognition besteht. Die dritte Möglichkeit des Eintretens von Chaos ist dann wahrscheinlich, wenn durch einen Stimulus mehrere Beliefs aktiviert werden und dies zu einem Überlappen mehrerer Emotionen führt. *Petzold* (1993, 815) spricht in diesem Kontext von einem „Widerstreit der Gefühle“; diese Formulierung läßt sich für den NLP-Sprachgebrauch im Falle der Konkurrenz zwischen mehreren Beliefs übernehmen.

Die Ausprägungsgrade von Emotionen – *Petzold* geht in diesem Band auf Klassifikationssysteme von Gefühlen ein, in denen die einzelnen Emotionsstile beschrieben sind – stehen in Abhängigkeit zum Belief, welcher durch einen bestimmten Reiz aktiviert wird. Je nach Reizquelle

sind in Anlehnung an die sprachanalytische Klassifikation von Mees* Emotionen beziehungs-, sympathie- oder zielbetont im Sinne von Bewertung, Erwartung, Attribution und Moral. Angenommen, ein Student steht kurz vor einer Prüfung und bereitet sich mit dem Belief: „Ich bin unfähig, die Klausur zu schaffen“ vor, so löst diese Einstellung gegenüber dem bevorstehenden Ereignis Angst oder Scham im Kontext zur internalen Attribution aus. Nach dem erwähnten Klassifikationsschema würde dies die Ziel-Emotionen, und zwar die Erwartungs- oder moralischen Emotionen, betreffen. Bei einer Person mit dem Belief: „Alle Männer mit weißen Haaren und weißen Vollbärten sind weise und väterlich“ wird beim Auftreten dieser „Reizquelle“ die Beziehungsemotion Zuneigung ausgelöst werden.

3. Behavioral: Im unmittelbaren Zusammenhang mit Attitüden und Emotionen, die durch den aktivierten Belief ausgelöst werden, steht die motorische Reaktion. Je nach Ausprägungsgrad gegenüber dem Reizgegenstand kommt es zu Verhaltensstrategien, die von Introversion bis Extraversion, von Vermeidungs- bis Konfrontationsverhalten reichen. So läßt sich in Übereinstimmung mit Dilts, Hallbom und Smith (1991) zusammenfassen, daß die Beschaffenheit eines Glaubenssatzes und, in situationsübergreifender Form, die Konsistenz des Beliefsystems als Prädiktor für Verhaltensweisen dient.

Der Ergänzung halber sei erwähnt, daß die physiologische Ebene ebenfalls einen Wirksamkeitsaspekt der Beliefs darstellt, dieser kann jedoch an dieser Stelle vernachlässigt werden, da er in den unterschiedlichen NLP-Werken ausführliche Bearbeitung fand.

4.5 Ankertheorie und Emotionslage

Eingangs ist die starke Affinität der Ankertheorie des NLP zum Prinzip des klassischen Konditionierens hervorzuheben, wenn auch in Einzelheiten Abgrenzungen zwischen beiden bestehen, wie dies bei Bachmann (1991), Schauer (1995) wie auch bei Dilts, Hallbom und Smith (1991) diskutiert wird, weshalb es hier keine Beachtung mehr findet.

* Zitiert aus Petzold (1993, 818).

Es wird postuliert, daß durch das Auftreten eines bestimmten Stimulus eine automatisierte Reaktion hervorgerufen wird. Mittels des Reizes werden bestimmte innere Zustände in Gang gesetzt, nach *Kutschera* (1994) sind externe Reize mit intrapersonalen Bedeutungen gekoppelt. Diese Koppelung wird als Anker bezeichnet. Durch den als „Ankern“ bezeichneten Prozeß werden – im therapeutischen Setting gezielt und im Alltag unbewußt – in einer Person Mechanismen installiert, so daß auf gewisse Reize hin eine entsprechende Signalfolge dafür sorgt, daß eine automatische Reaktion auf einen bestimmten Stimulus erfolgt.

Entscheidend ist, daß durch das Auftreten einer verankerten Bedingung Gefühle ausgelöst werden, die keiner inneren Kontrolle unterliegen. Jeder kennt das plötzliche Auftreten eines Gefühls, welches nicht erklärbar ist. Häufig liegt die Ursache in der Begegnung mit einer Reizquelle, die früher mit einer starken inneren Bedeutung gekoppelt wurde.

Damit ist bereits angedeutet, daß die Installation eines Ankers dann erfolgt, wenn eine Person aufgrund der Konfrontation mit einer Situation intensive Gefühle erlebt oder eine Situation wiederholt auftritt und stets zur gleichen Erfahrung führt. Es ist also davon auszugehen, daß bei hoher Emotionsverbindung ein *einmaliges* Auftreten der Auslösesituation genügt, um in Zukunft als Anker wirksam zu sein. Analog zu den o.g. fünf Sinnesmodalitäten bestehen fünf Möglichkeiten des Verankerns: visuell (z.B. Lieblingsfoto), auditiv (z.B. Stimme eines wertvollen Menschen), kinästhetisch (z.B. Umarmung), olfaktorisch (z.B. Geruch eines bestimmten Parfums) und gustatorisch (z.B. Geschmack von Hafergrütze).

Damit ist deutlich, daß durch den Ankerprozeß eine Reaktivierung vergangener Ereignisse ermöglicht wird. Die damit einhergehende Automatisierung emotionaler, kognitiver und konativer Reaktionen ist aus zweierlei Gründen notwendig: Erstens ist es der Alltagsbewältigung nicht gerade dienlich, wenn jeder Entscheidungs- und Handlungsschritt vor der Ausführung gut durchdacht werden muß. Zweitens reicht die zur Verfügung stehende Bewußtseinskapazität nicht aus, um alle Bedeutungskoppelungen in rationaler Bereitschaft zu halten.

Vorgreifend auf störungstheoretische Ausführungen kann hier bereits festgestellt werden, daß spontan auftretende negative Gefühle, die zu einer Gefährdung des inneren Gleichgewichts eines Menschen beitragen, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Verbin-

dung zu früher erlebten Situationen haben, sofern diese zu traumatischen Erlebnissen führten. Diese Prämisse hat für intra- und interpersonelle Dynamiken Relevanz und birgt natürlich für technologische Problemstellungen und Praxeologie eine unmittelbare Konsequenz in sich.

5. Die Theorie der Persönlichkeit

Es kann hier keine vollständige Reformulierung dessen erfolgen, welche Determinanten im NLP zur Erfassung des Konstruktes „Persönlichkeit“ verwendet werden. Genauere Ausführungen sind bei *Dilts* und *Epstein* (1991) zu finden. Die wesentlichen Einflußfaktoren für eine Persönlichkeitsdisposition sind allerdings im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit sehr wohl zu diskutieren.

5.1 Assoziation vs. Dissoziation

Das Prinzip von Assoziation/Dissoziation hat seine Wurzeln in der Hypnoseforschung. *Pierre Janet* entwickelte in den zwanziger Jahren die Dissoziationstheorie. *Kossak* (1989) beschreibt, wie *Hilgard* das von *Janet* beschriebene Phänomen der Dissoziation rund 50 Jahre nach dessen erstmaliger Bearbeitung neu aufgriff und diese mit eigenen Untersuchungsergebnissen in eine Neodissoziationstheorie integrierte. *Hilgard* führte Experimente zur Frage der Analgesie durch und fand die Annahme verifiziert, daß Operationen unter Hypnose schmerzfrei verlaufen können. Damit verifizierte sich seine Hypothese, daß *unter dem Zustandsbild Dissoziation eine verringerte Empfindungsintensität gegeben ist*. In der Hypnoseforschung kennzeichnet Dissoziation u.a. die Teilung und Trennung der eigenen Person in erlebendes und beobachtendes Ich sowie eine Abkoppelung verschiedener Ich-Zustände, Prozesse oder Funktionen voneinander.

Die Theorie der Dissoziation findet im Modell des NLP eine Anwendung, die von der ursprünglichen Form abweicht und einer Weiterführung dieses Theorienbestandteils der Hypnoseforschung gleichkommt. Während in der Hypnose die suggestive Produktion dieses Zustandes vordergründig ist, ist dieser Theorienbereich beim NLP bezüglich persönlichkeitspsychologischer Betrachtungen be-

deutend. Prototypisches Erleben und Agieren geschieht zeitlich konsistent entweder in dissoziierter oder assoziierter Weise. Außerdem wird ein situationsangepaßtes inneres Reagieren postuliert, das ebenfalls mit einem der beiden Ausprägungsgrade verbunden ist.

Für *Bandler* (1990) ist die assoziierte Wahrnehmungsform ein Perzeptionsmodus, demzufolge die Person voll *in* den Erlebnissen mitlebt. Dies bezieht sich sowohl auf die Konfrontation mit Ereignissen im Hier und Jetzt als auch auf Rekognition und Reproduktion von Erlebnissen der Vergangenheit. Bei diesem „Erlebniszustand“ blickt die Person von der eigenen Perspektive aus auf die Geschehnisse. Sie durchlebt Ereignisse der Gegenwart wie der Erinnerung in realer Form „hautnah“. *Weerth* (1992) vergleicht das Konzept der Assoziation/Dissoziation mit C.G. *Jungs* Unterscheidung zwischen Denk- und Fühltypus und sieht eine Affinität der zweiten Form zur Assoziation. An dieser Stelle kann zusammengefaßt werden, daß der assoziierte Typ eine Persönlichkeit darstellt, die Situationen mit hohem emotionalem Anteil koppelt und bewertet.

Dissoziation bewirkt nach *Bandler* (1990) einen Zustand der inneren Distanz zu Geschehnissen. Die emotionale Verbindung zu diesen ist dabei folglich gering. *Weerth* (1992) charakterisiert dissoziierte Typen als rationalisierende Personen, die sehr auf Objektivität bedacht sind. Ein dissoziierter Zustand ist vorhanden, wenn sich eine Person in einer im Hier und Jetzt oder imaginär erlebten Situation als nicht unmittelbar beteiligt fühlt. Dies gilt auch dann, wenn sie in das wahrgenommene Ereignis aktiv involviert ist oder war. In der Reproduktion vergangener Geschehnisse impliziert dissoziiertes Betrachten ein Beobachten „von außen“. Die Person sieht sich selbst aus Distanz als Akteur in der Situation, so, als betrachte sie ein Foto oder ein Videoband, auf welchem sie sich selbst aus der Perspektive einer Außenstehenden beobachten kann.

Mit diesem Konzept bietet NLP eine Erklärung an, weshalb intra-* und interindividuell durch Reize unterschiedliche Empfindungsqualitäten ausgelöst werden. Die genannten Bedingungen üben Einfluß darauf aus, ob eine Handlungssteuerung mehr emotional oder rational geschieht. Diese Erkenntnis hat unmittelbare Auswirkungen auf die Praxeologie, wie später noch gezeigt wird. Weiter-

* „Intraindividuell“ bezieht sich auf Unterschiede, die bei ein- und derselben Person in vergleichbaren Situationen auftreten.

hin ist an dieser Stelle zusammenzufassen, daß der Theorienbaustein Assoziation/Dissoziation auf zwei Ebenen Effekte zeigt. Die bisherigen Ausführungen betreffen Persönlichkeitsdispositionen, es wird also postuliert, daß eine Person mehr zu assoziierter oder dissoziierter Erlebnisweise tendiert. Dies bezieht sich also auf einen situationsübergreifenden Aspekt. Weiterhin besteht jedoch die Notwendigkeit, das hier diskutierte Prinzip unter dem situationspezifischen Blickpunkt zu analysieren. In Abb. 2 wird gezeigt, daß zwei grundsätzliche Möglichkeiten bestehen, auf einen Stimulus zu reagieren: Die affektive oder emotionale Reaktion ist höher, wenn der Reiz in einer assoziierten Weise internalisiert und verarbeitet wird. Im Kapitel über die Störungstheorie wird gezeigt, welche Konsequenzen sich aus den bisherigen Überlegungen für eine klinische Betrachtungsweise ergeben.

Stimulus		
↓		
Perzeptionsmodus	assoziiert	dissoziiert
↓		
effektiv/ emotionale Reaktion	hoch	niedrig

Abb. 2: Kausalität von Perzeptionsmodus und Emotionsintensitätsgrad

Der Wahrnehmungsprozeß unterliegt dispositionellen und situationalen Einflüssen. Weshalb eine Person mehr zu der einen oder anderen Zustandsform neigt, steht im Zusammenhang mit Phänomenen, die weiter unten besprochen werden. Ausschlaggebend für eine derartige Manifestation sind biographische Ereignisse, da das Individuum durch frühere Erfahrungen, sei es direkt in Form von Konfrontation mit dem Wahrnehmungsgegenstand oder indirekt in Form von sozio-kultureller Überlieferung, eine bestimmte Einstellung internalisiert, die folglich automatisiert wird und zu der Ab-

rufbereitschaft mit assoziierter oder dissoziierter Ausprägung führt.

5.2 Zeiterleben als Persönlichkeitskonstrukt

Die in der Umgangssprache gängigen Phrasen wie: „Der blickt nur in die Vergangenheit“ oder: „Die denkt immer an die Zukunft“ lassen rasch erkennen, was im NLP mit Zeittypologie postuliert wird: Personen unterscheiden sich im Zeitempfinden. Während manche voll in der Gegenwart leben und sich wenig mit dem auseinandersetzen, was war oder sein wird, richten andere ihre Aufmerksamkeit auf den stetigen Vergleich von dem, was war, zu dem, was ist und sein wird. Genauere Ausführungen zu diesem Phänomen finden sich bei *Kutschera* (1994).

Die folgende Beschreibung bezieht sich auf Ausführungen von *James* und *Woodsmall* (1991), *Weerth* (1992), *Andreas* und *Andreas* (1989). Es wird zwischen den Zeiterlebenstypen In-Time und Through-Time unterschieden. Diese Charakterisierungsweise wird mit den beiden Begriffen Assoziation/Dissoziation gekoppelt. Die Erlebnisweise von In-Time bedingt den assoziierten Perzeptionsmodus. Symptomatisch ist die starke Verbundenheit zum Hier und Jetzt und das Erleben gegenwärtiger Situationen mit hoher Emotionalität. Im Gegensatz dazu befindet sich der Through-Time-Mensch in emotionaler Distanz zu jeder zeitlichen Dimension, er nimmt Ereignisse in einer dissoziierten Betrachtungsweise auf.

Ein wichtiges Deskriptionsmerkmal stellt die „Time Line“ dar: Es wird angenommen, daß jede Person ihre Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft räumlich-visuell positioniert hat. Zumeist handelt es sich um eine lineare oder kurvenlineare Ausrichtung, die die diversen vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Ereignisse einer Person imaginär abbildet. Es wird postuliert, daß die Zeitlinienführung in Korrelation zu der Typologie steht. Die Abb. 3 in Anlehnung an *Weerth* (1992, 112) veranschaulicht, wie unterschiedlich das Zeiterleben gestaltet wird. Es steht in Abhängigkeit zu Assoziation und Dissoziation. Der dunkle Kreis in der Abb. gibt den jeweiligen Wahrnehmungsstandpunkt der Person an. Der im assoziierten Zustand und voll in der Gegenwart lebende Personentyp A sieht in der Regel vergangene Ereignisse hinter sich und künftige vor sich. Der Personentyp B betrachtet in dissoziierter Weise Situa-

tionen der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft auf einer vor ihm liegenden Linie, die von links nach rechts oder umgekehrt verläuft.

PERSONENTYP A



PERSONENTYP B



Abb. 3: Personendisposition und Zeiterleben

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die *Intensität der emotionalen Erlebnisform* in *Dependenz* zur *relevanten Zeitbenutzungsstruktur* des Individuums steht. Idealtypisch bedeutet dies analog zu den Effekten von Assoziation/Dissoziation, daß In-Time-Personen zu hoher emotionaler Beteiligung am aktuellen Geschehen neigen, hingegen Through-Time-Personen Ereignisse mittels rationaler Hilfsmittel aktualisieren und zu weniger intensiven Gefühlsregungen tendieren.

6. Klinische Emotionspsychologie des NLP

6.1 Erfassung von Emotionsstörung

Bevor wir uns mit den Themen Ätiologie und Bedingungsanalysen von Emotionsstörungen beschäftigen, bedarf es der Abgrenzung des Feldes, was unter „Emotionsstörung“ zu verstehen ist. In Anlehnung an *Pekrun (1990a)* kann davon ausgegangen werden, daß eine emotionale Störung gegeben ist, wenn auf affektivem, körperperzeptivem oder kognitivem Niveau in bezug auf Intensität, Inhalt, Frequenz und Persistenz ein unangemessener Status vorhanden ist. Im Sinne der normativen Festlegung, was unter „unangemessen“ zu verstehen sei, ob also ein pathologischer Zustand diagnostizierbar ist, sind *soziokulturelle, klinische* und *introspektive* Urteilsbildungen zu berücksichtigen, die untereinander zwar eine Übereinstimmung haben können, sich jedoch nicht gegenseitig bedingen müssen. So kann sich ein im manischen Schub befindlicher Mensch durchaus dabei wohl fühlen, sich voller Euphorie der Befriedigung unzähliger Gelüste, wie sich permanent der Umwelt mitteilen oder exklusive Waren kaufen, hinzugeben, während seine Emotionen und die daraus resultierenden behavioralen Konsequenzen weder seitens der Umwelt noch unter klinischen Aspekten als „angepaßt“ oder „gesund“ zu bezeichnen sind.

Für die weiteren Ausführungen läßt sich festhalten, daß eine Emotionsstörung dann gegeben ist, wenn diese aus der Perspektive der drei Bereiche erkennbar ist. Da natürlich vor allem der klinische Aspekt zu Überlegungen Anlaß gibt, ab welchem Zustandsniveau von einer Störung gesprochen werden kann oder ein allgemeiner Anlaß zur Behandlung gegeben ist, sei auf die Überlegung hingewiesen, daß unter dem störungstheoretischen Aspekt des NLP nur dann von einem klinischen Zustandsbild gesprochen werden kann, wenn gesellschaftlich **plus** klinisch ein behandlungswürdiger Status diagnostizierbar ist. Anlaß für ein therapeutisches Intervenieren ist zweitens die introspektive Einschätzung des Vorliegens einer Störung.

Wie von *Schauer (1995)* diskutiert, orientiert sich das übergreifende Störungskonzept des NLP am Gesundheitsbegriff. Mit anderen Worten ist eine Störung dann vorhanden, wenn eine Abweichung von der Gesundheit vorliegt. Unter Gesundheit ist allgemein der

Zustand einer inneren Homöostase mit Ich-konstruktiver Ausrichtung zu verstehen.

Dies bedeutet, daß dann eine Emotionsstörung und folglich Behandlungsbedarf vorliegt, wenn durch die Form der Expression der Emotion an die Umwelt keine selbstwertdienliche Alltagsbewältigung mehr gewährleistet werden kann und für das betroffene Individuum auf *biologischer* (d.i. biochemisch, neurophysiologisch und psychophysiologisch), *psychischer*, *sozialer* und/oder *ökonomischer* Ebene Schaden entsteht.

6.2 Allgemeine Ansätze im NLP zur Ätiologie von Emotionsstörung

In Übereinstimmung mit *Pekrun* (1990b) ist therapieschulenübergreifend festzuhalten, daß Störungen im Gefühlshaushalt eines Menschen auf unterschiedlichen Ursachen basieren. Akquisitionsbedingungen sind proximale (dazu zählen primär Bedingungen, wie sie in der Life-Event-Forschung diskutiert werden) und distale Situationsvariablen (d.i. Lebensumstände, die durch externe Bedingungen, wie volkswirtschaftlicher oder gesellschaftspolitischer Status, bedingt werden und somit mittelbar den Emotionshaushalt beeinflussen) in Zusammenhang mit der Persönlichkeit. Entscheidend ist, daß die Persönlichkeitsbedingung als dispositioneller Aspekt anzusehen ist und die Situationsbedingung als ein zu bewertender Faktor im unmittelbaren Kontext mit der Persönlichkeit steht: Dies bedeutet, daß in therapeutischer Hinsicht bei Vorliegen emotionaler Störungen auf den Aspekt Persönlichkeit einzugehen ist, wenn eine Veränderung dispositioneller Ursachenfaktoren erzielt werden soll.

Es wäre an dieser Stelle eine Thematisierung dessen notwendig, was im NLP unter Persönlichkeit verstanden wird. Eine derartige Grundlagendiskussion ist jedoch nicht Gegenstand dieses Aufsatzes, der interessierte Leser sei auf *Weerth* (1992), *Dilts* (1990), *Kutschera* (1994) und *Schauer* (1995) verwiesen. Hier kann zusammenfassend gesagt werden, daß im NLP für die Emotionsbildung vor allem die individuelle kognitive Struktur in Abhängigkeit zur Ontogenese Untersuchungsrelevanz besitzt, wie im folgenden gezeigt wird.

6.2.1 Bedingungsanalyse von Emotionsstörungen

Wie bisher dargelegt, ist es primär die Korrelation von Kognition und Gefühl, welche zu behandlungswürdigen Zuständen führt. Dies ist natürlich nicht der Weisheit letzter Schluß, denn es gilt zu untersuchen, auf welchem Weg es zur Manifestation eines bestimmten Persönlichkeitsbildes kommt. Auf diese Faktoren, also Ursache und Wirkung von Kognition und Emotion einerseits und ontogene-tische Einflußfaktoren für personelle Disposition andererseits, wird im folgenden eingegangen.

6.2.1.1 Der Wirkungsbereich von Glaubenssätzen

Es wurde bereits oben auf die verschiedenen Bedingungen eingegangen, unter welchen es im Zuge der Aktivierung bestimmter Beliefs zu emotionalen Störungen kommen kann. Einzelne Glaubenssätze und das gesamte Glaubenssystem, welches dem Ich-Schema entspricht, wirken in zweierlei Hinsicht auf die Gefühlslage: erstens in affektiver Form, also Emotionen als innere Reaktion auf die Konfrontation mit bestimmten Situationen, zweitens als Effekt mit hoher Konsistenz über verschiedene Entitäten hinweg, dies betrifft eine situationsübergreifende und stabile Stimmungslage über eine bestimmte Zeit.

Um den Wirkungsgrad von Beliefs zu untermauern, ist ein Vergleich zur ABC-Theorie nach *Ellis* und *Grieger* (1979) angebracht: „Activating Experiences“ lösen „Beliefs“ aus, deren Inhalt zu einer bestimmten „Consequence“ führt. Während im Sinne einer naiven Psychologie des Alltags zumeist vermutet wird, daß ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Ereignis und Emotion besteht, ist unter Berücksichtigung der Beliefs diese simplifizierte Annahme zu korrigieren: Nicht Situationen selbst zeichnen für Gefühlsreaktionen verantwortlich, sondern die erfahrungsgebundenen Einstellungen, welche zur Bewertung der Situation beitragen. Die Frage ist, welche Glaubenssätze und -systeme einen Störungsverlauf bedingen können. In diesem Punkt besteht eine Abweichung zwischen der ABC-Theorie und dem NLP: Während sich erstere in ihrer Ursachenforschung primär auf irrationale Beliefs konzentriert, ist für NLP relevant, welche Beliefs und welches System sich auf das Handlungsrepertoire in der Weise auswirken, daß das Aufrechterhalten eines gesunden Zustandes bzw. das Erlangen individueller

Ziele gefährdet oder gehemmt wird. Zentral ist demnach die Überlegung, ob bestimmte Einstellungen eine salutogenetische Entfaltung behindern.

In Übereinstimmung mit *Kutschera* (1994) läßt sich das Entstehungsfeld von Beliefs durch Familie, Gesellschaft und Kultur erfassen. Es sind also Sozialisationsdeterminanten und Übertragungsvorgänge über Generationen in Abhängigkeit von Gebiets- und Populationsmerkmalen, die die Bildung des Glaubenssystems entscheidend mitbeeinflussen. *O'Connor* und *Seymour* (1992) weisen auf die Bedeutung des familiären Erziehungsprozesses hin. Zwar findet permanent eine Veränderung und Erweiterung des Glaubenssystems statt, die primäre und richtungsweisende Disposition geschieht allerdings bereits in der frühen Kindheit. Es ist augenscheinlich, daß eine Mutter nach den Möglichkeiten ihrer eigenen Identität in der Welt dem heranreifenden Kind auf verbalem und nonverbalem Weg Informationen mitgibt. Da für das Kleinkind in der primären Sozialisation keine Vergleichsmöglichkeiten bestehen, ist es weiterhin nicht überraschend, daß ein Internalisieren mütterlicher bzw. familienspezifischer Einstellungen geschieht. Dieser Vorgang des Verinnerlichens führt zu einer Automatisierung. Eine Modifikation einzelner Teile des Beliefsystems ist auch dann nicht zwingend, wenn spätere Erfahrungen im Widerspruch zu diesen stehen. Vielmehr wird eine Anpassung der Aktualinformation an das Beliefsystem versucht.

In bezug auf Gefühlsmanifestationen und auch im situationsübergreifenden Störungsbild der Gefühle bedeutet dies, daß kognitive und präkognitive (im Falle von Automatisierung ist kein unmittelbarer Kognitionsvorgang zu erwarten) Komponenten persönlichkeitscharakteristische Stimmungslagen erzeugen.

Hier ist eine Anlehnung an *Becks* (1979) Störungstheorie der Depression möglich, da in diesem Kontext eine hohe Übereinstimmung mit Auffassungen der NLP besteht: Der Autor postuliert eine kognitive Triade der Depression, sie besteht aus einer negativen Sicht sich selbst, der Umwelt und der Zukunft gegenüber. Der Grundstein zu dieser depressiven Disposition wird bereits in der kindlichen Entwicklung gelegt. Durch bestimmte umweltgelenkte Erfahrungen und Mitteilungen entfaltet sich ein Selbstbild, z.B. von der eigenen Unfähigkeit, zu lernen.* Diese Erfahrungen werden

* Gerade dieses Phänomen der Introjektion eigener Unfähigkeit ist in der therapeu-

vorerst latent in das Selbst-Schema übernommen. Kommt es zu einer Situation, die aversiv erlebt wird, aktiviert sich dieses Schema. Durch Auslösung von Affekten wie Niedergeschlagenheit, Enttäuschung oder Traurigkeit verstärkt sich die negative Einstellung sich selbst gegenüber und löst rückkoppelnd neue negative Affekte aus, die sich in der Addition manifestieren.

In therapeutischer Hinsicht bedeutet dies, daß bei Vorliegen von Emotionsstörungen, die sich im Störungsverlauf als episodisch, phasisch oder chronisch beschreiben lassen und eine relative Unabhängigkeit von bestimmten Situationsmerkmalen besitzen, eine Analyse dessen durchzuführen ist, welche Glaubenssätze für die Manifestation der bestehenden Stimmung verantwortlich sind und in welchem Stadium sich die betroffenen Beliefs „einnisteten“. Die Einschränkung in zeitlicher Hinsicht auf Situationen überdauernde Störungen ist deshalb notwendig, da bei situationsgekoppelten Emotionen andere Persönlichkeitsdynamiken mit zu berücksichtigen sind.*

6.2.1.2 Das Phänomen der Assoziation/Dissoziation

Wie bereits im Kap. 5 beschrieben, gehen die beiden Zustandsbilder Assoziation/Dissoziation mit unterschiedlichen Empfindungsintensitäten einher. Daraus ergibt sich für eine störungstheoretische Betrachtung die Schlußfolgerung, daß Gefühle von Angst, Trauer etc. vor allem in der Verarbeitungsform Assoziation eine sehr hohe Intensität erreichen. Es ist jedoch hinzuzufügen, daß es nicht haltbar wäre, davon zu sprechen, daß alle Gefühlszustände diese Verbindung aufweisen. So ist es nicht zulässig, reziprok darauf zu schließen, daß in einem dissoziierten Status kein Gefühlsleben möglich ist. Es ist also zu betonen, daß sich diesbezügliche Zusammenhänge auf die Intensität der Empfindungen beziehen. Somit läßt sich

tischen Praxis häufig wiederzufinden. Ein Zusammenhang zu den in der Kindheit gemachten Entwicklungen ist naheliegend. Ich meine, daß in diesem Fall eine Untersuchung der Antezedenzbedingung „positive und negative Verstärkung der Mutter bei Ge- und Mißlingen neuer Aktionen des Kleinkindes“ dem therapeutischen Fortschritt sehr dienlich sein kann.

* Dies betrifft emotionale Störungen, die auf konkreten Reizen beruhen, wie z.B. Arachnophobie: Ein Affekt tritt unter der Bedingung auf, daß eine Spinne gesichtet oder in der Nähe vermutet wird. Es ist zu analysieren, welche Ereignisse der Vergangenheit (z.B. Einstellungsübernahme von der Herkunftsfamilie) eine derartige Entwicklung zuließen.

als Regel aufstellen: „Wenn eine Person unter *hoher* Gefühlsintensität leidet, befindet sie sich in einem assoziierten Zustand.“

Antezedenzbedingungen für hohe negative Emotion sind also Assoziation und eine negative Bewertung des momentanen Ist-Zustandes. Eine Bewertung ist negativ, wenn selbst- oder fremdbeobachtet längerfristig eine Einschränkung in der Bewältigung des Alltagslebens durch die Emotion beurteilt wird.

Dieser Aspekt hat natürlich unmittelbare Auswirkungen auf die therapeutische Behandlung von Gefühlsstörungen. Wie im Praxeologieteil gezeigt wird, bezieht sich dies vor allem auf Bereiche, in denen Emotionen mit bestimmten Situationen oder Emotionsobjekten gekoppelt sind, wie z.B. bei Phobien.

Störungstheoretisch ist natürlich nicht nur das Zuviel an Emotionsintensität, sondern auch das Gegenteil interessant: *Kutschera* (1994) beschreibt verschiedene Situationen, in denen Assoziiertsein als Voraussetzung für „gesundes“ Leben dient. In anderen Bereichen ist es wiederum sinnvoll, dissoziiert zu handeln. Es wird somit deutlich, daß von einer Person die Flexibilität verlangt wird, sich unterschiedlichen Situationen so anzupassen, daß sie in diesen mit Zufriedenheit agieren kann. Während also für manche Bereiche emotionale Distanz eine Bedingung für Situationsbewältigung darstellt, ist in anderen Lebenslagen emotionale Nähe angebracht. Dissoziieren ist vor allem dann den Zielen einer Person dienlich, wenn rational fundierte Handlungen und Agieren mit Überblick durchzuführen sind. Assoziierte Zustände hingegen sollten das Übergewicht erhalten, wenn „Genuß“ und Freude am Leben im Vordergrund stehen. Die Folgen eines Übergewichts auf assoziierter Seite wurden oben diskutiert. Es liegt in der Natur der Sache, daß bei dissoziierter Persönlichkeitsmanifestation eine Störung in umgekehrter Richtung vorliegt: ein Leben mit wenig bis keinen Gefühlen.

6.3 Zusammenfassung der Störungstheorie

Es wurde anhand der bisher beschriebenen Phänomene deutlich, daß zwischen Situation, Situationsbewertung, -verarbeitung und Persönlichkeit einerseits und der emotionalen Reaktion andererseits ein Zusammenhang besteht. Es besteht in diesem Punkt eine Affinität zur Streßtheorie nach *Lazarus* und *Averill* (1972). Die nachstehende Beschreibung der Entstehung von Emotionsstörungen be-

zieht sich auf das NLP und ist in Teilen an *Lazarus'* Erkenntnissen orientiert.

Eine Person begegnet mit ihren psychisch dispositionellen Merkmalen – in für sie charakteristischer Form – auslösenden Reizbedingungen. Dispositionsvariablen sind dabei die o.a. Elemente aus phylo- und ontogenetischer Herkunft. Je nach benutzten kognitiven und automatisierten Mechanismen folgt eine innere Reaktion auf den Reiz; diese Stufe wird von *Lazarus* als „appraisal“ bezeichnet. Hier liegt auch der größte Unterschied zwischen seinen Ausführungen und den Vorstellungen im NLP: Während *Lazarus* ausschließlich kognitive Bewertungssysteme in dieser Phase annimmt, ist im NLP auch auf nonkognitivem Niveau eine Reaktion möglich. Darunter fallen primär die automatisch ausgelösten Emotionen und neurophysiologischen Prozesse*, wie sie im Kapitel über Ankertheorie beschrieben sind. Die primäre Beurteilung einer Bedrohung hängt also von ausgelösten Kognitionen und Gefühlen ab. Darauf folgt eine sekundäre Beurteilung im Sinne von Bewältigungsmöglichkeiten. Dies führt entweder konativ zur aktiven Problembeseitigung, zu Fluchtverhalten oder kognitiv zu einer Aufmerksamkeitsverschiebung oder einer Neubewertung der Situation im Sinne der intrapsychischen Vermeidungsreaktion.

Damit sind zusammenfassend die kognitiven, emotiven und konativen Faktoren umschrieben, die in einem Verhältnis der gegenseitigen Wechselbeziehung stehen. Sie sind in Abb. 4 dargestellt.

* Auf die Verbindungen von Emotion und physiologischer Erregung wird an dieser Stelle nicht eingegangen. Sie betreffen als schulenübergreifendes Prinzip Erkenntnisse der Psychologie und haben somit für die Theorienentwicklung des NLP Relevanz. Unter Berücksichtigung des derzeitigen Diskussionsstandes rund um die kognitiv-physiologische Theorie der Emotion, wie er bei *Hammerl, Grabitz und Gniech* (1993) zusammengefaßt wird, meine ich, gibt NLP in bezug auf die Fragestellung, ob in stark emotionalen Situationen die Kognition physiologischer Erregung oder die tatsächliche Erregung für das Empfinden von Emotion entscheidend ist, eine Richtung vor: Die Kombination physiologischer Erregung mit deren Kognition ist nicht zwingend Voraussetzung für das Auftreten von Emotion, es genügt für deren Entstehung eine der beiden Bedingungen. Dies bedeutet im Extremfall, daß Emotion auch entsteht, wenn eine physiologische Erregung kognitiv nicht erklärt werden kann oder kognitive Situationsbewertung zu Emotion führt, ohne daß eine adäquate physiologische Erregung besteht. Empirische Beweise für eine derartige Annahme sind in der NLP-Forschung zwar nicht zu finden, aber aus dem Forschungsrepertoire der kognitiv-physiologischen Theorie der Emotion entlehnbar.

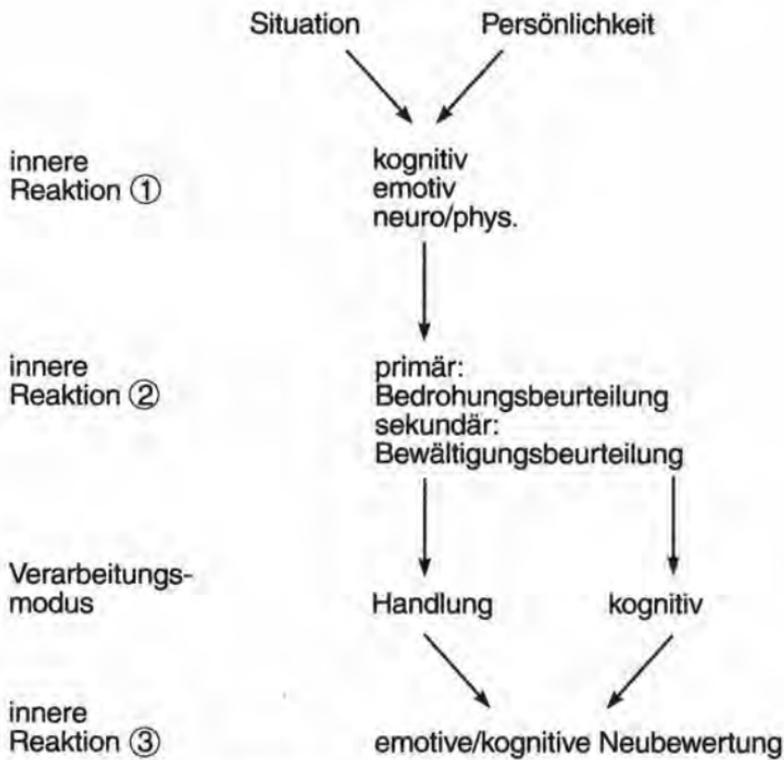


Abb. 4: Einflußfaktoren für Situationsbewältigung

7. Praxeologie

In der therapeutischen Arbeit mit Gefühlen ist zwischen zwei Bereichen zu unterscheiden:

1. Emotion als diagnostisches Mittel, wobei dem Begriff „Diagnose“ in diesem Kontext eine etwas erweiterte Bedeutung zukommt;
2. Behandlung von Emotionsstörungen.

Von dieser Differenzierung ausgehend werden auch nachfolgende Betrachtungen erörtert.

7.1 Die Bedeutung von Emotion im therapeutischen Prozeß

Schauer (1995) befaßt sich mit inhaltlichen Schwerpunkten und der qualitativen Verteilung in den einzelnen Therapiephasen im NLP. Diese Analysen zusammenfassend, wird primär das Konzept des TOTE-MODELLs nach Miller, Galanter und Pribram (1960) auf therapeutisches Prozedere transformiert. Es kommen mittels Rückkopplung zwischen den einzelnen Phasen die Stufen Test – Operation – Test – Exit zur Anwendung. Weiterhin wird ein therapeutisches Prozedere im NLP in Informationssammlung, Intervention und Wirksamkeitsüberprüfung eingeteilt, wobei der quantitative Schwerpunkt auf der ersten Phase liegt und die beiden letztgenannten den geringeren Anteil im Therapieverlauf darstellen. Dies deshalb, da erwartet wird, daß bereits ausführliche Ist-Zustand-Erhebungen kognitive Veränderungen verursachen, so daß sich Problemfeld und -intensität während dieser Phase bereits reduzieren. Versucht der Therapeut nämlich, Persönlichkeitsstrukturen aufgrund von verbalen Äußerungen des Klienten elementar zu erfassen, so ist er häufig „gezwungen“, gezielte Fragen zu stellen. Durch diese Frageform und Fragetechnik werden Beliefs in deren generalisiertem Gültigkeitsbereich minimalisiert. Die Erklärung für dieses Phänomen ist einfach: Wie oben mehrmals gezeigt, unterliegen viele Einstellungen und Reaktionen auf diverse Stimuli automatisierten Mechanismen. Die Person gibt sich also selbst keine Gelegenheit, die Reize wahrzunehmen, welche der betroffenen Attitüde widersprechen.

Nehmen wir als Beispiel den Glaubenssatz: „Was immer ich auch in Angriff nehme, bei mir geht alles schief.“ Durch die banale Frage, was unter „immer“ zu verstehen sei oder was die Person bisher in Angriff genommen habe, wird deutlich, daß diese Einstellung zu sich selbst in dieser generalisierten Form nicht haltbar ist. Dies bedeutet, daß nach eingehender Analyse die betroffene Person „zur Kenntnis nehmen muß“, das Wort „immer“ durch diejenigen Bereiche zu ersetzen, in denen tatsächlich etwas schiefging.

Test in erster Instanz nach dem TOTE-Modell ist also gleichzusetzen mit Informationssammlung, weiterhin mit dem Aufstellen von Hypothesen seitens des Therapeuten, weshalb welches Problem im situationalen und psychisch dispositionellen Kontext auftritt, und schließlich mit dem Erarbeiten einer Zieldefinition der Therapie. Operation bezieht sich auf Interventionsdurchführung im

Sinne der Zielerreichung. Danach kommt es beim Test der zweiten Instanz zur Überprüfung, inwieweit eine bisherige Zielannäherung gelang. Ist der nun erreichte Ist-Zustand ein unbefriedigender, kommt es zur Rückkoppelung auf die Phase Test in erster Instanz. Die vorher beschriebenen Schritte werden erneut aufgenommen. Exit, also Beendigung der Therapie, ist nach *Kutschera* (1994) dann gegeben, wenn keine Situationskoppelung mit negativem Gefühl mehr vorhanden ist oder, anders ausgedrückt, ein Weiterschreiten in die erwünschte Richtung unter dem Vorhandensein eines positiven Gefühls gelingt.

Damit wird deutlich, daß im therapeutischen Prozedere dem Gefühlsbereich unter retrospektivem, prospektivem und gegenwärtigem Behandlungsaspekt unter den Bedingungen in vivo und imaginär eine große Bedeutung zukommt. Dies betrifft sowohl regressive und progressive Dynamiken als auch Techniken, die sich mit dem Hier und Jetzt befassen. Es sollte also möglich sein, durch Modifikation bestimmter Persönlichkeitsdeterminanten – und damit einhergehenden kognitiven und konativen Veränderungen – einen Gefühlszustand zu internalisieren und manifestieren, der im Sinne des Selbst-Schemas Ich-stärkende Funktion erhält.

Bei regressiven Verfahrensmitteln spielt es eine Rolle, wann in biographischer Hinsicht das negative Gefühl auftrat, welches mit dem Problem gekoppelt ist. Progressiv betrifft es die Überprüfung zukünftig zu erwartender Ereignisse: Nach dem NLP-Therapiekonzept ist die Phase „Exit“ dann erreicht, wenn sich der Klient eine Situation in der Zukunft vorstellt, und zwar unter Einbeziehung der in der Therapie erarbeiteten neuen Strukturen zur Problembewältigung. Geht eine derartige Imagination* mit wohlwollenden Emotionen einher, dann kann davon ausgegangen werden, daß eine effiziente Problembewältigungsstrategie gefunden wurde.

Damit ist an dieser Stelle die Notwendigkeit der Thematisierung gegeben, wie im NLP Emotionen operationalisiert werden, so daß

* Verfahrensweisen von Imaginationsvorgängen sind bei *Kutschera* (1994) zu finden. Bei den verschiedenen diesbezüglichen Techniken wird versucht, sich die problematische Ausgangslage in einer zukünftigen Situation vorzustellen und zu untersuchen, wie mit dem neu erarbeiteten Handlungsrepertoire eine Änderung des inneren Zustandes einhergeht. Bei derartigen Therapieschritten des Vorauserlebens einer Situation – in der NLP-Terminologie „Future pacing“ genannt – kommt es zu einer Überprüfung, welche Submodalitäten, Beliefs, eigene Werte usw. in der Situation wirksam werden und das Handeln bedingen.

für den Therapeuten erkennbar wird, daß kein „Therapie-Erwartungseffekt“ seitens des Klienten auftritt oder gar ein Erwartungseffekt durch den Therapeuten als Störvariable die Verfahrensgültigkeit der Erfolgsmessung reduziert. Wie kann ein Therapeut erkennen, daß die Verbalisierung den tatsächlichen inneren Vorgängen entspricht? Die in der NLP-Literatur meist angesprochene Möglichkeit ist die Überprüfung vorhandener oder nicht gegebener Kongruenz. Eine Kongruenz ist vorhanden, wenn diverse innere Einstellungen nicht miteinander konkurrieren und in bezug auf gegenwärtig real erlebte oder imaginär produzierte Ereignisse keine inneren Bedenken oder Vorbehalte bestehen. In positiver Formulierung bedeutet Kongruenz, daß eine innere Harmonie zwischen verschiedenen Attitüden und Gefühl besteht und die Verbalisierung mit intrapersonalen Zuständen übereinstimmt.

Für die Überprüfung des Vorhandenseins von Kongruenz bestehen nach *Weerth* (1992) zwei Möglichkeiten: durch äußerlich sichtbare Widersprüche zwischen verbalen und averbalen Signalen und durch verbale Äußerungen. Bei der zweiten Variante ist es vor allem bei Gebrauch bestimmter Wörter (eigentlich schon, aber, ziemlich, ganz gut, ...) für Hinweise dienlich zu fragen, ob eventuell innere Einwände vorhanden sind und deshalb Inkongruenz gegeben ist. Auf der Gefühlsebene ist die Überprüfung von Wort und Körpersignalen dem in Beobachtungen erfahrenen Therapeuten leicht möglich: Er lernt durch die Therapiesitzungen hindurch die individuellen physischen Reaktionsspektren über die verschiedenen Emotionslagen hinweg kennen und ist imstande, durch nonverbales Verhalten auf die innere Verfassung seines Klienten zu schließen. Es wäre unangebracht, auf der Basis personenunspezifischer Kriterien eine nonverbale Signalisierung zu interpretieren. So kann sich bei einer Person ein Glückszustand durch strahlende Augen zeigen, bei einer anderen durch aufrechte Körperhaltung usw.

7.2 Interventionen bei Gefühlsstörungen

Kraiker und *Pekrun* (1991, 233) betonen, daß Antezedenzbedingungen für das Auftreten bestimmter Emotionen dispositionelle Eigenschaften des Organismus einerseits und aktuell auslösende Prozesse interner oder externer Natur andererseits sind. Ziel therapeutischer Maßnahmen ist ihren Ausführungen nach eine Veränderung

jener Dispositionen, die zu kausal relevanten Antezedenzbedingungen der Emotionsentstehung führen. In weiteren Überlegungen listen sie die betreffenden Dispositionen auf, diese sind:

„- direkte Reaktionsdispositionen (unbedingte und bedingte Reflexe)

- Wahrnehmungsstil
- Informationsverarbeitung
- Kausalattribution
- Selbstkonzept und Kompetenzerwartung
- Ereigniserwartungen und Valenzen
- somatische Dispositionen.“

Diese Auflistung scheint mir für eine weitere Kategorisierung der Interventionsmodelle des NLP sehr nützlich, so daß die folgenden technologischen Ausführungen nach dieser Einteilung erfolgen.

7.2.1 Modifikation der direkten Reaktionsdisposition

Nach *Kraiker* und *Pekrun* (1991) ist eine isolierte Erklärung des Wirkmechanismus von Tilgung bedingter oder unbedingter Reflexe, selbst bei klar abgesteckten Interventionstechniken, nicht machbar. Dies deshalb, da keine Überprüfung möglich ist, ob nicht im Zuge gezielter Behandlung einer emotionalen Störung Prozesse in Gang kommen, die eine kognitive Umstrukturierung beinhalten, womit nicht mehr von einer reinen Umkonditionierung der Reflexe gesprochen werden kann.

Im NLP kommt es zu einer Reaktionslöschung unter optimierten Bedingungen am ehesten bei Imaginationstechniken: Der Klient wird mit der emotionsauslösenden Situation konfrontiert, indem er sich imaginär in ein Ereignis der Vergangenheit begibt, in welchem das betroffene Gefühl stark ausgelöst wurde. Durch kleine Schritte der Änderung der Submodalitäten und durch einen Wechsel vom assoziierten in den dissoziierten Zustand wird eine Abschwächung der Emotionsintensität erwartet. Bei der weiteren Modifikation einzelner Submodalitäten soll schließlich das unangenehme Gefühl gänzlich verschwinden. Da die Situation und damit die Konfrontation mit dem Gefühlsobjekt unverändert ist, lediglich der „Rahmen“ verändert wurde, wird von einer derartigen Technik eine Löschung der Situations-Gefühlskoppelung erwartet.

Als eine typische Technik für Dekonditionierungsmaßnahmen läßt sich die Ankertechnik beschreiben. Wie bereits unter 4.5. thematisiert, werden intensive Erfahrungen internalisiert, es bilden sich Anker. Für das Verständnis des praktisch-therapeutischen Vorgehens ist von den obigen Ausführungen hervorzuheben, daß sich im therapeutischen Setting Anker installieren lassen. Dies wird vor allem dann getan, wenn sich im Zuge einer Sitzung ein positives Gefühl einstellt. Um das Prinzip dieser Technik zu verstehen, wird hier simplifiziert gezeigt, wie ein Anker von einer anderen Person bewußt gesetzt werden kann*: Eine Person erinnert sich visuell an eine Situation der Vergangenheit, welche sie als intensiv angenehm erlebte. Der Therapeut fordert auf, dieses Gefühl zu intensivieren, indem die Submodalitäten des Bildes so umgeformt werden, daß das Bild eine noch angenehmere Wirkung erzielt (z.B. Bild heller machen, mehr Farbe hinein, mehr Bewegung ins Bild etc.). Ist der maximal mögliche Grad für positives Empfinden in der Situation gegeben, setzt der Therapeut einen Anker, indem er eine bestimmte Körperstelle berührt, z.B. mit einem Druck auf die Schulter. Nun sollte es möglich sein, daß bei jedem neuerlichen Druck auf die Schulter das durch submodale Veränderungsarbeit erzielte Gefühl reaktiviert wird.

Beim „Kollapsanker“ schließlich werden zwei Gefühle gegenübergestellt: ein angenehmes und ein unangenehmes. Jedes dieser beiden Gefühle, wobei der positive Zustand intensiver sein muß als der negative, wird verankert. Im Anschluß werden beide Anker gleichzeitig gehalten, wobei derjenige, welcher mehr Intensität produziert, den zweiten neutralisiert.

7.2.2 Modifikation der Wahrnehmung

Es ist kein Geheimnis, daß gerade angstauslösende Situationen das Phänomen mit sich bringen, daß die betroffene Person ihren Wahrnehmungsfokus eben auf diesen Bereich ausrichtet, welcher die unerwünschte Emotion auslöst. Eine Person, die voller Unsicherheit einen Vortrag hält, schenkt sehr wahrscheinlich in der Handlungsausführung dem Teil des Publikums mehr Aufmerksamkeit, der offensichtlich gelangweilt dem Vortrag lauscht. Damit wird deutlich, daß sich negative emotionale Besetzungen hoch korrelativ zu

* Genaue Interventionsbeschreibungen finden sich bei *Kutschera* (1994).

einem zirkulären Prozeß der Aufmerksamkeitszuwendung und -vermeidung verhalten: Eine Person, die an Spinnenphobie leidet, sucht gewissermaßen zwanghaft in ihrer Umgebung nach Spinnen. Hat sie jedoch eine Spinne entdeckt, wendet sie sich voller Ekel von ihr ab. Es ist an diesen genannten Beispielen deutlich zu erkennen, daß es sich, wie auch bei *Kraiker* und *Pekrun* (1991) beschrieben, um zwei Stufen im komplexen Perzeptionsprozedere handelt, die funktionellen Charakter haben: Einmal ist die Zuwendung zu der angstmachenden Situation zur Problemlösung notwendig, dann bedarf es doch der Abwendung, da die Situationskonfrontation eine Problemverschärfung hervorruft. In der therapeutischen Arbeit ist eine Bearbeitung der Wahrnehmungsdisposition in zwei Richtungen möglich: meist durch gezielte Wahrnehmungslenkung und in seltenen Fällen durch Wahrnehmungsvermeidung.*

Diese Wahrnehmungslenkung im Sinne der persönlichen Prägungen ist durchgängig Bestandteil der NLP-Theorien, wie dies auch in dieser Arbeit an verschiedenen Stellen angedeutet wurde. Grundsätzliches Prinzip ist das bereits mehrmals angesprochene der Assimilation, also der Anpassung der Wahrnehmung an die bestehende kognitive Landkarte der betreffenden Person, welches Phänomen in der NLP-Sprache häufig als „Wahrnehmungsfiler“ bezeichnet wird. Es ist daraus natürlich auch der Schluß zulässig, daß es keine isolierte Behandlung im Sinne von Aufmerksamkeitsverschiebung geben kann, da ein kausaler Zusammenhang zu kognitiven Vorgängen besteht. Zu erwarten ist die Modifikation einer Einstellung, wenn innerhalb eines Geschehens der Perzeptionsfokus plötzlich auf andere Situationsbedingungen gerichtet wird. Einmal mehr wird an dieser Stelle die enge Verbindung zwischen Wahrnehmung, Kognition, Emotion und Handlungsausführung deutlich: Wird ein bisher vermiedener Aspekt der Problemsituation aufgegriffen, ist unweigerlich eine kognitive Umstrukturierung gegenüber dem Problemgegenstand die Konsequenz daraus, so daß sich auch die emotive Reaktion auf die Situation ändert. Dieser Prozeß führt in Folge zu neuen Handlungsmöglichkeiten. So wie eine enge Koppelung zwischen einzelnen stabilen Persönlichkeits-

* Die Vermeidung als therapeutischer Ansatz kann längerfristig kaum zu zufriedenstellenden Ergebnissen führen, da eine neuerliche, wenn auch nicht mehr zwanghafte Herbeiführung der Problemsituation mit hoher Wahrscheinlichkeit die Reaktivierung der negativen Emotion bewirkt.

merkmalen besteht, so sind dementsprechend schwer Interventions-
techniken zu finden, die sich ausschließlich mit dem Wahrneh-
mungsfokus befassen. Ich bin der Ansicht, daß die meisten NLP-
Interventionsstrategien schwerpunktmäßig der nächsten Kategorie,
nämlich der Informationsverarbeitung, zuzuordnen sind.

Wie diese kategorialen Probleme auch immer lösbar sein wollen,
ist hier festzuhalten, daß im NLP gezielte Wahrnehmungstechniken
existieren. Da durch den Wahrnehmungsfilter die emotional be-
drohte Person ihre Aufmerksamkeit paradoxerweise manifest auf
Bedingungen richtet, welche eben eine Auslösung der unerwünschten
Gefühlsrichtung bewirken, ist es schlüssig, den Fokus auf neue
und bisher verdrängte Bestandteile zu verschieben. Damit geht für
den NLP-Therapeuten einher, daß er exakt zu analysieren hat, auf
welche Situationsmerkmale der Klient seine Aufmerksamkeit lenkt,
so daß sich der Gefühlszustand aufrechterhalten kann. Ist im Zuge
dessen eine enge Problemdefinition möglich geworden, folgt als
nächster Schritt die gezielte Aufmerksamkeitsfokussierung auf die-
jenigen Bedingungen, welche der Klient bisher wahrzunehmen
unterließ.

Die Techniken, welche zu einer Veränderung des Wahrneh-
mungsstils führen, sind im NLP vielfältig, so daß auch an diesem
Punkt auf die NLP-Literatur zu verweisen ist. Der Grundgedanke
diesbezüglicher Interventionsstrategien ist die Umstrukturierung
innerer Zustände und Dynamiken.

Bei phobischen Zuständen häufig verwendetes Prinzip ist der
Wechsel von der assoziierten zur dissoziierten „Wahrnehmungsba-
sis“. Es sei jedoch erwähnt, daß diese Technik keine isolierte dar-
stellt, sondern in andere Interventionsmodelle eingebaut ist. Dies ist
z.B. bei der Technik der drei Positionen gegeben, die sich in erster
Linie imaginativ mit verschiedenen Wahrnehmungsperspektiven*
auseinandersetzt. Der Klient wird aufgefordert, die Situation, in
welcher das Gefühl typischerweise auftritt, zu rekonstruieren und
eine Sichtweise zum Problemgegenstand vom Ich aus assoziiert
(= 1. Position), eine von anderen Personen aus assoziiert (= 2. Position)
und schließlich eine von außen, als sei er ein völlig unbeteiligter
Beobachter, dissoziiert einzunehmen.

* Es drängt sich auch eine Differenzierung von Wahrnehmungstechniken für real
erlebte Situationen von fiktiv hergestellten auf.

Postuliert wird, daß durch den Wechsel von Assoziation zu Dissoziation und umgekehrt und durch die Einnahme bisher unbekannter Wahrnehmungsperspektiven der Fokus auf bislang unbeachtete Elemente des Wahrnehmungsfeldes gerichtet wird, wodurch ein Veränderungsprozeß der kognitiven und emotiven Manifestation eingeleitet ist.

7.2.3 Modifikation der Informationsverarbeitung

In strenger Abgrenzung betrafen die vorherigen Ausführungen die Wahrnehmungsaufnahme, während die hier beschriebenen Techniken sich auf den Bereich der internen Reaktionen auf die Wahrnehmung beziehen. Ziel der ersten Kategorie ist eine fokale Verschiebung auf andere, bisher nicht beachtete Situationselemente. Nun geht es um die Untersuchung, wie ein Klient auf gemachte Wahrnehmung reagiert. Nach dem Prinzip der Aufrechterhaltung des Selbst-Schemas ist es logisch, daß eine Bestätigung installierter Attitüden nicht nur durch Wahrnehmungsselektion im engen Sinn, sondern auch durch eine Interpretation von Wahrnehmung geschehen muß. Dies deshalb, da viele Perzeptionen nicht willentlich der Steuerung des Organismus unterliegen und auch Gegenstände wahrgenommen werden müssen, die den eigenen Schemata widersprechen. Im therapeutischen Kontext stellt sich also die Frage der Adaption von Perzeption an die Ich-Struktur, welche Wahrnehmungen wie verzerrt werden, so daß sie in die eigene Landkarte integriert werden können. Die theoretische Basis für derartige Phänomene wurde bereits oben angesprochen. Zentral scheint mir in therapeutisch-praktischer Hinsicht die Analyse des gesamten Beliefsystems und einzelner Glaubenssätze, die im Kontext zur Problemdefinition stehen. Dies betrifft sowohl intrapersonelle wie interpersonelle Attitüden.

Wie soziale Einstellungen und der individuelle Wahrnehmungsmodus verschiedener Personen zueinander in Beziehung stehen, wurde hinlänglich in der Sozialpsychologie und insbesondere der Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung untersucht. Deren Postulate und empirischen Ergebnisse, wie sie zusammengefaßt bei *Lilli und Frey* (1993) zu finden sind, können auch als Verifikationsinstrument für die Belief-Theorie des NLP genutzt werden. Gemeinsam ist beiden die Prädiktionsmöglichkeit betreffend der Wahrneh-

mung von Mitmenschen auf der Grundlage der eigenen Einstellung und den daraus abgeleiteten Hypothesen gegenüber der Verhaltenswahrscheinlichkeit dieser Mitmenschen.

Ein ähnliches Prinzip gilt für Informationen, die sich auf das Ego beziehen. Auch hier bestehen eben bestimmte Hypothesen, die durch das eigene Verhalten und die Erlebnisse bestätigt werden. Ein junger Mann, der auf der Suche nach einer Partnerin ist und dieses Unterfangen mit dem Belief: „Ich bin für andere unattraktiv und uninteressant“ durchführt, dürfte kaum Gelegenheiten finden, die ihn seinem Ziel nahebringen. Die o.g. Beliefanalyse ist also notwendig, um herauszufinden, welcher Inhalt des Selbst-Schemas eine derartige Kraft besitzt, daß sich der Klient in dem problematischen emotionalen Zustand befindet. Nach erfolgreichem Auffinden verantwortlicher Beliefs für den problematischen Zustand ist eine Bearbeitung dieser Einstellungen nach folgenden Kriterien zu unternehmen:

- Welche Beliefs hängen untereinander wie zusammen? Im NLP wird zumeist davon ausgegangen, daß ein Belief eben nicht isoliert auftritt, sondern einen Teil innerhalb des gesamten Beliefsystems darstellt. Es ist also notwendig, zumindest zu untersuchen, welche „verwandten“ Glaubenssätze noch mit der aktuell zu bearbeitenden Einstellung zusammenhängen.
- Welchen Nutzen haben diese Beliefs? Eine Prämisse des Theorienmodells im NLP ist, daß jedes Verhalten und jede Einstellung einem bestimmten Persönlichkeitsanteil dient. Oft ist es natürlich auf den ersten Blick schwer zu glauben, daß eine bestimmte Ich-Funktion mit einem Belief aufrechterhalten wird. Dem erfahrenen Therapeuten wird allerdings rasch klar werden, welcher Nutzen mit dem Belief verbunden ist.
- Wann wurden die Beliefs installiert? Es wird versucht, in der biographischen Bearbeitungsphase möglichst an den Ursprung der Beliefbildung zu gelangen, um auch tatsächlich die Wurzeln der Störungsentstehung zu erfassen und dementsprechend zu behandeln.
- Wie wurden die Beliefs in der Vergangenheit verifiziert? Nachdem der Ursprung oder bei einem gewissen Grad an Widerstand seitens des Klienten zumindest die am längsten vergangene Situation erreicht wurde, in welcher der Glaubenssatz aktiviert wurde, läßt sich anhand der zeitlinearen Suche bis zur Gegenwart analysieren, unter welchen Bedingungen die Beliefs auftraten.

- Gab es Beispiele, in denen sie falsifiziert wurden, dies allerdings vom Klienten nicht erkannt wurde? Im Gegensatz zur vorherigen Frage bezieht sich die Suche der Entkräftigung von Beliefs auf deren generalisierte Gültigkeit. Ehemals erlebte Situationen, in denen die behandelte Einstellung eindeutig widerlegt wurde, führen zu deren „Entmachtung“.
- Läßt sich ein neuer Belief anstelle des alten finden? Gemeinsam ist allen Techniken der Beliefbearbeitung, daß nach der Falsifikation des alten Belief ein neuer seine Stelle übernehmen sollte, der die Entwicklung in Richtung eines wünschenswerten Zustandes fördert.
- Ist es für den Klienten „erträglich“, diesen neuen Belief zu installieren? So wie oben der Nutzen des alten Beliefs thematisiert wurde, so stellt sich bei der Internalisierung des neuen die Frage, wie das Ich mit dieser Neuerung umgehen kann. Es mag auf den ersten Blick logisch erscheinen, daß der neue Belief von vornherein Ich-stützend wirkt. Dies ist allerdings genau zu überprüfen, die Untersuchung betrifft die sogenannte „Ökologie“: Es gilt zu analysieren, welche Auswirkungen ein neuer Glaubenssatz auf emotionale und folglich konative Vorgänge hat und wie die Umwelt mit dieser Veränderung zurechtkommt. So sollte vermieden werden, daß etwaige unerwünschte Nebeneffekte auftreten, oder etwas aufgegeben werden muß, was dem Klienten zu erhalten wichtig erscheint.

7.2.4 Modifikation der individualtypischen Attributionsweise

Die individuelle Erklärung des Warum von negativ besetzten Ereignissen sollte im therapeutischen Kontext verändert werden, wenn sie für die Entstehung negativer Emotionen verantwortlich sind. *Kraiker und Pekrun (1991)* zufolge sollte eine Umattribuierung von interner zu externer (Symptom ist Folge von bestimmten ontogenetischen Erfahrungen), von stabiler zu vorübergehender (Störung kann durch therapeutische Maßnahmen aufgehoben werden) und von globaler zu spezifischer (Symptom ist kein Hinweis auf generelle Psychopathie) Ursachenzuschreibung gelingen.

Im NLP wird dieser Forderung nachgegangen, indem die ichbezogenen Attitüden überprüft werden, die mit einer Beurteilung von Handlungen und stabilen psychischen oder auch physischen Dis-

positionen einhergehen. Auch hier spielen die manifesten Glaubenssätze eine entscheidende Rolle: Ist eine Person davon überzeugt, daß sie einen bestimmten Anspruch nicht erfüllen kann, weil ihr die Fähigkeiten dazu fehlen, so ist es naheliegend, diesen Glauben an sich selbst zu überprüfen. Wird nach dem o.a. Bearbeitungsmuster vorgegangen, sollte für den Klienten ersichtlich werden, daß die Ursache des Nichtkönnens nicht etwa auf unterdurchschnittlicher Begabung basiert, sondern z.B. zu wenig spezifische Förderung seitens der Umwelt den Ausschlag für dieses Handlungsergebnis gab.

7.2.5 Modifikation des Selbstkonzeptes

Eng mit dem Prinzip der Kausalattribution hängt die Theorie des Selbstkonzeptes und der Kompetenzeinschätzung zusammen. Empfindet sich eine Person als unfähig, treten in den damit verbundenen Situationen adäquate Emotionen auf. Ärger, Wut über sich selbst, Verzweiflung und anderes können die Folge dessen sein, daß sich eine Person eben nicht zutraut, eine bestimmte Situation zu bewältigen. Dieses Phänomen kann sich zwar einerseits auf spezifische Situationen richten (in diesem Fall ist zu überprüfen, ob die Selbsteinschätzung unter Berücksichtigung des Zusammenhanges von Anspruchsniveau und psycho-physischer Verfassung der Realität entspricht), andererseits kann es sich um ein situationsüberdauerndes Phänomen handeln, das sich, um in der Terminologie *Adlers* zu sprechen, in Form eines Minderwertigkeitsgefühls oder -komplexes nach außen richtet.

Eine Korrektur derartiger Antezedenzbedingungen liegt im NLP-Modus vor allem in der Möglichkeit der Ressourcenbearbeitung. Im schulspezifischen Jargon wird zwischen personeninterner und -externer Ressource differenziert, wobei ersteres für die Fähigkeiten, Eigenschaften, Stärken, Neigungen usw. steht, die einer Person innewohnen, und zweiteres das Erkennen von Stärken anderer Personen, die aufgrund von Beobachtungen und Rückschlüssen gezogen werden, bezeichnet. Emotionsstörungen können in diesem Kontext dann auftreten, wenn der Klient von sich vermutet, daß er sich wegen der fehlenden Kompetenz nicht vom IST-Zustand zum Soll-Wert bewegen kann. Es bedarf daher folgender therapeu-

tischer Schritte, um das Minderwertigkeitsgefühl des Klienten durch Ich-stärkende innere Zustände zu ersetzen.*

1. Analyse des SOLL-Wertes;
2. Analyse der notwendigen personellen Bedingungen, die erforderlich sind, um sich dem SOLL-Wert anzunähern;
3. Suche nach den Ereignissen in der Vergangenheit, in denen der Klient bisher ohne sein Wissen diese notwendigen Ressourcen bereits einsetzte.**

Durch diese vereinfacht dargestellte Strategie kann dem Klienten erfahrbar gemacht werden, daß er über die notwendigen Kompetenzen bereits verfügt, da er sie bereits verwendete.

Gelingt es dem Klienten nicht, sich selbst als „Modell“ heranzuziehen, so besteht die Möglichkeit, auf externe Ressourcen zurückzugreifen. Diese Situation kann eintreten, wenn Widerstände eine biographisch festgelegte Suche blockieren oder keine Ereignisse gefunden wurden, in denen die gefragten Ressourcen eigenständig eingesetzt wurden.

Der Klient wird aufgefordert, nach Menschen zu suchen, die seiner Ansicht nach bereits das leben, was er leben möchte. Dadurch soll der Klient darauf aufmerksam werden, daß das Erreichen möglich ist. Somit dienen ihm andere Personen als Vorbild, denen er diesbezüglich etwas „abschauen“ kann. Es findet eine Überprüfung dessen statt, wovon der Klient vermutet, daß die Modellperson es in sich hat und macht, um dorthin zu gelangen, wohin er selbst möchte.

Basis dieser Interventionstechnik ist die NLP-Annahme, daß der Aufbau eigener Imaginationen und Vermutungen über ein Modell nicht möglich wäre, wenn der Klient nicht selbst die Anlage solcher Eigenschaften, wie sie das Modell hat, besäße. Deren Einsatzmöglichkeit wurde jedoch bisher übersehen, da sich der Klient nicht im klaren war, daß er bereits über sie verfügte. Unter diesem Aspekt ist es nach *Cameron-Bandler, Gordon und Lebeau (1985)* gleichgültig, ob der Klient reale Personen aus seinem Bekanntenkreis oder Pro-

* Für genauere Ausführungen siehe *Kutschera (1994)*.

** Der Therapeut ist bestrebt, die Situationen der Vergangenheit möglichst stark und mittels Assoziation so gefühlsintensiv wie möglich in die Gegenwart zu holen. Hierfür wird meist die Arbeit mit Submodalitäten angebracht sein, da sie, wie bereits mehrmals angeführt, zu einer Intensivierung der situationsgebundenen Emotion beitragen.

tagonisten aus Film, Literatur oder eigenen Phantasieereisen heranzieht.

7.2.6 Modifikation von Ereigniserwartungen und Valenzen

Wird einem Ereignis hohe Auftretenswahrscheinlichkeit beigegeben und wird es mit inadäquater negativer Bewertung gekoppelt, ist nach *Kraiker* und *Pekrun* (1991) die Entstehung aversiver Emotionen zu erwarten. Eine Bearbeitung in diesem Kontext hat demnach zweierlei Ausrichtungen: Einerseits ist zu hinterfragen, wie es zur Bildung einer individuellen Erwartungswahrscheinlichkeit kam, andererseits ist zu bearbeiten, weshalb eine negative Bewertung des Ereignisses vorliegt. Bei Vorliegen von Phobien, bei denen Befürchtungen auftreten, daß durch ein Ereignis eine Katastrophe entsteht (z.B. Flugphobie), ist eine unmittelbare Koppelung von Ereigniserwartung und Bewertungsrichtung naheliegender als bei potentiellen Ereignissen der Klasse, die mit diffusen Ängsten verbunden sind. In diesen Fällen ist eine möglichst isolierte Behandlung der Erwartungshaltung und der Valenz angezeigt.

Hierzu folgendes Fallbeispiel: Ein 30-jähriger Mann, Single, kam in Therapie, weil er nach seinen Worten unter „Torschlußpanik“ litt. Als sein größtes Leiden bezeichnete er seine Unfähigkeit, mit ihm attraktiv erscheinenden Frauen Kontakt aufzunehmen. In der weiteren Erhebungsphase stellte sich heraus, daß er zu starke Angst davor hatte, abgewiesen zu werden. Damit gingen zwei Themen einher, die eine kausale Beziehung zueinander besaßen, wie sich im Therapieverlauf herauskristallisierte: erstens seine Vorannahme der Abweisung und zweitens seine negative Bewertung dieser Konsequenz. Übergeordnet bedeutete dies, daß durch therapeutische Arbeit eine Erhöhung des Selbstwertgefühls erreicht werden sollte, um die Angst vor Verletzungen zu verlieren, da der Klient eine antizipierte Zurückweisung mit Verlust an Ich-Stärke verband. Mittels spezifischer NLP-Techniken wurde das Ziel verfolgt, einen angenehmen inneren Zustand so zu verankern, daß der Klient bei Bedarf darauf zurückgreifen kann. So äußerte er nach Erreichen dieses Subziels folgenden Satz: „Was immer auch passieren mag, ich kann mich auf mich selbst verlassen und aktiv meine Stimmung beeinflussen.“ Damit war die Negativbewertung des erwarteten Ereignisses eliminiert, aber nicht die Erwartungshaltung per se. Da

es ihm jedoch möglich war, sich symptomfrei in die früher angstbesetzte Situation zu begeben, war es nur eine Frage der Zeit, bis seine innere Erwartung falsifiziert war. In den folgenden therapeutischen Sitzungen richtete sich die Aufmerksamkeit darauf, daß er seinen selbst produzierten guten inneren Zustand halten kann und der o.g. Glaubenssatz so gut verankert und abrufbar ist, daß damit eine schrittweise Erhöhung des Selbstwertgefühls einhergeht.

Aus diesen beiden Beispielen (Flugangst, Beziehungsangst) ergibt sich, daß derartige Störungen genauer emotionsgenetischer Überlegungen bedürfen. Ist es im ersten Fall die Konfrontation mit der Tätigkeit selbst (z.B.: „Autofahren ist um ein Vielfaches gefährlicher als Fliegen“), so verspricht im zweiten Fall die Behandlung der Valenz höhere Effizienz.

7.2.7 Modifikation der somatischen Disposition

Unangefochten ist die Wirkung der somatischen Prädisposition zu einer starken emotionalen Erregung für die pathologische Emotionsgenese. Eine somatische Erregungsreduktion führt demnach auch zur Reduktion der Emotionsintensität. Eine empirisch noch nicht abgesicherte Frage ist, inwieweit psychotherapeutische Maßnahmen ohne Einsatz von Medikamenten eine derartige Herabsetzung der Erregungsniveaus bewirken können, also durch Psychotherapie eine Veränderung der somatischen Prädisposition gelingen kann. Daß eine Wirkung gegeben ist, gilt allerdings als gesichert.

Ich meine, daß in diesem Kontext mit Hilfe von NLP positive Effekte bei Vorliegen einer derartigen Prädisposition vor allem durch die Trancearbeit erreicht werden können. Trancetechniken, die in ihrer Verwendungsform auf *Milton Ericksons* hypnotherapeutischen Ansätzen basieren, haben zwar primär nicht die Funktion eines Entspannungsinstrumentariums, besitzen dennoch einen sekundären Effekt in dieser Richtung. Dies erscheint nicht verwunderlich, wenn berücksichtigt wird, daß das Primärziel von Trancen das Finden eigener Resonanz und Kraftquellen ist. Trance bezeichnet einen Zustand, in welchem die eigene Aufmerksamkeit auf einige wenige Reize im Inneren des Organismus gerichtet wird. Dies geschieht häufig im Liegen; mit Hilfe des Prinzips Pacing und

Leading* sowie durch bestimmte Wortführung wird der Klient in diesen Zustand geführt. Ein zweiter erwähnenswerter Ansatz in der Bearbeitung somatischer Vorgänge ist die unmittelbare Beeinflussung des körperlichen Geschehens. Grundlage dafür ist die Vermutung, daß Gefühlslagen mit jeweils individualtypischen Körperhaltungen, Gesten und Atemmustern verbunden sind. Im konträren Sinn läßt sich also in einem therapeutischen Geschehen die Aufmerksamkeit darauf lenken, wie sich z.B. Trauer körperlich manifestiert und wie im Gegensatz dazu das Gefühl der Freude erlebt wird. Durch die Kognitivierung des charakteristischen psycho-physischen Bedingungsgefüges wird dem Klienten aktiv das Werkzeug in die Hand gegeben, die eigenen Gefühlslagen mittels einer einfachen physischen Modifikation selbst zu bestimmen.

Zwei einfache Experimente demonstrieren die Grundidee: Versuchen Sie, in eine vergangene Situation zu gehen, die Sie total wütend machte. Wenn Ihnen dies gelingt und Sie auch die Wut spüren, lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den Atem, und verlangsamen Sie das Tempo des Ein- und Ausatmens. Was geschieht mit der Wut?

Gehen sie ein paar Minuten mit geknickter Körperhaltung und auf den Boden gerichtetem Blick. Schütteln Sie danach Ihre Extremitäten kräftig durch, und gehen Sie nun mit aufrechter Körperhaltung und mit Blick in die Horizontale. Bemerken Sie einen Unterschied zwischen beiden Bewegungsformen in bezug auf ihre Gefühlslage?

So ließe sich eine derartige Auflistung fortsetzen. Es sollte dem Klienten bei der Vermittlung derartiger Zusammenhänge die emotive Wirkung durch diverse physische Prozesse deutlich werden, da auf diese Weise aufgrund dieser Erkenntnis die o.a. eigenständige

* Unter Pacing wird das Spiegeln des Klienten verstanden. Bei Anwendung von Trancetechniken kommt dies u.a. der Angleichung des Atemrhythmus gleich. Gelingt es, im gleichen Rhythmus wie der Klient zu sein, sollten verbale Instruktionen in einer Weise erfolgen, daß sie auf den Atemrhythmus abgestimmt sind und die Worte langsam und mit ruhiger Stimme gesprochen werden. Wortstrukturelle Grundlage für Trancen ist zumeist das „Milton-Modell“. Es gibt eine Leitlinie vor, mit der der Klient in tiefere Strukturen seines Ichs bzw. seines Unbewußten vorstoßen sollte. Konkrete Ausführungen über den Gebrauch dieses Modells finden sich in zahlreichen NLP-Publikationen, u.a. in übersichtlicher Weise bei *Kutschera* (1994). Durch diese Technik, die den Übergang von Pacen in Führen (verbal und averbal) beinhaltet, kommt der Klient in einen entspannten Zustand, wobei sich „entspannt“ auf physischen und psychischen Status bezieht.

Beeinflussungsmöglichkeit eröffnet und das Bewußtsein aufgebaut wird, daß Gefühlszustände aus eigener Kraft bedarfsorientiert konstruier- und reduzierbar sind.

8. Zusammenfassung: NLP als Emotionstherapie

Es ist vorerst eine Abklärung dessen notwendig, was im NLP unter Emotionstherapie zu verstehen sei. Inhaltlich bedeutet Emotionstherapie erstens eine gezielte Behandlung von Emotionsstörungen sowie zweitens eine Modifikation von emotionalen Dispositionen auch dann, wenn der Behandlungsgegenstand durch andere Ziele definiert war. Der zweitgenannte Aspekt betrifft die Frage, ob durch eine allgemeine Wirksamkeit Emotionen miterfaßt werden, auch wenn keine unmittelbare Bearbeitung derselben durchgeführt wird.

Der erste Aspekt läßt sich ohne weiteres nach den bisherigen Ausführungen nachvollziehen, da mittels NLP-Techniken eine Bearbeitung von Emotionsstörungen ermöglicht wird.

Der zweite Teil betrifft die Wirksamkeit des therapeutischen Erfolgs auf der Gefühlsebene. Wie demonstriert, wird im NLP-Prozedere ein positiver Effekt der Behandlung daran gemessen, ob sich im Zuge des erzielten Fortschritts eine Änderung der problemspezifisch gebundenen oder situationsübergreifenden Gefühle ergab. Nochmals sei auf die Therapiephase „Test“ nach dem TOTE-Modell hingewiesen: Eine Überprüfung der therapiebedingten Entwicklung findet durch die Überprüfung des Gefühls statt, d.h., ob durch die „Korrektur“ oder mit Hilfe des „neuen Lernens“ in bezug auf Persönlichkeitsdimensionen zugleich eine Installation sowie Manifestation eines angenehmen Gefühls gelang.

Damit wird dem Postulat der Interdependenz zwischen Kognition, Emotion und Verhalten Rechnung getragen. Welche der drei Ebenen auch bearbeitet wird, es ist davon auszugehen, daß ein langfristiger Therapieeffekt nur dann auftritt, wenn eine Modifikation alle Bereiche umfaßt und diese inhaltlich dem übergeordneten Ziel der Selbstverwirklichung und dem Aufrechterhalten der inneren Homöostase dient und somit die Herstellung und/oder Aufrechterhaltung der psychischen, physischen und sozialen Gesundheit sichergestellt wird.

Literatur

- Andreas, C. Andreas, S. (1989). Heart of the mind. Engaging your inner power to change with Neuro-Linguistic Programming. Moab: Real People Press; dt.: (1994) Mit Herz und Verstand. NLP für alle Fälle. (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Bachmann, W. (1991). Das neue Lernen. Eine systematische Einführung in das Konzept des NLP. Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R. (1990). Veränderung des subjektiven Erlebens. Fortgeschrittene Methoden des NLP (3. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Beck, A.T. (1979). Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. München: J. Pfeiffer.
- Cameron-Bandler, L., Gordon, D., Lebeau, M. (1985). The Emprint Method. A Guide To Reproducing Competence. San Rafael: Future Pace, Inc.; dt.: (1995) Die EMPRINT-Methode. Paderborn: Junfermann.
- Chomsky, N. (1975). Reflections on language. New York: Pantheon Books.
- Dilts, R. (1983). Applications of Neuro-Linguistic Programming. Cupertino: Meta Publications.
- (1990). Changing Belief Systems with NLP. Cupertino: Meta Publications; dt.: (1993) Die Veränderung von Glaubenssystemen. Paderborn: Junfermann.
- , Epstein, T. (1991). Systemic NLP – A unified field theory. Ben Lomond: Dynamic Learning Publications.
- , Hallbon, T., Smith, S. (1991). Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit. Höhere Ebenen der NLP-Veränderungsarbeit. Paderborn: Junfermann.
- Eidelberg, P. (1992). The Malaise of Modern Psychology. *The Journal of Psychology*, 2, 109-120.
- Ellis, A., Grieger, R. (1979). Praxis der rational-emotiven Therapie. München: Urban und Schwarzenberg.
- Hammerl, M., Grabitz, H.J., Gniech, G. (1993). Die kognitiv-physiologische Theorie der Emotion von Schachter. In: Frey, D., Irlé, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. Bd. 1. Kognitive Theorien. (3. Aufl., S. 123-154). Bern: Hans Huber.
- James, T., Woodsmall, W. (1991). Time Line. NLP-Konzepte. Paderborn: Junfermann.
- Kossak, H.C. (1989). Hypnose. Ein Lehrbuch. München: Psychologie Verlags Union.
- Kraiker, C., Pekrun, R. (1991). Emotion: Intervention. In: M. Perez, U. Baumann (Hrsg.), Lehrbuch Klinische Psychologie. Band 2: Intervention (S. 233-240). Bern: Huber.
- Kutschera, G. (1994). Tanz zwischen Bewußt-sein und Unbewußt-sein. NLP-Arbeits- und Übungsbuch. Paderborn: Junfermann.
- Lazarus, R.S., Averill, J.R. (1972). Emotion and cognition: With special reference to anxiety. In: Spielberger, C.D. (Hrsg.), Anxiety: Current trends in theory and research. Voll. II. (S. 242-263). New York: Academic Press.
- Lilli, W., Frey, D. (1993). Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung. In: Frey, D., Irlé, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. Bd. 1. Kognitive Theorien. (3. Aufl., S. 149-180). Bern: Hans Huber.
- Miller, G.A., Galanter, E., Pribram, K. (1960). Plans and the structure of behavior. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- O'Connor, J., Seymour, J. (1992). Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung. Freiburg: Verlag für Angewandte Kinesiologie.

- Pekrun, R. (1990a).* Emotion: Klassifikation und Diagnostik. In: *U. Baumann, M. Perrez* (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie* (S. 108-110). Bern: Hans Huber.
- Pekrun, R. (1990b).* Emotion: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In: *U. Baumann, M. Perrez* (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie* (S. 219-234). Bern: Hans Huber.
- Petzold, H.G. (1993).* Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. II/2. Paderborn: Junfermann.
- Schauer, G. (1995).* NLP als Psychotherapie. Harmlose Mixtur oder hochwirksames Verfahren? Paderborn: Junfermann.
- Weerth, R. (1992).* NLP und Imagination. Grundannahmen, Methoden, Möglichkeiten und Grenzen. Paderborn: Junfermann.
- Vaihinger, H. (1911).* Die Philosophie des Als-ob. System der theoretischen, praktischen und religiösen Fiktionen der Menschheit auf Grund eines idealistischen Positivismus. Berlin: Reuther und Reichard.

Literatur zum Aufsatz: *Hilarion Petzold, Das schulenübergreifende Emotionskonzept der „Integrativen Therapie“* (S. 191-269)

- Abele, A., Becker, P., Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik, Juventa, München 1991.
- Achenbach, T.M., *Developmental psychopathology*, Wiley, New York 1982².
- Ainsworth, M.D.S., The development of infant-mother attachment, in: Caldwell, B.M., Ricciuti, H.N., *Review of child development research*, University of Chicago Press, Chicago, Vol. 3, 1973, 1-94.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Learned helplessness, depression and the illusion of control, *J. of Personality and Social Psychology* 42 (1982) 1114-1126.
- Angyal, A., A theoretical model für personality studies, *Journal of Personality* (1951).
- Arnold, M.B., Perennial problems in the field of emotion, in: Arnold, M.B. (ed.), *Feeling and emotion*, Academic Press, New York 1970a, 169-185.
- Artaud, A., *Le théâtre et son double*, Gallimard, Paris 1964.
- Averill, J.R., A constructivist view of emotion, in: Plutchik, R., Kellerman, H. (eds.), *Theories of emotion*, Academic Press, New York 1980, 212-232.
- , *Anger and aggression: An essay on emotion*, Springer, New York 1982.
- Baardman, I., Een therapie-protocol voor klachten die oggevat kunnen worden als 'self-handicapping', *Bewegen & Hulpverlening* 8 (1991) 261-271.
- Baldwin, A.L., Theorien primärer Sozialisationsprozesse, Beltz, Weinheim, Bd. I 1974a, Bd. II 1974b.
- Balint, M., Das Endziel der psychoanalytischen Behandlung, *Int. Z. Psychoanal.* 21 (1935) 36-45.
- , *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*, Rowohlt, Reinbek 1968.
- Bandura, A., Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review* 84 (1977) 191-215.
- , Regulation of cognition process through perceived self-efficacy, *Developmental Psychology* 25 (1989) 729-735.
- Barrett, K.C., Campos, J.J., Perspectives on emotional development, in: Osofsky, J.D., *Handbook of infant development*, Wiley, New York 1982, 555-578.
- Bearison, D.J., The construct of regression: a piagetian approach, *Merrill-Palmer Quarterly* 20 (1974) 21-30.
- Becker, P., Ein Strukturmodell der emotionalen Befindlichkeit, *Psychologische Beiträge* (1989).
- Beebe-Center, J.G., *The psychology of pleasantness and unpleasantness*, van Nostrand, Princeton 1932.
- Bergström, R.M., Quantitative aspects of neural macro-states, *Cybernetic Medicine* (1973) 9.
- Bernstein, B., *Class, codes and control*, Vol. 1, Routledge, London 1971.
- Bischof-Köhler, D., Zur Phylogenese menschlicher Motivation, in: Eckensberger, L.H., Lantermann, E.D., *Emotion und Reflexivität*, Urban & Schwarzenberg, München 1985, 3-49.
- , *Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition*, Huber, Bern, Stuttgart, Toronto 1989.
- Bloch, S., Modèles effecteurs des émotions fondamentales: relation entre rythme respiratoire, posture, expression faciale, expérience subjective, *Bulletin de Psychologie* 377 (1986) 843-846.

- Bloch, S., Effector patterns of basic emotions: an experimental model for emotional induction, *Behavioral & Brain Research* 33 (1989a) 317.
- , Lemeignan, M., Precise respiratory-posturo-facial patterns are related to specific basic emotions, *Bewegen & Hulpverlening* 1 (1992) 31-39.
- , Lemeignan, M., Aguilera, N., Specific respiratory patterns distinguish between basic emotions, *International Journal of Psychophysiology* 11 (1991) 141-154.
- , Orthous, P., Santibáñez, H.G., Técnicas psicofisiológicas para el entrenamiento des actores, *Orbita* 9 (1972b) 8-20.
- , Santibáñez, H.G., Training emotional 'effection' in humans: significance of its feedback on subjectivity, in: Bloch, S., Aneiros, R. (eds.), *Psicobiología del Aprendizaje*, Publ. Fac. Med. Univ. de Chile, Santiago 1972a, 170-185.
- , Modèles effecteurs des émotions fondamentales: une méthode expérimentale d'induction émotionnelle, in: Mazet, P., Lebovici, S. (eds.) *Emotions et affects chez le bébé et ses partenaires*, Edition Eshel, Paris (in press).
- Bottenberg, E.H., *Emotionspsychologie*, Goldmann, München 1972.
- , Neuer Umgang mit Gefühlen, *Integrative Therapie* 4 (1991) 393-417.
- Boucher, J.D., Facial behavior and the perception of emotion: Studies of Malays and Temuan Orang Asli. Paper presented at the Conference on Psychology Related Disciplines, Kuala Lumpur 1973.
- Bower, T.G.R., *Development in infancy*, Freeman, San Francisco 1979.
- Bower, G.H., Gilligan, S.G., Remembering information related to one's self, *Journal of Research in Personality* 13 (1979) 420-432.
- Bowlby, J., *Attachment and loss*, 3 Volumes, Tavistock, London 1969, 1973, 1980.
- Bresnitz, Z., Friedman, S.L., Toddlers' concentration: Does maternal depression make a difference? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 29 (1988) 267-279.
- Briggs, S.R., Cheek, J.M., Buss, A.H., An analysis of the self-monitoring scale, *Journal of Personality and Social Psychology* 38 (1980) 679-686.
- Briggs, J., Peat, F.D., *Die Entdeckung des Chaos. Eine Reise durch die Chaos-Theorie*, Hanser, München 1990.
- Buck, R., *The communication of emotion*, Guilford, New York 1984.
- , Prime theory: An integrated view of motivation and emotion, *Psychological Review* 92 (1985) 389-413.
- Buss, A.H., Plomin, R., *Temperament: Early developing personality traits*, Erlbaum, Hillsdale 1984.
- Buytendijk, F.J.J., *Über den Schmerz*, Huber, Bern 1948.
- Campos, J.J., Barret, K.C., Lamb, M.E., Goldsmith, H.H., Stenberg, C., Socioemotional development, in: Mussen, P.H. (ed.), *Handbook of infant development*, Vol. 1: History, theory and methods; Vol. 2: Infancy and developmental psychobiology, Wiley, New York 1983, 149-182.
- Chess, S., Thomas, A., Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life, *American Journal of Psychiatry* 141 (1984) 1-9.
- Christie, R., Gleis, F.L. (eds.), *Studies in Machiavellianism*, Academic Press, New York 1970.
- Clynes, M., *Sentics: The touch of emotions*, Anchor/Doubleday, New York 1977.
- Collier, G., *Emotional expression*, Erlbaum, Hillsdale 1985.
- Coppersmith, S., *The antecedents of self-esteem*, Freeman, San Francisco 1967.
- Darwin, Ch., *The expression of emotion in man and animals*, John Murray, London 1872.
- , A biographical sketch of an infant, *Mind* 2 (1877) 285-294.

- Darwin, Ch., *Der Ausdruck der Gemütsbewegungen beim Menschen und den Tieren*, Leipzig 1884; Schweizerbart'sche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart 1892; Neuaufl. Nördlingen 1986.
- Deneke, F.W., Das Selbst-System, *Psyche* 7 (1989) 577-608.
- DePaulo, B., Rosenthal, R., Measuring the sensitivity to nonverbal communication, in: Izard, C. (ed.), *Measuring emotions in infants and children*, Cambridge Univ. Press, New York 1982.
- Diderot, D., Paradox über den Schauspieler, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1964.
- Dittman, W.T., *Interpersonal messages of emotion*, Springer, New York 1972.
- Dodd, R.K., Eilbeck, J.C., Gibbon, J.D., Morris, H.C., *Solitons and nonlinear wave equations*, Academic Press, New York 1982, 1988.
- Dohrenwendt, B.P., Stressful life events and psychopathology, in: Barrett, J.E., Rose, R.M., Klerman, G. (eds.), *Stress and mental disorder*, Raven Press, New York 1979, 1-15.
- Dohrenwendt, B.S., Dohrenwendt, B.P., *Stressful life-events. Their nature and effects*, Wiley, New York 1974.
- Duden, B., *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*, Luchterhand, Hamburg 1991.
- Duerr, H.P., *Nacktheit und Scham. Der Mythos vom Zivilisationsprozeß*, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1988.
- , *Intimität*, Suhrkamp, Frankfurt 1991.
- Eckensberger, L.H., Lantermann, E.D., *Emotion und Reflexivität*, Urban & Schwarzenberg, München 1985.
- Edelman, G., Group selection as the basis for higher brain function, in: Schmitt, F.O. et al. (eds.), *The organization of the cerebral cortex*, Cambridge 1983.
- Eisdorfer, C., Friedel, R.O., *Cognition and emotional disturbance in the elderly*, Clinical issues, Year Book Medical Publishing, Chigago 1977.
- Eisler, P., *Berührung aus Berührtheit*, *Integrative Therapie* 1 (1991) 85-116.
- Eisler-Stehrenberger, K., *Kreativer Prozeß – Therapeutischer Prozeß*, in: Petzold, Orth (1990a) 113-168.
- Ekman, P., *Universals and cultural differences in facial expressions of emotion*, in: Cole, J. (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation (Vol. 19)*, University of Nebraska Press, Lincoln 1972.
- , *Cross-cultural studies of facial expressions*, in: Ekman, P. (ed.), *Darwin and facial expression*, Academic Press, New York 1973, 169-229.
- , *Asymmetry in facial expression*, *Science* 209 (1980) 833-834.
- , Friesen, W.V., *The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origin, usage, and coding*, *Semiotica* 1 (1969a) 49-98.
- , Friesen, W.V., *Nonverbal leakage and clues to deception*, *Psychiatry* 32 (1969b) 83-105.
- , Friesen, W.V., *Hand-movements*, *Journal of Communication* 22 (1972) 353-374.
- , —, *Unmasking the face*, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1975.
- Elias, N., *Über den Prozeß der Zivilisation*, Basel 1939, 2 Bde. Suhrkamp, Frankfurt 1969², 1976, 1986.
- Emde, R.N., *Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychological disorders*, in: Taylor, P.M. (ed.), *Parent-infant relationships*, Grune & Stratton, New York 1980a, 87-116.

- Emde, R.N., Toward a psychoanalytic theory of affect, in: Greenspan, S.I., Pollock, G.H. (eds.), *Infancy and early childhood. The course of life: Psychoanalytic contributions towards understanding personality development*. Vol. I., National Institute of Mental Health, Washington 1980b.
- , Toward a psychoanalytic theory of affect (I und II), in: Greenspan, S.I., Pollock, G.H. (eds.), *Psychoanalytic contributions toward understanding personality development*, Vol. 1: *Infancy and early childhood*, US Government Printing Office, Washington D.C. 1980c, 63-112.
- , The prerepresentational self and its affective core, *The Psychoanalytic Study of the Child* 38 (1983) 165-192.
- , The affective self: Continuities and transformations from infancy, in: Call, J., Galenson, E., Tyson, R., *Frontiers of Infant Psychiatry II*, Basic Books, New York 1984, 38-54.
- Epstein, S., The ecological study of emotions in humans, in: Pliner, P., Blankstein, K.R., Spiegel, J.M. (eds.), *Perception of emotion in self and others*, Plenum Press, New York 1979b, 47-84.
- Ernst, C., Luckner, N. v., *Stellt die Frühkindheit die Weichen? Eine Kritik an der Lehre von der schicksalshaften Bedeutung erster Erlebnisse*, Enke, Stuttgart 1987.
- Eth, S., Pynoos, R.S., Developmental perspectives on psychic trauma in childhood, in: Figley, C.R., *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder*, Brunner/Mazel, New York 1985, 36-52.
- Euler, H.A., Mandl, H., *Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*, Urban & Schwarzenberg, München 1983.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Wilk, D., Kreutel, K., *Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten*, *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 36 (1986) 347-354.
- Farr, R.M., Moscovici, S. (eds.), *Social representations*, Cambridge University Press, Cambridge 1984.
- Ferenczi, S., *Kinderanalysen mit Erwachsenen* (1931), *Bausteine III*, 490-510; in: Ferenczi, S., *Schriften zur Psychoanalyse* (Hrsg. M. Balint) Fischer, Frankfurt 1972, 274-289.
- , *Spracherwirrungen zwischen den Erwachsenen und dem Kinde* (1932), in: Ferenczi, S., *Schriften zur Psychoanalyse* (Hrsg. M. Balint) Fischer, Frankfurt 1972, 303-316.
- , *Bausteine zur Psychoanalyse*, 4 Bde., Huber, Bern 1964.
- Fiedler, P.A., *Wider die Methodenintegration. Argumente für eine problemorientierte Psychotherapie*, in: Schnelz, W., Hautzinger, M., *Klinische Psychologie und Psychotherapie, Kongreßbericht Bd. 1*, dvgt, GwG, Tübingen, Köln 1980.
- Field, T., Fogel, A., *Emotion and early interaction*, Erlbaum, Hillsdale 1982.
- , Woodson, R., Greenberg, R., Cohen, D., *Discrimination and imitation of facial expressions by neonates*, *Science* 218 (1982) 179-181.
- Figley, C.R., *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder*, Brunner/Mazel, New York 1985.
- Filipp, S.H., *Selbstkonzeptforschung*, Klett, Stuttgart 1979.
- , *Kritische Lebensereignisse*, Urban & Schwarzenberg, München 1981, erw. Aufl. 1990.
- Fisher, S., Greenberg, R.P., *The scientific credibility of Freud's theories and therapy*, Columbia Univ. Press, New York 1985.
- Flammer, A., *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*, Huber, Bern 1990.

- Flick, U. (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*, Asanger, Heidelberg 1991.
- Fogel, A., Coordinative structures in the development of expressive behavior in early infancy, in: Zivin, G. (ed.), *The development of expressive behavior: Biology environment, interactions*, Academic Press, Orlando 1985, 249-268.
- Foucault, M., *Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin*, Merve, Berlin 1976.
- Foucault, M., *Überwachen und Strafen*, Suhrkamp, Frankfurt 1977.
- Freud, S., Zur Dynamik der Übertragung (1912b), in: GW, Bd. VIII, Fischer, Frankfurt 1973, 364-374.
- , Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse. Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten (1914g), in: GW, Bd. X, Fischer, Frankfurt 1973, 126-136.
- Frey, H.-P., Haufser, K. (Hrsg.), *Identität*, Enke, Stuttgart 1987.
- Friesen, W.V., Cultural differences in facial expressions in a social situation: An experimental test of the concept of display rules. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco 1972.
- Fromm, E., Selfishness, self-love and self-esteem, in: *Fromm, E., Man for himself*, Rinehart, New York 1947, 119-141.
- Frühmann, R., *Die Bedeutung der Gruppe in der Integrativen Therapie*, Diss. Fak. phil., Univ. Salzburg, Salzburg 1987.
- , Petzold, H.G., *Lehrjahre der Seele*, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Garmezy, N., The study of children at risk: New perspectives for developmental psychopathology, Distinguished Scientist Award Presentation, Section III, Division 12, APA 1974c.
- , Stress resistant children: The search for protective factors, in: *Stevenson, J. (ed.), Recent research in developmental psychopathology*, Pergamon Press, Oxford 1985, 213-234.
- , Developmental aspects of children's responses to the stress of separation and loss, in: *Rutter, Izard, Read, P.B. (1986) 297-323*.
- Gellhorn, E., Motion and emotion: The role of proprioception in the physiology and pathology of the emotion, *Psychological Review* 71 (1964) 457-474.
- Gendlin, E.T., *Focusing; Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*, Müller, Salzburg 1981.
- Geppert, U., Heckhausen, H., *Ontogenese der Emotionen (ungekürzte Langfassung)*, Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung, repr. in: *Scherer, K., Psychologie der Emotionen, Enzyklopädie der Psychologie, Bd. III*, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Gerhards, F., *Soziologie der Emotionen; Fragestellungen, Systematik und Perspektiven*, Weinheim 1988.
- Gibson, J., *Senses considered as perceptual systems*, Houghton Mifflin, Boston 1979.
- Ghodsian, M., Zajicek, E., Wolkind, S., A longitudinal study of maternal depression and child behavior problems, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 25 (1984) 91-109.
- Gleichmann, P., Goudsblom, J., Korte, H. (Hrsg.), *Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie*, Frankfurt 1979.
- Gleick, J., *Chaos: Making a new science*, Penguin Books, Harmondsworth 1987.
- Goffman, E., *The presentation of self in every day life*, New York 1959; dtsh. *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*, Piper, München 1969.
- Goldberger, L., Breznitz, S. (eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*, Free Press, New York 1982.
- Goodman, P., *Gestalt Therapy*, in: *Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P., Gestalt Therapy*, Julian Press, New York 1951; Dell, New York 1965.

- Gordon, S.L., The socialization of children's emotions: Emotional culture, competence, and exposure, in: Saarni, Harris (1989) 319-349.
- Greenberg, L.S., Safran, J.D., Emotion in psychotherapy. Affect, cognition and the process of change, Guilford Press, New York 1987.
- , —, Emotion in psychotherapy, *American Psychologist* 44 (1989) 19-29.
- Guidano, V.F., Liotti, G., Cognitive processes and emotional disorders, Guilford, New York 1983.
- Halbwachs, M., Les cadres sociaux de la mémoire, Paris 1952.
- Hart, J., Binder, J., Corriere, R., Lebendiges Fühlen, Fachbuchhandlung f. Psychologie, Klotz, Frankfurt/M. 1983.
- , Corriere, R., Binder, J., Going sane: an introduction to feeling therapy, Phoenix Books, Los Angeles 1975.
- Harter, S., Effectance motivation reconsidered: towards a developmental model, *Human Development* 21 (1978) 34-68.
- Heckhausen, H., Emotionen im Leistungsverhalten aus ontogenetischer Sicht, in: Eggers, C. (Hrsg.), Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter, Fachbuchhandlung für Psychologie, Klotz, Frankfurt/M. 1985, 95-132.
- Hegel, G.W.F., Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundrisse, Meiner, Hamburg 1975.
- Heinl, H., Petzold, H.G., Körper- und Leibtherapie, *Gestalt-Bulletin* 2/3 (1980) 13-18.
- Heller, A., Theorie der Gefühle, VSA, Hamburg 1980.
- Hernegger, R., Vom Reflex zur Selbststeuerung, Profil, München 1985.
- , Anthropologie zwischen Soziobiologie und Kulturwissenschaft, Habelt, Bonn 1989.
- Herzog, W., Das moralische Subjekt. Pädagogische Intuition und psychologische Theorie, Huber, Bern 1991.
- Hesse, P., Cicchetti, D., Perspectives on an integrated theory of emotional development, in: Cicchetti, D., Hesse, P. (eds.), New directions for child development: Emotional development, No. 16, Jossey Bass, San Francisco 1982, 3-48.
- Hochschild, A.R., Emotion work, feeling rules, and social structures, *American Journal of Sociology* 3 (1979) 551-575.
- Hoffmann, M.L., Empathy, its development and prosocial implications, *Nebraska Symposium on Motivation* 25 (1977).
- Holle, B., Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes, Psychologie Verlags Union, München 1988.
- Horney, K., Neurosis an human gravity, Norton, New York 1950.
- Horowitz, M., Stress response syndroms, Jason Aronson, New York 1986².
- Hurrelmann, K., Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, Juventa, Weinheim 1988.
- , Ulich, D., Neues Handbuch der Sozialisationsforschung, Beltz, Weinheim 1991.
- Iljine, V.N., Das therapeutische Theater, Sobor, Paris 1942 (russ.).
- , Therapeutisches Theater, in: Petzold (1972a) 168-172.
- , Petzold, H.G., Sieper, J., Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen – Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen, in: Petzold, Orth (1990a) 203-213.
- Isard, C.E., The face of emotion, Appleton-Century-Crofts, New York 1971.
- , Patterns of emotion: A new analysis of anxiety and depression, Academic Press, New York 1972.
- , Human emotion, Plenum Press, New York 1977; dtsh. Die Emotionen des Menschen, Beltz, Weinheim 1981.

- , *Measuring emotions in infants and children*, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1982.
- , *Emotion-cognition relationships and human development*, in: *Izard, C.E., Kagan, J., Zajonc, R.B. (eds.), Emotions, cognition, and behavior*, Cambridge University Press, New York 1984, 17-37.
- , *Buechler, S., Emotion expressions and personality integration in infancy*, in: *Izard, C.E. (ed.), Emotion in personality and psychopathology*, Plenum Press, New York 1979, 445-472.
- , *Malatesta, C.Z., Perspectives on emotional development: Differential emotions theory of early emotional development*, in: *Osofsky, J.D., Handbook of infant development*, Wiley, New York 1982, 1987, 494-554.
- , *Tomkins, S.S., Affect and behavior. Anxiety as a negative affect*, in: *Spielberger, C.D. (ed.), Anxiety and behavior*, Academic Press, New York 1966, 81-128.
- Janson-Michl, C., Gestalt, Erleben, Handeln, Pfeiffer, München 1981.*
- Jerusalem, M., Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben, Hogrefe, Göttingen 1990.*
- Jodelet, D., Les représentations sociales, Presses Universitaires de France, Paris 1989a.*
- , *Folies et représentations sociales, Presses Universitaires de France, Paris 1989b.*
- Jourard, S.M., Disclosing man to himself, Litton, New York 1968.*
- , *Healthy personality. An approach from the view point of humanistic psychology*, Macmillan, New York 1974.
- Kagan, J., On emotion and its development: A working paper*, in: *Lewis, M., Rosenblum, L.A., The development of affect*, Plenum, New York 1978, 11-41.
- , *The second year of life: the emergence of self awareness*, Harvard Univ. Press, Cambridge 1981.
- , *The nature of the child*, Basic Books, New York 1984.
- , *Die Natur des Kindes*, Piper, München 1987.
- Kahle, G., Logik des Herzens – Die soziale Dimension der Gefühle, Frankfurt/M. 1981.*
- Katz-Bernstein, N., Phantasie, Symbolisierung und Imagination – „komplexes katathymes Erleben“ als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern*, in: *Petzold, Orth (1990a) 883-927.*
- Kazdin, A.E., Developmental psychopathology. Current research, issues and directions*, *American Psychologist* 44 (1989) 180-187.
- Keller, H., Loewer, M., Runde, B., Analyse spontaner Sprache von Eltern in Interaktionssituationen mit ihren Säuglingen und Kleinkindern: Entwicklungsveränderungen und kulturspezifische Aspekte*, *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 4 (1990) 341-353.
- Kenmler, L., Schelp, Th., Mecheril P., Sprachgebrauch in der Psychotherapie. Emotionales Geschehen in den Therapieschulen*, Huber, Bern 1991.
- Kemper, T.A., A social interactional theory of emotions*, Wiley, New York 1978.
- Kleinginna, P.R., Kleinginna, A.M., A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition*, *Motivation and Emotion* 5 (1981) 345-379.
- Kohlberg, L., Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach*, in: *Lickona, T. (ed.), Moral development and behavior*, Holt, Rinehart and Winston, New York 1973, 152-187.
- Kolk, B.A. vd., Psychological trauma*, American Psychiatric Press, Washington 1987.
- , *The biological response to psychic trauma*, in: *Ochberg, F.M., Post-traumatic therapy and victims of violence*, Brunner & Mazel, New York 1988, 25-38.
- Körner, J., Kritik der „therapeutischen Ich-Spaltung“*, *Psyche* 5 (1989) 385-396.

- Korte, H. (Hrsg.), *Gesellschaftliche Prozesse und individuelle Praxis – Bochumer Vorlesungen zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie*, Frankfurt/M. 1990.
- Krause, R., Zur Onto- und Psychogenese des Affektsystems und ihre Beziehung zu psychischen Störungen, *Psyche* 11 (1983) 1016-1043.
- , Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der „frühen Störungen“, *Psychotherapie und Medizinische Psychologie* 38 (1988) 77-86.
- , Psychodynamik der Emotionsstörungen, dieses Buch.
- Kris, E., *Psychoanalytic exploration in art*, Int. Univ. Press, New York 1952.
- Kruse, O., *Emotionsdynamik und Psychotherapie*, Beltz, Weinheim 1985a.
- , Emotionstheoretische Erklärungsansätze in der Psychotherapie, *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 18 (1986a) 454-475.
- , *Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung*, Enke, Stuttgart 1991.
- Krystal, H., *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*, Analytic Press, Hillsdale 1988.
- LaViolette, P.A., Thoughts about thoughts about thoughts: The emotional perceptible cycle theory, *Man-Environment Systems* 1 (1979).
- Lang, P.J., Levin, D.N., Miller, G.A., Kozak, M.J., Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: An information processing approach to affective response integration. Unpublished Manuscript at the University of Wisconsin, Madison, Department of Psychology, Madison, Wisconsin, 1982.
- Lazarus, R.S., The self-regulation of emotion, in: *Levi, L. (ed.), Emotions: Their parameters and measurement*, Raven Press, New York 1975, 47-67.
- , Multimodal therapy, in: *Norcross, J.C. (ed.), Handbook of eclectic psychotherapy*, Brunner & Mazel, New York 1986a.
- Leahy, R.L., *The development of self*, Academic Press, New York 1985.
- Lemke, J., Die Gründer: Hildegund Heinl, Hilarion Petzold, Johanna Sieper, in: *Petzold, Sieper (1993a) 397-399*.
- Lerner, R.M., *Concepts and theories of human development*, Addison, Wesley, Reading 1986².
- Leventhal, H., A perceptual-motor processing model of emotion, in: *Pliner, P., Blankstein, K., Spiegel, I., Advances in the study of communication and affect*, Plenum Press, New York 1979.
- , Toward a perceptual-motor theory of emotion, in: *Berkowitz, L. (ed.), Advances in experimental psychology*, Vol. XIII, Academic Press, New York 1980.
- , The integration of emotion and cognition: A view from the perceptual-motor theory of emotion, in: *Clark, M.S., Fiske, S.T. (eds.), Affect and cognition. The 17th annual Carnegie Symposium*, Erlbaum, Hillsdale 1982.
- , A perceptual-motor theory of emotion, in: *Berkowitz, L. (ed.), Advances in experimental social psychology*, Vol. XVI, Academic Press, New York 1984.
- , A perceptual motor theory of emotion, in: *Scherer, Ekman (1984)*.
- Lewis, M., Brooks, J., Self-knowledge and emotional development, in: *Lewis, M., Rosenblum, L.A., The development of affect*, Plenum, New York 1978, 77-124.
- , Michalson, L., The socialization of emotions, in: *Field, T., Fogel, A., Emotion and early interaction*, Erlbaum, Hillsdale 1982, 189-211.
- , —, Children's emotions and moods: Development theory and measurement, Plenum Press, New York 1983.
- Lewis, M., Rosenblum, L.A., *The development of affect*, Plenum, New York 1978.
- , Saarni, C., Culture and emotions, in: *Lewis, M., Saarni, C., The socialization of emotion*, Plenum, New York 1985, 1-17.

- , *Sullivan, M.W., Michalson, L.*, The cognitive-emotional fugue, in: *Izard, C.E., Kagan, J.*, Emotions, cognitions, and behavior, Cambridge University Press, Cambridge 1984, 264-288.
- Lipsitt, L.P.*, Developmental psychobiology, Erlbaum, Hillsdale 1976.
- , The enduring significance of reflexes in human infancy: Developmental shifts in the first month of life. Paper presented at the meetings of the Eastern Psychological Association, Hartford, CT.
- , *Advances in infancy research*, Vol. 1, 2, Ablex, Norwood 1981, 1983.
- Lonngren, K., Alwyn, S.*, Solitons in action, New York 1978.
- Lorenz, K.*, Über tierisches und menschliches Verhalten, München 1980.
- Ludwig-Körner, C.*, Der Selbstbegriff in Psychologie und Psychotherapie, Deutscher Universitäts Verlag, Wiesbaden 1992.
- Luhmann, N.*, Liebe als Passion – Zur Codierung von Intimität, Frankfurt/M. 1982.
- Malatesta, C.Z.*, Infant emotion and the vocal affect lexicon, *Motivation and Emotion* 5 (1981) 1-23.
- , *Haviland, J.M.*, Learning display rules: The socialization of emotional expression in infancy, *Child Development* 53 (1982) 991-1003.
- , *Izard, C.E.*, The facial expression of emotion: Young middle-aged, and older adult expressions, 1984a, in: *Malatesta, Izard* (1984b).
- , *Izard, C.E.*, Emotion in adult development, Sage, Beverly Hills 1984b.
- Mandler, G.*, Denken und Fühlen. Zu einer kognitiven Theorie emotionaler Prozesse, Junfermann, Paderborn 1979.
- , The generation of emotion: A psychological theory, in: *Plutchik, R., Kellerman, H.* (eds.), Theories of emotion, Academic Press, New York 1980.
- Mantell, D.M.*, Familie und Aggression. Zur Einübung von Gewalt und Gewaltlosigkeit, Fischer, Frankfurt 1978.
- Marcuse, H., Wolff, R.P., Moore, B.*, Kritik der reinen Toleranz, Frankfurt 1966.
- Markl, H.*, Constraints in human behavior and the biological nature of man, *J. of Social and Biological Structures* 5 (1982) 61-67.
- Martin, K.*, Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, in: *Petzold, H.G.* (1973c) 233-244.
- Masten, A.S., Garmezy, N.*, Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology, in: *Lahey, B.B., Kazdin, A.E.* (eds.), *Advances in clinical child psychology*, Vol. 8, Plenum, New York 1985, 1-52.
- Mead G. H.*, Mind, self and society, University of Chicago Press, Chicago 1934; dtsh. Geist, Identität, Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt 1968, 1973, 1975, 1988.
- Mees, U.*, Was meinen wir, wenn wir von Gühlen reden? Zur psychologischen Textur von Emotionswörtern, *Sprache & Kognition* 1 (1985) 2-120.
- Meltzoff, A.N., Moore, M.K.*, Imitation of facial and manual gestures by human neonates, *Science* 198 (1977) 75-78.
- , —, Letter to the editor, *Science* 205 (1979) 217-219.
- , —, The origins of imitation in infancy: Paradigm, phenomena and theories, in: *Lipsitt, L.P.* (ed.), *Advances in infancy research*, Ablex, Norwood 1983.
- Miller, P.H.*, Theories of developmental psychology, Freeman, San Francisco 1989².
- Moreno, J.L.*, Psychodrama, Bd. I, 1946, 3. Aufl. Beacon House, Beacon 1964.
- , Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Thieme, Stuttgart 1959, 1973².
- , *Moreno, F.B.*, Spontaneity theory of child development, *Sociometry* 2 (1944) 87-128.
- Moscovici, S.*, The phenomenon of social representations, in: *Farr, R.M., Moscovici, S.* (eds.), *Social representations*, Cambridge University Press, Cambridge 1984.

- Moser, U., Affektsignal und aggressives Verhalten. Zwei verbal formulierte Modelle der Aggression, *Psyche* 32 (1978) 229-258.
- , Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte, Teil I (Bericht aus der interdisziplinären Konfliktforschungsstelle der Universität Zürich, Nr. 10) Zürich 1983.
- , Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte, Teil II (Bericht aus der interdisziplinären Konfliktforschungsstelle der Universität Zürich, Nr. 14) Zürich 1985.
- Mowrer, H.O., *Learning theory and behavior*, Wiley, New York 1960.
- Murphy, L.B., Moriarty, A.E., *Vulnerability, coping, and growth. From infancy to adolescence*, Yale University Press, New Haven 1976, 1978²
- Nathanson, D.L., *The many faces of shame*, Guilford Press, New York 1987a.
- Nelson, K., *Narratives from the crib*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London 1989a.
- Nichols, M.P., Zax, M., *Catharsis in psychotherapy*, Wiley, New York 1977.
- Nickel, H., *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters*, Huber, Bern Bd. I 1972, Bd. II 1975.
- Noam, G., Kegan, R., Soziale Kognition und Psychodynamik. Auf dem Wege zu einer klinischen Entwicklungspsychologie, in: *Edelstein, W., Keller, M., Perspektivität und Interpretation*, Suhrkamp, Frankfurt 1982, 422-457.
- Ochberg, F.M., *Post-traumatic therapy and victims of violence*, Brunner & Mazel, New York 1988.
- Oeltze, H.-J., Johanna Sieper – Integrative Bildungsarbeit und kreative Medien, in: *Petzold, Sieper (1993a)* 439-443.
- Oerter, R., *Moderne Entwicklungspsychologie*, Auer, Donauwörth 1970⁸, 1984²⁰.
- , *Montada, L., Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*, Psychologie Verlags Union, München, Weinheim 1987, 2. völlig neubearbeitete, erweiterte Auflage.
- Ortony, A., Turner, T.J., What's basic about emotions? *Psychological Review* 97 (1990) 315-331.
- Oster, P., *Die Anamnese in der Psychotherapie – ein Integratives Konzept*, Reinhardt, München 1995.
- Oster, H., Pouts and horseshoe-mouth faces: Their determinants, affective meaning, and signal value in infants. Paper presented at the Symposium of the Psychobiology of Affective Development at the biennial meeting of the International Conference on Infant Studies, Austin, Texas 1982.
- , Ekman, P., Facial behavior in child development, *Minnesota Symposium on Child Psychology* 11 (1978) 231-276.
- Panksepp, J., Toward a general psychobiological theory of emotions, *The Behavioral and Brain Sciences* 5 (1982) 407-467.
- Papoušek, H., Intuitive Parenting: Arguments for comparative approaches, *Early Development & Parenting* 1 (1994) 1-3.
- , Papoušek, M., Mothering and the cognitive head-start: Psychobiological considerations, in: *Schaffer, H.R. (ed.), Studies in mother-infant-interaction*, Academic Press, New York 1977, 63-85.
- , —, Learning and cognition in the everyday life of human infants, *Advances in the Study of Behavior* 14 (1984) 127-163.
- , —, Early interactional signalling: The role of facial movements, in: *Kalverboer, A.F., Hopkins, B., Geuze, R., Motor development in early and later childhood: Longitudinal approaches*, Cambridge University Press, New York 1993, 136-152.

- Papoušek, M., Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation, Huber, Bern 1994a.
- Perls, F.S., Cowichan lecture on Gestalt Therapy and integration, Lake Cowichan 1969a.
- Perrez, M., Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? Huber, Bern 1972, 1979².
- Pesso, A., Movement in psychotherapy, psychomotor techniques and training, New York 1969.
- Pesso, A., Experience in action. A psychomotor psychology, Intern. Univ. Press, New York 1973.
- Pesso, A., Dramaturgie des Unbewußten, Klett, Stuttgart, 1973, 1986².
- Petzold, H.G., Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 (1965) 1-16 ; dtsc. in: *Petzold* (1985a) 11-30.
- , Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, Genese, Diagnose, Therapie, Paris 1968a.
- , L'analyse progressive en psychodrame analytique, Sobor, Paris, 1969b; auszugsweise dtsc. in: *Petzold* (1988n) 455-491.
- , Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris 1969c; teilweise dtsc. in: (1974l).
- , Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris 1970c.
- , Moderne Methoden psychologischer Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung, *Erwachsenenbildung* 3 (1971i) 160-178; auch in: *Petzold* (1973c).
- , Die psychodramatische Technik der Zukunftsprojektion, 1971j; Referat VI. Intern. Kongr. f. Psychodrama und Soziodrama, Amsterdam 22.-26.8. 1971; erw. in: *Petzold*, H.G., Psychodrama-Therapie. Dissertation. Philosophische Fakultät Universität Frankfurt. Institut für Heil- und Sonderpädagogik. „Beihefte zur Integrativen Therapie“ 3, Junfermann, Paderborn 1979k, 2. Aufl. 1985.
- , Der Beitrag kreativer Therapieverfahren zu einer erlebnisaktivierenden Erwachsenenbildung, Vortrag auf der Arbeitstagung „Kreativitätstraining, kreative Medien, Kunst- und Kreative Therapie“, VHS Dormagen und Büderich 1.6.1971; VHS Büderich 1971k.
- (Hrsg.), *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*, Junfermann, Paderborn 1972a, 1992⁵.
- , Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern, *Schule und Psychologie* 3 (1972e) 146-157.
- , Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufentherapie. Komplexes katathymes Erleben, Psychosynthesis, Gestalttherapie, Psychodrama, Nicol, Kassel 1972f.
- , *Gestalttherapie und Psychodrama*, Nicol, Kassel 1973a.
- , Das „Therapeutische Theater“ als Form dramatischer Therapie, 1973b, in: *Petzold* (1973a) 97-133 und in (1982a) 88-109.
- (Hrsg.), *Kreativität und Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung*, Junfermann, Paderborn 1973c.
- (Hrsg.), *Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen*, Junfermann/Hoheneck, Paderborn 1974b; 2. Aufl. Klotz, Frankfurt 1980.
- , Planspiel und methodenvariables Laboratorium in der Ausbildung von Suchtkrankentherapeuten, 1974i, in: *Petzold* (1974b) 503-513.
- (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.

- , Integrative Bewegungstherapie, 1974k, in: *Petzold* (1974j) 285-404.
- , Konzepte zur Drogentherapie, 1974l, in: *Petzold* (1974b) 524-529.
- , Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. Risiken und Gefahren bioenergetischer, primärtherapeutischer und thymopraktischer Körperarbeit, *Sensus-Kommunikation* 3 (1977l) 3-7; auch in: *Petzold* (1977n) 478-490.
- , Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1975e) 115-145; erweitert in: *Petzold* (1977n); revid. in: (1988n) 341-406.
- , Integrative Therapie ist kreative Therapie. Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1975h.
- , Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie, 1977a, in: *Petzold* (1977n) 252-396; revid. in (1988n) 341-406.
- (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapien*, Junfermann, Paderborn 1977n; Taschenbuchausgabe dtv, München 1992.
- , *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, Junfermann, Paderborn 1980f.
- , *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie*, 1980g, in: *Petzold* (1980f) 223-290.
- , Integrative Dramatherapie, *Integrative Therapie* 1 (1981i) 46-61; auch in: *Petzold* (1982g²) 166-187.
- , *Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater, Hippokrates*, Stuttgart 1982a.
- , *Theater – oder das Spiel des Lebens*, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt 1982g².
- , *Krisenintervention*, *Gestalt-Bulletin* 1/3 (1982r) 64-67.
- , *Der Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von Störungen und Erkrankungen – Möglichkeiten der Intervention durch Soziotherapie und Selbsthilfegruppen*, 1983f, in: *Petzold, Heintz* (1983) 409-449; repr. (1985a) 123-158.
- , *Der Schrei in der Psychotherapie*, in: *Schreien. Trans. Magazin für therapeutische Kultur*, Kaiser, München 1983g; erw. in: *Petzold, H.G.* (1985g) 547-572.
- , *Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie*, *Integrative Therapie* 1/2 (1984i) 73-115.
- , *Mit alten Menschen arbeiten*, Pfeiffer, München 1985a.
- , *Die Verletzung der Alterswürde. Zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals*, 1985d, in: *Petzold* (1985a) 553-572.
- (Hrsg.), *Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*, Junfermann, Paderborn 1985g.
- , *Der Schrei in der Therapie*, 1985h, in: *Petzold* (1985g) 547-572.
- , *Konfluenz, Kontakt, Begegnung und Beziehung im Ko-responzenzprozeß der Integrativen Therapie*, *Integrative Therapie* 4 (1986e) 320-341.
- , *Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern*, 1987a, in: *Petzold, Ramin* (1987) 427-490.
- , *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2*, Junfermann, Paderborn 1988n.
- , *Belastung, Überforderung, Burnout – Gewaltprobleme in Heimen*, *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4 (1989b) 17-44.
- , „Die Brille von vorgestern“ – Vergangenheitsprojektion und Zeitreisen in der Erinnerungs- und Antizipationsarbeit der Integrativen Therapie, *Gestalt & Integration* 2 (1989d) 44-52.
- , *Zeitgeist als Sozialisationsklima – zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie*, *Gestalt und Integration* 2 (1989f) 140-150.

- „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) 639-720.
- „Entwicklung in der Lebensspanne“ und Pathogenese, Vortragsfolge auf der Tagung „Bewegungstherapie und Psychosomatik“, 22.-23.11.1990 an der Freien Universität Amsterdam, 1990e; erw. in: *Petzold* (1992a) 649-775.
- Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt und Integration* 2 (1990o) 7-37.
- Integrative Dramatherapie und Szenentheorie – Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie, 1990p, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 849-880; überarb. in: *Petzold* (1992a) 897-924.
- Die Krankheit der Inhumanität, *Altenpflege* 9 (1990r) 498-506.
- Belastung, Überforderung, Burnout, *Altenpflege* 11 (1990t) 648-680.
- Klinischer Unfug, 1990ä, in: *Goldner, C.*, Rebirthing: Gefährlicher Weg zurück zur Geburt, *Psychologie Heute* 7 (1990) 33 und in: *Goldner, C.*, Rebirthing: Mißgeburt des New Age, *Kölner Stadt Revue* 11 (1990) 28.
- Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden, 1991b; repr. in: *Petzold, H. G.*, 1993a. Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn, 1047-1086.
- Bedrohte Lebenswelten – Überforderung, Burnout und Gewalt in Heimen, 1991j, in: *Petzold, Petzold* (1991a) 248-292.
- Chronosophische Überlegungen zu Zeit, Identitätsarbeit und biographischer Narration, 1991o, in: *Petzold* (1991a) 333-396.
- Krisen der Helfer – Überforderung, zeittextendierte Belastung und Burnout, 1991p, Vortrag auf dem Symposium „Krisenintervention Heute“, 25./26. Oktober 1991, Inselspital, Kinderklinik, Bern.
- Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie, *Gestalt und Integration* 1 (1992c) 100-109.
- Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer „mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie“, *Integrative Therapie* 1/2 (1992d) 1-10.
- Gebt Narziß seinen Namen zurück – Überlegungen zu einem Buch über „Narzißmus“, *Integrative Therapie* 3 (1992f) 323-325.
- Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Frühe Schädigungen, späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1, Junfermann, Paderborn 1993c.
- Identität und Entfremdung, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1993d.
- „Kontrollanalyse“ und Gruppensupervision in „Kompetenzgruppen“ – zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive, 1993m, in: *Frühmann, Petzold* (1993a) 479-616.

- , *Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken*, 1993p, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- , *Mehrperspektivität – ein Metakonzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision*, 1994a, *Gestalt und Integration* 1 (1995) 225-297.
- , *Die Kraft liebevoller Blicke, Psychotherapie und Babyforschung*, Bd. 2, Junfermann, Paderborn 1994j.
- , *Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der*, Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne, 1994a, in: *Petzold* (1994j) 491-645.
- , *Brown, G.* (Hrsg.), *Gestaltpädagogik*, Pfeiffer, München 1977.
- , *Goffin, J.J.M., Oudhof, J.*, Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 173-266 und in: *Petzold* (1993c) 345-497.
- , *Heinl, H.*, Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt, *Integrative Therapie* 1 (1980) 20-57; auch in: *Petzold, Heinl* (1983) 178-219.
- , *Heinl, H.*, *Psychotherapie und Arbeitswelt*, Junfermann Verlag, Paderborn 1983.
- , *Lemke, J., Rodriguez-Petzold, F.*, Feldentwicklung und supervisorisches Lernen – Überlegungen zur Weiterbildung von Lehrsupervisoren aus Integrativer Perspektive: Kontext, Ziele, Qualitätsprofil, didaktische Konzeption, 1994b, *Gestalt und Integration* 1 (1995) 298-345.
- , *Orth, I.*, Die neuen Kreativitätstherapien – Formen klinischer Kunsttherapie und Psychotherapie mit kreativen Medien, 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) 15-30.
- , *Orth, I.*, Therapietagebücher, Lebensspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama in der karrierebezogenen Arbeit in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 1/2 (1993a) 95-153; auch in: *Petzold, Frühmann* (1993a) 365-438.
- , *Orth, I.*, Integrative Leibtherapie – Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl, Weiterbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG, 1993e, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 519-536.
- , *Orth, I.*, Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung, *Integrative Therapie* 4 (1994a) 340-391.
- , *Petzold, Ch.*, *Lebenswelten alter Menschen*, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
- , *Petzold, Ch.*, Soziale Gruppe, „social worlds“ und „narrative Kultur“ als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit, 1991b, in: *Petzold, Petzold* (1991a) 192-217.
- , *Ramin, G.*, *Schulen der Kinderpsychotherapie*, Junfermann, Paderborn 1987.
- , *Schobert, R., Schulz, A.*, Anleitung zu „wechselseitiger Hilfe“ – Die Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen durch professionelle Helfer – Konzepte und Erfahrungen, in: *Petzold, Schobert* (1991) 207-259.
- , *Schobert, R.*, *Selbsthilfe und Psychosomatik*, Junfermann, Paderborn 1991.
- , *Schuch, W.*, Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie, in: *Pritz, Petzold* (1991) 371-486.
- , *Sieper, J.*, Integrative Therapie und Gestaltherapie am Fritz Perls Institut – Begriffliche, persönliche und konzeptuelle Hintergründe und Entwicklungen, *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 1 (1988a) 22-96.
- , *Sieper, J.* (Hrsg.), *Integration und Kreation*, Junfermann, Paderborn 1993a.
- , *Plutchik, R.*, A general psychovoluntary theory of emotion, in: *Plutchik, R., Kellerman, H.* (eds.), *Theories of emotion*, Academic Press, New York 1980, 3-33.

- Plutchik, R., Kellerman, H. (eds.), *Theories of emotion*, Academic Press, New York 1980.
- Pound, A., Cox, A., Puckering, C., Mills, M., The impact of maternal depression in young children, in: *Stevenson, J.E. (ed.), Recent research in developmental psychopathology*, Pergamon, Oxford 1990.
- Pritz, A., Petzold, H.G., *Der Krankheitsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen*, Junfermann, Paderborn 1992.
- Redding, R.E., Harmon, R.J., Morat, G.A., Relationships between maternal depression and infants' mastery behaviors, *Infant Behavior and Development* 13 (1990) 391-395.
- Richman, N., Stevenson, J., Graham, P.J., *Pre-school to school: A behavioral study*, Academic, London 1982.
- Riesmann, D., *Die einsame Masse*, Rowohlt, Reinbek 1960.
- Robins, L.N., Rutter, M., *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*, University of Cambridge Press, Cambridge 1990.
- Röhrle, B., *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*, Beltz, Weinheim 1994.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S. (eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- Rosenberg, M., *Society and the adolescent self-image*, Princetown Univ. Press, New Jersey 1965.
- Rosenstein, D., Oster, H., Facial expression as a means of exploring infants' taste responses. Paper presented at the Symposium on the Development of Food and Flavor Preferences at the annual meeting of the Society for Research in Child Development, Boston 1981.
- Rutter, M., *Maternal deprivation re-assessed*, Penguin, Harmondsworth 1981.
- , Izard, C.E., Read, P.B., *Depression in young people: Clinical and developmental perspectives*, Guilford, New York 1986.
- Saarni, C., Harris, P.L., *Children's understanding of emotion*, Cambridge University Press, Cambridge 1989.
- Sameroff, A.J., Emde, R.N., *Relationship disturbances in early childhood*, Basic Books, New York 1989.
- Saup, W., *Übersiedlung ins Altenheim*, Beltz, Weinheim 1984.
- Schachter, S., The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional states, in: *Berkowitz, L. (ed.), Advances in experimental social psychology*, Academic Press, New York 1964.
- , Singer, J.F., Cognitive, social, and physiological determinants of emotional states, *Psychological Review* 69 (1962) 379-399.
- Scheff, T., *Catharsis in healing, ritual and drama*, Univ. of California Press, Berkeley 1979.
- , *Explosion der Gefühle*, Beltz, Weinheim 1983.
- Scheler, M., *Über Scham und Schamgefühl*, in: *Schriften aus dem Nachlaß*, Bd. 1, Berlin 1933.
- , *Wesen und Formen der Sympathie*, 3. Aufl. Frankfurt/M. 1948.
- Schelp, T., Kemmler, L., *Emotion und Psychotherapie*, Huber, Bern 1988.
- Scherer, K., *Entwicklung der Emotionen*, in: *Hetzer, H., Todt, E., Seiffge-Krenke I. (Hrsg.), Angewandte Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters*, Quelle und Meier, Heidelberg 1979, 211-253.
- , *Prolegomena zu einer Taxonomie affektiver Zustände: Ein Komponenten-Prozeß-Modell*, in: *Lüer, G. (Hrsg.), Bericht über den 33. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Mainz 1982*, Hogrefe, Göttingen 1983.

- , On the nature and function of emotion: A component process approach, in: *Scherer, Ekman* (1984) 293-318.
- , Streß und Emotion: Ein Ausblick in: *Scherer, K., Wallbott, H.G., Tolkmitt, F.J., Berman, G.* (Hrsg.), *Die Streßreaktion: Physiologie und Verhalten*, Hogrefe, Göttingen 1985, 195-205.
- , Von den Schwierigkeiten im Umgang mit den Emotionen oder: Terminologische Verwirrungen, *Psychologische Rundschau* 40 (1989) 208-216.
- , Psychologie der Emotionen, *Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. III, Hogrefe, Göttingen 1990.
- , *Ekman, P.*, Approaches to emotion, Erlbaum, Hillsdale 1984.
- , *Wallbott, H.G.*, Ausdruck von Emotionen, in: *Scherer* (1990) 345-422.
- Schmidt-Atzert, L., Ströhm, W.*, Ein Beitrag zur Taxonomie der Emotionswörter, *Psychologische Beiträge* 25 (1983) 126-141.
- Schmitz, H.*, System der Philosophie, 10 Bde. Bouvier, Bonn 1964-1981.
- , *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*, Junfermann, Paderborn 1989.
- Schuller, H.*, Die Logik der Entfremdung. Versuch zu einer wissenschaftlichen Grundlegung der Entfremdungstheorie, Roderer, Regensburg 1991.
- Schumann, R., Stimmer, F.*, Soziologie der Gefühle – Zur Rationalität und Emotionalität sozialen Handelns, Reihe: Soziologenkorrespondenz, Neue Folge 12, München 1986.
- Schwartz, G.E., Weinberger, D.A., Singer, J.A.*, Cardiovascular differentiation of happiness, sadness, anger and fear following imagery and exercise, *Psychosomatic Medicine* 4 (1981) 343-364.
- Schwarzer, R.*, Streß, Angst und Hilflosigkeit, Kohlhammer, Stuttgart 1987².
- Sieper, J.*, Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, *Volkshochschule im Westen* 4 (1971).
- , *Schmiedel, I.*, Überblick über die innovatorischen Aktivitäten von Hilarion G. Petzold im Bereich der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 421-439.
- Sifneos, P.E.*, Short-term psychotherapy and emotional crisis, Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1973.
- , Anhedonia and alexithymia: A potential correlation? in: *Clark, D.C., Fawcett, J.*, Anhedonia and affect deficit states, PMA Publishing, New York 1987, 255-262.
- Signer-Brandau, D.*, Imagination in der Gestalttherapie, in: *Singer, J.L., Pope, K.S.*, Imaginative Verfahren in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1978, 1986², 431-450.
- Sroufe, L.A.*, Knowing and enjoying your baby, Spectrum, New York 1977.
- , The coherence of individual development, early care, attachment, and subsequent developmental issues, *American Psychologist* 34 (1979) 834-841.
- , Socioemotional development, in: *Osofsky* (1979) 462-516.
- , The organization of emotional development, in: *Scherer, K., Ekman, P.*, Approaches to emotion, Erlbaum, Hillsdale 1984, 109-128.
- , *Rutter, M.*, The domain of developmental psychopathology, *Child Development* 55 (1984) 17-29.
- , *Waters, E.*, The ontogenesis of smiling and laughter: A perspective on the organization of development in infancy, *Psychological Review* 83 (1976) 173-189.
- Stanislavskij, C.*, La formation de l'acteur, Oliver Perrin, Paris 1958.
- , Stanislavski's legacy, hrsg. v. *Happgood, E.R.*, Theatre Arts Book, New York 1968.

- Sterba, R., Das Schicksal des Ich im therapeutischen Verfahren, *Int. Z. Psychoanal.* 20 (1934) 60-73.
- Stern, D.N., The first relationship: Infant and mother, Fontana/Open Books, London 1977; dtsh. Mutter und Kind. Die erste Beziehung, Klett, Stuttgart 1979.
- , The interpersonal world of the infant, Basic Books, New York 1985; dtsh. Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart 1992.
- , Diary of a baby, Basic Books, New York 1990.
- Sternberg, R.J., Kolligian, J., Competence considered, Yale Univ. Press, New Haven 1990.
- Stevens, J.O., Die Kunst der Wahrnehmung, Kaiser, München 1975a.
- Stevenson, I.N., Colerine: Reactions to emotional stress in the Peruvian Andes, *Social Science and Medicine* 11 (1977) 303-307.
- Stevenson, J. (ed.), Recent research in developmental psychopathology, Pergamon Press, Oxford 1985.
- Takeno, S. (ed.), Dynamical problems in soliton systems, New York 1985.
- Thelen, E., Expression as action: A motor perspective of the transition from spontaneous to instrumental behaviors, in: Zivin, G. (ed.), The development of expressive behavior: Biology environment, interactions, Academic Press, Orlando 1985, 221-248.
- Thomae, H., Entwicklung und Prägung, in: idem, Handbuch der Psychologie, Bd. 3: Entwicklungspsychologie, Hogrefe, Göttingen 1959, 240-311.
- Thomas, R.M., Comparing theories of child development, Wadsworth, Belmont 1985².
- Thomas, A., Chess, S., Temperament and development, Brunner/Mazel, New York 1977; dtsh. Temperament und Entwicklung, Enke, Stuttgart 1980.
- , —, Birch, H.G., Temperament and behavior disorders in children, New York University Press, New York, University of London Press, London 1968.
- Tomkins, S.S., Affect, imagery, consciousness, Vol. I, The positive affects, Springer, New York 1962.
- , Affect, imagery, consciousness, Vol. II, The negative affects, Springer, New York 1963.
- , McCarter, R., What and where are the primary affects? Some evidence for a theory, *Perceptual and Motor Skills* 18 (1964) 119-158.
- Trad, P.V., Infant and childhood depression, Wiley, New York 1987.
- Traue, H.C., Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Streß, Hogrefe, Göttingen 1989.
- Trautner, H.M., Lehrbuch der Entwicklungspsychologie, Hogrefe, Göttingen, Bd. I 1978, Bd. II 1991².
- Trevarthen, C., Descriptive analysis of infant communicative behavior, in: Schaffer, H.R. (ed.), Studies in mother-infant interaction, Academic Press, London, New York, San Francisco 1977, 227-270.
- , Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity, in: Bullowa, M., Before speech: The beginnings of interpersonal communication, Cambridge University Press, Cambridge 1979, 321-347.
- , Emotions in infancy: Regulations of contact and relationships with persons, in: Scherer, Ekman (1984) 129-162.
- , How control of movement develops, in: Whiting, H.T.A., Human motor actions: Bernstein reassessed, North-Holland, Amsterdam 1984, 223-261.
- , Form, significance and psychological potential of hand gestures of infants, in: Nespoulous, A.R., Pirron, P., Lecours, A.R., The biological foundations of gestures: Motor and semiotic aspects, Erlbaum, Hillsdale 1986, 244-282.

- Tschuschke, V., Czogalik, D., *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* Springer, Heidelberg 1990.
- Turiel, E., *The development of social knowledge. Morality and convention*, Cambridge University Press, Cambridge 1983.
- Ulich, D., *Das Gefühl. Eine Einführung in die Emotionspsychologie*, Psychologie Verlags Union, München 1982, 1989².
- , *Krise und Entwicklung – Zur Psychologie der seelischen Gesundheit*, Psychologie Verlags Union, München, Weinheim 1987.
- , *Zur Relevanz verhaltenstheoretischer Lern-Konzepte für die Sozialisationsforschung*, in: Hurrelmann, Ulich (1991) 57-76.
- , *Sozialisation und Entwicklung von Emotionen*, *Gestalt und Integration* 1 (1992) 7-17.
- Unruh, D.R., *Invisible lives. Social worlds of the aged*, Sage Publications, Beverly Hills 1983a.
- Varta, R., *Six theories of child development: Revised formulations and current issues*, *Annals of Child Development* 6, JAI Press, Greenwich 1989.
- Verres, R., *Krankheit und Emotion*, in: Euler, Mandl (1983) 283-294.
- , *Sobez, J., Ärger, Aggression und soziale Kompetenz: Zur konstruktiven Veränderung destruktiven Verhaltens*, Klett, Stuttgart 1980.
- Vincent, J.-D., *Biologie des Begehrens – Wie Gefühle entstehen*, Rowohlt, Reinbek 1990.
- Volpert, W., *Emotionen aus der Sicht der Handlungstheorie*, in: Janssen, J.P., Hahn, E. (Hrsg.), *Aktivierung, Motivation, Handlung und Coaching im Sport*, Karl Hofmann, Schondorf 1983, 193-207.
- Vyt, A., *The second year of life as a developmental turning point: implications for sensitive caretaking*, *European Journal of Psychology of Education* 2 (1989) 145-158.
- , *Das Tonband-Modell und das transaktionale Modell für die Klärung früher psychischer Entwicklung. Zu einigen Mythen über allumfassende Einflüsse und weitreichende Auswirkungen der frühen Kindheit*, *Integrative Therapie* 1/2 (1992) 101-138 und dieses Buch.
- Wagner, H.L., MacDonald, C.J., Manstead, A.S.R., *Communication of individual emotions by spontaneous facial expression*, *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (1986) 737-743.
- Wahl, H., *Narzißmus?* Kohlhammer, Stuttgart 1985.
- Weiner, B., *Motivationspsychologie*, Psychologie Verlags Union, München 1988².
- Wiercowski, W., *zur Oeveste, H., Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*, 2 Bde. Schwann, Düsseldorf.
- Willick, M.S., *On the concept of primitive defenses*, in: Blum, H.P., *Defense and resistance – Historical perspectives and current concepts*, Intern. Univ. Press, New York 1985, 175-200.
- Winnicott, D.W., *Transitional objects and transitional phenomena: a study of first not-me possession*, *International Journal Psycho-Analysis* 3 (1953) 89-97; dtsh. *Übergangsobjekte und Übergangsphänomene*, *Psyche* 23 (1969) 666-682.
- Warren, W.H., *The perception-action coupling*, in: Bloch, H., Bertenthal, B.I. (eds.), *Sensory-motor organizations and development in infancy and early childhood*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1990, 23-37.
- Weintraub, S., Winters, K.C., Neale, J.M., *Competence and vulnerability in children with an affectively disordered parent*, in: Rutter, Izard, Read (1986).
- Wolff, P.H., *The causes, controls, and organization of the neonate*, *Psychological Issues* 17 (1966) 5.
- X —, *Mother-infant relations at birth*, in: Howells, S.G. (ed.), *Modern perspectives in international child psychiatry*, Oliver & Boyd, Edinburgh 1969, 80-97.

- Woodruff, G., Premack, D., Intentional communication in the chimpanzee: The development of deception, *Cognition* 7 (1979) 333-362
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Kling, R., Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress, *Child Development* 50 (1979) 319-330.
- , Mayfield, A., Radke-Yarrow, M., McKnew, D., Cytryn, L., Davenport, Y., A follow-up investigation of offspring of parents with bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry* 145 (1988) 506-509.
- Zajonc, R.B., Feeling and thinking. Preferences need no inferences, *American Psychologist* 35 (1980) 151-175.
- , On the primacy of affect, *American Psychologist* 39 (1984) 117-212.
- Zentner, M., Passung: Eine neue Sichtweise psychischer Entwicklung – Die Entwicklung des Kindes im Lichte moderner Temperamentsforschung und ihrer Anwendungen, in: *Petzold* (1993c) 157-194.
- Zimmer, K., Nilsson, L., Erziehung schon im Mutterleib? *Süddeutsche Zeitung Magazin* 15 (1992) 10-16.
- Zivin, G. (ed.), The development of expressive behavior: Biology environment, interactions, Academic Press, Orlando 1985.
- Zundel, R., Hilarion Petzold – Integrative Therapie, in: *Zundel, E., Zundel, R., Leitfiguren der Psychotherapie*, Kösel, München 1987, 191-214.

Autorenverzeichnis

Boadella, David, geb. 1931 in London, studierte Literatur, Pädagogik und Psychologie, Ausbildung in reichianischer Therapie; langjährige psychotherapeutische Praxis und weltweite Vortragstätigkeit. Er gründete 1981 das Zentrum für Biosynthese (London, heute Zürich); seit 1989 Präsident der „Europäischen Vereinigung für Körperpsychotherapie“; Herausgeber der internationalen Zeitschrift „Energie und Charakter“; er leitet Ausbildungsgruppen und Workshops im deutschsprachigen Raum.

Bottenberg, Ernst Heinrich, Prof. Dr., Seminar für Psychologie, TU Braunschweig. Studium der Psychologie, Philosophie, klass. Archäologie, Neurologie, Qualifikation in Psychologie. Arbeit an wissenschaftlichen Forschungsprogrammen zur Persönlichkeitspsychologie, zur humanistisch-psychol. Motivations- & Selbsttheorie, zur Emotionspsychologie, Kunstpsychologie und zur Pädagogischen Psychologie. Neuester Arbeitsschwerpunkt: Dekonstruktion des europäisch-technologistischen „Seelen“-Diskurses.

Dreizel, Hans Peter, geb. 1935, hat eine Professur für Soziologie an der Freien Universität Berlin und arbeitet als Gestalttherapeut in freier Praxis. Er ist außerdem als Ausbilder an verschiedenen gestalttherapeutischen Ausbildungsinstituten in Deutschland tätig. Veröffentlichungen: Reflexive Sinnlichkeit; Mensch – Umwelt – Gestalttherapie. Edition Humanistische Psychologie, Köln 1992.

Hamm, Alfons, Dr., geb. 1954; Hochschulassistent an der Abteilung für Klinische und Physiologische Psychologie der Universität Gießen. Langjähriger Mitarbeiter am Center for Psychophysical Study of Emotion and Attention an der University of Florida in Gainesville. Forschungsschwerpunkte: Grundlagenfragen zur Induktion und Organisation von Emotionen; Erforschung der Mechanismen des Lernens von Aversionen; Untersuchung der Psychophysiologie phobischer Störungen.

Höder, Jürgen, Dr. phil., war acht Jahre Lehrbeauftragter für Gesprächspsychotherapie am Psychologischen Institut III der Universität Hamburg und einige Jahre Mitarbeiter einer psychologischen Praxis. Seit 1977 ist er leitender Psychologe der Rheumaklinik Bad Bramstedt. Veröffentlichungen: Rheuma und Gicht, Falken 1994; Gesprächspsychotherapie, PAL 1992.

Hoellen, Burkhard, Dr. phil., Studium der Psychologie und Soziologie, Diplom 1976, Promotion 1986. Weiterbildung zum Psychotherapeuten, Leiter einer psychotherapeutischen Ambulanz in Merzig und Lehrbeauftragter an den Universitäten Saarbrücken und Kaiserslautern. Klinischer

Leiter des Deutschen Instituts für Rational-Emotive Therapie & Kognitive Verhaltenstherapie in Würzburg und Rational-Emotive Therapy Supervisor des Instituts für Rational-Emotive Therapy in New York.

Kast, Verena, Prof. Dr. phil., Psychologin und Psychotherapeutin, Professorin an der Universität Zürich, Lehranalytikerin des C.G. Jung Institutes. 1. Vorsitzende der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie. Veröffentlichungen im Bereich von Beziehung, Trennung und Symbolik sowie zum Thema der Emotionen: Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Kreuz, Stuttgart 1982; Freude, Inspiration, Hoffnung. Walter, Olten 1991.

Kemmler, Lilly, Prof. em., Dr. phil., Dipl.-Psych., Lehrstuhl für klinische Psychologie 1969-1990, Universität Münster. Diplom 1953, Promotion 1955, Habilitation 1967. Therapieausbildung: Klientenzentrierte Psychotherapie; Verhaltenstherapie; Rational-emotive Therapie. Aufbau u. Mitarbeit an einer Therapieambulanz seit 1953, Aufbau u. Leitung einer Abteilung f. klinische Psychologie (beides an der Universität Münster). Arbeitsschwerpunkte: Emotion, Kognition und Psychotherapie; Integration psychotherapeutischer Schulen; Metaphern in der Psychotherapie; Lebenssituation älterer lediger Frauen der Jahrgänge 1919-1931. Veröffentlichungen: Anamneseerhebung, Schulerfolg und Schulversagen (zusammen mit Borgart); Emotion und Psychotherapie (zusammen mit Schelp).

Kottwitz, Gisela, Dr., ist lehrendes Mitglied der Deutschen, Internationalen und Europäischen Gesellschaft für Transaktionsanalyse. Sie arbeitet seit 1973 in freier Praxis in Berlin. Veröffentlichungen: Wege zur Neuentscheidung, 1980; Integrative Transaktionsanalyse. Band 1: Wege zur Orientierung und Autonomie, 1992; Band 2: Wege zu mir und dir bei Borderline-Störungen, 1993; Band 3: Die Borderline-Persönlichkeit, Störungsbild und Heilungsprozesse, 1994 (alle im Verlag für Kommunikationstherapie, Berlin).

Krause, Rainer, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität des Saarlandes. Vorstandsmitglied und Lehranalytiker des Saarländischen Institutes für Psychotherapie und Psychoanalyse. Vorstandsmitglied der International Society for Research on Emotion. Arbeitet seit 1973 an der Schnittstelle von klinischer Praxis (Leiter einer Beratungsstelle) und Grundlagenforschung. Derzeitiger Arbeitsschwerpunkt: Untersuchung von Beziehungsgestaltungen im Alltag und in psychotherapeutischen Situationen. Veröffentlichungen: zahlreiche Veröffentlichungen über das Zusammenspiel von Affekten und Denken (2 Bücher über Kreativität) sowie Affekt und Verhalten. Ein Lehrbuch zu den Grundlagen der psychoanalytischen Neurosenlehre wird im Frühjahr 1996 erscheinen.

Kruse, Otto, Dr. phil. habil., Dipl.-Psych., Professor für den Schwerpunkt „Entwicklung und Beratung“ am Fachbereich Sozialwesen der FH Erfurt. Arbeitsschwerpunkte: emotionale Entwicklung; Entstehung psychischer Störungen; Schreibdidaktik. Veröffentlichungen: Emotionsdynamik und Psychotherapie (1985); Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung (1991); Keine Angst vor dem leeren Blatt (1993).

Lang, Otto, Prof. Dr., geb. 1927, nach philosophischen und historischen Studien Doktorat in Psychologie, klinisch-praktische Tätigkeit. Ab 1963 freie Praxis als Psychotherapeut. Ab 1974 als Ausbilder tätig, insbes. im Rahmen der ÖAGKB/Wien und der AGKB/Göttingen. 10 Jahre Lehrbeauftragter für Psychotherapie an der Universität Salzburg.

Mecheril, Paul, Dr. phil., Dipl.-Psych., geb. 1962, ist wissenschaftlicher Assistent an der Fakultät für Pädagogik an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte: Aspekte der psychotherapeutischen Gesprächsforschung; interkulturelle Beratung und Migrationsforschung im Hinblick auf Prozesse der Identitätskonstitution im Kontext von Multi- und Interkulturalität.

Schauer, Gernot, Mag., ist Psychologe und Sportwissenschaftler. NLP-Ausbildung bei Gundl Kutschera; arbeitet darüber hinaus als Therapeut für Konzentrierte Bewegungstherapie. Im Bereich der Erwachsenenbildung veranstaltet er Seminare zu Persönlichkeitsthemen und Kommunikationstraining. Veröffentlichung: NLP als Psychotherapie. Harmlose Mixtur oder hochwirksames Verfahren? Paderborn, Junfermann 1995.

Schelp, Theo, Dr., Dipl.-Psych., geb. 1944. Von 1967 bis 1971 Psychologiestudium in Münster. Danach Traineeausbildung bei der Deutschen Unilever GmbH. 1972 bis 1981 selbständiger Export-/ Importunternehmer in Hong Kong. Promotionsstudium und Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Münster von 1982 bis 1985. Seit 1987 Verhaltenstherapeut im Delegationsverfahren. 1989 Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit als Trainer, Moderator und Berater im Bereich Managementpsychologie.

Schmitz, Hermann, Prof. em. Dr., geb. 1928, Promotion 1955, Habilitation 1958, ordentlicher Professor an der Universität Kiel 1971, emeritiert 1993. Begründer der empirisch ernüchterten Neuen Phänomenologie, die sich der begrifflichen Durchleuchtung der faktischen (namentlich affektiven) Lebenserfahrung und Rekonstruktion aller Weisen der Vergegenständlichung aus dieser widmet. Veröffentlichungen: 28 Bücher phänomenologischen und philosophiegeschichtlichen Inhalts, darunter für Phänomenologie besonders wichtig: System der Philosophie, 5 Bände in 10 Büchern,

1964-1980; Der unerschöpfliche Gegenstand. Grundzüge der Philosophie, 1990; Die Liebe, 1993; Neue Grundlagen der Erkenntnistheorie, 1994; Leib und Gefühl, 2. erweit. Auflage 1992.

Tausch, Reinhard, Prof. Dr. rer. nat., arbeitet seit 30 Jahren am Psychologischen Institut III der Universität Hamburg und seit 1993 auch in einer psychologischen Praxis in Stuttgart. Arbeitsschwerpunkte: Klinische Psychologie (besonders Gesprächspsychotherapie, die er zusammen mit Doktoranden an über 900 Klienten erforschte), Streßbewältigung und Pädagogische Psychologie. Veröffentlichungen u.a.: Gesprächspsychotherapie, 9. Auflage, Hogrefe; Erziehungspsychologie, 10. Auflage, Hogrefe; Sanftes Sterben, Rowohlt 1991; Hilfen bei Streß und Belastung, Rowohlt 1993.

Tenbrink, Dieter, Dipl.-Psych., geb. 1951. Studium der Sozialpädagogik und der Psychologie. Psychoanalytische Weiterbildung am Alfred-Adler-Institut, Düsseldorf. Psychoanalytiker DGIP, Lehranalytiker DGIP. Mitglied der DGIP und der DGPT. Zur Zeit Mitglied im erweiterten Vorstand der DGPT. Dozent und Vorstandsmitglied des Alfred-Adler-Institutes, Düsseldorf. Mehrjährige Tätigkeit im klinisch-stationären Bereich. Seit 1985 eigene psychoanalytische Praxis.

Ulich, Dieter, Prof. Dr., Lehrstuhl für Psychologie und Leiter der Forschungsstelle für Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie; 1992-1994 Prorektor der Universität Augsburg. Arbeitsschwerpunkte: Emotionspsychologie, Entwicklungspsychologie, Sozialisationsforschung. Veröffentlichungen: Herausgeber des „Handbuchs der Sozialisationsforschung“ (mit Hurrelmann); Herausgeber der 22bändigen Reihe „Grundriß der Psychologie“ (mit Selg).

Personenregister

A		Bandler, R.	183, 628
Aalberse, M.	533	Bandura, A.	185, 227, 478, 555, 558
Abele, A.	222	Bard, P.	102
Abelin, E.	340	Bearison, D.J.	262
Achenbach, T.M.	137, 192	Barrett, K.C.	139f, 219
Adamson, J.D.	386	Bartling, G.	180, 182
Adler, A.	379ff, 385f, 388ff, 396f, 406f, 650	Basch, M.F.	280, 386
Adorno, T.	199	Baum, A.	84
Aggleton, J.P.	103	Beaumont, H.	516
Ahrens, S.	302	Beck, A.T.	249, 475, 483, 555, 602, 635
Ainsworth, M.D.S.	152, 203f	Becker, H.	222
Aischylos	78	Bednar, R.L.	153
Alamansi, R.J.	310	Beebe, B.	241, 294, 392
Alexander, F.	302f	Beitel, E.	479
Allen, M.	539	Benkert, O.	180
Alloy, L.B.	227	Bentzen, M.	526
Ammann, R.	377	Berg, W.K.	106
Andreas, C.	630	Bergin, A.E.	558
Andrew, R.J.	282	Bergström, R.M.	230
Angyal, A.	228	Berlyne, D.E.	320
Ansbacher, H.L.	382	Bernard, M.E.	573
Anstadt, T.	308f	Berne, E.	442, 463
Anthi, P.R.	310	Bernhard, K.H.	579
Antoch, R.F.	396, 407	Bernhardt, J.A.	561
Aquino, T. von	80	Bernstein, B.	253
Archer, D.	307	Bertelsen, J.	530
Aries, P.	276, 300	Beuys, J.	25
Aristophanes	80	Binswanger, L.	20, 380, 389
Aristoteles	80	Birbaumer, N.	84, 180, 553f
Arnold, M.	48, 213, 576, 601	Bischof, C.	555
Artaud, A.	260	Bischof, N.	227, 234, 275, 282f, 292, 313, 344
Attneave, F.	320	Bittner, J.	15, 22
Averill, J.R.	29, 32, 85, 142, 152, 200, 318	Blake, W.	497
Ax, A.F.	95	Blanck, G.	287f, 310
Ayers, A.J.	306	Bleuler, E.	274ff, 305, 307, 414
		Bloch, S.	201f, 204, 243, 245f, 249ff, 255, 266
B		Boadella, D.	519-547
Baardman, I.	227	Boesch, E.	297, 322
Bacal, H.A.	395f	Bollnow, O.	66
Bachmann, W.	614, 625	Bolterauer, L.	316
Bainbridge-Cohen, B.	522	Borke, H.	124
Baker, E.	538	Borrgart, E.-J.	183
Balint, M.	182, 263f, 267, 301, 322, 326, 384, 389	Boss, M.	380, 396, 404, 418, 420
		Bottenberg, E.H.	15-46, 259

Boucher, J.B.	202	Christiansen, B.	534
Bower, G.H.	479, 562, 603	Christie, R.	255
Bower, T.G.R.	203	Cierpka, M.	306, 315
Bowlby, J.	146, 152, 158, 204, 318	Ciampi, L.	283, 297
Boyer, L.B.	318	Clarke, A.	510
Boyesen, E.	531	Clynes, M.	202, 204, 243, 245, 250, 255, 499, 502
Boyesen, G.	521, 529f, 535	Cohen, D.H.	101
Boyesen, P.	532	Cohen, E.D.	584
Bradley, M.M.	90, 96, 106	Cohn, R.	506
Brauer, U.C.	532	Colbert, E.	293
Brenner, C.	147	Colby, A.	316, 342
Brentano, F.	66, 80	Collier, G.	240
Bretznitz, F.	195	Conrad, K.	65
Briggs, J.	217, 254	Conway, M.A.	12
Brooker, A.E.	289	Cook, E.W.	107
Brown, M.	532f	Coppersmith, S.	153, 227f
Browne, A.	160	Crawford, T.	582
Bucci, W.	305	Cremerius, J.	303
Buck, R.	200, 240, 278, 300	Csikszentmihalyi, M.	481
Buechler, S.	121	Curtis, G.C.	102
Bugental, J.F.T.	20	Cuthbert, B.N.	91
Bühler, Ch.	20, 48		
Bull, M.	521		
Büntig, W.	539		
Burge, S.K.	160	D	
Burgess, A.W.	145, 155, 160	D'Zurilla, T.J.	602
Bürgin, D.	292	Dahl, H.	281, 321
Burns, D.	474	Dahrendorf, R.	199
Buss, A.H.	156, 160, 202, 213	Darwin, Ch.	88, 92, 200, 204, 213, 249, 282, 298
Buytendijk, F.J.J.	223	Davis, M.	104, 106
		Davis, W.	390, 533
C		Davison, G.C.	181
Cacioppo, J.T.	90f, 96	Davitz, J.R.	85
Cairns, R.B.	158	Dawson, M.E.	109
Cameron-Bandler, L.	651	De Rivera, J.	281, 284, 330
Campbell, J.	522	Decarie, T.	299
Campos, J.J.	139, 141, 160, 218	DeForest, J.	264
Camras, L.A.	121	Demos, V.	392
Cancian, F.M.	128	Deneke, F.W.	227
Cannon, W.B.	94, 102	DePaulo, B.	255
Cannon, W.W.	553	Derrida, J.	199
Cassius, J.	534	Desoille, R.	412, 414
Catull	77	Deutsch, H.	301
Chamberlain, D.	524	Devereux, G.	294
Chance, M.R.A.	282	Dew, R.	538
Charlesworth, W.R.	287	Dickinson, A.	99
Chasseguet-Smirgel, J.	316, 332, 335	Diderot, D.	242f, 245
Chein, I.	15	Dietz, A.	324
Chess, S.	202	Dilling, H.	274
Chevalier-Skolnikoff, S.	280	Dilts, R.	624, 627, 633
Chomsky, N.	618	DiMattheo, M.R.	307

Dimberg, U.	91	Eschenröder, D.	593, 603
Dittman, W.T.	216	Eth, S.	236
Dixon, S.	123	Euler, H.A.	207, 230
Dodd, R.K.	217	Ewert, O.	15, 48, 69, 74, 77
Dohrenwendt, B.P.	143, 193, 222	Exline, R.	336
Donaldson, M.A.	145		
Dörner, D.	273, 321, 603	F	
Dougherty, F.E.	306	Fahrenberg, J.	96, 222
Downing, G.	533	Fairbairn, W.R.D.	384
Dreitzel, H.P.	245, 493-517	Faleide, A.	538
Dryden, W.	584	Farr, R.M.	36, 218
Duden, B.	191	Feldenkrais, M.	521, 536
Duerr, H.P.	199, 300	Feldmann, R.S.	287
Dunn, J.	146	Feldstein, S.	280
		Fenichel, O.	147, 277, 303, 326, 329
E		Ferenczi, S.	264, 267
Edelman, G.	230	Fest, J.	311
Edelman, R.J.	156	Feyerabend, P.	21
Ehrenfried, L.	242	Fichter, M.	594
Eibl-Eibesfeldt, I.	89, 282f	Fiedler, P.A.	276, 296, 311f
Eidelberg, P.	617	Fiengenbaum, W.	558, 561
Eisdorfer, C.	228	Field, T.M.	139, 203, 218, 234, 290
Eisler-Stehrenberger, K.	24	Figge, P.	557
Ekman, P.	84f, 88f, 92, 94, 98, 139, 141, 202, 204, 213, 223, 234, 253, 276, 280, 287, 301f, 305, 307, 313, 554	Figley, C.R.	145, 193
		Filipp, S.H.	193, 227f
Elgring, J.H.	276, 288, 302, 319	Fink-Eitel, H.	49
Elias, N.	198ff, 500	Finke, W.	27
Elias, P.	253	Fischer, A.	141
Ellis, A.	183, 483, 555, 573-582, 584-593, 595f, 600ff, 604, 617, 634	Fisher, R.	140, 154
		Fisher, S.	293
Emde, R.N.	139f, 160, 193, 214, 234, 241, 314, 323, 377	Fitzgerald, R.D.	101
		Flammer, A.	479
Empedokles	78f	Flick, U.	218
Emrich, H.N.	364	Florin, I.	556, 569
Endres de Oliveira, G.	290, 292	Fogel, A.	234
Engel, G.	296	Forschner, M.	590
Engelkamp, J.	293	Foucalt, M.	199
English, F.	441ff	Fowls, D.C.	97
Enke, W.	74	Frank, J.D.	592
Enright, J.B.	25	Franke, A.	302
Epiktet	577	Franks, C.M.	558
Epstein, S.	25, 29, 147, 227f	Franz v. Assisi	590
Erdheim, M.	316	Freeman, A.	573
Erdmann, M.	593	Freud, S.	10, 150, 179, 181, 199, 206f, 253, 257, 262ff, 277, 288, 292, 303, 306, 314, 318, 321, 324, 328, 333, 341, 381, 390, 414, 428, 530, 533, 580
Erickson, M.	653	Frey, H.P.	227
Erman, M.	377	Fridlund, A.J.	90f
Erskine, R.	443, 445, 447	Friesen, W.V.	202, 204, 223

Frijda, N.H.	84, 88, 94, 98, 278	Greenson, R.R.	405
Frisch, J.	302	Greist, J.H.	479
Fromm, E.	228	Grillion, C.	107
Frosch, J.	288	Grinker, R.R.	145
Frühmann, R.	254	Groddeck, G.	260
Funkenstein, D.H.	95	Grof, S.	523f
		Gröschke, D.	591
G		Grossmann, K.	152
Gaensbauer, T.	290	Grotowski, J.	249, 251
Gamborg, M.	530	Grunberger, B.	414
Garnezy, N.	137, 154, 192f	Grunert, U.	310
Garner, D.M.	594	Guex, G.	297
Gausebeck, H.	49	Guidano, V.F.	184, 193, 277, 604
Gebtsattel, V.E. von	20f, 25	Gunderson, J.D.	311
Geer, J.H.	101	Guntrip, H.	384, 389
Gehlen, A.	422, 424, 426	Gvirtzman, D.	531
Gelhorn, E.	213, 521		
Gendlin, E.T.	33f, 181, 265, 474	H	
Geppert, U.	120, 219, 578	Haaga, D.A.F.	593
Gerhards, F.	208, 223	Habermas, J.	199
Gerl, W.	474	Hager, J.	313
Ghodsian, M.	195	Halbwachs, M.	233
Gibson, J.	202, 204, 210f, 217, 233	Hall, J.A.	307
Giesemann, U.	551-572	Halweg, K.	309
Gittelmann, R.	160	Hambrecht, M.	556
Glaser, V.	521, 536	Hamburg, D.A.	158
Gleichmann, P.	199	Hamm, A.O.	83-118
Gleick, J.	217	Hammerl, M.	638
Gleser, G.C.	146	Hammond,	482
Goethe, J.W.	47, 65	Hans, G.	295
Goffman, E.	253	Hardin, S.	310
Goldberger, L.	236	Harkness, S.	123
Goldenberg, G.	537, 539	Harlan, V.	25
Goldfried, M.R.	178, 558	Harper, F.D.	479
Goodbread, J.	533	Harris, P.L.	120f, 125
Goodenough, F.L.	158	Hart, J.	28, 30, 32, 35, 38-41, 259
Goodman, P.	199	Harter, S.	226
Goos, B.	450	Hartmann, H.	288
Gordon, C.	218	Hartmann, O.	522, 537
Gordon, S.	125ff	Hartocollis, P.	312
Goulding, R.	442ff	Harvill, R.	594
Goya, F.	198	Hatch, O.G.	591
Graham, F.K.	106	Hauck, P.A.	590
Grand, I.	539	Haug, F.	199
Grand, S.	305	Haynal, A.	297, 310
Graumann, C.F.	26	Hebb, D.O.	98f, 158
Graveling, R.A.	479	Heckhausen, H.	132, 153, 200, 556
Grawe, K.	181	Hegel, G.F.W.	199, 225f
Green, A.	303, 318	Heidegger, M.	66, 73, 81
Greenacre, P.	315	Heimann, H.	308f, 323
Greenberg, L.S.	171, 194, 593	Heinecke, C.M.	146

Heisterkamp, G.	379, 382, 389, 391, 404	Janov, A.	304
Heller, A.	208, 223	Jason-Michl, C.	240
Herman, J.	145, 160	Jaspers, K.	275
Hernegger, R.	191, 197f, 249	Jehu, D.	154
Herzka, H.S.	287	Jerusalem, M.	194
Herzog, W.	199	Jodelet, D.	218
Heskett, W.	306	Johnsen, L.	534f
Hesse, H.	428	Jones, E.	264
Hesse, P.	214	Jones, G.E.	97
Hilgard, E.R.	627	Jones, M.C.	557f
Hochschild, A.R.	253	Joraschky, P.	306
Höder, J.	469-491	Jorgensen, S.	526
Hoellen, B.	573-609	Josefsky, M.	516
Hoffmann, J.	204	Jourard, S.M.	20, 257
Hoffmann, S.O.	288	Juhane, D.	536
Holloway, W.	443	Jung, C.G.	30f, 40, 359-365, 368, 370, 372, 376f, 411f, 414, 420, 427, 434, 628
Holos, I.	264		
Holzcamp, K.	277		
Homer	65		
Horney, K.	228, 581	K	
Horowitz, M.J.	145, 193, 236	Kafka, G.	30, 41ff, 77
Hossenfelder, M.	578	Kagan, J.	140, 193, 201, 214, 217, 226, 234
Huber, C.H.	603	Kahle, G.	223
Hübner, K.	21	Kandinsky, W.	198
Hunt, V.	522	Kanfer, F.H.	557ff, 561f, 569
Hurrelmann, K.	194	Kant, I.	47, 80, 578, 615
Husserl, E.	49, 66, 382	Kapp, B.S.	104
		Käsermann, M.L.	308
I		Kast, V.	359-378
Iglesias, J.	292	Katz, S.	155, 160
Iljine, V.N.	23, 242, 249f, 255, 260, 264	Katz-Bernstein, N.	230
Imhof, A.E.	293	Kazdin, A.E.	137, 194
Inyushin, V.	522	Kahle, G.	208
Ivey, A.E.	604	Keleman, S.	522, 525, 529f, 533, 536, 538
Iwata, J.	101, 104	Keller, H.	218
Izard, C.	9, 12, 85, 88f, 94, 125, 139, 158, 201, 203, 207f, 213f, 216, 218f, 223, 231, 239, 245, 255, 290, 364, 377, 554, 556	Kelley, C.	531
		Kemmler, L.	158, 171-189, 192ff, 196, 230ff, 259
J		Kempe, R.S.	145
Jacobson, E.	294, 563	Kemper, J.	253
Jaffé, A.	363, 377	Kendrick, C.	146
James, T.	601, 630	Kent, C.	537
James, W.	94, 552, 554	Kenyon, J.	522
Jäncke, L.	91	Kernberg, O.	10, 206, 300, 311, 314, 338, 389, 414
Janet, P.	70, 627	Keßler, B.H.	276, 295, 298, 324, 573, 582, 584, 587, 591, 602
		Keupp, H.	560
		Khan, M.	301, 326

Kierkegaard, S.	73	Lake, F.	252, 522f, 526
Kilpatrick, D.G.	160	Landmann, M.	16, 593
Klages, U.	597	Lang, H.	249
Klein, M.	327	Lang, O.	411-439
Kleinginner, P.R.	138, 208	Lang, P.J.	83, 91f, 97ff, 101, 106, 110
Klinnert, M.	121	Lange, C.G.	554, 601
Klopstock, F.	47	Lanz, J.	47
Kohlberg, L.	156, 199	Lanzetta, J.T.	94
Köhler, W.	274, 276, 325f, 328	Larouso, L.	306
Köhlke, H.-U.	557	Lauth, G.	181
Kohut, H.	153, 338, 380, 383f, 386, 389, 395ff, 406f, 414	Lawrence, D.H.	526
Kolk, B. v.d.	145	Lazarus, A.	558
Kolk, B.A.	193, 236	Lazarus, R.S.	143f, 171, 174, 213, 222, 469f, 475-479, 481, 485, 576, 593, 601, 637, 638
König, K.	273, 310	Leahy, R.L.	227
Konkkou, M.	305	Leanderson, N.R.	303
Konorski, J.	99, 109	Leary, T.	160
Koppenhöfer, E.	565	LeDoux, J.E.	98, 103
Körner, H.	599	Lehr, U.	127
Körner, J.	263	Leiris, M.	21
Korte, H.	199	Lemeignan, M.	249f, 267
Korzybski, A.	617	Lemke, J.	233
Kossak, H.C.	627	Lempp, R.	291
Kostrubala, T.	479	Lenhardt, V.	450
Kottwitz, G.	441-465	Lesser, I.M.	304
Kovacs, M.	277	Lester, E.P.	296
Kraiker, C.	642f, 645, 649, 652	Leuner, H.C.	411, 413ff, 417, 420, 422, 432
Krause, R.	138, 148, 193, 195, 273-358, 388	Levenson, R.W.	92, 109
Krens, H.	539	Leventhal, H.	174, 179, 201, 230-233, 277, 284, 555
Kretschmer, E.	73	Levine, P.	323, 325, 338f, 527
Kris, E.	263, 324, 326	Levy, R.I.	126
Krueger, F.	28, 41	Lewin, K.	233
Kruse, O.	137-167, 171, 194, 219, 222, 574	Lewis, M.	119, 121, 130, 139, 141, 152, 201, 204, 213f, 219, 234, 287, 315, 339f
Krystal, H.	140, 145, 193, 281, 326	Lewis, R.	533, 539
Küchenhoff, J.	293	Lichtenberg, J.	392, 395, 429
Küchler, T.	302	Lifton, R.J.	511
Kuhl, J.	277, 601	Lilli, W.	647
Kuhn, T.S.	185	Lincke, H.	284, 332, 337
Kummer, H.	281ff	Lindsay, P.H.	18
Kurtz, R.	537	Lipps, T.	70
Kutschera, G.	626, 630, 633, 635, 637, 641, 644, 651, 654	Lipsitt, L.P.	262, 269
		Liss, J.	521, 525, 534
L		Little, B.R.	16
La Violette, P.A.	230	Loeber, R.	159
Laban, R.	536	Loftus, E.F.	312
Laborit, H.	521, 538	Lohmann, G.	49
Labouvie-Vief, H.	578	Lohmann, M.	487
Lafferty, P.	484		

Lomax, A.	300	Merten, J.	309
Lonngrén, K.	217	Messick, S.	37
Lorenz, K.	207, 425	Metzger, W.	67, 184, 383f
Lorenzer, A.	415, 427f	Meyer, M.F.	15
Lowen, A.	521, 526, 531, 535, 539	Meyer, V.	558
Lowry, R.J.	20	Meyerhold, V.E.	249, 251
Ludwig-Körner, C.	228	Michaelson, L.	119
Luhmann, N.	208	Middendorf, I.	535
Lutz, C.	124	Millenson, J.R.	552
Lutz, R.	551-572	Miller, A.	277, 300
Lydden, W.J.	593	Miller, G.A.	640
		Miller, P.	125
M		Mimnermos	80
Machiavelli, N.	255	Mindell, A.	533
Marcuse, H.	199	Mitscherlich, A.	318, 320
Mahler, M.	288, 524f	Mittenecker, E.	297, 320
Mahoney, M.J.	181, 184f, 593, 602, 604	Montagu, A.	292
Main, M.	120	Moore, R.	530
Malatesta, C.Z.	120, 123, 204, 234, 240, 323	Moreno, J.L.	249, 251, 255, 263
Malina, J.	249	Morgan, W.P.	479
Mandler, G.	96, 213, 216	Mörike, E.	65
Manet, E.	198	Morrison, A.P.	340
Mantell, D.M.	121, 201, 206	Morton, T.	158
Marcher, L.	526f, 532	Moscovici, S.	216, 218, 233, 252
Margraf, J.	186, 557f, 562f	Moser, T.	193
Markl, H.	249	Moser, U.	273f, 277f, 280, 296, 305, 307, 319, 332
Martin, H.P.	154	Mott, F.	523
Martin, K.	239	Mowrer, H.O.	257
Marty, P.	302	Mowrer, O.H.	552, 556
Marx, K.	199	Müller, B.	509, 516
Maslow, A.H.	20, 41ff	Müller, H.	333
Masten, A.S.	194	Müller-Ebert, J.	516
Masterson, J.F.	311	Muran, J.C.	593
Matussek, P.	160	Murphy, L.B.	121, 154, 194
Maul, B.	544	Muzekari, L.H.	306
Maultsby, M.C.	587	Myrtek, M.	96
May, R.	20		
Mayer, M.	302, 320	N	
Mayhall, P.M.	145	Narr, H.	559
McCord, W.	159	Nathanson, D.L.	156, 193
McDougall, J.	276, 293, 301	Navarro, F.	538
McIver, R.M.	26	Neidhöfer, L.	529
McNair, D.M.	85	Neisser, U.	179
McNeel, J.	459	Nelson, K.	226
Mead, G.H.	253, 299	Nemiah, J.C.	302
Mecheril, P.	171-189	Newman, K.M.	404
Mees, U.	171, 219, 624	Newsome, M.	395f
Mehrabian, A.	86	Nichols, M.P.	183, 194
Melito, R.	296	Nickel, H.	192
Meltzoff, A.N.	203, 234, 290	Niebel, G.	557

Niederland, W.G.	145, 160, 327	Piaget, J.	180, 205, 297, 299, 342
Nitsch, J.R.	143	Pierrakos, J.	521, 530f, 539
Nitzsche, F.	69, 199, 257	Pine, F.	289
Noam, G.	138, 193	Pitkänen, A.	103
Novaco, R.W.	158	Platon	80
Nowlis, V.	85	Plessner, H.	244, 292, 323
Noy, P.	280	Plutchik, R.	99, 200, 213, 282, 297
		Polster, E.	32
O		Pöppel, E.	556
O'Connor, J.	620, 622, 635	Pound, A.	195
O'Leary, K.D.	558	Pribram, K.H.	230
Ochberg, F.M.	193, 236	Pritz, W.F.	332
Öhman, A.	83ff, 94, 109	Prochaska, J.	186
Oeltze, H.-J.	233	Prohansky, H.M.	15
Oerter, R.	192		
Ogden, T.	296, 331, 419	R	
Oldfield, H.	522	Rachman, S.J.	604
Olweus, D.	158f	Rad, M. von	302
Ornstein, P.H.	182, 397	Radfort, J.	33
Orr, S.P.	286	Raimy, V.	185
Ortony, A.	218	Ratzel, F.	69
Osgood, C.	86, 98	Redding, R.E.	195
Öst, L.G.	102	Redican, W.K.	280
Oster, H.	139, 203	Reich, W.	257, 520f, 528, 530f, 534f, 538f
Ostow, M.	317, 341	Reinecker, H.	558
Otto, R.	81	Reisenzein, R.	603
Ouspienskij, N.	242	Reiser, D.E.	276, 311
Overbeck, G.	304	Revers, W.J.	18, 28, 322
Ovid	227	Rhode-Dachser, C.	295, 310f, 345
		Richman, N.	195
P		Richter, H.E.	337f
Panksepp, J.	207	Riedel, M.	40
Papetz, J.W.	102	Riedl, R.	298
Papoušek, H.	203, 268	Riegel, K.	25, 31
Papoušek, M.	133, 234, 268	Riemann, F.	525
Parin, E.	294	Riesmann, D.	199
Parsons, J.	88, 199	Risch, G.	49
Pascal, B.	604	Rispoli, L.	525
Paulus	79	Rivera, de J.	140
Pawlov, I.	150, 525	Roberts, R.J.	96
Peiper, A.	139	Robertson, J.	144
Pekrun, R.	632f	Robins, N.L.	195
Perls, F.	39, 252, 265, 442, 493-496, 503f, 510	Rogers, C.	20, 37, 181, 431, 469-476, 478, 480f, 483, 485f, 574, 596
Pesso, A.	251, 255, 263f		
Pető, O.	310	Rogers, P.L.	307
Petzold, H.	20, 23ff, 47, 180, 191-269, 624f	Röhrle, B.	219, 241
Petzold-Heinz, I.	242	Rolf, J.	195
Pfingsten, U.	557	Rombach, H.	23
		Rorer, L.G.	603

Rosenberg, M.	226, 228	Schmid, B.	448
Rosenstein, D.	203	Schmidt, C.	242
Rosenthal, A.	307	Schmidt-Atzert, L.	15, 221f, 556
Rosenthal, B.G.	32	Schmitz, H.	47-82, 191, 200, 208, 216, 239, 242, 269
Rosner, S.	133	Schneider, K.	84, 88, 297, 305, 551
Rotter, J.B.	478	Schneirla, T.C.	99, 109
Rudermann, A.J.	594	Schopenhauer, A.	77
Rüegg-Kuhlenkampf, W.	300	Schuller, H.	199
Russel, J.S.	217	Schumann, R.	208, 223
Russell, J.A.	86, 556	Schwaber, E.A.	395f, 404, 406
Rutter, M.	11, 152, 154, 193	Schwartz, D.	582, 600
Ruwwe, F.	487	Schwartz, G.E.	83, 90f, 95, 249
Rychlak, J.F.	31	Schwarz, N.	562
		Schwarzer, R.	193, 222, 557
S		Schwenkmezger, P.	557
Saarni, C.	125, 219	Scott, J.P.	282f
Sabetti, S.	522	Seligman, M.E.P.	326
Sachsse, U.	301	Sells, S.B.	26
Salber, W.	24f, 35	Selye, H.	304
Salovey, P.	479	Setekleiv, N.	521
Salter, A.	557	Shatan, C.F.	326
Sameroff, A.J.	192, 194	Sieper, J.	233, 240
Sandhöfer, M.	304	Sifneos, P.E.	237
Sandler, J.	332, 334, 341, 560	Signer-Brandau, D.	230
Sappho	47	Silver, A.A.	306
Sartre, J.P.	73	Simon, F.	283
Saslow, G.	557	Singer, J.E.	49, 553
Saup, W.	228	Singer, M.	322
Scarr, S.	141	Sloane, R.B.	561
Schachter, S.	49, 213, 553, 576, 601, 603	Smith, D.	94, 101, 573
Schachter, J.	95	Smith, S.M.	146
Schacter, D.	201	Snyder, U.	254, 263
Schauer, G.	611-657	Sokrates	434
Scheele, B.	18	Sorce, J.F.	142
Scheff, T.	208, 252	Southwell, C.	531f
Scheflen, A.	310, 338	Speyer, K.	537
Scheler, M.	49, 61, 66, 208	Spitz, R.	140, 288, 290, 322, 334, 430
Schelp, T.	171-189, 192, 194, 230ff, 475, 582f, 604	Spörri, T.	275f, 308
Scherer, K.	84, 88, 90, 137, 143, 150, 194, 200f, 222, 235, 240, 278, 281, 284, 315, 574, 576f, 603f	Sroufe, L.A.	137, 139f, 152, 154, 160, 192, 194, 201, 203, 214, 226, 287
Schiff, J.L.	443, 445	Stampfl, T.G.	562
Schilder, P.	70, 293	Stanislavskij, C.N.	243, 245, 249, 251
Schindler, L.	558	Stattman, J.	537
Schlegel, J.	474, 482f, 488	Stayton, D.	160
Schlegel, M.	377	Stearns, C.Z.	127
Schleiermacher, F.	70	Steimer, E.	302, 306ff
Schleifer, R.	303	Steimer-Krause, E.	288, 306
		Steiner, C.	443
		Steiner, F.	307
		Steiner, J.E.	141

Stemmler, G.	96	Turiel, E.	262
Stenberg, C.	158	Turner, B.S.	293
Stephansky, P.E.	396f	Turner, T.J.	218
Sterba, R.	263	Turner, V.	218
Stern, D.	146, 192f, 202, 214, 226, 234, 241, 269, 392, 429, 525		
Stern, W.	380		
Sternberg, R.	227	U, V	
Steuernagel, H.	242	Uexküll, J. von	423
Stevens, J.O.	182, 265	Ulich, D.	119-135, 173, 193f, 196, 200, 204, 207, 213, 230f, 551, 555
Stevenson, I.N.	194, 253		
Stirnimann, F.	289	Unruh, D.R.	216, 252
Stoller, R.	314	Vaihinger, H.	614f
Stolorow, R.D.	395f, 404, 406	Vaughn, K.B.	92
Strack, F.	485	Veit, H.	74
Ströhm, W.	221f	Verney, T.	523
Stumpf, C.	72	Verres, R.	257f
Süllwold, L.	305	Vincent, J.D.	207, 223, 494
Suppes, P.	284	Volpert, W.	200
Sutherland, S.	160	Vrana, S.R.	92, 96f, 107
		Vyt, A.	192, 267
T		W	
Takeno, S.	217	Wagner, H.L.	249
Tausch, R.	469-491	Wahl, H.	227
Taylor, G.S.	555	Waits, E.A.	315
Tenbrink, D.	379-410	Walen, S.R.	183, 584
Terman, D.M.	395f, 404, 406	Walker, E.	306
Terwogt, M.M.	139	Wallbott, H.G.	288
Thayer, R.E.	479	Wallerstein, R.S.	396
Thelen, E.	234	Warburg, O.	539
Theweleit, K.	301, 316	Warren, H.	245, 284
Thomä, H.	303, 321	Warren, R.	582
Thomas, K.	201, 213, 219, 237, 240, 412	Watson, D.	85f
		Watson, J.B.	552
Thompson, G.	442f	Watzlawick, P.	614f
Ticho, E.A.	299, 332	Weber, K.	302
Timmens, B.	534	Weber, M.	199
Tölle, R.	180	Weerth, R.	614ff, 620f, 628, 630, 633, 642
Tomkins, S.S.	139, 150, 202, 213, 280, 300, 339, 364		
		Wehowsky, A.	537
Torock, M.	319	Weinrich, J.D.	282
Trad, P.V.	195	Weintraub, S.	195
Traue, H.C.	236, 255, 266, 269, 302	Weisz, J.R.	590
		Wessler, R.L.	591
Trautner, H.M.	192	White, R.W.	382
Traxel, W.	86	Wicklund, R.A.	33
Traxel-Hofstätter	48	Willi, J.	338, 434
Tress, W.	301, 323	Willick, M.S.	262
Trevarthen, C.	204, 234, 240	Wilson, G.T.	558
Tuchmann, B.	311	Wilson, J.P.	146, 160
Tulku, T.	535		

Wink-Hilton, V.	532	Y, Z	
Winnicott, D.W.	265, 294, 301, 384f, 389ff	Yakovlev, P.	538
Winton, W.M.	96	Yankura, J.	584, 593, 602
Wittchen, H.-U.	274	Yates, A.J.	558
Wittkin, H.A.	293	Yontef, G.	516
Wittmann, L.	561	Zahn-Waxler, C.	195
Wolf, S.	95	Zajonc, R.B.	28, 30, 150, 214, 216, 239, 241, 603
Wolfe, J.L.	573, 594	Zavitzianos, G.	315
Wolfe, T.	538	Zentner, M.	195, 201, 214, 219, 238
Wolf, P.H.	204	Zeppelin, I. von	338
Wolpe, J.	557, 562f	Zettle, R.D.	591
Woodruff, G.	255	Zilboorg, G.	325
Woodworth, R.S.	578	Zimbardo, P.G.	156
Woolfolk, R.L.	171, 602	Zimmer, D.	215
Wurmser, L.	335	Zivin, G.	240
Wüstehuge, A.	604	Zohar, D.	522, 530
Wyss, D.	20	Zuckerman, M.	85, 301, 320f
		Zundel, R.	233

Sachwortregister

A		Amnesie	145
Abreaktion	39	Amygdala	103, 110
Abstinenzregel	10	Amygdalakern	106
Abwehr	38, 98, 148f, 159, 303, 339	Anästhesierung	237
Abwehrdisposition	101	Angst	66, 73, 138, 142ff, 147, 152, 155, 159f, 226, 281, 286, 290, 313, 325
Abwehrmechanismen	143, 150, 329	Angst, traumatische	160
Abwehrsystem	102, 277	Angst-Störungen	160
Abwertung	11	Angstentwicklung	138
Acht-Monatsangst	159	Ängstlichkeit	160
action scripts	141	Angstlust	322
Adaptation	144	Angstsyndrom	274
Affekt	31, 42, 47f, 92, 173, 191, 224, 335	Anthropologie	19f
Affekt-Training	243, 251f	Antizipation	101
Affektansteckung	290	Appetenzsystem	99
Affektausdruck	91, 283	appraisal	198
Affektdarstellung	307	Archetypen	30
Affektdisziplinierung	199	Archivierung, mnestiche	214
Affektlehre	80	Ärger	127, 130, 138, 141, 143, 158f
Affektforschung	277	Ärgerprofile	95
affektiv	50, 71, 274	Assimilation	20
Affektivität	86, 305	Assimilationsfähigkeit	184
Affektkontrolle	325	Assoziationsstärke	132
Affektmatrix	312	Ästhetik	47
Affektmimik	261	Atem	64, 241
Affektmotorik	214	Atemarbeit	242
Affektozept	15	Ätiologie	305
Affektprogramme	98, 109	Atmosphären	55f, 61, 78, 80, 210
Affektsozialisation	300	Atmung	260
Affektsteuerung	10	Attributionsemotionen	220
Affektsystem	300, 311, 329	Aufmerksamkeit, gleichschwebende	10
Aggression	102, 126, 142, 144, 147, 159, 194, 253, 299, 319	Ausdruck	88, 123, 138, 160
Aggressionsentwicklung	138	Ausdruck, emotionaler	141
Aggressionsforschung	158	Ausdrucksblockierungen	258
Aggressionsstörung	159	Ausdrucksmuster	140
Agitiertheit	238	Ausdrucksregeln	141
Ahnungen	66	Ausdrucksverhalten	309
Akkommodation	20, 180, 297	Ausgrenzung, soziale	154
Aktionstendenzen	138, 140	Auslöser	149
Alexithymie	237, 275, 302	Auslöser von Emotionen	141
Alltagsbewußtsein	36	Auslöser, emotionaler	141
Alltagswirklichkeit	17, 22	Ausstimmung	244, 268
Altruismus	142	Authentifizierung	34, 41
Ambivalenz	151, 237	Authentizität	151

Autismus	288f
Autoerotik	295
autogenes Training	75
Autonomie	151
Aversionsystem	101, 107, 110
awareness	21, 25, 265

B

Babyforschung	227
basic emotions	250
basic trust	226
Basisemotionen	218
Behinderung	154
Belastung, emotionale	137, 143, 196
Belastungen, zeitextendierte	171, 235
Belastungsreduktion	186
Belohnung	205
Berührtheit	264
Besetzungsabwehr	307
Bestrafung	159
Betroffenein	50, 71, 77
Bewertung	172, 184f
Bewertungsemotionen	220
Bewertungsvorgang	178
Bewußthaben	51
Bewußtseinsstrom	181
Beziehung, ödipale	342f
Beziehungen	283
Beziehungsarbeit	127
Beziehungsemotionen	220
Bezugspersonen	194
Bindung	146, 151, 153, 155f, 224
Bindung, sichere	154
Bindung, unsichere	152
Bindungsentwicklung	138, 151f
Bindungsprobleme	156
Bindungsqualität	152
Bindungssicherheit	125
Bindungsstörungen	151, 153
Bindungsverhalten	121, 152
Blick	310, 336
Blickaustausch	310
Blickkontakt	123
Blockaden, emotionale	142
body posture	245
Borderline-Niveau	317
Borderlinestörungen	288, 322, 311
bottom-up-approach	229, 251
breathing pattern	245
Burnout	235

C

Chaos, emotionales	217
Charakterentwicklung	301
Charakterpanzerung	257
Clusteranalysen	221
compréhension scénique	239
Coping	143, 311
Copingfähigkeiten	235
Copingstrategien	316, 321
Corrugatormuskel	91
Couch Setting	10

D

Defizite, emotionale	144, 146, 148, 152
Deformationen emotionaler	
Kernreaktionen	140
Dekonstruktion	24
Demoralisierung	185
Denken	150
Denkstörungen	276
Depression	192, 257, 274, 301, 320, 332
Deprivation	146, 192, 293
Deutung	49
Diagnose	277
Differenzierung	299
Differenzierungsarbeit, emotionale	196, 252
Differenzierungsprozesse	172
Diskriminierung	154
Display rule	313
Distanz	142, 151, 157
Distanzkultur	294
distress	203
Dominanz	54
Drama	76
Drei-Ebenen-Ansatz	84
dritter Weg der Heilung	267
DSM III R	145

E

Egoismus	142
Eifersucht	155
Einflußsystem	133
Einleibung	64
Einsamkeitsgefühle	205
Einseitigkeit, emotionale	238
Einstimmung	243
Ekel	139, 141, 144, 206, 280, 286, 291, 312, 314, 343

Elektroschock	306	Entwicklungspsychologie	137
Eltern	204, 301, 341	Entwicklungspsychologie der Emotionen	9, 201
Eltern-Kind-Beziehung	127, 154	Entwicklungspsychologie, klinische	137
Elternbindung, sichere	146	Entwicklungspsychopathologie	137
Elternverlust	160	Entwicklungsstörungen	138
Emanzipation	54, 74	Ereignis, ko-kreatives	260
emoting	250	Ereignisse, kollektive	216
Emotion (s. Gefühl, Affekt)	15, 36, 90, 123, 126f, 171, 174, 182f, 192, 200, 213, 220	Erfolg	154
emotional effector patterns	201	Ergossenheit	62
emotional management	255	Ergriffensein	71
emotional modelling	253	Erinnerungen	310
emotional skills	141	Erkennen	336
Emotionalität	120	Erkenntnisidentität	21
Emotionen, basale	203	Erleben	139
Emotionen, Beeinflussung von	180	Erlebnisaktivierung	181, 218
Emotionen, elementare	139f	Erlebnisgeschichte	129
Emotionen, ko-respondierende	264	Erlebensweisen	83
Emotionen, komplexe	210	Eros	47
Emotionen, moralische	220	Erregungen	62, 64
Emotionen, selbstreferentielle	229	Erregungsmuster	209
Emotions-Psychophysik	91	Erregungsniveau	99
Emotionsarbeit, regressive	267	Erwartungsemotionen	220
Emotionsbegriff	85, 221	Erziehungsideologie	207
Emotionsbenennung	130	Evokation	230, 251
Emotionsdefinitionen	208	Existenzängste	204
Emotionserleben	149	Expression, adgressive	214
Emotionsforschung	84f	Expression, evasive	214
Emotionshaushalt	157	Expression, exitierte	214
Emotionsindikatoren	98	Expression, irenische	214
Emotionsprogramme	94	Expressivität	90
Emotionspsychologie	213, 223, 230		
Emotionsstörungen	273	F	
Emotionstheorie	47, 94, 178, 193, 197	facial expression	202
Emotionstheorie, darwinistische	218	Familie	119
Emotionsworte	85	Feindseligkeit	158
Empathie	276, 280	Feinfühligkeit	60, 132
Empfinden, subjektives	138	Feinstimmen	244
Empfindungen	223	Feld, emotionales	217
Encodierungsstudien	308	Figur und Grund	69
Engagement	23, 310	Fixierung	148f
Engagement, partielles	241	Fixierung, regressive	238
Engung	53	Fleisch	79
Entwicklung, emotionale	137f	Flucht	326
Entwicklung, moralische	138, 156	fluency	241
Entwicklung, neurotische	147	Focusing	34, 181
Entwicklung, psychopathologische	138, 143, 147, 151	Fokalregression	261
Entwicklungsprozesse	10	Folterungen	160
		Formen, sentimentische	245
		Fremdattribution	198

Fremde	21	Gestaltkonfigurationen	286
Fremdenfurcht	159f	Gestaltpsychologie	69
Freude	59, 63, 130, 138ff, 142, 146, 151f, 280, 313, 323	Gestaltqualitäten	48
Friede	79	Gestalttherapie	171, 254
Frustration	144, 146, 158	Gestik	266
Furcht	67, 96, 99, 120, 159	Gesundheitsforschung	222
Furchtkonditionierung	103	Gewalt	121, 145, 154
		Gewissen	156f
		Gott	79f
		Grauen	67
		Grundbedürfnisse	42
		Grundemotionen	210
		Gruppenbewußtsein	254
G			
Gedächtnis	98, 312		
Gedächtnistheorien	11		
Gefängnis- und Lagerhaft	160		
Gefühl der Gefühllosigkeit	73		
Gefühle (s. Emotion, Affekt)	30, 37, 56, 61, 173, 222	H	
Gefühle, zentrierte	70	Handlungen	284
Gefühllosigkeit	70	Haß	155
Gefühls-Psychologie	20	Herzklopfen	83
Gefühlsarmut	237	Heuristik, klinische	222
Gefühlsausdruck	119	Hier-und-Jetzt	31, 182, 263
Gefühlsbezeichnungen	221	Hilfs-Ich	263, 292
Gefühlsforschung	15	Hologramm-Theorie	230
Gefühlskontrast	60	Homöostase	96, 283
Gefühlsleben	85	Horizont	27
Gefühlspräferenzen	219	Humanistische Psychologie	19f
Gefühlsräume	241	Humankreativität	24
Gefühlsrepertoire	119, 239	Hunger	289
Gefühls-schablonen	130	Hypervigilanz	145
Gefühlstheorien	48	Hypostasierungen	50
Gefühlstherapie	38	Hypothalamus	102
Gefühlstönungen	205	Hysterie	317
Gefühlstypen	130		
Gefühlsverwirrungen	236	I	
Gefühlswelt	278	Ich	261, 291, 319
Gefühlsworte	77	Ich-Du-Grenzen	310
Gefühlszustände	83	Ich-Ideal	332, 335, 337, 340
Gegenaktion	39	Ich-Zustände	28
Gegensatzrelationen	297	Ichdefekt	322
Gehirn	198	Ichzustände	311
Geschichte des Lernens	249	Ichzuständigkeit	40, 43
Geschlechtsrollenunsicherheit	156	Idealisierung	309
Geschwister	123	Idealität	340
Gesellschaft	131	Identifikation	333f
Gesicht	139	Identität	53, 331, 339
Gesichtsausdruck	120f	Identität, sexuelle	155
Gesichtsmuskel-EMG-Studien	90	Identitätsbildung	227
Gesichtsmuskelaktivität	91	Identitätszwang	199
Gesichtsmuskulatur	203	Imagination	96, 229
Gestaltanalyse	66	Implosionsschicht	39
		Impressionen	256

Infantilismus	288	Kognition	17, 137, 156, 161, 186, 213, 252, 297f
information processing	18	Kokreativität	23f
Information, nonverbale	142	Kollektiv	198
Informationsverarbeitungstheorie	179	Kommutilität	206
Inhibierung	237	Kommunikation	259
Innenwelt	49, 55, 209	Kommunikation, emotionale	146
Instinktsystem	282	Kommunikationsstruktur	288
Integration	40, 299	Kommunikationstechniken	269
Integrative Psychotherapie	20, 230	Kompetenz, soziale	195
Integrative Therapie	23, 193, 242, 260	Konflikt	79, 147f, 152, 157, 235, 342
Intensität	178	Konfliktanalyse	249
Intentionalität	62, 80	Konflikte, emotionale	144
Interaktion	196	Konfluenz	223
Interaktion, emotionale	191	Konfrontationen	183
Interaktionssteuerung	283	Konkreativität	23
Interaktionsstile, emotionale	195	Konstellierung	243
Interesse	145, 320	Konstruktion von Emotionen	140
Intermediärobjekt	265	konstruktivistische Ansätze	140
Intimität	154ff	Kontext/Kontinuum	200
Intimitätsentwicklung	138, 155	Kontrollanalyse	219
Intimitätsgrenzen	155	Kontrollmechanismen, kognitive	141
Intrauterinfotographie	191	Konversionsphänomene	302
Introjektion	78, 80, 342	Körper	293
Introjektionsvorgang	343	Körper-Ich	339
Intuition	33	Körperempfindungen	231
intuitive caregiving	207	Körpergefühl	156
Inzest	157	Körpergrenzen	335
Inzest-Opfer-Syndrom	145	Körperperipherie	305
Irritabilität	145	Körperprozesse	175
		Körperschema	57, 292, 315
K		Körperselbst	316, 330
Kastration	313	Kreativität	18, 142
Katastrophen	160	Kriegsneurosen, traumatische	145
Katastrophenerfahrungen, traumatische	146	Kriminalität	159
Katharsis	183	Krisenintervention	252
Kausalität	298	Kultur	126, 130
Kernreaktionen, emotionale	148	Kultur, emotionale	191, 201, 210, 218, 236
Kind	119f, 194, 341	Kulturalität	16
Kinderarbeit	126	Kulturtheorie	200
Kindererziehung	300	Kulturvergleich	122
Kindertherapie	265	Kummer	63f, 126, 138, 143, 147, 152f, 160
Klassifikationen	220	Kybernetik	16
Kleinkindzeit	191	KZ-Opfer-Syndrom	145
Ko-Affizieren	250		
Ko-emotionen	207		
Ko-respondenz	253		
Ko-respondenzgefühl	266	L	
Ko-respondenzprozesse	231	Lächeln	140
Kodierungstechniken	88f	Lachen	55, 323

Lebensaufgabe	142, 154, 157	Mimikdialog	234
Lebensereignisse, kritische	137	Minderwertigkeitsgefühle	155
Lebensgefühle	72	Mißbrauch	157
Lebensgeschichte	26	Mißbrauch, sexueller	154ff, 160
Lebensspanne	11, 200, 204	Mißerfolg	154
Lebenswelten	55	Mißhandlung	120, 154, 160
Lebenszufriedenheit	222	Mißhandlungs-Syndrom	145
Leib	58, 61, 74, 76f, 199	Mit-Menschen	22
Leib, perzeptiver	199	mnestische Kerne	262
Leib-Gedächtnis	233, 262	mood disorders	9
Leib-Selbst	198	Moral	142, 156f
Leibesinsel	61	Motilität	292
Leibsubjekt	197, 212	Motivationen	195
Leid	78	Motivationssystem	99, 109
Leidensmuskeln	92	Motivationsverlust	235
Lern- und Selbstorganisations- prozesse	138	Motorik	88, 214
Libido	77	Mutter	264, 299
Liebe	78, 264, 313, 345	Mutter-Kind-Interaktion	140
Liebesbeziehung	345		
Liebesobjekt	345	N	
life span developmental approach	233	Nachnähren	196, 258
life span developmental perspective	202	Nacktheit	155
Liturgie	337	Nähe	142, 153ff
locus of control	227	Narzißmus	153, 156, 295, 336
Lokomotion	295, 330	Narzißmus, primärer	226
Loyalitäten	157	Natur	300
Lust	47, 76, 78, 147, 155	Netzwerke, soziale	268
Lust, sexuelle	147	Neugeborene	203
Lust/Unlust	141, 208	Neugier	138f, 142, 320
Lustprinzip	184	Neurosen	39, 296, 303, 327, 329
		Neurosenentwicklung	153
M		Neurosenpsychologie	145
Makroklima	208	Neurowissenschaften	110
Manipulation	255	Normalität	276
Mannigfaltigkeit	52	Normen	156
Medulla oblongata	104	Numinoses	81
Mega-Atmosphären	233		
Mehrebenenanalyse	84	O	
Mehrschichtigkeit	30	Objekt	284, 316, 328, 331
Memorieren, autobiographisches	12	Objektbeziehungen	281, 286, 299, 304, 324, 342
Mensch-Maschine	16	Objektbeziehungswunsch	312
Menschenbild	15, 32, 34, 37	Objektivierung	23
Menschenmodell	17, 19	Objektrepräsentanzen	333
Meta-Emotionen	15, 33, 35, 38	Objektverlust	299
Metapher	21	Ökologie	37
Metapher Computer	18	Ontogenese	287
Milieus, prävalent pathogene	261	Organempfindungen	72
Mimik	266	Organwahl	303
		Ortsraum	62

P		R	
Parik	226	Rationalismus	56
parentage/reparentage	264	Rationalität	175
Parenting/Reparenting-Modell	240	Räumlichkeit der Gefühle	57, 62
Partial-Objekte	344	Reaktionsereignis	98, 109
Partialisierung	36	Reaktionsmuster	85, 95
Passung	16	Reaktionsprofile	96
Pathogenese	192, 195, 236	Reaktionssyndrome	83
Pathologie	9, 300	Realitätswahrnehmung	340
Peinlichkeit	156	Rebirthing	261
pensée opératoire	304	Reduktionismus	72
Person	79	Reflexivität	33
Person-Welt-Bezug	28	Regression	55, 260, 288
Personalität	52, 55	Regressionen, benigne	263
Persönlichkeit	151	Regressionen, maligne	263
Persönlichkeitsentwicklung	148, 196	Regungen	74, 223
Persönlichkeitsstörung	276, 325	Reifung	140
Persönlichkeitsstruktur	128	Reifung, biologische	138
Perzepte	296	Reizevaluation	103
Perzeption	331	Reizfeld	320
Pesso-System	255	Reizüberflutung	182
Phänomenologie	41	Reizverarbeitung	107
Phänomenologie der Gefühle	81	Repertoire	174
Phantasien	157	Repräsentanz	280, 299, 329
Phase	288, 293	Repräsentanzenbildung	333
Phobiker	102	Repräsentationen	131, 332
Phylogenese	282, 284	Repression	209
Physiologismus	55	Repression, internale	257
Posttraumatisches Streß-Syndrom (PTSD)	145	respiratorisch-postural- faziales Muster	202
Potentialitäten	27	Ressourcen	235
Prävalenz	284	Retroflexion	32
Primäraffekte	281, 284, 292, 301	Richtungsraum	58, 62
Primäremotionen	281, 332	Rivalität	155
Primärprozeß	324	role practice	249
Primärtherapie	254	Rollen	32
Privatgefühl	60	Rollenspiel	182
Privatheit	122	Romantik	65
Problemverdrängung	19	Ruhe	123
Projektion	288, 293		
Prostitution	155	S	
Prozesse, kognitive	138, 140f, 179	Scham	67, 124, 142, 144, 155ff, 159, 316, 335
Psychoanalyse	140, 147	Schamgefühl	337, 340
Psychologie, klinische	137, 144, 273	Scheidung	153f
Psychopathologie	143f, 159, 287	Schema-Konzept	128
Psychose	30, 274	Schicht	218
Psychosomatiker	148, 320	Schichtzugehörigkeit	125
Psychosomatosen	302	Schizophrene	306, 309, 325
Psychotherapie	150f, 171	Schizophrenien	305
Psychotherapieschulen	172	Schlaflosigkeit	145
Psychotiker	308, 339		
Puritanismus	126		

Schmerz	68, 260, 286	sensation seeking	321
Schreck	126, 139, 145	Sensibilität	152
Schreckreaktion	106f	sentiment	48
Schreien	289	Sexualität	155f
Schüchternheit	160	Sexualstörungen	295
Schuld	124, 142f, 147, 149, 155ff, 159	Signalanteil	300, 325, 329
Schuldgefühle	343, 345	Signale	175
Schulen der Psychotherapie	11	Signalfunktion	173
Seele	17, 49, 55f	Sinn	129, 216, 225
Seelenschmerz	223	Situation	27
Seelenzustände	78	Situationsspezifität	96
Sehnsucht	64	Skotomisierung	237
Sekundärprozeßanteil	324	Skripts	180
Selbst	51, 158, 229, 280, 299, 301, 312, 317, 324, 330	social competence	227
Selbst-Aufforderung	40	social world	216, 218, 233, 252
Selbst-Erkenntnis	22	Sozialisation, emotionale	141, 156, 218
Selbst-Findung	28	Sozialisationsforschung	205
Selbst-Konfrontation	21	Spaltungsmechanismen	311
Selbst-Konzept	25, 29, 142, 153	Spannung	54
Selbst-Objekt	338	Spannungsstonus	266
Selbst/Objekt-Matrix	296	Spezifitätshypothese	95
Selbstaufmerksamkeit	156	Spielkultur	268
Selbstbehauptung	158	Spontaneität	56, 142, 151
Selbstbeobachtung	252	Sprachlosigkeit, alexithyme	240
Selbstbetroffenheit	28, 173	Stigmatisierung	154
Selbstbewußtheit	156	Stile, emotionale	9, 194
Selbstbewußtsein	51	Stimmausdruck	139
Selbstbilder	153	Stimmregression	262
Selbstempathie	304	Stimmungen	48, 66, 125
Selbstentleerung	301	Stimmungsglocke	58
Selbsterleben	330	Stimmungsschwankungen	151
Selbstgefühl	197, 203	Stimulierung, maligne	256
Selbstgrenzen	340	Stimulussituation	26
Selbsthingabe	42	Stolz	147
Selbstkontrolle	199	Störungen, frühe	140, 300
Selbstregulation	150	Störungen, neurotische	151
Selbstrepräsentanzen	277	Störungen, psychische	146, 161
Selbstverwirklichung	22, 184	Störungen, schizophrene	148
Selbstwahrnehmung	273	Streß	137, 143, 145, 148, 154f
Selbstwert	153ff	Streß, moralischer	144
Selbstwert-Verletzungen	144	Streßbewältigung	143
Selbstwertentwicklung	138, 153f	Streßemotionen	9, 236
Selbstwertgefühl	147, 153	Streßforschung	222
Selbstwertkrisen	235	Strukturen, kognitive	157, 174
Selbstzwangsapparatur	199	Subjekt	27, 53, 284
self esteem	153	Subjekt-Objekt-Beziehungen	298
self-efficacy	185	Subjektivität	16, 49ff, 54, 74
self-monitoring	254, 263	Subkultur	218
Senium	204	Sublimierung	42
		Supervision	219
		Symbiose	293

Sympathie-Emotionen	220	U	
Sympathiegefühle	72	Über-Ich	179, 319, 332, 335, 341
Sympathikus	104	Über-Ich-Entwicklung	344
Synergeme	207	Überforderung	9
Synergeme, komplexe	209	Übergangsobjekt	294
Synergie	210	Überraschung	280, 320
Synergie-Effekte	217	Übertragung	151, 254, 321
Synthese der Emotionen	140	Umstimmen	244, 268
Systemgrenzen	338	Umwelt, soziale	156
Szenen, pathogene	262	Unlust	76
		Unterstützung, soziale	132, 143
T		Uraffekte	30, 41
Tapferkeit	267	Urteilsfähigkeit, moralische	156
Taxonomie	287	Urvertrauen	132, 296
Taxonomie der Affekte	278		
Taxonomie der Primäremotionen	314	V	
Technologie	16	Valenz	98
Temperament	97, 125	valuation	198
Temperamentsunterschiede	73	Verarmung des Ichs	337
Thalamus	103	Verbot	340
Theater, therapeutisches	23	Verdrängung	149
Theorie der Emotionen	208	Vergewaltigung	155, 160
Theorie der Zivilisation	198	Vergewaltigungs-Trauma-Syndrom	145
Therapieschulen	178, 181	Verhaltenstherapie	183
Thymopraktik	234, 242, 244, 269	Verhalten, soziales	159
Thymós	77, 209, 234	Verinnerlichungsvorgänge	333
Tiefenangst	139	Verlassenheitsgefühle	153
Tiefenfurcht	141, 160	Verletzlichkeit, emotionale	145f, 161
Tiefenwahrnehmung	139	Verletzungen, emotionale	143
Tod der Eltern	153	Verleugnung	149f
top-bottom-approach	251	Verlust	153f
top-down-approach	230	Vermeidungs-Konflikt	147
Tracer-Substanzen	103	Vernachlässigung	153f, 226
Transaktion	174	Vernunft	80
Trauer	51, 59, 63, 102, 280, 290, 313, 318	Vernunft-Gefühl-Divergenz	238
Trauerarbeit	276	Verrücktheit	32
Traum	145	Versagen	154
Trauma 143ff, 147f, 150, 157, 281, 327		Versagensgefühle	159
Traumaforschung	193	Verspannungen	266
Traumata 144, 235, 291, 327		Versprachlichung	194, 240
traumatische Situation	326	Verstehen, szenisches	239
Traurigkeit	124	Verzweiflung	63
Trennung 144, 152f, 158, 318		viation	259
Trennungsangst	160	Videoanalysen	265
Trennungsfurcht	160	Vielfalt, emotionale	196
Trieb 56, 158, 161		Viktimisierung	154
Triebhandlungen	282	Vorläuferemotionen	204, 214
Triebtheorie	193		
Trotz	158		
Trotzreaktionen	158		

W			
Wachstum	42	Wiederholungszwang	321
Wachstumsprozesse	142	Wille	77
Wahrnehmung	141, 231, 298	Wirklichkeit	17, 53
Wahrnehmungsstörungen	275	Wut	88, 202, 290, 299, 319
Wärme	267	Wutausbrüche	145
Wärme, emotionale	240		
Weg der Heilung	240		
Weinen	55, 324	Z	
Weiteraum	58, 62	Zeitgeist	233
Weitung	53	Zeitwahrnehmung	293
Welt-Konzept	34	Zielemotionen	220
Wendepunkte, biobehaviorale	140	Zivilisationstheorie	200
Wertbindungen	131	Zorn	67
Wertlosigkeitsgefühle	228	Zufriedenheit	63
Widerfahrnis	29, 43	Zustand, irenischer	215
Wiederholungstendenz	148	Zwischenleiblichkeit	269



Warum berühren Sie nicht?

1994, 182 Seiten, zahlr.

Abb., kart.

DM 24,80

ISBN 3-87387-133-5

Die Augen unseres Herzens, mit denen wir zärtliche Blicke schenken und empfangen, sind unsere Fingerspitzen. Mit ihnen

berühren wir und werden wir berührt. Wenn sie sanft sind und offen, säen wir

Liebe, die uns als Menschen begründet; wenn sie aber gefühllos sind und zur Faust geballt, ernten wir Einsamkeit und Egoismus. Denny Johnson gibt uns mit seinem Buch „Touch“ den Mut zurück, einander rückhaltlos zu *berühren*, vertrauend als

Freunde, gütig und zärtlich wie Eltern und leidenschaftlich wie Liebende.

Mit Geschichten aus dem Alltag erklärt Denny Johnson, auf wie vielfältige Weisen Menschen miteinander kommunizieren können.



Er zeigt, wie Menschen Körpersprache gebrauchen, um Botschaften zu übermitteln, wie unsere fünf Sinne Berührung erleben und geben, und wie jedem unserer Sinne eine Körperregion und innere Organe entsprechen. Berührung regt den Fluß der Energien in unserem Körper an. Bleibt sie aus, versickern die Energien, und Entzugserscheinungen, die unter Umständen in psychosomatische Beschwerden umschlagen, können die Folge sein.

Denny Johnson gibt leicht nachvollziehbare Übungen an die Hand, um einen unmittelbaren Zugang zu unseren Mitmenschen zu finden, indem wir auf die Sprache achten, die sie gebrauchen und einen aufmerksamen Blick in die Augen unseres Gegenübers riskieren.

**JUNFERMANN VERLAG • Postfach 1840
33048 Paderborn • Telefon 0 52 51/3 40 34**

Die Evidenz der Sinne

1994, 360 Seiten, zahlr. Abb., kart.
DM 44,-
ISBN 3-87387-072-X

„Sich zu verändern bedeutet, sich einer Aktivität zu widmen, die gegen die Gewohnheit des Lebens gerichtet ist“, formulierte

F.M. Alexander, der Begründer der nach ihm benannten Technik. Die Prinzipien der Alexander-Technik lassen sich auf alle Aspekte des Lebens anwenden. Mit Hilfe dieser Methode können wir auf eine integrierte Weise Veränderungen in uns selbst herbeiführen.

Dies gibt uns die Möglichkeit, unser Leben so zu leben wie wir es wollen, indem wir Wahlfreiheit und bewußtes Gewahrsein zur Grundlage unseres Handelns machen, statt uns von Gewohnheiten und unbewußten Antrieben beherrschen zu lassen.



Der erste Teil dieses Buches skizziert die theoretische Grundlage der Alexander-Technik und ermöglicht es dem Leser außerdem, einige der beschriebenen Ideen auch praktisch zu erfahren. Im zweiten Teil des Buches hat die Autorin eine Synthese zwischen der Alexander-Technik und ihrem Verständnis vom menschlichen Körper als einem Energiesystem entwickelt.

„Die Alexander-Technik hat mein Leben verändert. Sie ist das Werk eines anerkannten Genies. Ich würde sie jedem empfehlen.“ – *Tony Buzan*

„Alexanders Werk ist von überragender Bedeutung, und eine Erforschung von seiten der Medizin ist dringend erforderlich.“ – *British Medical Journal*

„Schau mir in die Augen Kleines!“

1995, 680 Seiten, kart.
 DM 58,-
 ISBN 3-87387-122-X

„Die Kraft liebevoller Blicke“: Die moderne Säuglings- und Kleinkindforschung überrascht mit neuen Erkenntnissen, die unsere Vorstellungen über frühe Entwicklung revolutionieren und damit auch neue Konzepte für die Psychotherapie erforderlich machen. Feinanalysen des Interaktionsverhaltens, Wissen um die emotionale Verknüpfung und die Gedächtnisleistung von Säuglingen führen zu neuen Therapiemethoden, die ressourcenorientiert sind, auf positive Vergangenheitserfahrungen zentrieren und Emotionsarbeit und non-verbale Interaktion betonen.

Führende Forscher und Therapeuten haben an diesem Band mitgearbeitet: Robert Emde, Brian Hopkins, Joseph Lichtenberg, Katherine Nelson, Hanuš & Mechtild



Papoušek, Hilarion Petzold, Carolyn Rovee-Collier, Daniel Stern u.a. Dieses Buch ist ein „muß“ für alle, die sich mit menschlicher Entwicklung und mit Psychotherapie befassen.

„Die Kluft zwischen dem Wissen aus der Säuglingsforschung und dem klinischen Wissen über Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen muß überbrückt werden.“ - *Joseph Lichtenberg*

„Die Forschungsergebnisse über die frühe Entwicklung des Gedächtnisses und die Erzählstruktur von Biographie erfordern eine neue Sicht lebenslanger Entwicklungstätigkeit.“

- *Katherine Nelson*

„Menschliche Lebens- und Beziehungsmuster entstehen durch Interaktion zwischen Personen. Hier müssen Forschung und Therapie ansetzen.“ - *Daniel Stern*